

DESINFORMACIÓN SOBRE SALUD REPRODUCTIVA EN LOS CENTROS DE SALUD DE GUADALAJARA

María Teresa Rentería Rodríguez¹, María Evangelina Salinas Escobar²

RESUMEN

Este trabajo de investigación presenta los hallazgos referidos a las prácticas que dimanan de la llamada salud reproductiva en una unidad médico familiar del sistema nacional de salud mexicano, las cuales contrastan con la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar; pero que están en plena consonancia con la ideología de género de clara tendencia antinatalista, en las que el derecho a la información para la toma de decisiones con relación a la reproducción se ve seriamente afectado.

PALABRAS CLAVE: Ley General de Población, derecho a la información, consentimiento informado, salud reproductiva, métodos anticonceptivos, fecundidad.

ABSTRACT

This research work exposes the findings referred to the practices arising from the so-called reproductive health in a medical family unit in the Mexican national health system, which contrast with the Official Mexican Standard of the Family Planning Services [“Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar”] but are instead in full harmony with the ideology of clear anti-birth trend, where the right to obtain information for decision-making with respect to reproduction is seriously affected.

KEY WORDS: *General Population Law, right to information, well-informed consent, reproductive health, anti-conceptive methods, fertility.*

RESUMO

Esta pesquisa apresenta os resultados das práticas derivadas da chamada saúde reprodutiva numa unidade médico-familiar do Sistema Nacional de Saúde Mexicano, que contradizem a Norma Oficial Mexicana dos Serviços de Planificação, mas estão na consonância com a ideologia de gênero, de tendência anti-natalidade, nas quais está afetado o direito à informação para a tomada de decisões relacionadas com a reprodução.

PALAVRAS CHAVE: Lei General da População, direito à informação, consentimento informado, saúde reprodutiva, métodos anticoncepcionais, fecundidade.

FECHA DE RECEPCIÓN: 01-02-2007
FECHA DE ACEPTACIÓN: 23-02-2007

^{1 2} Profesoras del Departamento de Geografía y Ordenación Territorial, Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guadalajara. Mariano Bárcena y Ave. Maestros, C.P. 44260, Guadalajara, México.
Correo: mayrenttr@hotmail.com
Correo: me_salinas@yahoo.com.mx

TODA PERSONA TIENE EL DERECHO A UNA INFORMACIÓN COMPLETA, CLARA Y SIN SESGOS...

INTRODUCCIÓN³

Como es sabido, la información juega un papel fundamental en la toma de decisiones, algunas de las cuales son de importancia vital, como sucede en aquellas referidas a la propia reproducción humana, que se traducen en una incidencia directa en la fecundidad. Toda persona tiene el derecho a una información completa, clara y sin sesgos [1], y, tratándose de esta materia, con mayor razón, si cabe, dado que están de por medio no solo aspectos tan delicados como la propia salud y la vida misma –sobre todo, la vida naciente–, es decir, la integridad propia y de la familia, sino el futuro de la sociedad misma, ya que cada decisión tiene una repercusión personal y gran trascendencia social, pues la gestación de una persona es el hecho social más importante, como hace notar Pérez Adán [2].

México tiene una larga trayectoria en materia de política demográfica. La primera ley de población puesta en marcha en 1936, surge en un contexto político y social relevante para la estabilización de la vida nacional. Entre sus objetivos, se encontraba el de impulsar el crecimiento poblacional del país por

medio del aumento de las tasas de crecimiento natural de los mexicanos⁴. Las estrategias definidas para tal fin se encaminaron a impulsar el aumento del tamaño de las familias, la reducción de los niveles de la mortalidad –particularmente, la infantil– y la ampliación y el mejoramiento tanto de los servicios de salud y asistenciales como de la red de infraestructura y servicios básicos, entre otros. Durante cuatro décadas las medidas seguidas contribuyeron a que la población se duplicara en el país; el rápido crecimiento del número de habitantes experimentado en ese período se manifestó oficialmente como la causa que motivó el cambio de enfoque en la política demográfica. A principios de 1974, es publicada en el *Diario Oficial de la Federación* una nueva Ley de Población, con una visión contrapuesta a la que se utilizó previamente.

La Ley de Población de 1974, con un claro cariz antinatalista, centró buena parte de su cometido en la planificación familiar, dejando de lado –sobre todo en la práctica– los otros aspectos que una ley de población debe normar (distribución de la población, migración, trabajo, condiciones de vida). Esta ley permanece vigente en la actualidad. La mayor atención dada al

³ Ponencia presentada en el XI Congreso Ciencia y Vida, Cancún (México), en agosto de 2005.

⁴ En contraste con las estrategia seguidas por el presidente Porfirio Díaz (1876-1911) de poblar el país con extranjeros.

factor reproductivo se mantuvo desde el segundo lustro de los años setenta, con distintos matices y concepciones.

LA SALUD REPRODUCTIVA

Actualmente, en México se cuenta con el Programa de Salud Reproductiva, integrado en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 [3], que forma parte de la política de desarrollo social.

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Se respetarán las decisiones individuales con respecto a los ideales reproductivos, se promoverá la participación activa del hombre y su corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo, se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población para garantizar su salud sexual y reproductiva y se respetará la diversidad cultural y étnica de las personas (p. 3).

