NÚMERO 1

SERIE LECCIONES APRENDIDAS DE EVALUACIÓN, INVESTIGACIÓN E INCIDENCIA POLÍTICA

PRIORIDADES Y PERSPECTIVAS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN MÉXICO

Contenidos para la acción: desde las instituciones públicas, la academia y la sociedad civil

México, 2010

DOCUMENTO DERIVADO DEL SIMPOSIO EFECTUADO EL 21 DE FEBRERO DE 2008

Mexfam®

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA PLANEACIÓN FAMILIAR A.C.

INSTITUCIONES ORGANIZADORAS:

Centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM)

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar (MEXFAM)

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.
www.mexfam.org.mx

Primera edición, 2011

© Serie Lecciones Aprendidas de Evaluación, Investigación e Incidencia Política, número 1.
Prioridades y Perspectivas de la Anticoncepción en México. Contenidos para la acción:
desde las instituciones públicas, la academia y la sociedad civil

Documento derivado del simposio efectuado el 21 de febrero de 2008

Edición del documento:
Doroteo Mendoza Victorino, Lorena E. Santos Zárate y Elizabeth Arteaga[1]

Diseño: Capitulares, diseño y comunicación
www.capitulares.com

[1] La elaboración de este documento tomó como base la versión estenográfica del C. Daniel Ramírez Mata, así como las presentaciones y algunos textos y artículos proporcionados por los ponentes.
Se agradece el apoyo de Cintya Carrión en la elaboración de los esquemas sobre el mapeo de los problemas de la anticoncepción.

PRIORIDADES Y PERSPECTIVAS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN MÉXICO

Contenidos para la acción:
desde las instituciones públicas, la academia y la sociedad civil

DOCUMENTO DERIVADO DEL SIMPOSIO EFECTUADO EL 21 DE FEBRERO DE 2008

SERIE LECCIONES APRENDIDAS DE EVALUACIÓN,
INVESTIGACIÓN E INCIDENCIA POLÍTICA
NÚMERO 1

Mexfam®

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA PLANEACIÓN FAMILIAR A.C.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 6

1. MAPA DE LOS PROBLEMAS 9

2. PRIORIDAD EN LAS PROBLEMÁTICAS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN MÉXICO: CAUSAS ASOCIADAS Y ACCIONES NECESARIAS 15

2.1 Estancamiento del Programa de Planificación Familiar en la última década 17

2.2 La calidad de la información proporcionada a las usuarias deja mucho que desear 19

2.3 La perspectiva de género no se ha aterrizado en los servicios, y el hombre prácticamente está ausente en los programas 21

2.4 Fuerte heterogeneidad en el ámbito geográfico 23

2.5 Rezago de 20 o 30 años en el uso de métodos anticonceptivos de zonas rurales, indígenas y en grupos sin escolaridad 25

2.6 Las acciones no han tenido un impacto importante en las adolescentes, se ha avanzado muy poco 27

3. DIAGNÓSTICO DE TEMAS ESPECÍFICOS 33

3.1 Los retos del Programa Nacional de Población 2007- 2012 35

3.2 Necesidad de visualizar la planificación familiar 37

3.3 Necesidad de cambiar el discurso de la planificación familiar 43

3.4 Aseguramiento de insumos de salud reproductiva y de anticonceptivos 45

3.5 Estructura en el uso de métodos y continuidad de la anticoncepción 47

3.6 Varones y uso de métodos anticonceptivos 54

3.7 Anticoncepción posparto 58

3.8 Nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en los registros institucionales 59

3.9 Uso de métodos anticonceptivos en zonas de mayor rezago 61

3.10 Adolescentes y uso de métodos anticonceptivos 66

3.11 La farmacia como fuente proveedora de métodos Anticonceptivos 69

4. DISCUSIÓN 73

5. BIBLIOGRAFÍA 89

PRESENTACIÓN

Con la *Serie Lecciones Aprendidas de Evaluación, Investigación e Incidencia Política* Mexfam tiene el firme propósito de documentar y compartir sus experiencias de trabajo en sus líneas de acción prioritarias vinculadas con la salud sexual y reproductiva.

Esta publicación constituye el primer número de la Serie, y tiene como objetivo mostrar un diagnóstico de lo que acontece sobre los principales problemas de la anticoncepción. Se basa fundamentalmente en las ponencias del simposio sobre "Prioridades y Perspectivas de la Anticoncepción en México", realizado en febrero de 2008; para hacer notar la postura y reflexiones de las instituciones, de investigadores expertos en diferentes temas y de la aportación y discusión con los asistentes. Se complementa con la revisión de la literatura al respecto difundida en foros y eventos y/o publicada en los últimos años. Los datos provienen básicamente de las encuestas sociodemográficas realizadas en el país, en particular, de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR) y de las Encuestas Nacionales de la Dinámica Demográfica 1997 y 2006 (ENADID).

En los dos primeros apartados se resumen los problemas de la anticoncepción en México, agrupados en seis categorías que frecuentemente aparecen mencionadas en los trabajos al respecto: el estancamiento del Programa de Planificación Familiar en la década pasada; la calidad de la información proporcionada a las usuarias deja mucho que desear; la perspectiva de género no se ha aterrizado

en los servicios, y el hombre prácticamente está ausente en los programas; la fuerte heterogeneidad existente en el ámbito geográfico; el rezago de 20 o 30 años en el uso de métodos anticonceptivos en zonas rurales, indígenas y en grupos sin escolaridad; y las acciones no han tenido un impacto importante en las adolescentes, se ha avanzado muy poco.

En cada una de estas categorías se presenta en primer lugar el o los indicador(es) que reflejan el estado de los problemas a través de la medición o aproximación de eventos o acontecimientos asociados con ellos; posteriormente se mencionan algunas causas que han llevado a esas problemáticas; y en un tercer plano se plantean posibles alternativas de solución y acciones necesarias a llevarse a cabo.

En el tercero y cuarto apartados se presentan los contenidos específicos de las ponencias así como la discusión correspondiente, que permiten ampliar la visión de las seis problemáticas identificadas, así como enriquecer el conocimiento del fenómeno en cuestión.

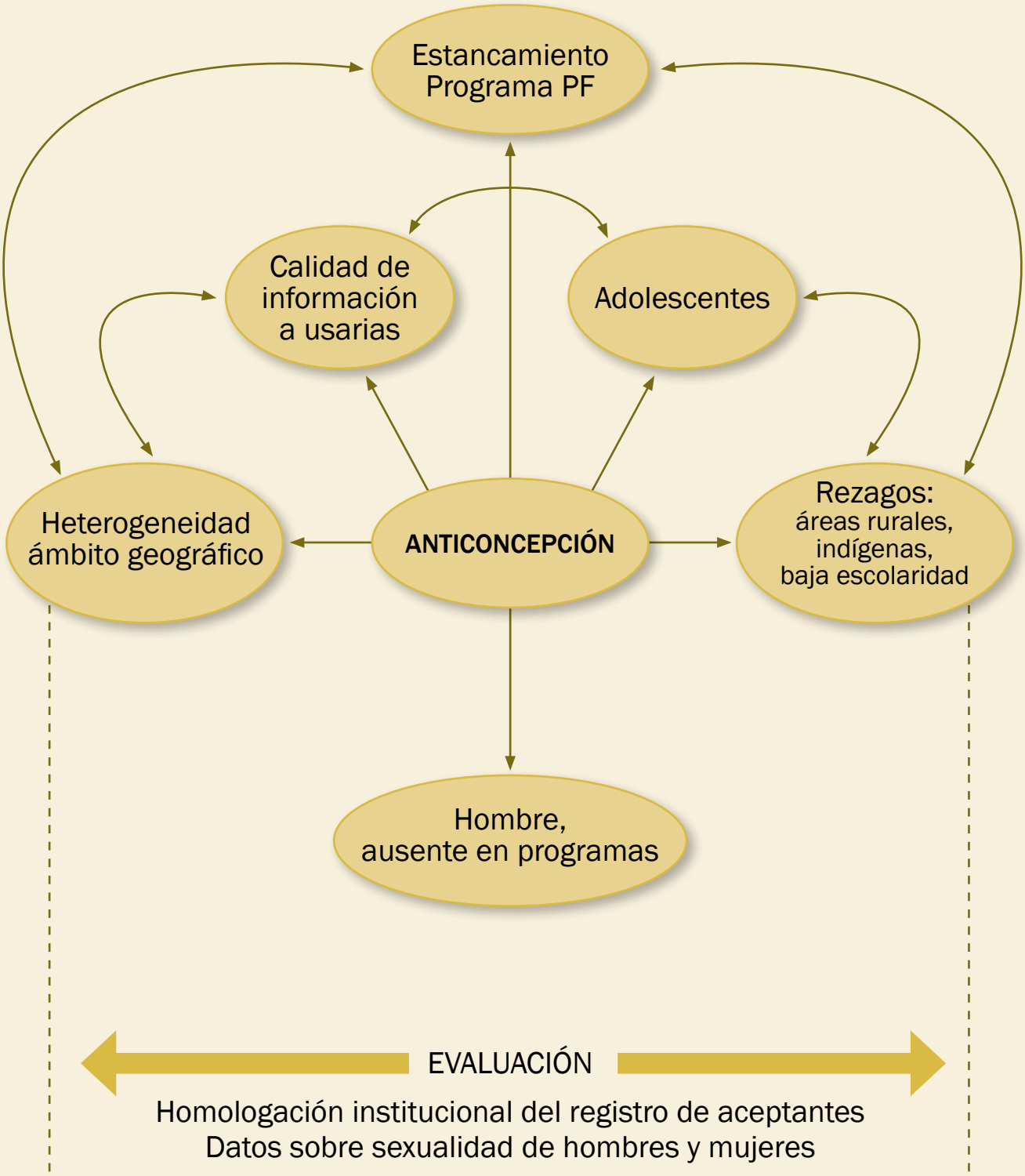
Es pertinente mencionar que no es el interés de este trabajo el detalle de aspectos teóricos y metodológicos, sino más bien, la finalidad es aportar elementos sustantivos para las acciones de política y de defensa y promoción del derecho a la anticoncepción en México.

Compartir con investigadores, responsables de los programas y actores de la sociedad civil así como interesados en el tema fue de invaluable riqueza. Un agradecimiento por ello a todos los asistentes al evento, pero particularmente a los ponentes.

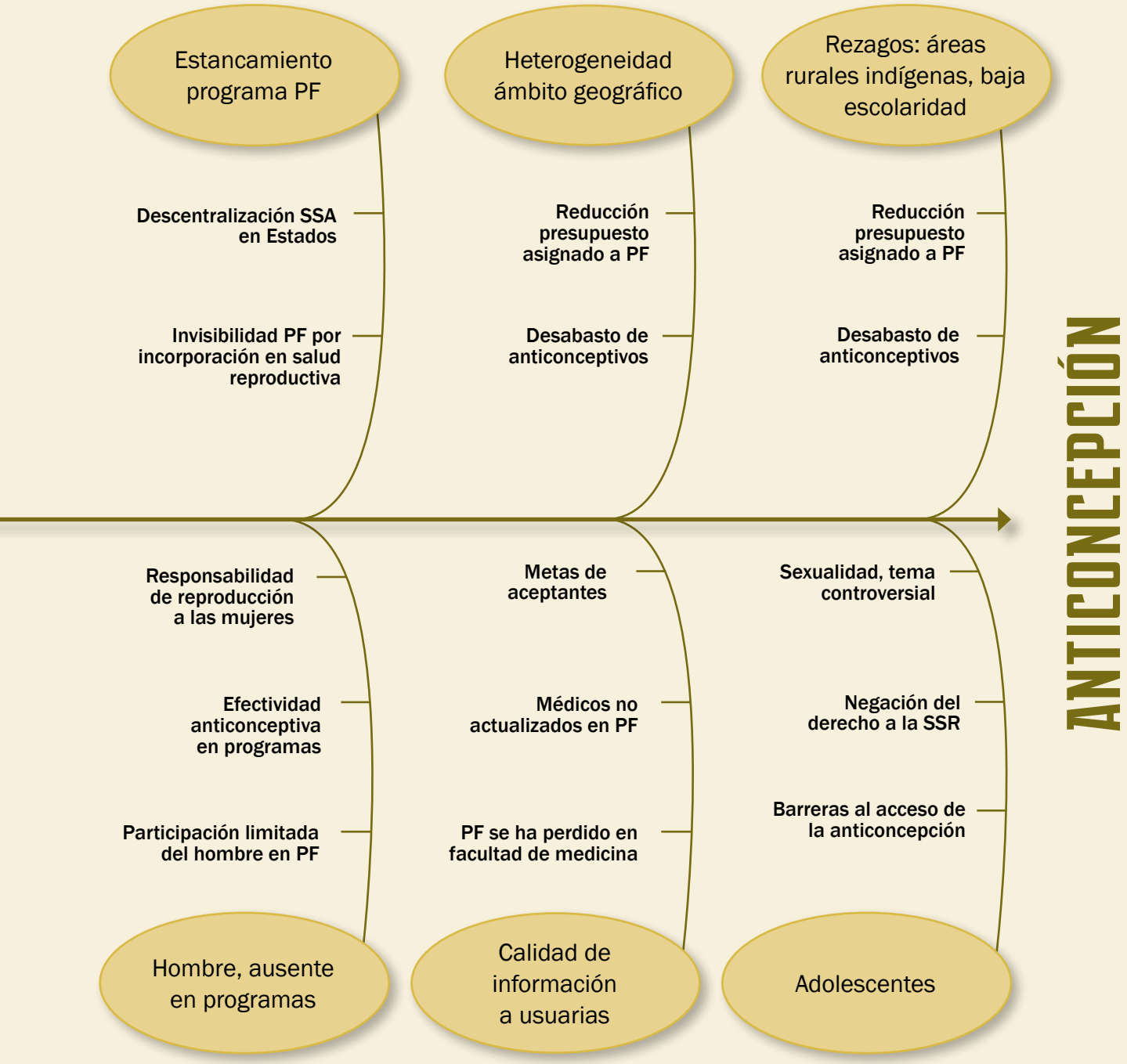
1

MAPA DE LOS PROBLEMAS

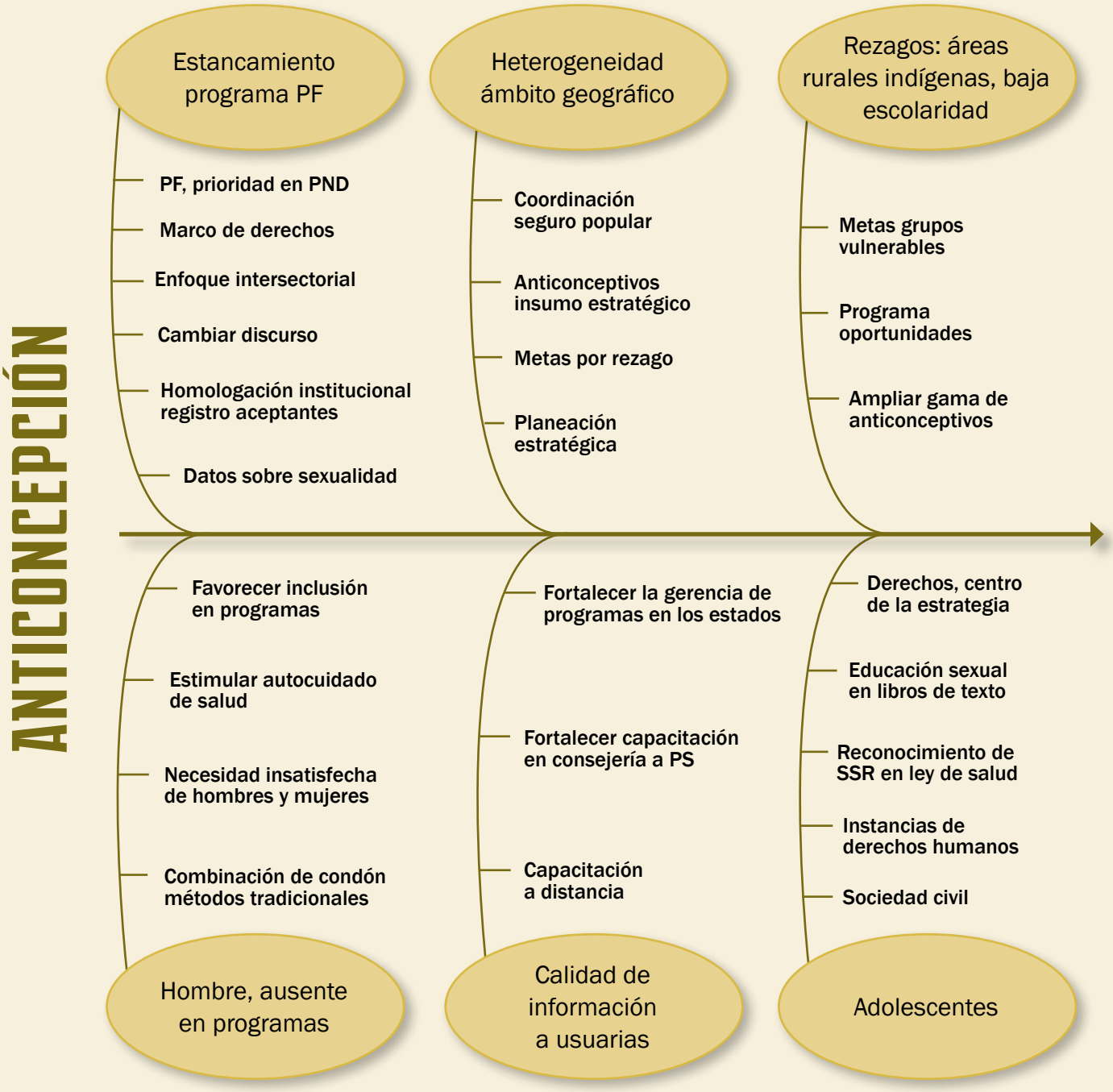
PROBLEMAS DE LA ANTICONCEPCIÓN



CAUSAS ASOCIADAS



ACCIONES NECESARIAS



PF: Planificación Familiar
SSR: Salud Sexual y Reproductiva
PND: Plan Nacional de Desarrollo
PS: Prestadores de Servicios

2

PRIORIDAD EN LAS PROBLEMÁTICAS DE LA ANTICONCEPCIÓN EN MÉXICO:

CAUSAS ASOCIADAS Y ACCIONES NECESARIAS

DOROTEO MENDOZA Y ELIZABETH ARTEAGA

problem
attitude
arte
expresion

2.1 Estancamiento del programa de planificación familiar en la última década

DIAGNÓSTICO

Se visualiza cierto estancamiento en la planificación familiar en México, la demanda insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos que en 1987 era de 25.1 por ciento en las mujeres unidas, se redujo a 12.1 por ciento en 1997, pero prácticamente no cambió en 2006, con una cifra de 12.0 por ciento. La demanda insatisfecha se define como la proporción de mujeres expuestas a un embarazo y que no hacen uso de algún método anticonceptivo, no obstante su deseo de limitar o espaciar sus nacimientos.