El Programa de Salud Reproductiva identifica la planificación familiar como una de las acciones *sustantivas* del Sistema Nacional de Salud, y como parte de la estrategia para “reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres” [4]. Los objetivos del Programa pretenden, además de disminuir las diferencias en los

indicadores de fecundidad entre las regiones del país –obviamente, tomando como referencia las más bajas:

Promover el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos [...], favorecer el acceso a los servicios de salud reproductiva a los grupos de adolescentes, indígenas, discapacitados, de la población urbana y rural discapacitada, así como propiciar una mayor participación del varón en el cuidado de la salud reproductiva, considerando aspectos culturales, geográficos y económicos (p. 13).

Las acciones de planificación familiar en el país deben acatarse a la Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar [3], la cual incorpora los tipos de métodos de anticoncepción, así como documentos técnicos de orientación-consejería, consentimiento informado y derechos sexuales y reproductivos, entre otros. La Norma señala como objetivo el poner “al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez, así como los métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo con las diferentes etapas del ciclo reproductivo” (p. 3). Asimismo, hace énfasis en que “se debe de ofertar una diversidad de métodos anticonceptivos, desde los naturales hasta aquellos que sean producto de los avances científicos y tecnológicos recientes, que hayan demostrado ser efectivos y seguros” (p. 3).

Este documento, que en la letra expresa la búsqueda de la salud de la madre y de su familia mediante la *prevención de los riesgos para la salud*, en la práctica

se traduce en medidas que afectan su salud y busca, en esencia, disminuir los niveles de la reproducción. La obligada mención del derecho de toda persona a decidir sobre el número y espaciamientos de sus hijos –derecho que, entre otras cosas, siempre ha existido– en realidad tiene como finalidad: a) enfatizar el poder de limitar el número de hijos, precisamente, demandando ese derecho, envuelto en un lenguaje pulcro y amable, que no puede menos que ser bien recibido por las personas, porque, por un lado, se destaca un derecho –a las personas les gusta, en general, conocer sus derechos para poder demandarlos, y no tanto así sus deberes–, y por otro, se hace una alusión directa a la libertad y a la responsabilidad, valores muy apreciados por cualquier persona sensata, y b) encubrir cualquier vestigio de imposición que pudiera, ni de lejos, dar pie a una acusación de imperialismo.

Así pues, *salud reproductiva* es un término artificioso de la ideología de género, que obedece a su vez a directrices de una política hegemónica internacional que pretende frenar a toda costa el crecimiento demográfico de los países en vías de desarrollo, porque dicho crecimiento pone en riesgo el actual *statu quo* de los países desarrollados liderados por los Estados Unidos, para lo cual no se ha escatimado ningún recurso. Una buena muestra de ello es Memorandum 200 o National Security Study Memorandum 200 (NSSM-200) [5]⁵, también llamado *The Kissinger Report*,

⁵ Diversas presentaciones acerca de este documento están disponibles en la Red; se puede acceder a ellas con cualquier buscador en la Internet. Recomendamos los artículos elaborados por el P. Juan C. Sanahuja presentados en www.noticiasglobales.org y en otros portales, como el de Vida Humana Internacional (IHL, por sus siglas en inglés).

documento que expresa con claridad meridiana tanto los fines imperialistas –tener acceso a los recursos naturales de los países pobres o en vías de desarrollo y provocar el descenso de la fecundidad en estos– como los medios a utilizar para su consecución. En efecto, este documento explicita detalladamente un agresivo plan para el control de la natalidad cuyos métodos incluyen el aborto –de ahí la ofensiva mundial dirigida a los países en vías de desarrollo que pugna por su despenalización– y las esterilizaciones masivas, es decir, el recurso a los métodos definitivos como la oclusión tubaria bilateral (ligadura de trompas) y la vasectomía, además, por supuesto, de la gran variedad de métodos que se denominan anticonceptivos, pero que en realidad actúan en innumerables casos como abortivos, debido a que no evitan la concepción, sino la anidación del óvulo fecundado en el útero.

ASPECTOS LEGALES

La legislación mexicana en materia de población o Ley General de Población [6], en su Artículo 3, Fracción II, declara que la Secretaría de Gobernación será la responsable de dictar, ejecutar y promover las medidas para que los programas de planificación familiar a través de los servicios públicos y privados educativos y de salud “se lleven a cabo con absoluto respeto a los derechos fundamentales del hombre y preserven la dignidad de las familias” (p. 5), en concordancia con lo planteado en el Artículo 4 constitucional [7], que a la letra dice: “Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos” (pp. 9-10), y en su Artículo 9, Capítulo 2, Sección I, afirma [6]: “El respeto a los derechos

...ESTOS PLANTEAMIENTOS CONSTITUYERON UN CAMBIO RADICAL
EN LA DIRECCIÓN DE LA PROPIA POLÍTICA DEMOGRÁFICA, PASANDO
DE UN ENFOQUE PRONATALISTA PLASMADO EN LA LEY GENERAL DE POBLACIÓN
DE 1936, A UN ENFOQUE CLARAMENTE MALTHUSIANO,...

humanos, libertades, garantías, idiosincrasia y valores culturales de la población mexicana serán los principios en los que se sustentan la política y los programas que se apliquen en materia de población” (p. 32).