El porcentaje de mujeres casadas o unidas en edad fértil de 15 a 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo (prevalencia anticonceptiva) fue de 70.9 por ciento en 2006, cifra sustancialmente menor a la consignada como meta para ese mismo año en el Programa Nacional de Población (PNP) 2001-2006, que fue de 73.9 por ciento; alcanzando un volumen de mujeres unidas usuarias de anticonceptivos de 11.7 millones, cifra que fue menor en 1.2 millones a la meta establecida en el PNP. Con esos datos México pasó a ocupar del 4º al 8º lugar entre los países de la Región Latinoamericana y del Caribe.

CAUSAS ASOCIADAS

El estancamiento del Programa de Planificación Familiar (PPF) que sugiere la cobertura anticonceptiva se asocia con varios hechos: el retiro de donaciones de métodos anticonceptivos; la descentralización de la Secretaría de Salud a los estados, incluidos los recursos financieros; el desabasto de métodos anticonceptivos en algunos estados que han decidido no invertirle al programa por cuestiones ideológicas; la reducción prácticamente a la mitad del presupuesto asignado al PPF; y el riesgo de haber invisibilizado la planificación familiar a partir de haberla integrado como uno de los componentes de la salud reproductiva.

ACCIONES NECESARIAS

Se plantea una serie de acciones para abordar este problema: se ha establecido como prioritaria la salud reproductiva en general y la planificación familiar en particular en el actual Plan Nacional de Desarrollo (PND); trabajar la planificación familiar en un marco de derechos y mediante un enfoque multidisciplinario e intersectorial, estableciendo amplias alianzas estratégicas; impulsar esquemas de cofinanciación con las instituciones involucradas;

reforzar la planeación estratégica en el análisis de la población objetivo, así como la identificación de la demanda potencial y mejorar los procedimientos para estimar las necesidades de insumos.

También, en ese mismo orden de ideas, es necesario cambiar el discurso, haciendo énfasis en que la planificación familiar es muy importante en los programas de reducción de la pobreza; en la salud de las mujeres y los niños; en la libertad que deben tener las mujeres para elegir una maternidad voluntaria, el número y el espaciamiento de sus hijos, en un marco de derechos; en que la planificación familiar facilita que las mujeres, particularmente las jóvenes terminen su preparación y se incorporen al sector productivo, mejorando sus condiciones de vida; y haciendo notar la presión que tiene la población en el medio ambiente.

Respecto a la información estadística que se requiere para la evaluación y seguimiento del programa, dos acciones importantes es necesario fortalecer, por un lado, la homologación del sistema de registro de las aceptantes de métodos anticonceptivos entre las diferentes instituciones, y por otro, la necesidad de generar datos sobre sexualidad a través de las encuestas, para no depender del análisis de la unión como posibilidad de embarazo sino del inicio de las relaciones sexuales.

2.2 La calidad de la información proporcionada a las usuarias deja mucho que desear

DIAGNÓSTICO

Se han tenido muchas deficiencias en la práctica de ofertar servicios de calidad en un marco de respeto a los derechos y a la autonomía de las personas. En las encuestas en hogares se ha preguntado en relación con la información que debe recibir la mujer previa adopción del método anticonceptivo de su elección. Se indaga sobre cinco aspectos para evaluar la calidad al respecto: a) si recibió información de otros métodos que podía usar, b) si le explicaron sobre las molestias que podía tener, c) si le dijeron que regresara en caso de cualquier molestia, d) si le dedicaron el tiempo suficiente para darle toda la información que necesitaba y e) si le aclararon todas sus dudas sobre el método.

Sólo cuatro de cada diez mujeres usuarias de la anticoncepción respondieron haber recibido información completa al respecto, es decir, sobre los cinco aspectos evaluados, y esta proporción fue prácticamente la misma para 1997 y 2006, de 40 y 40.9 por ciento, respectivamente. Pero lo más sorprendente es que la proporción que no recibió información en aspecto alguno, subió de 26.1 por ciento en 1997, a 30.5 por ciento en 2006. Dicho de otra forma, de cada diez usuarias, tres adoptan el método sin recibir información previa y otras tres reciben información parcial.

Otro indicador que refleja de alguna forma la deficiente calidad de la información que poseen las usuarias es la alta proporción que descontinúa el uso del DIU o de los hormonales por efectos colaterales, los cuales constituyen la razón principal de abandono. Ello puede estar asociado al uso irregular del método, a la falta de seguimiento en el caso del DIU o al desconocimiento sobre su uso correcto. En el caso de los hormonales orales, por ejemplo, el 80 por ciento de las mujeres asistentes a la consulta de medicina familiar en las unidades médicas del IMSS no saben cómo usar el ciclo subsecuente, en los ciclos de 21 pastillas. Si esto ocurre en la población derechohabiente, cautiva de los servicios de esa institución, la situación podría ser aun menos favorable en la población general.

CAUSAS ASOCIADAS

Se plantea que la falta de información en las usuarias así como la descontinuación de los métodos podría deberse a que el médico trabaja para la meta de aceptantes, lo que limita la información que debe proporcionar; no le explica a la mujer lo que le puede pasar, en parte porque desconoce el método anticonceptivo, no está actualizado al respecto. En este sentido se menciona

que el tema de la anticoncepción y el de la planificación familiar se han ido perdiendo paulatinamente en la Facultad de Medicina de la UNAM, se perdió el contenido correspondiente así como el de sexualidad humana en el programa de ginecología y obstetricia, o en todo caso aparece como materia optativa.

ACCIONES NECESARIAS

Para solventar esta situación la Secretaría de Salud, en su área correspondiente, plantea fortalecer la capacitación en consejería sobre los métodos anticonceptivos a los prestadores de servicios; pero también en relación con la gerencia de los programas en las entidades federativas. En vista de la alta movilidad del personal se requiere una actualización permanente, en este sentido, la capacitación a distancia se visualiza como una alternativa prometedora.

2.3 La perspectiva de género no se ha aterrizado en los servicios, y el hombre prácticamente está ausente en los programas

DIAGNÓSTICO

No se ha incorporado la perspectiva de género en los servicios de planificación familiar y salud reproductiva, aun cuando existe el convencimiento que es fundamental llevarla a cabo. Así también, no se han establecido estrategias que tengan impacto y que lleguen verdaderamente al sector masculino de la sociedad; efectivamente, se ha dejado de lado la participación del varón. La población masculina ha sido excluida de sus derechos reproductivos por cuestiones de género.

Una de las cosas que restringe es que los datos que se dispone hasta la fecha están centrados en las mujeres. En la ENSAR 2003 no se consideró que fuera relevante entrevistar a los varones, a pesar de que fue una encuesta nacional de salud reproductiva y al margen de que el concepto propone tener una visión integral de las personas que se reproducen.

El hombre ha participado muy poco en la planificación familiar, según la ENADID de 2006, mientras la esterilización femenina concentra el 53 por ciento de las mujeres que usan anticonceptivos, la vasectomía representa el 2.4 por ciento; aunque debe hacerse notar que esta cifra aumentó ya que en 1976 era de 0.6 por ciento.

La participación directa del hombre en la planificación familiar se mide por el peso relativo que representa el condón, la vasectomía y el retiro en el total de usuarias unidas; en tanto que la participación indirecta se refiere a los métodos locales y al ritmo. De esta forma, la participación global del varón en el uso de métodos disminuyó de 20.5 por ciento en 1997 a 17.5 por ciento en 2006, como resultado principalmente de una reducción en la participación indirecta, de 8 por ciento a 4.7 por ciento en esos años.

Otros datos que reflejan claras diferencias e inequidades de género asociadas con la planificación familiar y las relaciones sexuales es que según la Encuesta de Salud Reproductiva (ENSARE) del IMSS en 1998 aplicada a hombres y mujeres derechohabientes, el 12.3 por ciento de las mujeres que vivían en pareja no se negaban a tener relaciones sexuales a pesar de que no las deseaban. A la mitad de los varones les molestaba que sus parejas se negaran a tener relaciones sexuales cuando ellas no las deseaban; y dos de cada cinco

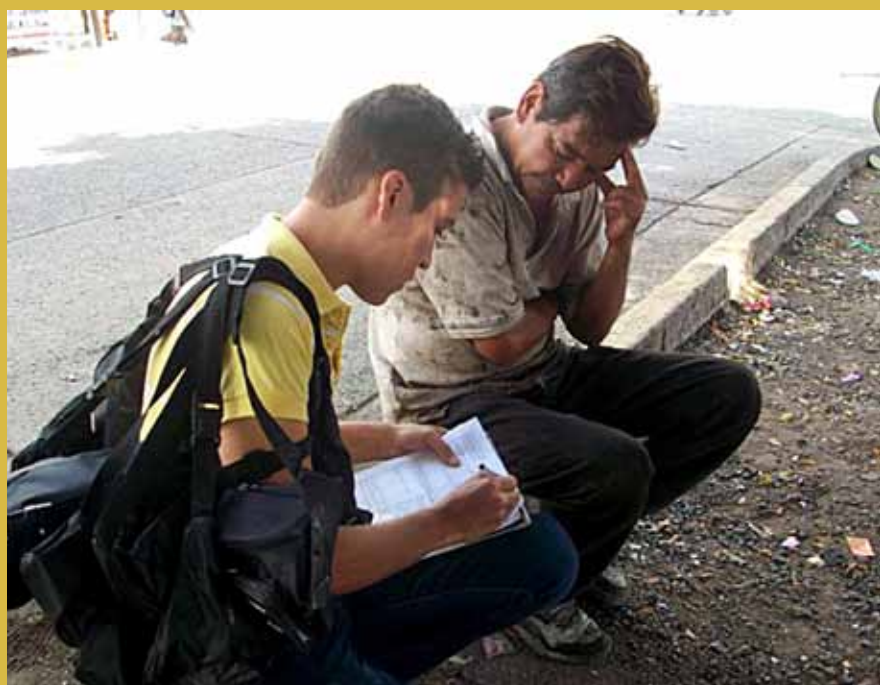
mujeres percibían que las relaciones sexuales son más importantes para el hombre “por la naturaleza de ellos, la necesitan más, piensan más en las relaciones sexuales y tienen más placer”, así como la mitad de las mujeres respondieron que los hombres son quienes deben tomar la iniciativa en las relaciones sexuales.

CAUSAS ASOCIADAS

Una explicación es que a las mujeres se les ha asignado totalmente la responsabilidad de la reproducción; los programas de atención materno infantil, al margen de que incidieron en la mujer para que atendiera a sus hijos y de paso ofrecerles anticonceptivos, lo que se logró fue excluir a los varones. Por otra parte, la apuesta de muchos programas por la efectividad anticonceptiva de los métodos, ha limitado de alguna forma la participación directa e indirecta del hombre en la planificación familiar, además de los estereotipos y las visiones de los propios proveedores de servicios de salud.

ACCIONES NECESARIAS

Se propone en consecuencia, llevar a cabo una revisión de cómo conceptualizar a los varones en el ámbito de la salud reproductiva, de tal forma de favorecer su inclusión en los programas, hacerlos presentes en los ámbitos de la salud. Algunas acciones específicas podrían ser: buscar un mayor acceso a los servicios de salud para los varones a través de proponer los turnos vespertinos para las consultas en las unidades médicas; revisar la réplica de los estereotipos en materiales educativos y mensajes a fin de evitarlos; en las situaciones de uso de métodos tradicionales como el ritmo, promover su combinación con el condón a fin de incrementar la efectividad anticonceptiva; visibilizar la reproducción de los hombres a través de investigaciones sistemáticas e identificar y medir necesidades no satisfechas en la experiencia de varones y mujeres que se reproducen; en fin, aprender, hacer y promover colectivamente programas para estimular en los hombres el auto cuidado de su salud.



2.4 Fuerte heterogeneidad en el ámbito geográfico

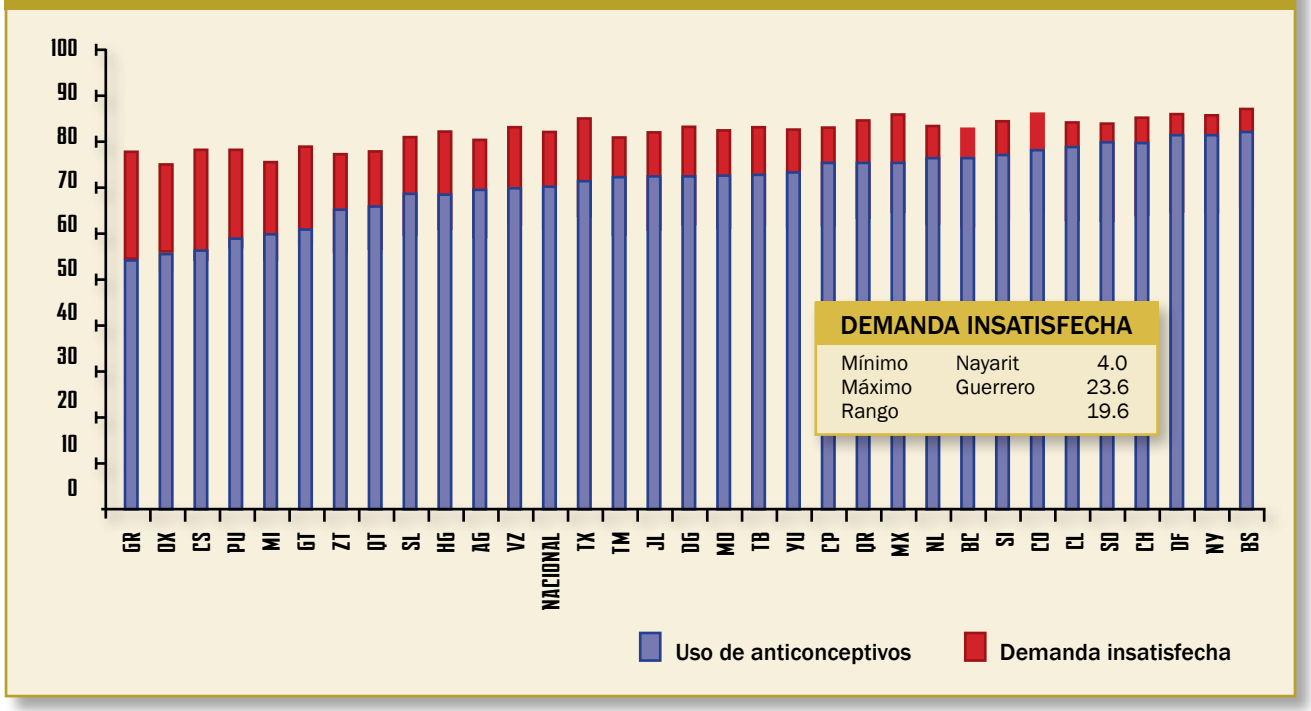
DIAGNÓSTICO

La evaluación de la política de población en el campo de la planificación familiar en las entidades federativas revela que según la ENADID de 2006, 14 estados rebasaron la meta de 73.9 por ciento de cobertura anticonceptiva planteada por el Programa Nacional de Población para 2006; 6 estados alcanzaron porcentajes mayores al promedio nacional pero menores a la meta del PNP; y 12 entidades federativas presentaron niveles de uso de métodos menores a la media nacional, de las cuales, cuatro poseen coberturas anticonceptivas demasiado bajas, menores a 60 por ciento. El nivel de uso que presenta Guerrero, por ejemplo, es equivalente al que registraba el ámbito nacional hace casi 20 años.

Ahora bien, tomando como indicador la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, en 20 entidades este indicador es menor al promedio nacional, de las cuales 17 registran niveles relativamente bajos, menores a 10 por ciento; entre ellas: Nayarit, Baja California Sur, Distrito Federal, Sonora, Colima, Chihuahua, Baja California Norte, Nuevo León, Sinaloa, Campeche, Coahuila, Tamaulipas, Yucatán, Quintana Roo, Morelos, Jalisco y Tabasco. Nueve estados presentan niveles intermedios de demanda insatisfecha, con valores entre 10 y 14 por ciento, entre ellos: Estado de México, Durango, Aguascalientes, Zacatecas, Querétaro, Veracruz, San Luis Potosí, Hidalgo y Tlaxcala.; y finalmente, seis estados rebasan el 15 por ciento de demanda insatisfecha, y son: Michoacán, Guanajuato, Oaxaca, Puebla, Chiapas y Guerrero, pero estas cuatro últimas entidades exhiben niveles superiores a 20 por ciento.

La demanda insatisfecha se relaciona de forma inversa con el desarrollo socioeconómico de las entidades federativas. Resulta claro que a mayor índice de marginación, se tiene una mayor necesidad insatisfecha de anticonceptivos; Chiapas, Guerrero y Oaxaca presentan los niveles más altos de marginación y de necesidad insatisfecha de planificación familiar, constituyendo al respecto un mundo diferente, alejado del resto de los estados.

Uso y demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil, 2006.



ACCIONES NECESARIAS

Insistir en que los anticonceptivos se cataloguen como un insumo estratégico, que no se deje a la compra particular de cada entidad federativa; fortalecer la coordinación con el Seguro Popular a fin de aprovechar los recursos financieros que dispone, para empatarlos con las metas por rezago en las entidades federativas; además de reforzar la planeación estratégica en el análisis de la población objetivo, así como la identificación de la demanda potencial y mejorar los procedimientos para estimar las necesidades de insumos.

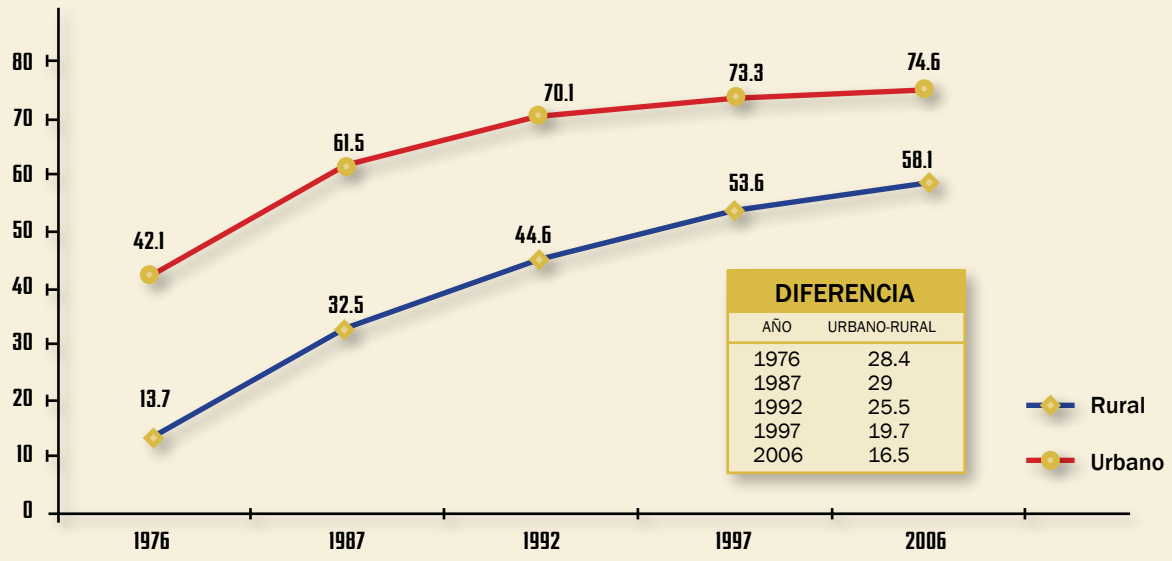
2.5 Rezago de 20 o 30 años en el uso de métodos anticonceptivos de zonas rurales, indígenas y en grupos sin escolaridad

DIAGNÓSTICO

Si bien, los incrementos en la prevalencia anticonceptiva de las zonas rurales han sido mayores que los experimentados en las áreas urbanas en los últimos años, lo que ha disminuido la brecha entre ambos ámbitos, de 29 puntos porcentuales como diferencia en 1987, a 16.5 puntos porcentuales en 2006. No obstante, **las zonas rurales tienen aún un atraso de 20 años con respecto a las urbanas. En 2006 las mujeres urbanas practicaban la anticoncepción en un 74.6 por ciento, mientras que en las áreas rurales el porcentaje fue de 58.1 por ciento.**

De la misma forma, la condición de habla de lengua indígena muestra una diferencia de 20 puntos porcentuales en la cobertura anticonceptiva.

Porcentaje de mujeres unidas en edad fértil que usan métodos anticonceptivos por lugar de residencia, 1976-2006.



DIFERENCIA

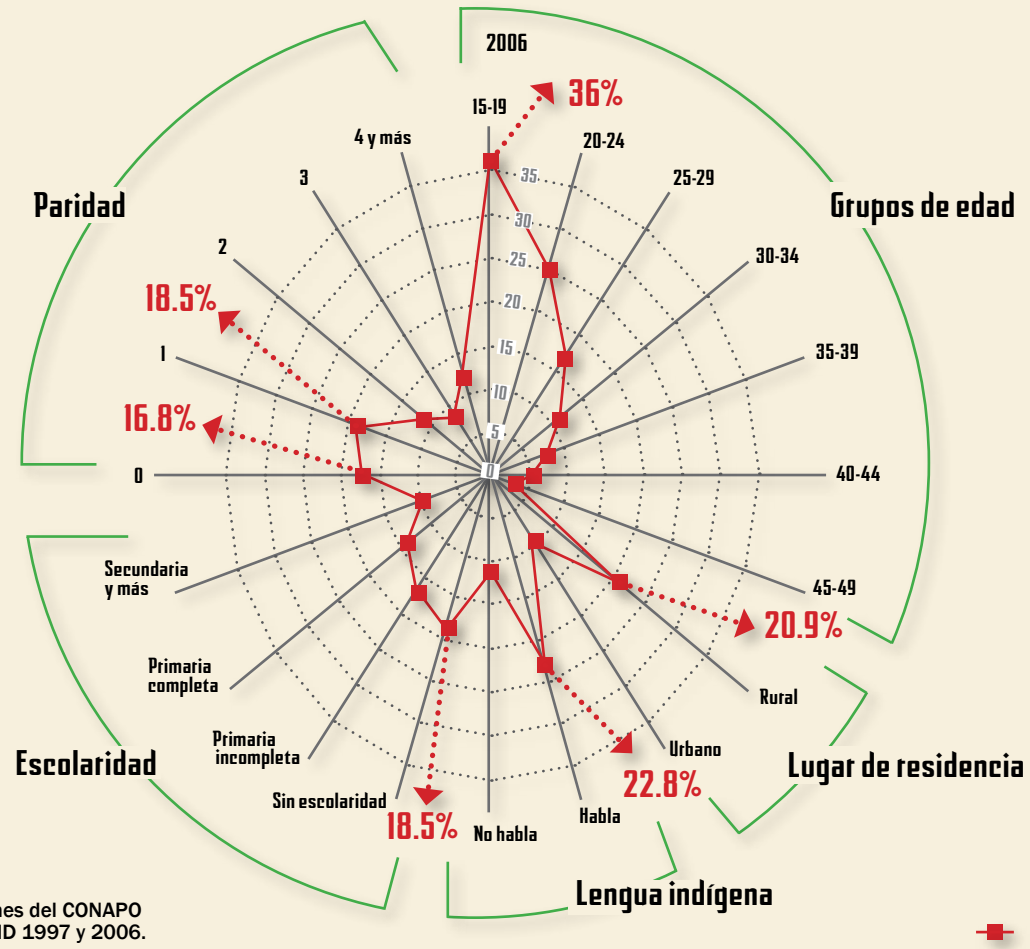
AÑO	URBANO-RURAL
1976	28.4
1987	29
1992	25.5
1997	19.7
2006	16.5

Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en las encuestas sociodemográficas nacionales de 1976, 1987, 1992, 1997 y 2006.

En 2006 el uso de métodos anticonceptivos de las mujeres que hablan alguna lengua indígena fue de 52 por ciento y en las mujeres sin escolaridad de 57 por ciento, mostrando un atraso de casi 30 años respecto a las mujeres con secundaria y más, que tenían una prevalencia anticonceptiva de 75 por ciento.

De hecho, las mujeres rurales, aquellas sin escolaridad y las que hablan alguna lengua indígena presentan una demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos cercana a 20 por ciento, cifra que duplica a la observada en las áreas urbanas o en las mujeres con secundaria o más, cuyo porcentaje alcanza el 9 por ciento.

Demanda insatisfecha en el uso de métodos anticonceptivos en mujeres unidas en edad fértil, 2006.



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 1997 y 2006.

ACCIONES NECESARIAS

En este contexto, la satisfacción de la demanda de servicios de planificación familiar tiene que ver con la capacidad de respuesta del Sistema de Salud

Mexicano. Una oportunidad al respecto es lo que se está trabajando actualmente en relación con el recurso que otorga la federación para amarrarlo con las metas de algunos grupos vulnerables, por ejemplo, en la población indígena.

Por otra parte, la evaluación del Programa Oportunidades ha demostrado su impacto en la disminución significativa de la demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, particularmente en los grupos más pobres, relacionados con las mujeres sin escolaridad y en las hablantes de lengua indígena. Se ha documentado que el programa es eficiente en la provisión de métodos anticonceptivos en el área rural, reduciendo la necesidad de comprarlos; pero favorece principalmente el uso de la oclusión tubaria bilateral, del DIU y de las inyecciones.

Parece entonces imperativo fortalecer este programa como una de las pocas opciones para el ámbito rural; aunque se requiere una profunda revisión de la necesidad de ampliar la gama de opciones anticonceptivas.

2.6 Las acciones no han tenido un impacto importante en las adolescentes, se ha avanzado muy poco

DIAGNÓSTICO

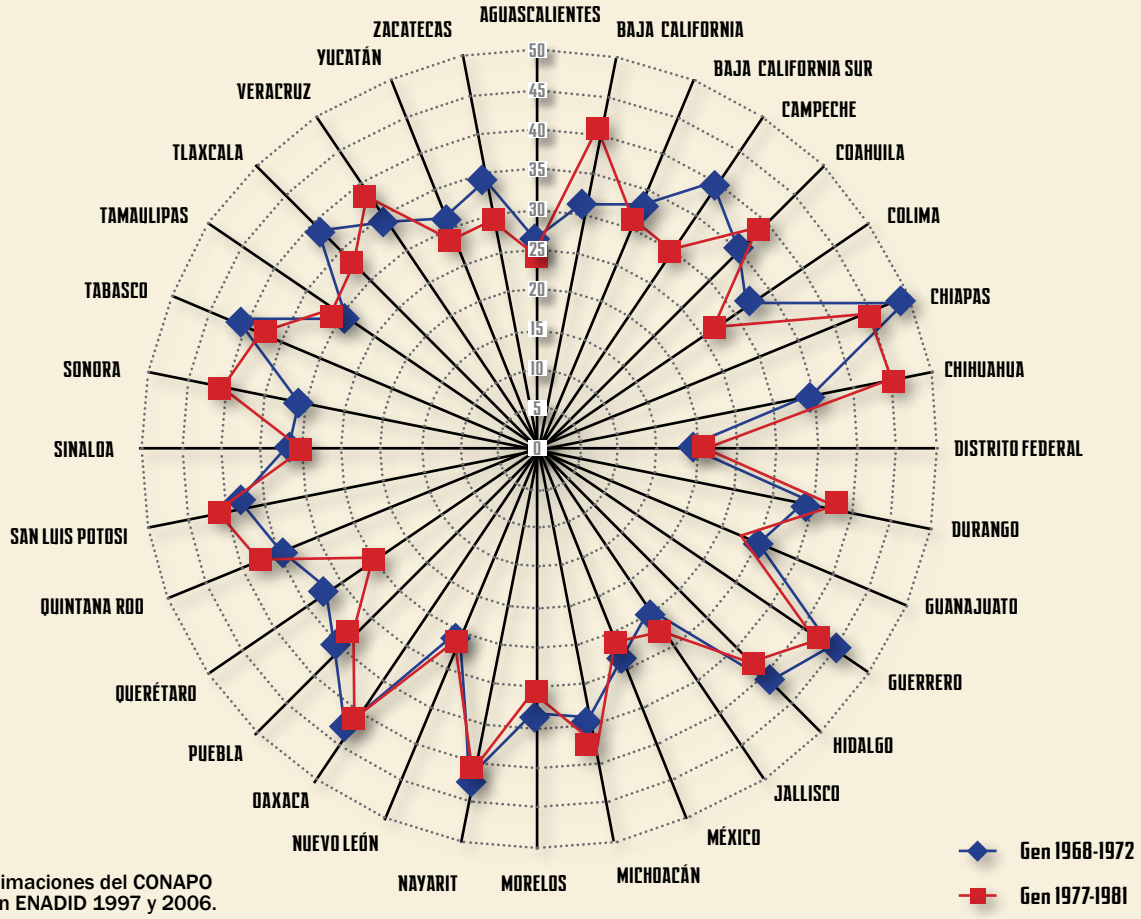
El 31 por ciento de las mujeres tienen a su primer hijo antes de los 20 años, cifra que aumenta a 45 por ciento en las mujeres rurales o indígenas, y a 57 por ciento en aquellas con nula o baja escolaridad.

Este indicador ha cambiado muy poco en los últimos 30 años, de 39 a 31 por ciento; y muestra que el embarazo en la adolescencia se presenta de forma independiente al desarrollo socioeconómico de los estados; rebasa el 40 por ciento en Chiapas, Guerrero y Oaxaca; lo mismo que en Baja California Norte, Chihuahua, Nayarit y San Luis Potosí.

Casi seis de cada diez (**58 por ciento**) **de las mujeres embarazadas durante la adolescencia** (**12 a 19 años**) **no desearon su primer embarazo.**

Se manifiesta un deseo expreso por no tener hijos durante la adolescencia, el 97 por ciento de las adolescentes urbanas respondieron en este sentido.

Porcentaje de mujeres de 25-29 años que tuvieron a su primer hijo en la adolescencia. ENADID 1997 y 2006



Fuente: Estimaciones del CONAPO con base en ENADID 1997 y 2006.

Cuando la mujer se embaraza durante la adolescencia, ello se relaciona con un mayor abandono de los estudios, del trabajo y de la casa paterna, que cuando se embaraza después de los 20 años. **El 63 por ciento de las adolescentes abandonan los estudios por el embarazo, el 57 por ciento dejan de trabajar y el 51 por ciento dejan de vivir en casa de sus padres por ese motivo.**

A los 19 años de edad más de la mitad de las mujeres han tenido **su primera relación sexual, la cual ocurre en promedio a los 15.9 años en la vida de la adolescente.** La unión se da casi de forma simultánea al inicio de la actividad sexual, con menos de un mes de espacio promedio; y el intervalo entre la unión y el primer nacimiento es también corto, de 5.6 meses.

El conocimiento de cómo se usan o cómo funcionan los métodos es bajísimo. Más del **80 por ciento de las adolescentes que han oído hablar de las pastillas anticonceptivas no saben qué hacer cuando se olvida tomar una**; y prácticamente

el 70 por ciento de aquellas que han escuchado de la pastilla de emergencia no saben cuánto tiempo después de la relación sexual se deben tomar.

El tema de la educación sexual en el sistema educativo formal deja mucho que desear. **Más del 85 por ciento de las y los adolescentes que van a la escuela no saben acerca del periodo fértil de la mujer** según datos de las encuestas realizadas por el Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias CRIM.

De las mujeres jóvenes cuya primera relación sexual ocurrió entre los 16 y 19 años de edad, sólo el 21 por ciento usó algún método anticonceptivo.

El deseo del embarazo como razón de no uso de la anticoncepción al inicio de las relaciones sexuales ha disminuido según las encuestas urbanas llevadas a cabo por la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar MEXFAM, de 28 por ciento en 1999, a 16 por ciento en 2002 y a 14 por ciento en 2004. Ello, manifiesta un cambio importante en las preferencias o expectativas reproductivas por parte de las adolescentes.

La cobertura anticonceptiva de las adolescentes no varió estadísticamente entre 1987 y 1992, con valores entre 30.2 y 36.4 por ciento; aumentó a 45 por ciento en 1997, pero a partir de ahí se mantuvo estable en los siguientes años dado que las cifras de 45.3 por ciento en 2003 y de 39.4 por ciento en 2006 no resultaron diferentes en términos estadísticos. **Se hace evidente el estancamiento de la planificación familiar en este grupo de edad.**

Con la cifra de 39 por ciento e incluso de 45 por ciento de cobertura anticonceptiva en adolescentes, México se ubica en el último lugar de un grupo de siete países de la Región Latinoamericana y del Caribe durante el primer quinquenio del presente siglo, superado por Colombia, Perú, Nicaragua, Honduras, Bolivia y República Dominicana.

El uso de la pastilla anticonceptiva de emergencia ha sido bajo en el país, sobre todo si se tiene en cuenta la alta incidencia de embarazos no deseados y no planeados. El 1.5 por ciento de las adolescentes la han utilizado alguna vez, así como el 2.3 por ciento de las jóvenes. La ENADID 2006 sugiere que esta alternativa anticonceptiva ha sido privilegio hasta ahora sólo de ciertos grupos, de las mujeres urbanas y de aquellas que poseen mayor escolaridad.

De todos los grupos de edad el de 15 a 19 es el que menor información recibe para sustentar su elección de la metodología anticonceptiva, sólo 36.9 por ciento de las adolescentes usuarias de anticonceptivos en 1997 declararon haber recibido información completa previa adopción del método actual, y esta proporción disminuyó a 34.4 por ciento en 2003 y a 32.4 por ciento en 2006.

Por el contrario, la categoría “sin información” se incrementó en estos años, de 32.2 por ciento en 1997, a 35. 2 y 48.5 por ciento en 2003 y 2006, respectivamente; es decir, **una de cada dos adolescentes no recibe información alguna previa adopción del método que utiliza actualmente**.

La demanda insatisfecha de anticonceptivos en las adolescentes en unión, que en su mayor parte se refiere a demanda para espaciar los embarazos, fue de 34 por ciento en 1987, disminuyó a 27 por ciento en 1997 y a 25 por ciento en 2003, pero **se incrementó a 36 por ciento en 2006**. De hecho, en este último año **la demanda insatisfecha de las adolescentes fue la más alta de todos los grupos, incluso mayor que la de poblaciones rurales, indígenas o con nula o baja escolaridad**. Este aparente incremento en la demanda insatisfecha de la anticoncepción en las adolescentes entre 1997 y 2006 se debe fundamentalmente a un aumento en la proporción de no usuarias no embarazadas que desean espaciar sus nacimientos al menos por dos años.

“El primer embarazo ocurre con cierta frecuencia cuando la joven se encuentra en su etapa formativa y asiste aún a la escuela, particularmente en las zonas urbanas, y que en más de la mitad de los casos la joven embarazada abandona los estudios. Con la tendencia a la prolongación de la etapa formativa y sin cambios sustantivos en los patrones reproductivos de los jóvenes, **el número de estudiantes que se embarazan irá creciendo y serán jóvenes que limitarán sus posibilidades de desarrollo futuro**. Esta problemática debe atenderse por parte de las instituciones involucradas: la familia, las escuelas y el sector salud, de manera que las jóvenes continúen sus estudios y adquieran las capacidades que les permitan acceder a mejores condiciones de vida” (Mier y Terán, 2007, p.105).

CAUSAS ASOCIADAS

El contexto institucional limita las opciones de los adolescentes. Hay necesidad de reflexionar sobre el papel de las instituciones, que permita definir acciones concretas. Debe procurarse que la Ley General de Salud se cumpla, transformar los contenidos en la educación en relación con la sexualidad, y que el Consejo Nacional de Población realice las tares de supervisión y evaluación en esta materia.

Hasta que no se reconozca realmente que la salud sexual y reproductiva es un derecho de los adolescentes, no se observarán cambios sustanciales en los indicadores. La negación a ese derecho es lo que pone las principales barreras al acceso a la anticoncepción, tanto por el lado de la oferta como por la demanda. Por tratarse de un tema controversial las acciones gubernamentales son tímidas, pero también, los adolescentes no reconocen que es un derecho que ellos tienen.

ACCIONES NECESARIAS

Si bien se está elaborando un programa sectorial específico de salud sexual y reproductiva para la población adolescente por parte del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la SSA, que incorpora un componente enfocado a la educación sexual y a favorecer el acceso a los servicios; es crucial poner el tema de los derechos en el centro de la estrategia, y colocar el proyecto de vida en todas sus dimensiones, para darle justamente un carácter mucho más amplio de vincular la sexualidad con la salud.

Involucrar más a las instancias de derechos humanos así como ha ocurrido ya con la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; y fortalecer la participación de la sociedad civil en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, en vista de ser un tema polémico y con fuerte carga ideológica, particularmente importante en este sentido es continuar impulsando la educación sexual en los textos de educación pública.

En el terreno de los obstáculos de carácter político, es fundamental pugnar porque en la Ley General de Salud se incorpore el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva, y no solamente el capítulo que habla de la salud materno infantil. Así también, se debe ejercer presión para que el estado laico se cumpla así como la normatividad y las leyes, por encima de las creencias personales de los funcionarios públicos.

3

DIAGNÓSTICO DE TEMAS ESPECÍFICOS

AUN HAY SOLUCIÓN
TIVOS
Mexfam
gente joven
Mexfam
up
embarazo

3.1 Los retos del Programa Nacional de Población (PNP) 2007-2012

ELENA ZÚÑIGA Secretaria General del Consejo Nacional de Población

En el Programa Nacional de Población 2007-2012 se definen retos, objetivos, líneas de acción y metas, que se vinculan con la salud reproductiva, dirigidos a favorecer el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción; que nos lleve a proteger y fomentar el derecho a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, a regular la fecundidad de forma segura y efectiva, disponer de la información y los medios para realizarlo, y comprender y disfrutar la propia sexualidad. Reconociendo que en estos ámbitos es necesario incidir en las desigualdades sociales, de género y generacionales que sí influyen en las condiciones, el poder y los recursos de los que disponen las personas para ejercer esos derechos y emplear sus libertades.