La estrategia principal de acción se define en la Fracción IV, del mismo Artículo 3 [6], donde se señala que los sistemas educativos, de salud pública y de capacitación profesional, entre otros, serán los responsables de “influir en la dinámica de la población” (p. 6). Lo anterior les otorga a dichas instituciones, particularmente a las de salud, el derecho a intervenir en situaciones que competen a las parejas; pero también les dicta la obligación de informarlas, particularmente a las mujeres, ya que sobre ellas ha recaído tradicionalmente el compromiso de cuidar a los hijos. Como se ha dicho, estos planteamientos constituyeron un cambio radical en la dirección de la propia política demográfica, pasando de un enfoque pronatalista plasmado en la Ley General de Población de 1936, a un enfoque claramente malthusiano, en la ley vigente. El cambio efectuado en esta segunda ley requirió en el país de la reforma previa de la Constitución de la República, en su Artículo 4, a fin de que pudiese

ponerse en marcha. Una de las estrategias fue enfatizar legalmente el derecho de las mujeres a decidir de manera más autónoma el ejercicio de su capacidad reproductiva.

La difusión de la política de población puesta en marcha a partir de 1974 se apoyó en la divulgación de la idea de que la familia ideal estaba conformada por el padre, la madre y dos hijos, a través de imágenes —carteles, anuncios espectaculares, trípticos, revistas, etc.⁶—, y de mensajes radiofónicos y televisivos, tales como “La familia pequeña vive mejor”, “Ser menos para darles más”, “Ser menos para vivir mejor” o “Vámonos haciendo menos”. Estos mensajes llegaron a incidir de manera notable en la percepción de las mujeres acerca del número de miembros de la familia que desean tener. En el país, en 1976 las mujeres anhelaban tener en promedio 4,5 hijos; once años después (1987), la cifra disminuyó a 3,3 hijos; en la década siguiente no se manifestaron grandes cambios, ya que el ideal de

⁶ El logo utilizado fue la figura de una casita con el papá, la mamá, un niño y una niña.

hijos fue de 3,2, monto ligeramente superior a la paridad real de 3,1 para el mismo año.

Para el caso del estado de Jalisco, se advierten diferencias, por lo que puede aducirse que el impacto de la política fue ligeramente menor en el número de hijos deseados. En Jalisco, en 1997 [8], “el 52% de las mujeres de 15 a 49 años manifestaron su interés de tener entre 3 y 2 hijos –26,4 y 26,2%, respectivamente–, mientras que en el país [México] el 39,5% –la proporción más alta– declaró que su número ideal de hijos es 2” (p. 212).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La política de población vigente en el país ha tenido como cauces naturales para su aplicación los centros de atención del Sistema Nacional de Salud distribuidos por el territorio mexicano. En el área metropolitana de Guadalajara (AMG) existen 141 unidades de salud, 56% de las cuales corresponden a la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ); 23%, al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); y el restante se distribuye entre instituciones como la Cruz Roja, Cruz Verde, etc.

Aunque la Secretaría de Salud Jalisco cuenta con el número más alto de unidades del sector público en el área metropolitana de Guadalajara⁷, el IMSS atiende a una mayor población y, en general, las unidades de las que dispone están mejor equipadas que las de la SSJ; por esta razón se seleccionó una unidad del IMSS ubi-

cada en el municipio de Zapopan⁸ para la aplicación de la encuesta y entrevistas en profundidad, mismas que se llevaron a cabo en el área de espera de los consultorios de medicina familiar⁹. Esta clínica tiene una cobertura de alrededor de 70 colonias¹⁰ de variado nivel socioeconómico, aunque con predominio de niveles medio y bajo. Además, se realizaron entrevistas en profundidad en julio de 2005 en dicha unidad de salud. El universo de estudio considerado fue de 100 mujeres mayores de edad, derechohabientes del IMSS y adscritas a esa clínica. Para la aplicación de las entrevistas se seleccionaron 5 mujeres de entre las que se vieron particularmente afectadas por la práctica médica impulsada en el programa de salud reproductiva.

LAS ENTREVISTADAS

La edad de las entrevistadas osciló entre los 19 y los 62 años¹¹. El 86% estaban casadas o unidas¹², con un promedio de 2,7 hijos por mujer; proporción superior a los promedios reportados para el año 2000 en la mayoría de las colonias de la zona de influencia de la clínica, que oscilaba entre 1,61 y 2,40 hijos por mujer, y mayor en cerca de

⁸ El municipio de Zapopan, ubicado en el poniente de la ciudad, tiene gran importancia, porque en él se asientan 3 de cada 10 ciudadanos del área metropolitana, además de contener en su territorio a buena parte de las áreas residenciales, de los grandes centros comerciales, de las universidades privadas, así como de los centros y áreas de esparcimiento.

⁹ Dos encuestas fueron aplicadas en el domicilio de las derechohabientes, porque fueron llamadas por su médico antes de que pudieran contestar a las preguntas de este instrumento de investigación.

¹⁰ Barrios (Nota del Editor).

¹¹ La decisión de incluir mujeres fuera de las edades reproductivas permitió captar los efectos de la política antinatalista de 1974.

¹² Aunque estas últimas tan solo representan el 6%.

⁷ El área metropolitana de Guadalajara (AMG) se extiende actualmente por los municipios de Guadalajara, Zapopan, Tlaquepaque, Tonalá, El Salto y Tlajomulco de Zúñiga.

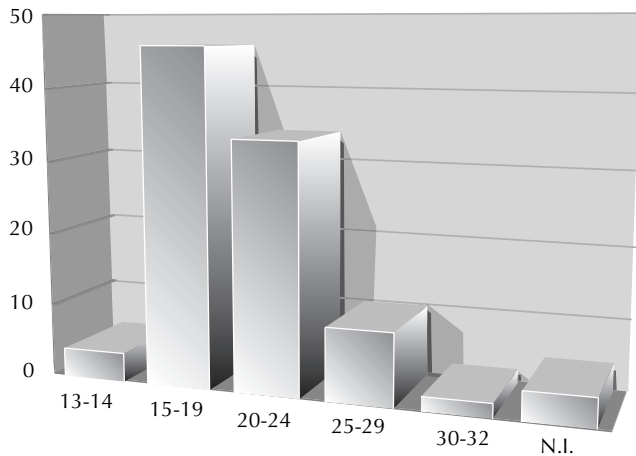


Figura 1 Edad de inicio de las relaciones sexuales.

Fuente: Encuesta de las autoras.

un punto a los datos reportados en el AMG –1,68 hijos por mujer– y en el propio municipio de Zapopan –1,77 hijos por mujer– [9]; el 10% eran solteras que tenían o habían tenido relaciones sexuales y el 4% declaró no haber tenido relaciones sexuales. La mayor parte inició las relaciones sexuales entre los 15 y los 19 años.

USO DE ANTICONCEPTIVOS

Poco menos de tres cuartas partes (69%) de las entrevistadas manifestaron haber utilizado métodos anticonceptivos, cifra superior a la que afirmaron usar en el momento de la encuesta, en parte debido a que algunas de las entrevistadas se encontraban embarazadas y a que otras de momento no estaban utilizando algún método anticonceptivo. De este modo, solo el 54% declaró usar métodos para evitar la concepción, proporción inferior a los promedios para Jalisco (69,7%) y para el país (70,8%) en el año 2000, según estimaciones del Consejo Nacional de Población [10].

Con relación a la frecuencia, es muy significativo que han prevalecido los métodos definitivos sobre los temporales y los naturales. La encuesta realizada mostró que más de la mitad de las usuarias (55,5%) ha recurrido o se le ha practicado la ligadura de trompas (más conocida en el ambiente mexicano como salpingoclasia u oclusión tubaria bilateral, OTB) o la histerectomía en las mujeres y la vasectomía en sus parejas –1 hombre por cada 5 mujeres–, porcentaje muy alto, por encima de la proporción que ha recurrido a estos métodos a nivel nacional, según los datos reportados por el Consejo Nacional de Población [11] para 1997: 46,5%¹³. En el área de estudio, siguen en importancia numérica el uso de preservativo, el dispositivo intrauterino (DIU), los anticonceptivos orales y las inyecciones e implantes, en las proporciones que se observan en la Figura 2.

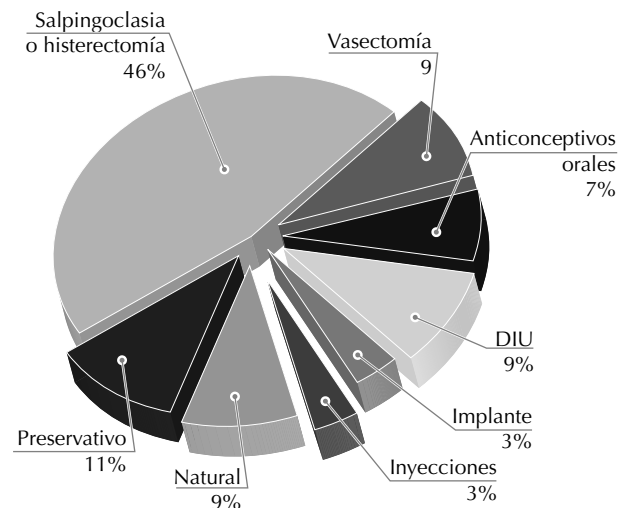


Figura 2 Método de anticoncepción utilizado.

Fuente: Encuesta de las autoras.

¹³ Esta cifra incluye el 1,8% correspondiente a vasectomías.

En contraste, los métodos naturales son utilizados por una de cada diez mujeres usuarias de métodos anti-conceptivos. En el país, la proporción de mujeres que recurren a los métodos naturales disminuyó de 23,3% en 1976 a 12,3% en 1997, lo que representa casi un 50% menos en los últimos 21 años referidos. La baja más significativa ocurrió en los primeros años de aplicación de la política de control de la natalidad (35% entre 1976 y 1979). En los años subsiguientes, el descenso fue menos notable y tuvo pequeños retrocesos, tal como se advierte en la Tabla 1.

En el país, el uso de métodos definitivos marca un claro predominio, ya que se ha multiplicado cinco veces entre 1976 y 1997. En 1976, cuando se realizó la primera encuesta de fecundidad en el país, 8,9 % de

las mujeres en edad fértil manifestaron haber recurrido a este método (ocupaba el cuarto lugar entre siete); para 1997, se les había practicado la oclusión tubaria bilateral a 44,7% de las usuarias de anticonceptivos, situándose como el método más utilizado (Tabla 1). En el caso de estudio, es relevante que la mitad de las mujeres que recurrieron a un método definitivo eran realmente jóvenes: tenían entre 18 y 30 años de edad, lo que indica el precoz inicio de las relaciones sexuales, la presencia de la “fecundidad temprana”¹⁴ y la decisión propia y/o inducida de no tener más descendencia.