En relación al tema sobre el derecho a decidir cuántos hijos tener, cuándo tenerlos y regular la fecundidad de forma segura y efectiva, se han visto avances importantes en el ámbito de la anticoncepción. Se habla ya de un nivel de uso de anticonceptivos de más del 70 por ciento de las mujeres en edad fértil unidas. Sin embargo, se ha avanzado poco en la última década, no se ha logrado bajar más el nivel de demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos, que es un indicador que nos llevaría a plantear si estamos cumpliendo con garantizar el derecho a poder planificar la familia por parte de todas las mujeres. El 12 por ciento mantienen esa situación de demanda insatisfecha.

Se dispone de un indicador construido a través de preguntar a la usuaria de anticonceptivos si recibió ofertas de otros métodos, si le explicaron las molestias que podría presentar al aceptar el método y si le aclararon sus dudas. Se observa todavía que estamos hablando de altas proporciones de mujeres que no están recibiendo la información que debieran sobre la anticoncepción. Se tiene entonces el problema de calidad en la información proporcionada; lo que significa que hay que seguir insistiendo en el ámbito de la planificación familiar.

En el caso de los adolescentes y jóvenes es todavía más patético. Aquí tenemos un estancamiento rotundo, no se ha avanzado realmente en la satisfacción de las necesidades de los adolescentes y jóvenes. En el ámbito de la anticoncepción no hubo cambios, incluso la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2006 (ENADID), indica un retroceso importante en la anticoncepción de las adolescentes, lo cual es el gran foco rojo que tendríamos que atender como prioridad en esta administración.

El tema de la educación sexual en el sistema educativo formal es otro que no podemos dejar al margen, no se trata solamente de atención en salud, la educación es fundamental. Los estudios señalan que el conocimiento que tienen los adolescentes respecto a la forma de uso de los anticonceptivos y de cómo funcionan, es bajísimo.

Con relación a las pastillas de emergencia, se reconoce que no ha habido una estrategia para dar información correcta y completa, acerca de la forma de uso.

Respecto al tema de los derechos y de la posibilidad del derecho que tiene que ver con comprender su propia sexualidad y participar en las decisiones, la gran mayoría de las mujeres rurales declaran que necesitan el permiso de su pareja o compañero para usar métodos anticonceptivos; aún en aquellas que trabajan, que son las mujeres más vanguardistas, proporciones importantes requieren del permiso de la pareja para usar anticonceptivos. Estamos hablando de una sociedad donde la participación del hombre es muy importante. Queremos que tomen decisiones informadas y responsables, pero no estamos realmente estableciendo estrategias que tengan gran impacto y que lleguen verdaderamente al sector masculino de la sociedad. Se requiere fortalecer la inclusión de la perspectiva de género, es necesario que avancemos más rápidamente en ese sentido.

En resumen, se requiere mayor acceso y mejor calidad de servicios de planificación familiar y de salud reproductiva; fortalecer la educación y la información en los servicios para adolescentes; incidir en el rezago en materia de salud sexual y reproductiva en la población pobre y rural; dirigirnos hacia los varones; atender necesidades vinculadas a la migración, ahí tenemos también una serie de problemáticas emergentes, en vista de que es un fenómeno que se está expandiendo por todo el territorio nacional; necesitamos estrategias dirigidas a los grupos vulnerables en general; reforzar los vínculos con la sociedad civil; y fortalecer también el estudio, los diagnósticos y los instrumentos de planeación para incidir y mejorar la salud sexual y reproductiva de la población mexicana.

3.2 Necesidad de visibilizar la planificación familiar

PATRICIA URIBE Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Hemos escuchado la situación actual de la planificación familiar, cifras concretas que nos muestran un estancamiento, particularmente en las y los adolescentes ¿Por qué nos estancamos? ¿Qué tenemos que hacer distinto para lograr que se siga avanzando y se disminuyan sobre todo las desigualdades y se amplíe el enfoque? Se ha planteado desde 1994 la importancia de abordar la planificación familiar no solo como una manera de control demográfico, sino en un marco de derechos, como un derecho fundamental vinculado al desarrollo social y económico de las familias y las comunidades.

Mi expectativa es que del análisis que aquí se realice, con la participación de personas que han estado trabajando arduamente durante muchos años en estos temas, encontremos algunas respuestas y alternativas de cómo mejorar lo que ya estamos haciendo.

En la Secretaría de Salud tenemos la cultura de construir sobre lo construido y no olvidar la historia, -aunque debo reconocer que a veces se nos olvida-. Ustedes conocen perfectamente la historia de la planificación familiar en México, el problema es que no está completamente escrita y documentada en su totalidad. Ustedes saben que las acciones gubernamentales iniciaron posteriormente a las de la sociedad civil y la de las instituciones académicas. En el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva se ha tratado de rescatar la historia de la anticoncepción en México y encontramos por ejemplo, que la primera institución gubernamental que empezó a hacer investigación y prestación de servicios en el área de planificación familiar, fue el actual Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición. Estas acciones no constituían un programa nacional, sin embargo, eran las primeras acciones que desde las instituciones públicas se desarrollaban.

Posteriormente a principios de los 70's el Instituto Mexicano del Seguro Social desarrolló una labor pionera en el tema. En 1973 se realizó la modificación al Artículo 4º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y en 1974 se inició la política nacional de población sustentada en la publicación de la Ley General de Población y la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO); constituyéndose las bases organizacionales, programáticas y políticas para establecer la planificación familiar en nuestro país, en respuesta al llamado internacional de la 1ª Conferencia Mundial sobre Población realizada en Bucarest en 1974.

En la Secretaría de Salud se incorporó el concepto de planificación familiar a partir de esa fecha y se desarrolló de manera progresiva la infraestructura institucional de planificación familiar. En 1976 se estableció un organismo coordinador del Plan Nacional de Planificación Familiar y en 1977 un Grupo Interinstitucional sobre la materia. Y a partir de estas instancias, se instrumentó el primer Programa Nacional de Planificación Familiar, que fue emitido en 1977.

La historia inicial del Programa de Planificación Familiar fue con recursos suficientes, era un programa vertical, desde el nivel central se compraban todos los anticonceptivos, hubo gran cantidad de donaciones de varias agencias internacionales. Incluso en México en esa época, la mayor parte de los anticonceptivos provenían de donaciones internacionales.

No voy a detallar la historia de la planificación familiar en el país, pero la historia es importante y hay que aprender de la misma. Otro hecho fundamental se dio en 1994, cuando el Programa de Planificación Familiar dejó de estar a cargo de la Dirección General de Planificación Familiar y pasó a formar parte de la Dirección General de Salud Reproductiva, con el nuevo enfoque planteado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en el Cairo. Esta reestructuración fue un cambio fundamental que amplió el enfoque de la salud reproductiva, no limitándolo a la anticoncepción, e incorporando otros componentes fundamentales. Sin embargo, algunos han planteado que esta integración de los diversos componentes de la salud reproductiva, provocó de manera indirecta que se invisibilizara la planificación familiar.

Estoy convencida que es muy importante el integrar todos los componentes de la salud reproductiva, ampliar el enfoque, pero lo que luego sucede algunas veces es que se invisibilizan algunos componentes y se puede perder la intensidad de las acciones en un área en particular. Por ello, entre otras razones, el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA, se ha resistido a ser incorporado en un área que de manera general se denomine salud reproductiva.

En esa etapa de la Planificación Familiar sucedieron muchas cosas, entre ellas, a partir de 1991 disminuyeron las donaciones de anticonceptivos por agencias

internacionales y a partir de 1995 toda la compra de anticonceptivos era realizada por el gobierno del país.

Otro hecho de gran relevancia fue el proceso de descentralización que se completó a finales de los 90´s. El programa de salud reproductiva, incluyendo planificación familiar fue descentralizado pasando de ser un programa vertical a uno horizontal, donde cada entidad federativa quedó a cargo de la compra de sus anticonceptivos. La Secretaría de Salud es la Secretaría del Gobierno más descentralizada, donde es una realidad la autonomía que incluye la descentralización real de los recursos financieros. La descentralización fue un proceso largo, complicado, que tardó varios años y coincidió en su última etapa con la suspensión de las donaciones de anticonceptivos y con el cambio de un enfoque de sólo la planificación familiar, a ser un componente de la salud reproductiva. Todos estos elementos, de alguna manera contribuyeron a invisibilizar y diluir los esfuerzos en planificación familiar.

Esta situación es respaldada por la información generada recientemente en los ejercicios de análisis de los flujos de financiamiento y gasto en equidad de género y salud reproductiva que se realizan desde 2003 a la fecha, que permite conocer cuánto se está gastando en cada uno de los componentes de la salud reproductiva y género por todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, no cuánto se programa en los ejercicios de planeación previos.

Dicha información no se podía tener de las cuentas nacionales en salud existentes. Los reportes de este ejercicio específico, están en la página del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, todos pueden tener acceso a estos informes y es realizado a solicitud de la Secretaría de Salud por investigadores de economía en salud del Instituto Nacional de Salud Pública. Como resultado del análisis de esta información se ha encontrado que el gasto en planificación familiar ha ido disminuyendo a nivel nacional; por ejemplo, en

2003 en todas las instituciones públicas en México se gastaron 4,746 millones y en 2005 fueron 2,269 millones de pesos. Al realizar análisis más detallados de cuál es el gasto de salud reproductiva per cápita, tomando en cuenta las mujeres en edad fértil por estado para identificar si tiene alguna correlación con la necesidad o la problemática de cada entidad federativa no se encuentra una correlación con indicadores de salud específicos.

Esa disminución se ha explicado en parte por el surgimiento de otras prioridades de salud, por ejemplo, la prevención y atención del VIH-Sida es el componente de la salud reproductiva hacia el cual se ha canalizado la mayor parte de recursos internacionales. Por otro lado, en un buen número de países en desarrollo han surgido nuevos retos vinculados al envejecimiento y la migración, que ocupan una alta prioridad y que han provocado de manera indirecta que se disminuya la prioridad que tuvo en las décadas previas la planificación familiar.

En resumen, la descentralización, la disminución en la donación de anticonceptivos por agencias internacionales, la integración de la planificación en el concepto de la salud reproductiva y la instrumentación de una reforma del Sistema de Salud, con el sistema de protección social que se realizó en la administración pasada en la Secretaria de Salud, han sido factores que han contribuido a una transición compleja de las prioridades, el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

Es evidente que los recursos financieros se han incrementado particularmente para la Secretaría de Salud. Del 2000 al 2006 se ha triplicado el presupuesto y los servicios estatales de salud cuentan con mayores recursos financieros que en el 2000. Desafortunadamente esto no se ha reflejado en planificación familiar y en programas vinculados a la salud reproductiva.

Otro factor que debe considerarse es que hasta la fecha para analizar los avances de los servicios vinculados a la sexualidad, como es la planificación familiar, está basada en indicadores e información que siempre está vinculada a mujeres en edad fértil unidas. Es importante preguntarnos permanentemente ¿La unión es la que pone en posibilidad de embarazo?, ¿No es el inicio de las relaciones sexuales, el ejercicio de la sexualidad, lo que independientemente de la unión expone a mujeres y hombres a esta posibilidad? En los adolescentes, por ejemplo, la mayoría de ellos, son hombres y mujeres en edad fértil muy activos sexualmente, no unidos.

Incluso se ha documentado en algunos estudios sobre sexualidad que las mujeres en edad fértil unidas, varias no cumplen con la definición de vida sexual activa, dado que la frecuencia de relaciones sexuales en ciertas etapas de la unión llegan a ser muy esporádicas y por lo tanto se presentan menores posibilidades de embarazarse.

Por lo anterior, es importante revisar otro tipo de información, vinculada al ejercicio de la sexualidad. Hay grandes resistencias a abordar aspectos relacionados a la misma, y los servicios relacionados con ella siempre han tenido diversas dificultades para su instrumentación. La mayoría se limitan a materno-infantil, cáncer de la mujer y planificación familiar para evitar "contaminarse" con la salud sexual.

Existen barreras para el acceso y utilización de estos servicios y en general no existe la formación adecuada de los prestadores de servicios de salud en género, salud reproductiva o sexualidad, no tienen un entrenamiento en estas áreas. Las organizaciones civiles son las que han tenido un rol estratégico en estos temas, y no existen mecanismos todavía muy eficientes para establecer mayores alianzas con estos grupos.

En esta administración se ha establecido como prioritaria la salud reproductiva en general y en particular la planificación familiar; y en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 ustedes pueden revisar que en la estrategia 6.1 está claramente establecida como una prioridad el promover la salud reproductiva y la salud materna y perinatal y otras enfermedades asociadas al rezago social, especificando la salud reproductiva como tal.

En el Programa Nacional de Salud y el Programa Sectorial 2007-2012 también se establece una línea de acción específica vinculada a salud sexual y reproductiva. En concordancia con el Programa Nacional de Salud se está elaborando un programa de acción específico de planificación familiar y anticoncepción, y otro de salud sexual y reproductiva en los adolescentes.

En estos programas específicos se identifican como grandes retos, el grupo de los adolescentes, en el cual no hemos avanzado en los indicadores de planificación familiar como se esperaba y la población de áreas marginadas, particularmente indígenas, donde existen brechas importantes que tenemos que disminuir.

En los últimos años, en el discurso se ha reiterado el nuevo enfoque de derechos que debe existir en programas de salud reproductiva, pero en la práctica este enfoque no ha permeado. Hemos tenido dificultades y deficiencias en ofertar servicios de calidad en un marco de respeto a los derechos y a la autonomía de las personas. Tampoco hemos logrado incorporar la perspectiva de género, que estamos convencidos que es fundamental para abordar barreras culturales que se encuentran presentes en las personas, comunidades e instituciones.

En mortalidad materna no hemos alcanzado la velocidad de disminución comprometida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, es una de las principales expresiones de la injusticia social y la desigualdad. Entre las principales razones que se han planteado para la falta de avance en este indicador a nivel internacional y en la mayor parte de los países es la poca importancia que se le ha dado a la vida de las mujeres. No ha sido falta de recursos financieros, humanos o materiales, no ha sido la falta de lineamientos técnicos o estrategias efectivas; es el poco valor que se le da a la vida de las mujeres.

Es muy importante cambiar esta situación e involucrar más al hombre en la salud reproductiva. Debemos reconocer que hemos dejado de lado la participación del hombre y por ello, se ha establecido como una línea de acción el promover su participación en el programa de acción de planificación familiar.

Tenemos que cambiar nuestro discurso, tenemos que pensar en estrategias distintas, tenemos que insistir en la importancia de trabajar la planificación familiar en un marco de derechos, y con un enfoque realmente multidisciplinario e intersectorial, estableciendo amplias alianzas estratégicas con diversos actores involucrados. Son temas ante los cuales existen resistencias, donde las razones para el desabasto de anticonceptivos ha sido la falta de prioridad que le han dado en algunas entidades federativas, sustentados no necesariamente en criterios de salud pública.

Por eso se está trabajando en que los anticonceptivos se cataloguen como un insumo estratégico, al igual que las vacunas, realizando su adquisición a través de compras coordinadas y con los recursos financieros necesarios para garantizar el abasto en todo el país y evitar que las poblaciones con menores posibilidades de compra no tengan el acceso a los mismos y se limiten sus derechos, como son las poblaciones de áreas marginadas y los jóvenes.

Las metas planteadas por CONAPO en planificación familiar están vinculadas y en congruencia con las de la Secretaría de Salud. Los invito a sumarse para hacer un análisis y una reflexión abierta, franca, tratando de encontrar cómo podemos seguir avanzando en este tema.

3.3 Necesidad de cambiar el discurso de la planificación familiar

VICENTE DÍAZ Director General de la Fundación Mexicana para la Planeación Familiar

En 2007, la revista Lancet publicó una serie de artículos sobre salud reproductiva difundidos por la Organización Mundial de la Salud, uno de ellos titulado "La agenda no terminada de la planificación familiar", donde se resume de una manera muy interesante y documentada, sobre cuál es el panorama mundial de la planificación familiar, y contra lo que se cree en algunos países que es un tema que ha permeado a la sociedad, que las familias están informadas, que los gobiernos son responsables, nos damos cuenta que no es cierto, que existen todavía asignaturas pendientes y que hay que apretar el paso, porque los programas que no son atendidos empiezan a perder vigencia, se pierde el énfasis y la fortaleza del programa y empiezan a perder el rumbo y las metas que se tenían planeadas como desarrollo social; y aquí es muy importante el ejercicio de los derechos.

El ejercicio de los derechos es lo que hace el camino hacia la libertad en los países democráticos, entonces, conjuntando derechos humanos, voluntad política y un programa bien diseñado, es como se puede avanzar en el tema.

Es oportuno cambiar el discurso, en 35 años de programas oficiales de planificación familiar, se ha venido manteniendo un discurso muy constante y que ha funcionado. Sin embargo, ante el nuevo contexto mundial, ante las nuevas presiones que tiene el mundo con la población y en su desarrollo, sería importante tomar en cuenta otros factores que son relevantes en la sociedad actual y que tienen que ver con la planificación familiar.

El artículo de la revista antes mencionada, señala que la planificación familiar es muy importante en los programas de reducción de la pobreza. Se hace un análisis de por lo menos 56 países en vías de desarrollo y se analizan los quintiles de la población. El quintil de personas más pobres tiene en promedio 6.3 hijos y el quintil más rico tiene alrededor de tres hijos. Entonces aquí es una

cuestión de debate: ¿la pobreza genera aumento en la población o el aumento en la población disminuye la generación de la riqueza?

La salud de las mujeres y los niños se ve beneficiada por los programas de planificación familiar. En lo que respecta a la equidad de género, se refleja en la libertad que deben tener las mujeres para elegir el número y el espaciamiento de sus hijos en un marco de derechos; y otra ventaja que va ligada con la educación universal básica para todas las personas, particularmente para las mujeres y que es un objetivo de desarrollo del milenio, la planificación familiar, sobre todo en mujeres jóvenes, les facilita que terminen su preparación y se incorporen al sector productivo, y esto, por supuesto mejora sus condiciones de vida.

Y finalmente, la presión que tiene la población en el medio ambiente. Sabemos que en los países en vías de desarrollo es en donde están principalmente las áreas verdes, las áreas que regeneran monóxido de carbono. Los países ricos son los que generan estos contaminantes atmosféricos, sin embargo, los países pobres están deforestando. Hay una gran presión por la producción de alimentos, pero estos alimentos se producen para autoconsumo, no de manera industrializada. Se contaminan los ríos porque no se tienen los suficientes medios para hacer el tratamiento del agua de manera adecuada. Estos cinco elementos, descritos anteriormente, se deben empezar a utilizar en el país, porque todos están vinculados con el desarrollo y tienen que ver con población.

Desde la sociedad civil estamos empeñados en que los programas realmente atiendan las necesidades de las personas, para quienes estamos dedicando nuestros esfuerzos.