Los resultados de la encuesta mostraron, también, una relación directa entre el método que estaban usando y el número de hijos que tenían: las pastillas y

Tabla 1 Distribución porcentual de mujeres en edad fértil, usuarias de anticonceptivo, según tipo de método en México, 1976-1997.

Años	Tipo de método (%)						
	Pastillas	DIU	OTB	Vasectomía	Inyecciones	Locales	Tradicionales
1976	35,9	18,7	8,9	0,6	5,6	7,0	23,3
1979	33,0	16,1	23,5	0,6	6,7	5,0	15,1
1982	29,7	13,8	28,1	0,7	10,6	4,1	13,0
1987	18,2	19,4	36,2	1,5	5,3	4,7	14,7
1992	15,3	17,7	43,3	1,4	5,1	5,0	12,2
1995	12,7	22,3	41,4	0,9	4,6	5,0	13,1
1997	10,0	20,8	44,7	1,8	4,6	5,8	12,3

Fuente: Estimaciones de Conapo con base en las Encuestas Nacionales Demográficas [11].

¹⁴ Se llama “fecundidad temprana” cuando las más altas tasas específicas de fecundidad ocurren en el grupo de mujeres de 20 a 24 años de edad.

el DIU los usan aquellas que tienen un hijo o incluso dos; en este último caso, el uso de métodos anticonceptivos es más diversificado (5 métodos distintos, además del natural). Las mujeres con 3 hijos muestran un incremento importante de la ligadura de trompas como método de anticoncepción, mismo que se mantiene para aquellas que tienen mayor número de hijos –situación que refleja la política aplicada en el sistema público de salud–; mientras que aquellas parejas que no tenían hijos (casadas y solteras) utilizaban más el preservativo.

CONOCIMIENTO DE EFECTOS SECUNDARIOS

La mayor parte de las entrevistadas manifestó haber usado más de un método distinto, previo al que utilizaban en ese momento, siendo particularmente mencionadas las pastillas por el 40% de ellas. El segundo lugar lo ocupa el dispositivo intrauterino, con 30% de usuarias. En ambos casos, se habló de una serie de efectos colaterales negativos, como sangrados largos y prolongados, dolor de piernas, alteración del peso y de la presión arterial, aparición de várices y nerviosismo, como consecuencia de su uso. En menor medida, han utilizado las inyecciones, el preservativo masculino y la píldora de emergencia. Más de la mitad afirman que su médico –mayoritariamente del IMSS– les sugirió el método anticonceptivo que usan y tan solo 14% dijo haberlo hecho por iniciativa propia.

A este respecto, es relevante el escaso conocimiento que la mayoría de las mujeres entrevistadas tienen de las ventajas y desventajas y de los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos que utilizan: solo una de cada cuatro mujeres del universo de estudio declaró conocer

los efectos secundarios del uso del método que utilizan y, de ellas, únicamente 26% –es decir, 6 mujeres– fue capaz de responder cuáles son, lo que significa que su utilización no está plenamente informada, como lo marca la Norma Oficial Mexicana [3] de los servicios de planificación familiar en el punto 4.4.1.3 (p. 9):

La consejería deberá informar las ventajas, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, dependiendo de las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se dará especial atención a la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como a sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, a fin de lograr la mayor efectividad del método seleccionado. Deberá incluirse siempre la advertencia de que la práctica responsable de la sexualidad y el uso del condón son las únicas formas de protección de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida.

El 21,8% de las entrevistadas declaró haber recibido información de los efectos secundarios por personal médico tanto del sector público (11,4%) como del privado (10,4%); mientras que 34,4% experimentaron por sí mismas estos efectos; es decir, no fueron advertidas oportunamente de la posibilidad de sufrir estas consecuencias. Por tanto, el programa de salud reproductiva puesto en marcha por el sector público de salud tampoco cubre en la práctica los requerimientos del consentimiento informado (*informed consent*), el cual está definido como la “Decisión voluntaria del aceptante

para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones” [3]¹⁵. Esta situación, pues, deja de manifiesto las notables deficiencias en esta materia, con sus respectivas consecuencias negativas y aún graves en la salud de los pacientes.

La ignorancia respecto de los métodos naturales es prácticamente absoluta; aunque el 48% afirma conocerlos, en realidad la inmensa mayoría lo único que conoce es el nombre, pues hablan vagamente de algo que se conoce como “calendario” –recuérdese que tan solo 1 de cada 10 mujeres utiliza métodos naturales. El segundo método más mencionado es el Billings, y el tercero, el ritmo; sin embargo, tres cuartas partes de quienes los mencionan no conocen su funcionamiento, ventajas y desventajas. Casi una tercera parte de las entrevistadas (29%) afirma que sabe de los métodos naturales principalmente por otras personas que no tienen nada que ver con el sector de salud, como amigos y familiares, o por la información proporcionada por la parroquia, a través de las pláticas prematrimoniales y matrimoniales.

CONFIRMACIÓN DE LAS LAGUNAS DE INFORMACIÓN

Con relación a la información impresa: 6 de cada 10 entrevistadas manifestaron no conocer la folletería que

proporcionan las unidades médico familiares; y mientras que apenas dos afirmaron conocerla, el resto no contestó a la pregunta. La situación mejora relativamente si consideramos la información proporcionada verbalmente por el personal de sanidad, ya que 4 de cada 10 mujeres la recibieron. En este último grupo, solo poco más de la mitad afirma que fue buena, aunque cabe aclarar que esto no significa que hayan sido informadas de manera completa, pues tan únicamente 21,8% reportó haber recibido información acerca de los efectos secundarios, incluido el 10,4% que corresponde a las clínicas públicas, y, por otro lado, se evita hablar de los métodos naturales; el resto la califica de mala (25%) o de regular (24%). Las razones que con mayor frecuencia se aluden en estas dos últimas categorías con relación a la información son:

- Que es incompleta, por no haberseles hablado de los efectos negativos y consecuencias del uso del método elegido, como por no haberseles dado noticia acerca de los métodos naturales.
- Que se trató de incidir en su decisión para que usaran un determinado método: DIU o la salpingoclasia, en el caso de tener más de dos hijos.
- Que las presionan para utilizar algún método anticonceptivo.

LOS CASOS

Caso 1: A Cornelia¹⁶ se le colocó el dispositivo intrauterino a los 23 años de edad, inmediatamente después de haber dado a luz a su primer hijo. Después de usarlo tres años y medio, se lo retiraron, pues deseaba

¹⁵ P. 4. En otro lugar, Fábregas SM, Rodríguez del Pozo P, Ferrer J., citados en [12], apuntan que el consentimiento informado exige que se avise al paciente “de forma simple, aproximativa, leal e inteligente, de todas aquellas circunstancias que puedan influir de forma razonable en la decisión de este, de modo que, tras un conocimiento exacto de la situación en que se encuentra, disponiendo de un balance de riesgos y beneficios de las alternativas terapéuticas existentes, pueda adoptar libremente la decisión que crea más oportuna”.

¹⁶ Los nombres de las protagonistas de estos casos han sido cambiados para resguardar la confidencialidad.

quedar embarazada, cosa que no sucedía debido a que el dispositivo le había desgarrado la matriz, razón por la que tuvo cuatro abortos en un año. Después de unos meses, volvió a embarazarse, y esta vez, con ayuda médica de un hospital privado, logró tener a su sexto hijo (aunque segundo nacido vivo). Cornelia quería ligarse, por los problemas de salud que le producían los embarazos; pero la doctora que la atendía le dijo que ellos no podían hacer ese tipo de operaciones; sin embargo, ante la insistencia de Cornelia, la médica le recomendó que acudiera a las clínicas del seguro social, que allí sí le podrían hacer esa operación. Cornelia acudió a una de ellas, donde, efectivamente, se la practicaron.

Caso 2: Veneranda se casó a los 15 años y tuvo a su primer hijo a los 17, y dos más en los dos años siguientes. Avanzado ya el cuarto embarazo, acudió a la clínica, porque pensaba que iba a tener a su bebé. El siguiente es parte de su relato: “el doctor no me atendía casi, de vez en cuando iba a echar un vistazo para ver si ya había dado a luz”. Con el medicamento que le administraron, cesaron la hemorragia y los dolores, pero también el movimiento de su bebé. Cuando ella le avisó al médico que su bebé ya no se movía, él le contestó que eran sus nervios, que el bebé nunca se había movido. Finalmente, le extrajo al bebé, que ya había muerto, y se lo dejó en un recipiente, pues tenía mucha prisa, porque ya se iba de vacaciones. Cuando la llevaban para hacerle un legrado, todavía no habían cortado el cordón umbilical. Una vez hecho el legrado, le colocaron el DIU, sin su conocimiento. Ella les preguntó expresamente si se lo habían puesto, a lo que respondieron negativamente, y a continuación le mostraron su expediente, donde *constaba* que no se lo habían colocado. Veneranda comenzó a tomar pasti-

llas para *cuidarse*, pues suponía que no traía el DIU. Cuando se sintió mal, acudió a consulta, y para su sorpresa resultó que estaba embarazada, cosa que le costaba creer, porque se estaba *cuidando* con pastillas, aclaración que le valió el siguiente comentario: “ustedes son muy mentirosas”. Le dijeron que se había colocado el DIU, cosa que ella negó, y les dijo que revisarían el expediente para que se cercioraran, cosa que hicieron, pero no encontraron nada; sin embargo, nada podía rebatir la evidencia del DIU encarnado en la matriz que le habían descubierto y retirado. Aprovechando la ocasión, le aplicaron una vacuna contra el tétanos –al menos, eso fue lo que le dijeron–. Alrededor del cuarto día volvió a acudir a su clínica, pues se sentía mal: los dolores de parto habían comenzado cuando apenas tenía cinco meses de embarazo. Casualmente, se encontraban allí otras tres señoras a quienes también habían aplicado esa vacuna y se encontraban en la misma situación. Ellas pedían al médico que las atendiera, sobre todo a una de ellas, que era primeriza; pero no les hacían mucho caso. De esta manera, perdió a su quinto bebé.