3.4 Aseguramiento de insumos de salud reproductiva y de anticonceptivos

GABRIELA RIVERA Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

El Fondo de Población de las Naciones Unidas es el organismo multilateral más importante y la principal fuente de apoyo internacional en materia de población. Trabaja en más de 150 países en todo el mundo y tiene representantes en más de 65 naciones. En el caso de México el UNFPA ha trabajado ininterrumpidamente desde 1972, colaborando con el gobierno y con organizaciones de la sociedad civil. Su cooperación se concreta a través de programas quinquenales denominados: "Programas de país", bajo la coordinación del Consejo Nacional de Población, actualmente está en proceso de elaboración y negociación del Programa de país 2008-2012.

Los anticonceptivos representan la mayor parte de las adquisiciones que el UNFPA realiza. De estos anticonceptivos, la mayoría son inyectables, pastillas y condones.

Actualmente el UNFPA es la mayor fuente internacional de suministros a nivel mundial y la única fuente de provisión de insumos en alrededor de 25 países. El mandato del UNFPA con relación al aseguramiento de insumos, se sintetiza en los siguientes principios: Proveer bienes y servicios adecuados; y proveer las cantidades adecuadas de los productos adecuados, en las condiciones adecuadas y en el lugar y en el tiempo adecuado y al costo adecuado. Lo anterior depende de un proceso logístico complejo que involucra a muchos actores, tanto del sector público como del privado.

Las adquisiciones se realizan a través de la sección de servicios de adquisiciones de UNFPA, que está ubicada en Copenhague, en Dinamarca. Esta sección de servicios ha establecido una red mundial de proveedores y ofrece productos de alta calidad a los países a precios más competitivos.

Uno de los objetivos centrales del programa de país con el gobierno de México, es contribuir a crear las condiciones adecuadas para que mujeres y varones puedan ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos. Para lograr lo anterior, se evidencia la necesidad de impulsar modelos de prestación de servicios que sean innovadores y costo efectivos y que incluyan, por lo tanto, el abastecimiento adecuado y oportuno de insumos. Es en este marco que el gobierno de México, de manera conjunta con el UNFPA, diseñó y puso en marcha desde el año 2002 un proyecto que se orienta a garantizar este abasto.

Los objetivos específicos son: fortalecer la capacidad técnica y gerencial de los responsables de salud sexual y reproductiva en materia de sistemas logísticos de insumos; y propiciar una mayor eficiencia en el uso de los recursos destinados a la adquisición de insumos, en beneficio de la salud reproductiva y de la equidad de género.

Este proyecto se basa en aprovechar tanto la capacidad técnica del UNFPA en materia de logística de insumos, como en las ventajas comparativas que ha desarrollado en los procesos de adquisición internacional de anticonceptivos. Además de lograr ahorros significativos en la compra de insumos, gracias a la economía en escala, se ha permitido fortalecer otras áreas como es la consejería y las áreas de atención para salud sexual y reproductiva de los adolescentes. A manera de ejemplo, se desarrolló un taller en 2007 en Oaxtepec, en donde se discutió cómo reforzar estas estrategias. Mucho de lo que ahí se discutió después lo retomó el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva para incorporarlo en su programa que está elaborando sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

También se han desarrollado acciones y materiales para atender a la violencia de género y se desarrolló un modelo para la certificación internacional de programas de salud sexual y reproductiva, en particular de la salud materna.

Desde 2005 el UNFPA, con fuerte apoyo del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, ha regularizado los procesos de adquisiciones, de manera que actualmente se puede asegurar la entrega oportuna de los insumos. Entre el 2002 y 2007 la cantidad de recursos movilizados a través de esta estrategia ha ascendido a más de seis millones de dólares.

Se mencionan a continuación algunas de las lecciones aprendidas en la ejecución de esta estrategia.

Se requiere, por una parte, desarrollar mayores esfuerzos para cambiar el enfoque del proyecto y que no se vea solamente como mera adquisición de insumos, sino como una estrategia amplia, caminar hacia asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva.

En este contexto se ha visto que la sola adquisición de insumos no es suficiente para garantizar el abasto. Se requiere reforzar, por ejemplo, lo que hemos hecho: la capacitación en logística; y actualmente también se está pensando en la posibilidad de fortalecer la capacitación para estimar necesidades de insumos.

Incrementar el diálogo y las negociaciones con proveedores de insumos, tanto en el contexto internacional como en el nacional, para ampliar la gama de insumos y de proveedores. Se requiere establecer acuerdos oficiales de largo plazo e impulsar esquemas de cofinanciación con las instituciones involucradas.

Se hace necesario reforzar la planeación estratégica, el análisis de los destinatarios y la identificación de la demanda potencial.

Además de las crecientes necesidades de apoyo para la adquisición de anticonceptivos, los países en desarrollo también necesitan apoyo técnico y recursos para reforzar las capacidades humanas, financieras y técnicas de los programas nacionales de salud, a fin de saber cómo estimar las necesidades de insumos, así como para generar, analizar y utilizar correctamente los datos sobre oferta y demanda de insumos y preparar informes al respecto, además de cómo obtener, almacenar y distribuir los insumos necesarios.

Finalmente, se requiere también impulsar estrategias de apoyo centralizado, que respeten el proceso descentralizador, pero que aprovechen las ventajas de la Coordinación Nacional.

3.5 Estructura en el uso de los métodos y continuidad de la anticoncepción

ISABEL PADILLA Coordinación de Salud Reproductiva del IMSS

La estructura en el uso de los métodos anticonceptivos hace referencia a la distribución porcentual de las usuarias según método empleado, también conocida como mezcla de métodos. La información obtenida con este indicador es muy valiosa e importante, dado que aborda un elemento indirecto de la calidad de los servicios de planificación familiar, tanto porque da cuenta de la gama de métodos a los que puede acceder la población, como de la efectividad de la anticoncepción que ofrecen los programas institucionales.

La evolución y tendencia observada en el país entre 1976 y 2006, es la siguiente:

- En 1976, al inicio de los programas oficiales de planificación familiar, los hormonales orales (pastillas) constituían el método anticonceptivo más popular entre las mujeres unidas (35.9%), y en segundo lugar se ubicaban los métodos tradicionales[2] (23.3%), circunstancia que prevaleció hasta principios de los años ochenta; a partir de entonces, su uso ha ido disminuyendo, ubicándose en 2006 en 5.9% y 7.7%, respectivamente.
- En contraste, el uso de la oclusión tubaria bilateral (OTB) ha aumentado significativamente: en 1976 solamente el 8.9% de las usuarias había optado por este método; posteriormente, su peso relativo se incrementó

[2] Los métodos tradicionales incluyen el ritmo (calendario) y el retiro (coito interrumpido).

aceleradamente hasta alcanzar 36.2% en 1987 y 41.4% en 1995. La ENADID de 2006 reportó que poco más de la mitad de las usuarias ha elegido limitar definitivamente su fecundidad (53.0%).

- El dispositivo intrauterino fue ganando terreno, siendo desde finales de los años ochenta el segundo método más utilizado; a pesar de que en la última encuesta realizada en el país se observa una disminución en el uso de este método (22.3% en 1995 a 16.8% en 2006).
- Aun cuando la proporción de uso de la vasectomía tuvo un incremento, de 0.6% en 1976 a 2.4% en 2006, todavía es incipiente la participación del varón en la planificación familiar.
- La tendencia en el uso de los hormonales inyectables se ha mantenido casi constante a través del tiempo, alrededor del 5%. En 2006 el dato se ubicó en 5.9%.
- Los métodos locales[3] han mostrado altibajos, pero entre 1976 y 2006 se observa un incremento: de 7.0% a 8.3%; este comportamiento obedece sobre todo al aumento en el uso del condón o preservativo.

La actual estructura del uso de métodos anticonceptivos por grupos de edad es el resultado de las políticas llevadas a cabo por las instituciones de salud, entre el inicio del programa y hasta finales de la década de los noventa. Una estrategia fundamental fue promover, casi exclusivamente (sobre todo en el caso del IMSS y del ISSSTE), el DIU y la OTB; ambas instituciones centraron sus estrategias en ofrecer un método anticonceptivo durante la atención posparto, lo cual tuvo como consecuencia atender primordialmente a los grupos de mayor edad, en particular a las que ya habían completado su tamaño de familia deseado (Palma Y. 2003-2004).

Un aspecto que debe resaltarse es la tendencia en el uso de la vasectomía, en donde se observa una proporción baja de uso; la responsabilidad del control de la fertilidad en la pareja ha recaído en la mujer, siendo la participación del varón un tanto contemplativa o pasiva.

Resulta interesante que con la ya larga historia de los programas de planificación familiar la prevalencia de uso de los métodos propios del varón sea baja, no sólo porque refleja el poco efecto de las campañas y acciones sobre la población masculina, sino porque podría estar enfatizando expresiones propias del rol de género de los varones frente a su participación en la toma de decisiones reproductivas, e incluso también una demanda indirecta de nuevas metodologías anticonceptivas para ellos , y, tal vez, que las existentes podrían no satisfacerles o, por lo menos, gustarles. Por otra parte, en esta época aún no se cuenta con un método de control temporal y reversible de la fertilidad para el hombre que tenga las mismas características de efectividad y seguridad que tienen los métodos ofertados a la población femenina (Mendoza D. y Padilla I. 2004).

[3] Los métodos locales incluyen al condón o preservativo, a los óvulos, jaleas, espumas y al diafragma.

La continuidad de la anticoncepción se mide a través de las proporciones de mujeres que acumulan diferentes duraciones de uso de un anticonceptivo sin embarazarse, ni cambiar de método.

La información proveniente de las encuestas sociodemográficas realizadas en México, permite estimar la continuidad de la práctica anticonceptiva. La tendencia observada a nivel nacional muestra que entre los períodos de 1982-1987 y 1990-1995 hubo un incremento en la proporción de aceptantes de pastillas (46.4 a 56.2%), DIU (72.8 a 74.5%), inyecciones (36.3 a 45.6%) y métodos tradicionales (43.5 a 58.7%) que, tras doce meses, continuaba usando el mismo método. Asimismo, se observa que el DIU es el que presenta la tasa más alta, ya que 3 de cada 4 mujeres que inician su uso continúan utilizándolo al año.

CONTINUIDAD DE LA ANTICONCEPCIÓN EN EL IMSS

Del análisis de la información de la encuesta desarrollada en el IMSS[4], se desprende que el dispositivo intrauterino es el método que las mujeres utilizan en forma continua por más tiempo; al año de uso, 3 de cada 4 siguen usándolo. En el caso de los hormonales orales e inyectables, se observó que tienen casi la misma tendencia en su continuidad: a los 12 meses, poco más de la mitad continúan utilizándolos (55.9% y 55.2%, respectivamente).

De todas las causas de abandono, los efectos colaterales por el uso del método constituyen la principal razón por la que las aceptantes de DIU y de inyectables dejan de usarlos; las tasas de deserción aumentan conforme transcurre el tiempo. Mientras que en los hormonales orales, hasta antes de los 12 meses de uso, el padecimiento de efectos secundarios es la causa que predomina para abandonar el método y posteriormente la razón principal es el deseo de embarazo.

[4] Para el análisis sobre la continuidad en el uso de anticonceptivos en el IMSS, se utilizó la información proveniente de la "Encuesta sobre Continuidad en el Uso de Métodos Anticonceptivos", realizada en 2004. Se trata de una encuesta probabilística en población femenina en edad fértil (15 a 49 años), demandante de consulta de medicina familiar, con la enfermera materno infantil (EMI) o al módulo o consultorio de planificación familiar, en las unidades médicas de primer nivel de atención del IMSS, a nivel nacional y con representatividad delegacional.

El hecho de que exista una alta prevalencia de abandono por efectos colaterales, muestra la conveniencia de llevar a cabo estudios a profundidad que permitan conocer por qué conforme transcurre el tiempo, mayor es la proporción de mujeres que abandonan el uso del método por esta razón, ya que por lo general se menciona que la sintomatología es transitoria y que en el caso de los hormonales orales e inyectables se presenta solamente en los primeros ciclos de uso; en tanto que en el DIU la polihipermenorrea y/o dismenorrea, durante los primeros meses posteriores a la inserción, generalmente desaparecen o disminuyen en forma gradual.

Además de los efectos colaterales y el deseo de embarazo, la continuidad del DIU se frena por expulsión, sobre todo en el primer año de uso, y por embarazo utilizando el método. En los hormonales orales e inyectables, las mujeres también reportaron falla del método y preferencia por otro anticonceptivo.

En el caso del DIU, la expulsión es causa atribuible a la técnica de inserción y al momento de su aplicación (en postevento obstétrico o en intervalo). Se ha visto que la pericia y experiencia del proveedor de atención son probablemente más importantes en la reducción de expulsiones y otras complicaciones que el tipo de dispositivo empleado; aunado a una adecuada orientación a la población usuaria del DIU sobre la forma de manejar los problemas causados por este método, de manera que las mujeres puedan distinguir cuándo una molestia debe llevar al retiro del DIU o cómo puede controlarse (Population Reports, 2000).

Para reducir la expulsión del DIU, principalmente en el que fue colocado después de un evento obstétrico es necesario mejorar la capacitación al personal

de servicio para que la técnica de inserción sea la más adecuada, lo que aumentaría la continuidad en el uso. Otra forma de incrementar la continuidad del DIU posparto es la vinculación de los servicios de planificación familiar con la revisión puerperal, puesto que una revisión sistemática del método en la consulta puerperal contribuiría a identificar oportunamente las expulsiones del DIU y proceder a la reinserción. Además de hacer hincapié a las mujeres de lo importante que es acudir a revisión en los primeros meses posteriores a la adopción del método.

En lo que se refiere a la falla del método, 5.7% de las usuarias de pastillas abandonaron su uso por esta razón, 3.9% de las de inyectables y 2.6% de las que usan DIU. Lo que sin duda obedece a una falta de conocimiento sobre el uso de estos anticonceptivos y a un inadecuado seguimiento de las usuarias en sus visitas subsecuentes a la unidad médica.

El que las aceptantes de hormonales orales abandonen su uso debido a los efectos colaterales, a la falla del método y a la preferencia por otro anticonceptivo, indica que muy probablemente existe una falta de conocimiento en la forma correcta de uso de las pastillas, lo que está incidiendo para que las mujeres abandonen el método.

Los resultados de la Encuesta de Salud Reproductiva con Población Derechohabiente del IMSS (ENSARE), mostraron que del total de usuarias de pastillas, sólo 3 de cada 10 comenzaban adecuadamente el uso de los ciclos subsecuentes. En el caso particular del paquete que contiene 21 pastillas, la indicación para su uso es que debe iniciarse durante los primeros 5 días del ciclo menstrual e ingerir una tableta diariamente por 21 días consecutivos, al terminar el paquete descansar por 7 días e iniciar el ciclo subsecuente (IMSS, 1996).

El análisis de esta información mostró que sólo 1 de cada 5 mujeres iniciaba el uso del siguiente ciclo de manera correcta, y que en un porcentaje elevado (57%) existía una confusión respecto al momento de inicio por primera vez y los subsecuentes, ya que comenzaban con el siguiente paquete al quinto día de la regla. El siguiente porcentaje en importancia, se ubicaba en las mujeres que mencionaban iniciar el uso después de terminada la regla (12.2%); este momento puede ser interpretado de diferentes maneras en cada mujer, ya que algunas pueden considerar que la regla terminó cuando no tienen un sangrado abundante, aún cuando continúen sangrando en menor medida, además de que la duración de la regla también es distinta. Ambos factores determinan que cada usuaria comience con el siguiente paquete de pastillas en diferente día (IMSS, 2000).

El hecho de que las mujeres no inicien adecuadamente el uso de los ciclos subsecuentes, origina irregularidades en el ciclo menstrual y eventualmente sangrados intermenstruales, lo que muchas veces lleva al abandono del método, mencionando que no desean seguir utilizándolo debido a los efectos colaterales.

Una situación similar se observa en el uso de los hormonales inyectables; en la ENSARE se indagó con las usuarias de inyecciones que hacen o harían si se les olvidara aplicarse alguna ampolleta. Se consideró como conducta adecuada el no tener relaciones sexuales, el usar un método de barrera mientras se pone la siguiente inyección y el inyectarse al día siguiente; estos tres rubros constituyen el 57.8% del total de usuarias, lo que implica que sólo 6 de cada 10 sabía qué hacer ante esta eventualidad. En el análisis de estos resultados llamó la atención que 8.1% de las mujeres hubiera respondido que no haría nada y que 3.2% no supiera qué es lo que se debe hacer (IMSS, 2000 op.cit.). Esta falta de conocimiento en la forma de uso de los hormonales inyectables, sin duda contribuye a que las usuarias de este método abandonen su uso por motivos como lo son los efectos colaterales o la falla del método.

Las pastillas y las inyecciones son métodos anticonceptivos potencialmente efectivos y convenientes, pero tal como se les usa habitualmente no resultan tan eficaces como sería de esperarse; si se usan correctamente ofrecen protección casi total contra el embarazo. Algunas mujeres utilizan estos métodos de manera intermitente por unos pocos meses a la vez. Si bien, quizás no todas necesitan anticoncepción continua, el hecho de que la mitad de las usuarias abandone su uso durante el primer año, podría sugerir que las mujeres tienen dificultad en tomar las pastillas o aplicarse la inyección regularmente o están insatisfechas. Por lo que, resulta imprescindible reforzar la comunicación educativa sobre forma de uso y seguimiento, riesgos y ventajas de estos métodos e identificación de mitos y temores en el uso de los mismos.

El aumentar la continuidad y mejorar la forma de uso de los hormonales y del DIU ayudará a que las mujeres estén protegidas por más tiempo en contra de un embarazo no planeado, sobre todo cuando es por falla del método, además de que se disminuirían los costos que se ocasionan por atención prenatal, del parto y puerperal, y los costos psicológicos y emocionales que podrían tener algunas mujeres al saber que el uso inadecuado del método que adoptaron para planificar su familia les ocasionó un embarazo.

La seguridad, eficacia y aceptabilidad de la metodología anticonceptiva, depende en buena parte de la calidad con la que se otorgue el servicio. Para un resultado óptimo, los programas de planificación familiar institucionales deben garantizar los siguientes aspectos:

- Un examen meticuloso de selección de las usuarias potenciales de cada método.
- Acceso a información, educación y comunicación adecuados a cada segmento de la población, tomando como base los patrones socioculturales de la entidad federativa. Para ello, es fundamental la orientación individual, de manera que las usuarias sepan qué problemas

pueden encontrar durante el uso de un método específico, así como los beneficios y ventajas del mismo.

- Capacitación al personal médico y paramédico del primer y segundo nivel de atención, actualizando o reforzando la información sobre el manejo y tratamiento de los efectos colaterales ocasionados por el uso del método anticonceptivo.
- Supervisión y evaluación integral, periódica y sistemática, de manera que se vigile que el personal cuenta con la capacidad técnica suficiente para ofrecer el servicio con calidad a través de la aplicación de la normatividad vigente, los manuales y lineamientos técnicos; además de verificar que haya un correcto manejo de información, completa y oportuna, con respeto a los derechos sexuales y reproductivos, a la libre decisión y al consentimiento informado.

3.6 Varones y uso de métodos anticonceptivos

JUAN GUILLERMO FIGUEROA Colegio de México (COLMEX)

La información aquí presentada tiene como objetivo compartir una serie de preguntas, una serie de cuestionamientos sobre la presencia de los varones en relación al uso de métodos anticonceptivos.

Una de las poblaciones excluidas de sus derechos sexuales y reproductivos, sobre todo los reproductivos, por cuestiones de género es la población masculina. ¿Por qué hablamos de mujeres unidas? ¿Qué son acaso las únicas que se reproducen? Porque son las que se embarazan ya es obvio que tienen que ser las que son objeto de atención de las políticas y de los programas dirigidos a estas temáticas? Si este es el punto de partida y esas son las imágenes que vamos a ir construyendo para dar cuenta de la dinámica demográfica, el papel de los varones siempre va a ser secundario.

En la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva en el 2003, que hizo la Secretaría de Salud, no se consideró que fuera relevante entrevistar a los varones, al margen de que fue una encuesta nacional sobre salud reproductiva y al margen de que el concepto propone tener una visión mucho más integral de las personas que se reproducen.

Pareciera un artificio decir que como la versión de la historia que conocemos de las encuestas es a través de las respuestas de las mujeres, cualquier cosa que digan los hombres que no se le parezca, seguro que los hombres están

engañando. Más que descalificar todo lo que digan, ¿Por qué no construimos teoría para dar cuenta de las razones que tienen los hombres para sus respectivos recuentos de sus vidas reproductivas? Más que descalificarlos, ¿Por qué no imaginamos qué razones tendrían los hombres para nombrar su vida reproductiva como la están nombrando?

Una de las cosas que nos restringe es que los datos que tenemos todavía hasta la fecha están centrados en las mujeres. Por mucha perspectiva de género que se esté intentando trabajar, los programas nacionales de población, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar de 1995 al 2000 y el de Población del 2001 al 2006, seguían poniendo metas para las mujeres.

Los datos de 1976 a la fecha y desde antes, son sobre mujeres que usan anticonceptivos. Si la fecundidad se mide sobre las mujeres y los métodos anticonceptivos se miden en función de qué tanto las mujeres los usan; cuando uno define una política pública o un programa de planificación familiar, de población o de salud reproductiva para intervenir sobre la fecundidad, va a intervenir sobre las mujeres, sobre sus cuerpos, sobre su sexualidad, sobre su reproducción y, al final de cuentas, sobre su identidad de género. Pero parece que deja intocable la identidad de género de los varones.

¿Cuál es la explicación que encontramos en la literatura para dar cuenta de las diferencias en el uso de la esterilización por parte de hombres y de mujeres? Bueno, la más recurrente es que los hombres no participan, es que a las mujeres se les ha asignado totalmente la responsabilidad, y se asume que esos varones que no usan anticonceptivos son los responsables del bajo nivel de anticonceptivos en el caso de la vasectomía. Al respecto, un factor que es muy urgente discutir cada vez más, son los parámetros, los estereotipos y las visiones de los propios proveedores de servicios de salud.

La institución que más esterilizaciones ha hecho en el país es el Seguro Social y no es por defecto del Seguro Social, es simplemente por el porcentaje de

población que atiende, en términos de servicios de salud. Esta institución durante muchos años definió unas guías didácticas donde se establecía lo que antes se llamaban: contraindicaciones absolutas y relativas para ofrecer los anticonceptivos, uno por uno, había uno para la esterilización femenina y había uno para la esterilización masculina.

Para la esterilización femenina era: “Básicamente no había ninguna contraindicación, excepto que la mujer está embarazada”. Obvio que es una contraindicación si está embarazada. Decía: “pero, si está embarazada, hay que esperarse a que acabe el embarazo y ya puede esterilizarse”. No venía al caso ponerlo en un documento como este. Sin embargo, ¿cuáles eran las contraindicaciones para la vasectomía?

Primera contraindicación, y lo digo casi literalmente: “que sea un hombre maduro física o psicológicamente”.

Segunda indicación: “que haya tomado la decisión sobre la base de información errónea”. Perfecto que sea esa una contraindicación si es un método definitivo. Tercera contraindicación: “que no esté seguro de la decisión que está tomando”. Totalmente de acuerdo, si es un método definitivo y no hay vuelta de hoja, uno debe de haber estado informado correctamente, uno debe de estar seguro de lo que está decidiendo. ¿Y por qué esas contraindicaciones no aparecen para la esterilización femenina?

Con ese tipo de filtros o de retenes de vigilancia hacia la esterilización de los varones, yo no me explicó cómo es que se haya alcanzado un 2.4 por ciento. A mí me preocupa pensar que repetimos estereotipos, esa es la perspectiva de género, cuestionar ese tipo de referencias. No es obvio que las mujeres sean de manera única ancestral e indefinida como destino obligado las responsables de la reproducción.

Mucha gente habla incluso de la tremenda diferencia en la efectividad entre los métodos modernos y los tradicionales. Sin embargo, los tradicionales es donde más participan los hombres, en el ritmo y el retiro es donde los varones están mucho más presentes. No se puede practicar el retiro sin que la pareja lo sepa, ni el ritmo, está muy difícil que se pueda hacer sin la participación de la pareja. Sin embargo, la apuesta de muchos programas ha sido la efectividad. Y si lo que se quiere privilegiar es la efectividad y esos son poco efectivos, obviamente que tendrán que sacrificarse, al grado de que en varias instituciones de salud, se borraba del registro si la persona había decidido después de otra consulta usar nada más condón y peor aún si decidió usar ritmo o retiro, eso no contaba.

Esa baja en los métodos tradicionales, tiene mucho que ver con la apuesta de los programas a centrarse en cuestiones de efectividad.

La propuesta central es que si se quiere pensar en la relación entre varones y uso de anticonceptivos, hay que hacer una seria revisión de cómo conceptualizamos a los varones en el ámbito de la salud reproductiva. Y una de ellas es seguirlos pensando o seguirlos viendo como un apoyo o como un estorbo para la salud y la reproducción.

Los programas que se llaman paternidad responsable, todo lo que buscaron fue tratar de convencer a los hombres que dejen a sus mujeres tomar decisiones al respecto. Esa es una visión limitada y que puede generar resultados restringidos.

La segunda opción es muchísimo más rica, es imaginarnos a los varones y a las mujeres reproduciéndonos de manera relacional. Los estudios de masculinidad han dicho hasta el cansancio que la identidad de género de los varones se construye en relación con los no varones. Pero si nos imaginamos a varones y a mujeres reproduciéndonos en relación, va a tener sentido imaginarnos la documentación explícita de nuestra sexualidad, de nuestras relaciones de poder e identidades de género que están en juego permanentemente, pero además que nos imaginemos la reproducción con cuerpo de por medio. Porque a veces uno se encuentra una reproducción asexuada.

Se han publicado ya varios libros sobre el tema, hace dos años uno que se llama Ser padres, esposos e hijos y muestra resultados de diez investigaciones sobre qué dicen los varones cuando uno les pregunta, no en entrevistas estandarizadas sino en entrevistas a profundidad, que den cuenta de sus experiencias reproductivas y no siempre mienten los varones, aunque no lo crean.

3.7 Anticoncepción posparto

JUAN ENRIQUE GARCÍA Consejo Nacional de Población (CONAPO)

El propósito de este artículo es hacer una breve descripción de los datos sobre la anticoncepción posparto[5], obtenidos a través de las encuestas sociodemográficas nacionales, básicamente de la ENADID 2006.

Las usuarias de anticonceptivos adoptaron el método en el posparto en un 46.5% según la ENADID 1997, y prácticamente en una década dicho porcentaje aumentó 11 puntos porcentuales, registrando una cifra de 57.8% en 2006. Dicho de otra forma, según los datos de esta última encuesta seis de cada diez mujeres inician el uso de la anticoncepción posterior al parto y cuatro de diez lo hacen en un momento diferente, asociado mayormente con el intervalo que transcurre entre dos partos sucesivos.

La estrategia anticonceptiva post evento obstétrico se implementó en los servicios de salud institucionales, particularmente del IMSS e ISSSTE y después de la SSA a partir del segundo quinquenio de los años ochenta, como parte sustancial del enfoque de salud de los programas de planificación familiar, cuyo propósito fue prevenir embarazos de alto riesgo reproductivo asociado a intervalos intergenésicos cortos, entre otros factores de exposición para la vida del niño y de la madre. De tal forma, en 2006 el 70% de las usuarias que obtienen el método en el IMSS e IMSS Oportunidades iniciaron su uso en el posparto; comparado con 61% del ISSSTE, 60% de la SSA y 62% de otras instituciones públicas.

En general, esta estrategia anticonceptiva ha favorecido fundamentalmente la promoción y el uso de la operación femenina. Así, 78% de las usuarias de OTB adoptaron el método en el posparto, comparado con 58% en el caso del DIU y con 10% de otros anticonceptivos. Esto se asocia con el hecho de que la anticoncepción posparto aumenta con la edad; mientras una de tres adolescentes de 15 – 19 años (34%) inicia el uso de la anticoncepción en ese momento, en las de 25 – 29 la proporción aumenta a una de cada dos (49%), y a partir de los 30 años de edad, dicha proporción aumenta a seis o más de cada diez usuarias. De forma equivalente, el 33% de las usuarias con un hijo inician el uso en el posparto, cifra que aumenta a 51% en aquellas con dos hijos y a 69% en las de tres hijos.

Llama la atención que la anticoncepción posparto no se diferencia sustancialmente según categorías de variables sociodemográficas como la escolaridad, el lugar de residencia y el estado civil: 60% para las mujeres sin escolaridad o con primaria

[5] El indicador que se analiza se refiere a la proporción o porcentaje de las mujeres en edad fértil usuarias de anticonceptivos que iniciaron el uso del método en el posparto; es decir, el complemento a 100% es el porcentaje de usuarias que iniciaron el uso del método en otro momento.

incompleta en comparación con 56% de las que tienen al menos un grado de secundaria; 58% para las áreas urbanas contra 55% de las rurales, y 57% para las mujeres casadas o unidas en comparación con 52% de las solteras.

Sin embargo, por entidad federativa sí existen fuertes diferencias, 17 estados presentan porcentajes de anticoncepción posparto menores al promedio nacional en 2006; pero en cinco de ellos, la cifra es incluso menor al 50%, éstos son: Chiapas, Oaxaca, Michoacán, San Luis Potosí y Durango.

Asociado con lo anterior, de hecho en casi una década según las ENADID 1997 y 2006, el porcentaje de mujeres atendidas en el sector público a quienes les ofrecieron un método anticonceptivo durante la atención prenatal del último embarazo, aumentó muy poco, de 66.9% para el período 1994 – 1997 a 69.1% para 2002 – 2006. Y ganancias de esta magnitud (dos puntos porcentuales o más) se observaron en la mayoría de los estados; no obstante, sólo Campeche presenta más de 80% en la oferta de la anticoncepción en la atención prenatal según la ENADID 2006. Esto es, en la gran mayoría de los estados, a tres de cada diez mujeres no se les ofrecen los métodos anticonceptivos durante sus consultas o revisiones prenatales que se realizan en las unidades médicas del sector público; lo cual se identifica como un área de oportunidad aún no atendida cabalmente en los programas de planificación familiar.

3.8 Nuevas aceptantes de métodos anticonceptivos en los registros institucionales

MARCO ANTONIO OLAYA Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Me toca hablar de uno de los indicadores que es importante, porque generalmente la información de la mayor parte de los indicadores de planificación familiar se obtiene por encuestas; en cambio esto es lo que cada institución refleja a través de la operación dentro de su programa, pero lamentablemente este tipo de datos se utilizan poco. Es frecuente que cada institución utilice de manera individual el entorno de su información para tomar decisiones y no en lo colectivo del sector salud.

No obstante, esta información presenta algunos inconvenientes: solamente se genera de forma anual, lo cual dificulta el proceso de toma de decisiones, además de que generalmente se retrasa por más tiempo el proceso para disponer de los datos; por otra parte, sucede que las variables desde hace mucho tiempo están restringidas, no se ha actualizado el sistema, entonces no permite tener, por ejemplo, información por grupos de edad, sino de forma global.

Si bien se han hecho esfuerzos importantes, como el realizado en 1999, por homologar el contexto del Sistema de Información en planificación familiar; lamentablemente no se logró consolidar, se quedó en proyecto, está ahí todavía. La realidad es que cada institución sigue determinando en lo individual las diferentes variables para evaluar al interior de cada institución.

Las nuevas aceptantes constituyen una forma de evaluar el desempeño del Programa de Planificación Familiar a través de los registros de los sistemas administrativos de las instituciones de salud, esa es nuestra primicia. Si se analizan los 15 años del comportamiento del registro en las instituciones de las usuarias nuevas, entre 1990 y 2005, se observan tres grandes momentos: los primeros cinco años, en donde se tiene una tendencia a incrementarse el número de las usuarias nuevas; el segundo momento, que coincide con la segunda mitad de los noventa, entra en una meseta el número de aceptantes, y el tercero, que se refiere a la pasada administración, hay una caída importante en ese registro.

Dicho en cifras, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto, tuvo un aumento sostenido prácticamente en toda la década de los 90, partiendo de un total de 2 millones 114 mil usuarias nuevas registradas, aunque se reconoce que el mayor número se registró durante el segundo quinquenio, con una cifra promedio de 2 millones 500 mil. Posteriormente, a partir de 2001 se observa un descenso continuo, que culmina con dos millones 181 mil nuevas aceptantes en el 2005. ¿Qué es lo que dentro de la propia Secretaría de Salud suponemos o se ha observado que se ha estado generando en relación al comportamiento en la disminución del registro de usuarias nuevas? Uno, es el contexto de la descentralización de los servicios de salud. También el que se terminaran los apoyos internacionales para la adquisición de métodos anticonceptivos, así como la inclusión de la planificación familiar dentro de la salud reproductiva, no haciendo visible en este caso a la planificación familiar.

¿Qué queremos hacer? Esto ya es parte del programa de acción, de la propuesta que se está manejando con las estrategias que se quieren realizar conjuntamente con las instituciones que han participado en su desarrollo:

- Modificar determinantes que interfieran el conocimiento y la utilización de métodos anticonceptivos modernos, mediante acciones de promoción de la salud, promoviendo la sexualidad responsable y protegiendo los roles y las relaciones de género equitativas.
- Favorecer el acceso y la oferta de servicios de planificación familiar y anticoncepción de calidad para los diferentes grupos de la sociedad.
- Promover que se focalicen actividades de alto impacto y bajo costo, que favorezcan el reducir los rezagos en salud reproductiva en población urbana marginada, rural e indígena.
- Establecer mecanismos que aseguren un abasto de insumos anticonceptivos suficientes y oportunos.

- Favorecer la competencia técnico-administrativa.
- Favorecer la participación del hombre.
- Y sobre todo algo fundamental, formalizar y fortalecer de manera importante la coordinación interinstitucional.

La realidad es que a nivel central se ha trabajado muy bien, pero aterrizándolo hacia los estados todavía falta mucho. Se tienen que establecer mecanismos que permitan realizar estrategias conjuntas, que permitan evaluar y monitorear el comportamiento de los indicadores que conjuntamente se han determinado. Y en consecuencia, establecer acciones de mejora que de alguna forma ayuden a fortalecer el Programa de Planificación Familiar.

3.9 Uso de métodos anticonceptivos en zonas de mayor rezago

OCTAVIO MOJARRO Consultor

Los principales problemas de la anticoncepción están muy focalizados, muy bien ubicados, se trata de las poblaciones indígenas, las rurales, las marginadas, ahí es donde están los verdaderos problemas.

También se ha documentado ya cómo está el uso de métodos y el más bajo está en el área rural, con ligero crecimiento en los últimos años respecto al área urbana, pero es, digamos, nuestro rezago. El otro indicador que ilustra muy bien las necesidades de planificación familiar, es la demanda insatisfecha: Guerrero, Oaxaca, Chiapas, Guanajuato y Puebla son los estados más rezagados; y en el otro extremo, con los menores niveles están el Distrito Federal y Baja California, entre otros.

Los datos aquí presentados tratan de analizar si realmente el Programa Oportunidades (PO) tiene algún efecto en la planificación familiar. Sabido es que el PO está muy bien enclavado en las áreas urbano-marginadas, pero inició en las zonas rurales marginadas.

Este trabajo parte de la hipótesis de que la implementación del PO ha tenido efectos en el acceso a la planificación familiar y una mejora en las condiciones de salud reproductiva entre las mujeres que han recibido transferencias de Oportunidades y las que no las reciben.

El principal objetivo del PO es apoyar a las familias que viven en condiciones de pobreza extrema a fin de potenciar las capacidades de sus miembros a través del mejoramiento de las condiciones de educación, salud y alimentación.

En el ámbito de la salud reproductiva, las acciones están vinculadas con los servicios de planificación familiar, la atención prenatal, del parto, puerperio y del recién nacido y la prevención y detección del cáncer cérvico-uterino. Las reglas de operación establecen que la población de 20 a 49 años, debe acudir a dos revisiones preventivas al año, en tanto que la población de 50 años o más, una vez. Esta restricción trae serias implicaciones en la satisfacción de necesidades de planificación familiar y salud reproductiva.

El PO para mejorar las condiciones de acceso a la planificación familiar y la salud reproductiva, introduce en los servicios de salud la dotación de métodos anticonceptivos gratuitos a la población que lo demanda. También incluye la estrategia de promover el contacto de las familias con el ámbito institucional de las unidades médicas y la asistencia de cada uno de los miembros de la familia a sesiones educativas sobre diversos temas que abordan la salud reproductiva. En el PO los recursos aplicados de información, educación y comunicación (IEC) han sido intensos y sus contenidos incorporan información y valores favorecedores de un cambio hacia erradicación de obstáculos que impiden lograr una mayor salud reproductiva y ejercer libre y autónomamente el derecho a la procreación saludable e informada.

Como parte del proceso de evaluación integral del PO, en el año 2003 el PO y la Secretaría General del CONAPO[6], diseñaron un estudio comparativo con el fin de medir el impacto del PO en algunos indicadores de la salud reproductiva. El diseño se inscribió en el levantamiento de la Encuesta de Evaluación Rural (ENCEL-Rural-2003), la cual se levantó durante los meses de septiembre y diciembre del año 2003, misma que es la fuente primaria de información del presente artículo.

Los resultados de la ENCEL-Rural -2003 muestran que la cobertura de uso de métodos anticonceptivos es de 60.5 por ciento entre las mujeres beneficiarias del PO, respecto del 53.8 por ciento estimado en las no beneficiarias. Es oportuno indicar que la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos resulta ser estadísticamente significativa en las variables incluidas en el análisis.