Caso 3: Estrella se casó a los 16 años. A los 18, tuvo a su primer hijo, a los 19 el segundo y a los 20 el tercero, situación que le acarreó varias amonestaciones por parte de los médicos que la atendían, según ella refiere: “Cuando me quedaba embarazada, me decían que era muy pronto para tenerlos. Algún médico me llegó a decir –así de groseros–, que los iba a tener ‘muertos de hambre’, que ya eran muchos. Me sentí bastante mal con la atención que me dieron, por la agresión”. A Estrella le diagnosticaron toxoplasmosis desde el primer embarazo, por lo que su médico le dijo que ya no se embarazara. Ella comenzó a tomar pastillas anti-conceptivas, pero le produjeron náuseas y pérdida de

peso, por lo que dejó de tomarlas y se embarazó por segunda vez. Después del segundo alumbramiento, le colocaron el DIU, pero no le funcionó y quedó embarazada de su tercer hijo. Después de este tercer alumbramiento, a los 20 años, le practicaron la salpingoclasia de conformidad con su parecer, pues el DIU no le había servido para evitar el embarazo.

Caso 4: A los 24 años, Maruca tuvo a su primera hija. Como es costumbre en los centros de salud públicos, y aún en los privados, le preguntaron si quería que le pusieran el DIU. Maruca lo relata de la siguiente manera: “lo que no me pareció es que le quieran ejercer a uno presión después de haberse `aliviado´ [...] le quieren poner a uno algo más definitivo como el dispositivo o la operación –aunque a mí no me la ofrecieron–. Eran muy insistentes: `a ver, ¿por qué no?’, y así”. Seis meses después, se embarazó nuevamente; pero al tercer mes de embarazo tuvo que acudir al médico, pues comenzó a tener un desecho obscuro que la preocupó. Cuando llegó al hospital, no se imaginó que iba a quedar hospitalizada, aunque entendió que era necesario, pues podría tratarse de algo serio. Sin embargo, no le dieron ningún medicamento y luego tuvo una hemorragia. La enviaron a otro hospital, donde le podrían hacer un ecosonograma, y le dijeron que su bebé ya estaba muerto, por lo que a continuación le hicieron un legrado y le preguntaron con qué se iba a “cuidar”, porque no debía embarazarse, por lo menos en los próximos seis meses siguientes. Ella les contestó que se cuidaría con el condón.

Caso 5: África conocía los métodos naturales, porque en su parroquia se los habían explicado muy bien y les

habían hablado de la responsabilidad y de la apertura a la vida; pero no los utilizó, porque no llegó a sentirse segura del conocimiento de su propio cuerpo y porque, según dice, “se requiere de mucha disposición; pero no la tenía mi marido”, de manera que recurrían en sus relaciones al condón. Sus tres hijos habían nacido por cesárea y con el último embarazo “se le había desgarrado la matriz”, por lo que le ofrecían ligarla en la operación, pero ella no accedió. Después de cuatro años, quiso embarazarse nuevamente, pero al saber de los riesgos de un nuevo embarazo, su esposo estaba dispuesto a que le practicaran la vasectomía para cortar de raíz estos riesgos; pero ella se lo impidió diciéndole que él estaba sano, y era ella la enferma, pues su matriz estaba mal, por lo que decidió que a ella le hicieran la salpingoclasia. Sin embargo, después de realizada la operación, perdió la paz: tenía remordimientos de conciencia y por más de cuatro años estuvo acudiendo a confesarse por esta razón, hasta que finalmente, después de hablar más a fondo con ella, el sacerdote logró tranquilizarla. África reconoce que “todos los anticonceptivos hacen daño y que si realmente dijeran a la gente todo lo que pasa, *muchas gentes* no los tomarían”. A ella le habían proporcionado folletos de planificación familiar en “medicina preventiva” donde les hablaban de los distintos métodos, pero no de los métodos naturales. “Minimizaban los efectos secundarios, [...] dicen ahora que hay un parche que es más cómodo; todos se van por la comodidad”.

CONSIDERACIONES FINALES

Los datos que arroja esta indagación muestran que, no obstante que la Ley de Población alude al “absoluto respeto por los derechos fundamentales del hombre” y

a “la dignidad de las familias”, no se cuidan estos principios en la práctica, tal como lo demuestran los casos expuestos. De igual manera, la evidencia de la presión ejercida sobre las mujeres entrevistadas para utilizar métodos anticonceptivos no naturales, la ausencia de un trato con *calidez* y *calidad*, así como la coacción para la utilización del DIU y el recurso a los métodos definitivos, contravienen lo establecido en la Norma Oficial Mexicana para los servicios de planificación familiar, lo que deja claro que las disposiciones legales referidas al respeto por la persona solo quedan en la letra y, con demasiada frecuencia, no en la práctica.

Los datos aportados por las entrevistas en profundidad muestran el enorme poder de influencia de los médicos sobre las derechohabientes en las decisiones referentes a su conducta reproductiva, y que abusan de la confianza depositada en ellos, de la ignorancia de la mayoría de las usuarias de estos métodos y del poder de su investidura para imponer un criterio que atenta contra la salud y la dignidad de estas mujeres. Estos casos nos muestran que se viola en la práctica uno de los principios bioéticos fundamentales de la persona, como es el de *consentimiento informado*, debido a que la información está ausente, adolece de importantes lagunas o está sesgada. Algunos de los casos que se presentan aquí reúnen todos los elementos para justificar una demanda legal contra la institución; sin embargo, no se puede llevar a cabo tal demanda porque en los expedientes nunca se deja constancia de este tipo de acciones, que se ejercen contra las derechohabientes.