El nivel de escolaridad alto se muestra altamente asociado con el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres beneficiarias respecto a las no

[6] Es importante señalar que por las propias características del PO, éste constituye un estudio de tipo observacional o también denominado cuasiexperimental. El estudio cuasiexperimental es aquel en el cual se manipula la variable de interés sin asignación aleatoria de los individuos del estudio, cuya finalidad es comparar el efecto y el valor de una intervención experimental frente a un grupo control en el cual no se realiza la intervención experimental. El diseño del estudio definió dos poblaciones: la población beneficiaria y la no beneficiaria. La población beneficiaria se formó con aquellas mujeres en edad fértil que viven en hogares pobres y en localidades rurales de alta y muy alta marginación y que reciben beneficios del programa. La población no beneficiaria se definió como las mujeres en edad fértil que viven también en hogares pobres de localidades rurales de alta y muy alta marginación pero que no reciben beneficios del programa. El tamaño de muestra para la población beneficiaria fue de 4795 mujeres, mientras que para la no beneficiaria fue de 5608.

beneficiarias. Es pertinente señalar que las diferencias son estadísticamente significativas entre las mujeres sin escolaridad, con primaria completa e incompleta, no así entre las mujeres de secundaria o más.

Entre las mujeres beneficiarias hablantes y no hablantes de lengua indígena se aprecian diferencias significativas que permiten afirmar que el uso de métodos anticonceptivos en este grupo es mayor respecto al grupo de las no beneficiarias del PO. Lo mismo ocurre entre las mujeres que habitan en localidades de alta y muy alta marginación, esto es, pareciera que el PO es un factor influyente para que el grupo de beneficiarias tenga mayor uso de métodos anticonceptivos en diversos ámbitos de la marginación y de la condición indígena.

Estos resultados muestran que, aunado a otros factores, se podría sugerir que el PO está teniendo un marcado efecto en el uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres beneficiadas, aunque en las mujeres jóvenes continúan siendo un grupo donde las diferencias son inversas a lo esperado, pero no significativas. Nuevamente, el PO excluye o más bien no tiene mecanismos y reglas para atender a la población de mujeres jóvenes en sus necesidades de planificación familiar.

Con respecto al tipo de métodos que usan las mujeres para prevenir los embarazos, las mujeres beneficiarias del PO demandan principalmente la OTB (45.7%), el DIU (20.1%) y las inyecciones (11.6%). Esta concentración también se identifica entre las no beneficiarias, aunque el peso de la OTB es relativamente menor (38.1%). El uso del condón es superior entre las no beneficiarias (7.4%) así como de los métodos tradicionales.

Los datos estimados a partir de la ENCEL-Rural 2003 indican que la demanda insatisfecha tiene niveles menores entre las mujeres que reciben transferencias del PO respecto a los registrados por la población no beneficiaria. Entre las mujeres beneficiarias este indicador se sitúa en 26.6 por ciento, mientras que entre las mujeres no beneficiarias asciende a 33.4 por ciento. De todas formas, si estas cifras se comparan con los resultados nacionales de la ENSAR, 2003, donde el indicador es de 9.9 por ciento, reflejaría que en ámbitos rurales de alta marginación, la demanda insatisfecha es tres veces mayor para el caso de las mujeres que reciben transferencias y casi cuatro veces para las no beneficiarias del PO. Esta situación parecería no haber cambiado según estimaciones más recientes (Mendoza, 2006). Ello muestra las enormes carencias y rezagos que en materia de anticoncepción subsisten en el área rural marginada. No obstante, pareciera que el PO logra reducir la brecha o los rezagos en la demanda insatisfecha en 27 por ciento.

El análisis derivado de la ENCEL-Rural 2003 sugiere fuertemente que el PO incrementa los niveles de conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en las áreas rurales y marginadas y, por tanto, es un mecanismo que tiende a reducir las inequidades y amplía el acceso a la satisfacción de necesidades y demandas para regular eficientemente la reproducción.

El conocimiento de métodos anticonceptivos se ha expandido entre la población beneficiaria y presumiblemente las sesiones educativas que recibe la población están relacionadas con este proceso. El análisis descriptivo evidencia resultados de que las mujeres que viven en hogares que reciben beneficios del PO tienen un nivel de conocimiento de los métodos más amplio que las no beneficiarias. Por tanto, si bien el PO contribuye a tener efectos sustantivos en aumentar el

conocimiento de métodos, requiere de diseñar estrategias apropiadas para el caso de mujeres jóvenes y no parece justificar más acciones de este tipo para mujeres de estratos sociales relativamente mejores en el ámbito rural.

En relación con la prevalencia en el uso de métodos anticonceptivos se encontraron sólidas bases para afirmar que el PO es un instrumento eficaz para aumentar la práctica anticonceptiva de un 11 por ciento entre las beneficiarias respecto a las no beneficiarias. Estos resultados son congruentes con otros estudios que evalúan el PO en materia de anticoncepción (Hernández, Bernardo y otros, 2004) y de la influencia de las sesiones educativas en la aceptación de la planificación familiar (Barber, 2007)

Los potenciales efectos del PO en el uso de métodos de planificación familiar son más relevantes en las mujeres hablantes de lengua indígena y en las que no tienen escolaridad, con incrementos de 33 por ciento en las primeras y de 17.5 en las segundas. En cambio, en la población de jóvenes son nulos los efectos que podrían atribuirse al PO. Por tanto, el PO debe reforzar sus estrategias para atender las necesidades de los jóvenes.

El PO destaca como fuente eficiente de provisión de los métodos anticonceptivos en el medio rural, reduciendo a la vez, la necesidad de que la población recurra a adquirirlos en fuentes privadas. Asimismo, fue revelador la excesiva concentración de la provisión en tres métodos anticonceptivos: OTB, DIU e Inyecciones, sin mostrar diferencias sustanciales entre beneficiarios y no beneficiarios. A su vez, el PO parece no tener mayor influencia en la participación del varón en el uso de métodos ya que es bastante similar entre estos grupos. Estos resultados son indicativos para hacer una profunda revisión sobre la

necesidad de ampliar la gama de opciones anticonceptivas y diseñar estrategias para que la oferta responda a las necesidades diferenciadas por las diversas etapas de la regulación de la procreación. La participación del varón en esta esfera no está contemplada en las acciones educativas. El PO debe reflejar una mayor equidad de género en las responsabilidades reproductivas. Una estrategia a revisar sería que las mujeres no deben ser las únicas que deben asistir a las actividades educativas y exigir mayores requisitos, o al menos por igual, a los varones.

Es interesante advertir que la presencia del PO está provocando la gestación de algunos desequilibrios en las condiciones de la práctica anticonceptiva. Las beneficiarias están mejorando sus conductas reproductivas favorablemente mientras que las no beneficiarias permanecen en sus rezagos. En este sentido, las políticas de salud y la política de población tienen que analizar la conveniencia de aplicar una política pública focalizada por una más equitativa.

3.10 Adolescentes y uso de métodos anticonceptivos

CARLOS WELTI Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM

Resulta obvio decir que hablar sobre los adolescentes más allá de toda retórica, es hablar sobre el futuro y se hace referencia a un asunto, es decir, ¿por qué estamos interesados en analizar el papel de la anticoncepción? Porque tiene que ver con los derechos y muy concretamente con el uso de la anticoncepción y con los derechos para planear el futuro de un individuo. Derechos que están negados por un contexto institucional y por un contexto estructural muy claramente definido.

Quien puede planear el futuro es que reconoce opciones. Estamos en una sociedad en donde los contextos mencionados limitan la identificación de las opciones, es decir, no solamente que los jóvenes vean con escepticismo el futuro, sino que hay deliberadamente un esfuerzo institucional porque los adolescentes no tengan esa capacidad de identificar las diversas opciones que tienen en el futuro.

Hay necesidad entonces de reflexionar sobre el papel de las instituciones que permita definir las acciones en la materia que nos interesa. Y cuando hago referencia a las instituciones, no estoy hablando de las organizaciones, estoy hablando de las instituciones y hablo entonces del contexto normativo y normativo en dos sentidos, es decir, el que está contenido en las leyes y

reglamentos, en donde está muy claramente establecida la forma en que los individuos se relacionan y otro nivel en donde este contexto lo definen las costumbres, las tradiciones, los valores muy concretamente, en términos de la educación, la educación cívica.

Hay arreglos institucionales, cuyo fin precisamente es reducir el costo de la transacción entre los individuos y hay entonces, desde mi punto de vista, un contexto institucional que limita las opciones de los adolescentes.

Sólo el cumplimiento de la Constitución de algunas de las normas formales, harían que se transformaran radicalmente situaciones de grupos de población sobre los que tenemos ahora preocupaciones muy concretas. Simplemente el artículo 1º, hace referencia a la edad y hay entonces un contexto en donde la edad se convierte en un elemento discriminatorio que funciona en contra precisamente, ya no sólo de los jóvenes, también de los viejos.

Con respecto a la población indígena el asunto fundamental es que la propia Constitución en el artículo 2º, plantea entre otras cosas, garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud, esto es fundamental.

Respecto a la educación, desde mi punto de vista la normatividad que impide el ejercicio de los derechos de los jóvenes, tiene que ver precisamente con la generación de condiciones súper estructurales que impiden la identificación que mencionaba de esos derechos, que limitan la planeación de los jóvenes.

No hay que cambiar muchas cosas, hay que hacer que la letra, en este caso, que la Ley General de Salud se cumpla, pero además, establece desde luego que el propio Consejo Nacional de Población realice las tareas de supervisión y evaluación en esta materia. Habría que preguntarse en qué medida las instituciones y las normas han respondido a un contexto en el cual, hay una elevada incidencia de la maternidad adolescente. Algo está fallando que después de todos los éxitos en materia demográfica en los últimos años, se siguen manteniendo estos porcentajes de madres adolescentes.

A diferencia de lo que muchas veces se dice, hay un conocimiento limitado de métodos anticonceptivos, siempre estamos haciendo estimaciones a partir de la información de las encuestas en donde se clasificaba a las mujeres en su conocimiento de acuerdo a la identificación de los métodos que les enumeraba el entrevistador. Se ha visto que esto no tiene nada que ver con un conocimiento real. Es muy claro que la mención de los métodos no significa conocimiento. El conocimiento que capta la Encuesta Nacional de la Juventud de 2005 acerca de los métodos anticonceptivos, está muy claro que lo que “conocen” los jóvenes, tanto mujeres como hombres, es fundamentalmente el condón.

¿Cuáles son las condiciones de esta población joven? la pregunta es, ¿En qué medida las instituciones han respondido al contexto en el que se mueven los jóvenes? Hay una secularización que no corresponde a la fase de desarrollo económico de nuestro país.

¿Cómo se puede planear para el futuro? Los jóvenes no son precisamente una población muy moderna, lo que piensan los jóvenes sobre el hecho de tener relaciones sexuales antes de casarse, sobre el aborto, el divorcio y tener relaciones sexuales con compañeros ocasionales. Es decir, antes de planear cualquier cosa debemos reconocer la posición de los jóvenes de 12 a 19 años que están iniciándose precisamente en su vida sexual y reproductiva. Hay un porcentaje que piensa que de ninguna manera por nada está justificado el aborto.

Resulta fundamental si se quiere actuar en materia de planificación familiar, modificar el entorno institucional, que significa entre otras cosas, modificar los contenidos educativos. Esto es fundamental para cualquier acción que nos planteemos. En otras palabras, es muy difícil suponer que podemos modificar o dar oportunidades a los jóvenes para que planeen su futuro, si no se hacen modificaciones a nivel de los roles que les toque jugar a los diferentes actores de la sociedad, y eso significa transformar el entorno institucional, uno de ellos es transformar los contenidos en la educación.

¿Cuáles son las condiciones objetivas, es decir, las condiciones estructurales que viven los adolescentes? Una de cada cinco jóvenes de 12 a 19 años, ni estudia, ni trabaja, una ama de casa que tiene menos de 20 años y que debería estar estudiando o trabajando para contribuir a su desarrollo personal. Ese es el contexto en el que nos movemos y estas son las condiciones objetivas de los jóvenes.

Hay una iniciativa que muy concretamente plantea y que debe ser tomada en cuenta, es la que se refiere a la modificación de los artículos en la Ley General de Salud, que se presentó el año pasado en la Cámara de Diputados y que fue rechazada por la comisión encargada de su análisis, es decir, recibió un dictamen negativo y por lo tanto ya no se sometió a la discusión en la Cámara. Es decir, se plantea que los servicios de planificación familiar, además de todo lo que dicen, deben dedicarse precisamente a la distribución de medicamentos y métodos anticonceptivos, pero sobre todo tomando en cuenta a la población adolescente.

Además de que se reconoce el establecimiento, la obligación del Consejo Nacional de Población de establecer las políticas en esta materia, se plantea la necesidad de proveer los medios técnicos para hacer llegar a la población los métodos anticonceptivos necesarios para alcanzar los objetivos establecidos en las políticas nacionales de población. Este es sólo un ejemplo de lo que hay necesidad de hacer en el ámbito de la institucionalidad formal y que lamentablemente no se hizo.

3.11 La farmacia como fuente proveedora de métodos anticonceptivos

ALEJANDRO DUSSAN Unidad de Negocios Women´s Health Bayer Schering Pharma

Estábamos acostumbrados que teníamos un mercado privado en donde se vendían los medicamentos, incluidos los anticonceptivos, a través de las farmacias, y resulta que vemos que del mercado privado están pasando personas a hacerse tratadas en el mercado institucional porque no pueden comprar ya los medicamentos en la farmacia, están pasando al mercado alterno que son las farmacias de Similares.

Y también hay una cosa que se llama el mercado de impulso, es decir, los médicos que tienen su farmacia pequeña en los pueblos chiquitos, que tienen su consultorio y tienen su farmacia al lado. Ellos compran a través de una distribución completamente diferente los medicamentos.

En el mercado institucional, incluido el Seguro Popular es una gran cantidad de métodos anticonceptivos que se comercializan.

Es muy interesante ver que la industria farmacéutica comercializa en el mercado privado diferentes anticonceptivos orales, inyectables, DIU´s, sistemas intrauterinos, implantes, parches, etcétera. México es uno de los pocos países que a nivel latinoamericano tiene casi todos los métodos, o sea, tiene un portafolio de métodos modernos, o de los más modernos, casi igual a lo que hay en el mercado privado. Esto es muy característico para México, ya que da una idea de la importancia y la relevancia que tiene para el sector institucional poder ofrecer la mayor variedad de métodos y opciones anticonceptivas.

El mercado privado en México está concentrado prácticamente en algunos laboratorios, es Bayer Schering Pharma y Guayer Organic Yansen.

Respecto al mercado institucional de hormonales está bastante estancado, solamente unas marcas renuevan a las otras, o algunas formas farmacéuticas innovadoras como fue el parche o el anillo o un sistema intrauterino, cosas así que están renovando el mercado.

En una encuesta efectuada por CELSAM en el 2000 y 2007 en Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela sobre las características que desean las mujeres de un anticonceptivo; lo más importante es que no falle, que no dañe la salud,

que no produzca molestias, que sea fácil de usar, que sea barato y fácil de conseguir. México muestra características parecidas al respecto que los otros países. Pero en cuanto a la adherencia en el uso de las pastillas anticonceptivas, ésta es menor en México.

Entonces, si lo que se desea de un anticonceptivo es lo mismo que en los otros países, ¿por qué en México se usa en forma más corta? Hay varias razones, una de ellas es que el médico mismo le dice al usuario: "No se lo tome por mucho tiempo, tómeselo solamente por tres meses o por seis meses", o pensamos que la mujer también va a tener creencias que si lo usa por más tiempo, va a tener problemas de fertilidad o algunos otros problemas que puedan estar asociados al uso de anticonceptivos.

Respecto a la prevalencia en el uso de los hormonales orales, México solamente tiene un 4% en comparación a Canadá, Brasil, Chile, Venezuela y Colombia, con un 9%.

La mayoría de las usuarias usan el condón como método de elección número uno para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual, eso está muy metido en la mente de ellas, o sea, para evitarse una infección de transmisión sexual el condón es el método número uno, eso está muy bien. Pero en las jovencitas, entre 15 y 17 años lo que más usan son las PAE, que lo practican como un método anticonceptivo no de emergencia sino como de uso regular.

¿Cómo ven a la píldora de emergencia? Lo que se ve es que tiene un fuerte enganche emocional porque las salva de una situación crítica que ellas tienen en un momento muy específico en su vida. "Esto fue la salvación, antes yo tenía a lo mejor un embarazo no deseado o un aborto clandestino", muchas cosas que le tocaba hacer, pero hoy en día para ellas es una solución, no les importa que tengan efectos secundarios, no les importa que les desarregle el ciclo, no les importa que les dé dolor de cabeza, cefalea o nausea; de todas formas todo eso es mucho mejor a la otra opción de no haberse tomado la píldora de emergencia. Entonces, tiene poca relevancia cualquier tipo de efecto secundario que puedan tener.

Y aquí, la fuente proveedora más importante que influye en la obtención del método no es la Secretaría de Salud ni el Seguro Social, es simplemente el farmaceuta.

Otro resultado de la investigación es que a ellas no les importaba ni qué tenía la píldora de emergencia ni querían saber al respecto, si tenían hormonas, si tenían anticuerpos, si era un antibiótico. Para ellas era completamente irrelevante, lo importante es que les sacaba del problema que tenían en ese momento grave.

Respecto al medio de información de la píldora de emergencia, todas las participantes mencionaron que son las amigas y las hermanas como su fuente principal de información. Eso ya es un boom de boca a boca en los colegios. Las mayores de 18 años mencionaron que fue la publicidad generada con la polémica que se desató con el método.

En el uso de la píldora de emergencia ellas están prácticamente solas, porque no tienen una relación estable. Entonces, prácticamente ven que es una decisión de ellas, un problema de ellas y que simplemente la decisión la tienen que tomar ellas a la brevedad posible.

Algunas preguntas que surgen: ¿Para dónde va realmente el futuro de la anticoncepción en México, viendo lo que está pasando ahora en las farmacias? ¿Cuáles son las barreras en México para el uso de anticonceptivos hormonales? Una de las barreras son los médicos. No por ser menos capacitados que en otros países sobre métodos anticonceptivos, sino porque no están muy actualizados, porque tal vez ya no es un tema que ni siquiera lo ven durante su carrera. Como que es algo que ven normal y ya no se meten en los beneficios que pueden tener en profundidad con este tema.

Se sabe que existen barreras culturales, barreras económicas, también el costo puede ser un punto, pero debe haber otras que tal vez no se conocen. Ahora ¿Es la tendencia que vemos hoy en día la adecuada en México? ¿Cuál sería la mezcla ideal de métodos?

Algo que preocupa bastante es lo que está pasando con los adolescentes, todo es como una caja negra donde no se sabe ni dónde están, ni qué leen, o qué ven, o cómo se puede comunicar con ellos. Se sabe en todo lo que es espacio cibernauta, están mucho tiempo y sacando información de ahí, migran de un sitio para otro y no se sabe cómo alcanzarlos. Se sabe que ellos tienen un lenguaje completamente diferente al que tenemos nosotros. ¿Y qué se puede hacer para trabajar con los adolescentes? ¿Qué sinergismos puede haber entre la industria farmacéutica y las instituciones para atacar la problemática de los embarazos no deseados?