Los datos que arrojó esta investigación confirman la información aportada en entrevistas no formales por

algunos médicos que trabajan en este sistema y que dan cuenta de la forma en que funcionan estos programas. Lamentablemente, son muy pocos los médicos conscientes del atentado a la dignidad de las personas que constituye esta práctica, y menos aún, aquellos que se rebelan contra esta práctica institucionalizada. La “naturalidad” con que son aceptados los métodos no naturales para el control de la natalidad por parte de las usuarias, el reducido número de hijos que manifiesta tener la mayoría e incluso el darles la razón a los médicos, al ser amonestadas por tener hijos, muestran la eficacia de la política de población, que ha logrado incidir en la mentalidad de la mayoría de las mujeres entrevistadas.

La conducta del personal médico referida a esta clínica no es casual, sino que responde a indicaciones precisas y claras sobre las metas a las que hay que llegar en lo referente al uso de métodos anticonceptivos: toda mujer en edad reproductiva con relaciones sexuales debe ser usuaria de alguno de los métodos de planificación familiar. Tampoco se trata de casos aislados dentro de las clínicas del Seguro Social (IMSS) y ni siquiera de las clínicas del Sistema Nacional de Salud, pues también en los centros de salud privados predominan estas prácticas; es, por tanto, un reflejo de la puesta en práctica de la política de población vigente en nuestro país a la que ya se ha hecho referencia.

El redescubrimiento de la persona y de su dignidad, así como el fomento de los valores familiares y comunitarios, son importantes modos de contrarrestar el peso de esta política nacional y transnacional. Así mismo, en el intento de contrarrestar esa política anti-familiar y antihumana, que cobra ya dimensiones glo-

bales, son imprescindibles la promoción y la difusión de los principios fundamentales de la Bioética –los cuales se apoyan en la antropología filosófica y la ética– entre los profesionales de la salud, por vías alternas a la oficial –aunque no se la excluye–, y entre la población en general. Finalmente, hay que acudir al trabajo de persona a persona, una a una, de quienes creemos en la inviolable dignidad de esta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sergio López Ayllón. El derecho a la información como derecho fundamental. En Jorge Carpizo y Miguel Carbonell (coord.), *Derecho a la información y derechos humanos. Estudios en homenaje al maestro Mario de la Cueva*. México, D. F.: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); 2006.
2. José Pérez Adán. *La salud social*. Madrid: Trotta; 1999, p. 30.
3. Secretaría de Salud (SSA). Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993 de los servicios de planificación familiar. ¿Pie de imprenta?
4. Secretaría de Salud (SSA). Programa de Acción: Salud Reproductiva. México; 2001.
5. Henry A. Kissinger. National Security Study Memorandum 200 (NSSM). Disponible en: <http://www.population-security.org/28-APP2.html>.
6. Consejo Nacional de Población (Conapo). Ley General de Población [publicada en el Diario Oficial del 7-I-1974]. En Bases jurídicas de la Política de Población en México. México; s. f., p. 5.
7. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Colección Leyes y Códigos de México. México, D. F.: Porrúa; 1994.
8. María Evangelina Salinas Escobar. La política de población en México, impacto e implicaciones en la dinámica demográfica del estado de Jalisco, 1974-1977. Tesis de Maestría, Universidad de Guadalajara, 2001.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI). Perfil sociodemográfico del área metropolitana de Guadalajara. En XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México: Instituto Nacional de Estadísticas, Geografía e Informática, Aguascalientes; 2003.
10. Consejo Nacional de Población (Conapo). Cuadernos de salud reproductiva. Jalisco, México, D. F.; 2000.
11. Consejo Nacional de Población (Conapo). Página Web: www.conapo.gob.mx.
12. Eliseo Collazo. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Disponible en: e-localizadorweb, artículo 44.103.

BIBLIOGRAFÍA

- De Alba Macías, Pedro. La investigación farmacológica en seres humanos. Aspectos bioéticos y legales. En *Jornadas de Bioética. La persona humana en el centro de la reflexión moral*. Guadalajara (México): del 6 al 8 de julio de 1995.
- Güitrón Martínez, Luisa Isabel. Consentimiento informado. En *Jornadas de Bioética. La persona humana en el centro de la reflexión moral*. Guadalajara (México): 6-8 de julio de 1995.
- Martínez Colmenares, Jorge. Marco bioético de la experimentación en humanos. En *Jornadas de Bioética. La persona humana en el centro de la reflexión moral*. Guadalajara (México); 6-8 de julio de 1995.
- Pelcastre-Villafuerte, Blanca *et al.* Menopausia: representaciones sociales y prácticas. *Salud Pública de México*, 43(5), sept.-oct. de 2001, 408-414.
- Salinas Escobar, María Evangelina. La política de población en México, impacto e implicaciones en la dinámica demográfica del estado de Jalisco, 1974-1977. Tesis de Maestría en Ciencias Sociales, Universidad de Guadalajara; 2001.