4

DISCUSIÓN

8 MARZO
POR LA VIDA, LA PAZ Y LOS DERECHOS
"Hagamos realidad el sueño de la igualdad
EXAMEN DE OSTEOPOROSIS
SOLO MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS
MEXFAM
gente joven
gente joven
salud sexual
salud sexu

Anticoncepción
¿Para qué?

Es fundamental responder esta pregunta. Un hecho objetivo que permite identificar para qué la anticoncepción, desde el punto de vista de las definiciones políticas, la reducción a menos de la mitad en la asignación presupuestal que se dedica a planificación familiar, es porque se supone que la planificación familiar ha cumplido con sus objetivos y por lo tanto hay que disminuir de manera significativa en el presupuesto lo que se le asigna a estas situaciones. Anticoncepción ¿Para qué? es un hecho fundamental que tiene que ver con los derechos, lo demás es estrictamente secundario (Carlos Welti, UNAM).

¿Para qué nos estamos planteando la anticoncepción? Estamos y hemos sido sesgados a medir la anticoncepción para tener logros y avances fundamentalmente en variables demográficas como la fecundidad, que nos lleva al crecimiento natural, pero no damos ese brinco para medir la satisfacción y el pleno ejercicio de los derechos reproductivos o los derechos sexuales. Y ésta es una reflexión sumamente importante como para hacer verdaderamente ese cambio de paradigmas. Está en el discurso muy claro que la política de población está más centrada en derechos humanos, está muy claro que los programas de planificación familiar, principalmente tienen que responder a cumplir con ese derecho que tienen las personas a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, y a disponer de la información y los medios para ejercer sus derechos. (Elena Zúñiga, CONAPO).

Anticoncepción ¿para qué? o ¿por qué? Justamente la negación de ese derecho es lo que pone las principales barreras al acceso a la anticoncepción; por el lado de la oferta, al tratarse de un tema controversial ha provocado que las acciones gubernamentales sean tímidas, pero también barreras por los propios adolescentes si no reconocen que es un derecho que ellos tienen (José Luis Palma, INSAD).

Los derechos
en el centro de la estrategia

Parece muy entusiasmante que tanto el Consejo Nacional de Población como la Secretaría de Salud ponen el tema de los derechos en el centro de la estrategia. Pero siendo un tema tan polémico, tan cargado ideológicamente, la participación de las organizaciones de la sociedad civil, va a seguir siendo importante para

promover estos derechos. Y también hay que involucrar más a las instancias de derechos humanos, como ha ocurrido ya con la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (José Luís Palma, INSAD).

La intención, es que hay que tomar en cuenta los derechos y eso es muy importante para las organizaciones de la sociedad civil, ver el lenguaje, ver nuestras propuestas y de esta manera darle la importancia que tiene la sexualidad y las actitudes. Estamos viviendo una época de transición y una revolución de valores que es lo que Cairo de alguna manera consagra, que no se da en 5 ni 10, ni en 15, ni en 20 años. Pero sí tendríamos que insistir en la necesidad de que se cambie el discurso, de que el cambio de paradigma que se dio ahí se concrete. (María Consuelo Mejía, Católicas por el Derecho a Decidir)

Adolescentes y jóvenes

¿Qué tipo de cosas se pueden hacer, cuando muchos de los que estamos aquí hemos presenciado, si no es que participado activamente en una cantidad tremenda de programas, estrategias de muy diferentes tipos para la atención de la salud reproductiva en los adolescentes y en especial en cuestiones de anticoncepción y los resultados pues no se ven? (José Luís Palma, INSAD).

Los problemas de la juventud uno puede identificarlos si está analizando la juventud, pero para los jóvenes los problemas son otros muy distintos a los que nosotros con la racionalidad científica supuestamente identificamos. Lo que interesa en términos de los adolescentes es muy coherente, es decir, ¿cómo podemos suponer que los adolescentes van a planear? Pues hay que hacer uso de la píldora del día siguiente, evidentemente. Por eso, el papel de la educación por una parte y la modificación de las oportunidades en otros ámbitos que no tienen que ver con la planificación familiar, son los elementos que van a hacer que cambien precisamente las actitudes de los jóvenes. En otras palabras, que tengan la capacidad de planear el futuro (Carlos Welti, UNAM).

Es urgente relanzar y reforzar los programas de adolescentes no solamente por el efecto a corto plazo que tienen en limitar daños a la salud de los adolescentes, sino a largo plazo. Los programas de adolescentes deben tener tres características: 1) Ser integrales, es decir, considerar al adolescente no solamente como un ente biológico, sino como alguien que siente y que está rodeado de una sociedad; 2) considerar que deben ser intersectoriales. Si las instituciones de salud sólo quieren resolver problemas de adolescentes, se van a quedar muy cortos, es necesario involucrar otros sectores, como el sector educativo, sector laboral, entre otros, porque si no, no se va a lograr nada. Y 3) se tiene que empezar

por los prestadores de servicios y los tomadores de decisión. Se tiene que empezar con una gran sensibilización, si realmente queremos trascender y tener mayores impactos (Juan Carlos Ledesma, IMSS Oportunidades).

Un tema esencial que es difícil de abordar es el papel que juegan los adultos, el que juega la cultura dominante, las instituciones, en cómo definimos al adolescente, cuándo puede y cuándo no puede recibir información. Este temor de hablar de educación sexual a los jóvenes. La educación sexual avanzó mucho en la década de los 70s, luego se estancó. En la administración pasada se hicieron logros importantes, pero tampoco hemos avanzado mucho más en la preparación de nuestros profesores para manejar esos temas. Sentimos la prisa y la necesidad de que ya cada vez tenemos menos recursos para estos temas, cada vez salen más de las prioridades de las agendas porque ya el tema demográfico como tal del crecimiento explosivo ya no es el tema, es un tema más de justicia, más de equidad, más de desarrollo para nuestros jóvenes de iniciar con mayor equidad ese tránsito a la vida adulta (Elena Zúñiga, CONAPO).

Hay una red que se llama Democracia y Sexualidad en donde estamos católicas, GIRE y otras muchas organizaciones trabajando por impulsar justamente la educación sexual dentro de los textos de Educación Pública, con algunos avances importantes, pero con una resistencia enorme. El término “proyecto de vida” se trivializó enormemente, al grado de decir: “Pues claro, entonces las jóvenes van a usar la práctica del aborto de manera libertina”, “No son capaces de tomar responsablemente decisiones” Lo menciono por el trabajo que tenemos que hacer en términos de colocar el proyecto de vida en todas sus dimensiones, porque eso le daría justamente un carácter mucho más amplio de vincular la sexualidad con la salud (María Luisa Sánchez).

¿Por qué seguimos contando con modelos de servicios de salud que no están diseñados para adolescentes y jóvenes? Seguimos pensando en términos de métodos anticonceptivos que fueron diseñados o son diseñados para parejas en unión, que tienen más o menos una actividad sexual predecibles, a veces no tan satisfactorias, es decir, de qué me sirve tener ligadas al 50 por ciento de las mujeres de 45 años que o no son fértiles o no tienen relaciones. Entonces ahí haría un análisis de costo-efectividad. Se tienen servicios que están diseñados para mujeres adultas en unión, abiertos en horarios cuando los adolescentes no pueden ir porque van a la escuela.

Queda muy claro cuál es la historia natural de la fecundidad y de la fertilidad en el país. Son adolescentes los que siguen reproduciéndose a edades relativamente tempranas, aunque algo sí se ha logrado, siguen teniendo uno o dos hijos muy cercanos, con un intervalo intergenésico corto, pero sí terminan de tener hijos a los dos o tres hijos, es decir, eso es lo que se ha logrado finalmente.

Se está pensando en términos de efectividad de los métodos y privilegiando los de alta efectividad y proveedor dependiente, cuando para los adolescentes se deben privilegiar métodos de baja efectividad y usuarios dependientes. Entonces sí tenemos que tomar en cuenta los porcentajes de fallas y saber cómo dar consejería a los adolescentes para las fallas, incluyendo el aborto en las condiciones legales. Se tiene que pensar afuera del mundo médico, medicalizar la anticoncepción en adolescentes va a ser un esfuerzo titánico e inútil, porque los métodos que se tienen en estos momentos para adolescentes no pasan a través de los médicos; el condón y la anticoncepción de emergencia pasan a través de las farmacias y se requiere dar mucha información para que los chavos sepan y lleguen a las farmacias (Raffaela Schiavón, IPAS-México).

Para poder planear un programa para adolescentes se les tiene que preguntar nuevamente, pero de acuerdo a sus intereses y características psicológicas específicas. Por otro lado, saberles preguntar, saber interpretar lo que nos contestan y luego contestar a sus demandas, no de acuerdo al punto de vista adulto, sino de acuerdo al punto de vista de ellos (Anameli Monroy, CORA).

Hace no más de cuatro o cinco años, un grupo multidisciplinario como el de hoy presentó un libro "Los derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes" que tenía como objetivo invadir las escuelas, motivar a los profesores, motivar a aquellos personajes que estuvieran directamente relacionados con los jóvenes y fue un esfuerzo que se quedó a la mitad. Este es el esfuerzo al que se deben dirigir nuestras fortalezas (Martín Santa Rita).

> EL ASUNTO ESTÁ EN QUE LA ANTICONCEPCIÓN ES UN TEMA CENTRAL, FUNDAMENTAL, DE PLATAFORMA, PERO REQUIERE OTRAS COSAS. TENEMOS QUE REGRESAR AL CONOCIMIENTO DE LA SEXUALIDAD HUMANA, TENEMOS QUE ACEPTAR LA IDIOSINCRASIA DEL MEXICANO, DE NUESTROS ADOLESCENTES, DEBEMOS SEGUIR CON ENCUESTAS PARA CONOCER NUESTRA REALIDAD, PERO TENEMOS QUE PENSAR Y HACER SERVICIOS REALES PARA ADOLESCENTES NO SÓLO DE ATENCIÓN MÉDICA, DE ORIENTACIÓN, SINO DE ACTIVIDAD, DE RECREACIÓN, DE PARTICIPACIÓN POLÍTICA, DE ACTIVIDADES EN TODOS LOS SENTIDOS PARA ESTO QUE ES CONSTRUIR EL FUTURO (ROBERTO URIBE).

La propuesta es que ojalá pudieran existir servicios amigables certificados para adolescentes, que cumplan con las necesidades básicas que tienen los adolescentes y que el prestador de servicios esté sensibilizado (Luis Muñoz, MEXFAM).

La idea es comenzar con un paquete básico que esté homologado, donde se asegure que recibe un mínimo de atención ese adolescente que acuda a las instituciones (Marco Antonio Olaya, CNEGySR).

Calidad de la información y de los servicios anticonceptivos

Fue a raíz de la Conferencia del Cairo donde esto tomó auge y se expresó en documentos tan importantes como la Norma Oficial del Programa de Planificación Familiar, que ya había recogido ese debate internacional en relación a qué es calidad. El concepto de calidad concentrado en la efectividad de los métodos cambió hacia otro tipo de valoraciones, hacia una mayor satisfacción de la persona, una mayor satisfacción de las necesidades, mayor aclaración de dudas, una mayor participación en la toma de decisiones, y también una mayor responsabilidad de parte de las usuarias y de los usuarios en el uso de los métodos anticonceptivos. (Elena Zúñiga, CONAPO).

En las encuestas se preguntan cinco condiciones o aspectos para poder decir si la información que se les da a los usuarios es completa. En aquellos casos en que se cumplen simultáneamente las cinco condiciones, el porcentaje de mujeres que responde de esta manera es muy bajo, apenas del 40 por ciento, y lo más preocupante es que dicha cifra no ha cambiado en el tiempo (Doroteo Mendoza, MEXFAM).

Si bien es cierto que los médicos desconocen algunas cosas de los métodos, también es cierto que se les han fijado metas y que siempre hay que estar pensando en cuántos, y a veces perdemos de vista la calidad, si la información realmente está siendo adecuada por estar tratando de cubrir los números (Isabel Padilla, IMSS).

Se ha identificado que la calidad de la atención y la falta de oferta de métodos anticonceptivos, son las principales razones de la mayor parte de las muertes de las mujeres, el problema es la actitud del médico para cumplir con los lineamientos adecuados de la calidad. Los gineco-obstetras saben cómo se debe manejar una emergencia obstétrica pero falta en la formación de los médicos, vincular el asunto del valor que se le da a la vida de la mujer (Patricia Uribe, CNEGySR).

Anticoncepción posparto

El énfasis de los programas del servicio público de salud está dirigido y focalizado al posparto. O sea, la oferta de métodos anticonceptivos para mujeres que están aceptando el método en otro momento que no es el parto, lo que no está vinculado con el embarazo, está siendo débil o inexistente y por eso vemos que lo que crece son los métodos que se ofrecen en el posparto, o sea, el DIU y la OTB, crecen por inercia, por efecto acumulativo.

Pero este énfasis en que la anticoncepción en el programa recaiga en la de posevento obstétrico repercute desfavorablemente en todas aquellas mujeres que no están embarazadas. Generalmente las mujeres que inician su vida sexual no tienen el acceso a los servicios de salud ni a la información, hasta que no están embarazadas. Y les estamos ofreciendo un método a las mujeres con el primer embarazo, que tampoco es el que necesitan en ese momento como son DIU y OTB, por ello la baja cobertura de anticonceptivos en la categoría con paridad uno en el posparto. Entonces, ahí hay que reflexionar en el papel que está jugando la anticoncepción posparto en general en los programas de planificación familiar del sector público.

Vinculado con la anticoncepción posparto, un dato revelador es que no hay gran diferencia entre lo rural y urbano; lo cual es una llamada de atención de qué nos

está fallando en el medio rural. De modo que si no atendemos a las mujeres que no aceptan un método no vinculado con el embarazo, vamos a seguir con esas enormes diferencias que todavía tenemos entre lo rural y lo urbano (Elena Zúñiga, CONAPO).

Reflexiones sobre la mezcla de métodos

Preocupa básicamente el tema de la oclusión tubaria y del uso del dispositivo intrauterino, es decir, ¿qué pasa en la oferta de métodos para que haya de verdad la opción de decidir qué es lo que más me conviene de acuerdo con mi criterio y mi opinión? (María Consuelo Mejía, Católicas por el Derecho a Decidir).

¿Qué tanto se están combinando los métodos?, ¿qué tanto se está promoviendo que además del método para la anticoncepción, también se estén previniendo las infecciones de transmisión sexual y el SIDA? (Anameli Monroy, CORA).

¿Qué pasa con el anticonceptivo en México, con respecto a qué pareja sería lo ideal? Pues el condón y cualquier otro método anticonceptivo de tipo hormonal o complementario, esa es la pareja ideal para este país (Martín Santa Rita).

Participación del varón

¿Cómo se incorporan los hombres en todo este proceso de la reproducción humana? Si pasa necesariamente por ese cambio de actitudes, porque esa reproducción en relación con la sexualidad y el cuerpo, se da en muy pocas parejas en este país. El problema no es que no se tome en cuenta, es dónde lo

encuentras. Entonces esa parte obviamente pasa por el tema de los valores, el discurso, las actitudes, la misoginia, el patriarcado, etc., pero sí sería interesante abordar los cómos, o sea, qué estamos pensando, cómo lograr avanzar en este cambio de paradigma, en esta revolución de valores, que está detrás de la posibilidad de alcanzar estos objetivos tan claros con relación al uso de métodos anticonceptivos y al ejercicio de los derechos (María Consuelo Mejía, Católicas por el Derecho a Decidir).

¿Cuáles son algunas propuestas concretas que se pueden hacer a los programas? No se puede hacer todo de golpe e ir incorporando al varón para que se sienta parte efectivamente de todo este proceso, porque no podemos nada más de repente ponerlo como apéndice y exigirle que tenga responsabilidades y que tenga una participación mucho más activa.

Se tiene que empezar por casa, por las instituciones, revisar en qué materiales estamos replicando estereotipos o que solamente se involucre la mujer desde los mensajes en salud, estamos replicando permanentemente los estereotipos con nuestras campañas dirigidas solamente a la mujer embarazada, que deje de fumar, con nuestros rotafolios que no hemos revisado y se siguen utilizando. Se está proponiendo que se cambien horarios a vespertinos, porque los hombres en general tienen mucho más dificultades para acceder al servicio matutino, esto es, incorporarlos y hacerlos más visibles (Patricia Uribe, CNEGySR).

La sobre especialización que se hizo en México y en muchos países para reducir el crecimiento de la población y que enfatizó en atender a las mujeres o centrarse en las mujeres, llevó a programas como los de Salud Materno Infantil. Y al margen de que muchas de las ocasiones eran para jalar a la mujer para que atendiera a sus hijos y de paso ofrecer anticonceptivos, lo que se logró fue excluir a los varones.

Hay estudios donde se le ha preguntado a las mujeres que se atienden en servicios de salud gubernamentales de este país, cuál es la principal necesidad que perciben, por ejemplo, en el contexto del parto. La respuesta más recurrente es no vivir el parto sola. En este país se prohíbe que las mujeres estén acompañadas durante el parto. Satisfacer esa demanda explícita de las mujeres haría mucho más presentes a los hombres, es un tipo de presencia concretísimo que se puede poner en práctica.

Otra propuesta es aprender colectivamente programas para estimular en los hombres el auto cuidado. Dos de los ejes centrales de los derechos reproductivos construidos por las mujeres feministas, fue auto determinación reproductiva y conciencia de cuerpo.

Hay quienes no están de acuerdo con el concepto de demanda insatisfecha y resulta muy interesante intentar realmente otras definiciones de necesidades no satisfechas en la experiencia de varones y mujeres que se reproducen.

Otras sugerencias muy concretas, una es visibilizar la reproducción de los hombres, y no es en abstracto, a través de investigaciones mucho más sistemáticas. Tenemos ya usadas categorías como los malestares reproductivos y los derechos reproductivos de los varones. Pensando malestares en dos vertientes: en la lógica de alguien que siente que pierde privilegios que tenía antes, eso es muy claro y no podemos ocultarlo, pero también malestares derivados de especializaciones de género que poco se cuestionan (Juan Guillermo Figueroa, COLMEX).

Respecto a la anticoncepción masculina, si bien han existido proyectos con inyecciones e implantes, se han suspendido por su no viabilidad. De modo que en este momento no hay ningún proyecto realmente importante que ya tenga un poco de forma para anticoncepción masculina (Alejandro Dussan, Women´s Health Bayer Schering Pharma).

Necesidades de capacitación a los médicos

El conocimiento de la anticoncepción y de la planificación familiar, se ha venido perdiendo paulatinamente en la Facultad de Medicina de la UNAM, se perdió el contenido dentro del Programa de Ginecología y Obstetricia, así como el contenido de sexualidad humana (Roberto Uribe).

Hemos descuidado la instrucción para el médico. Se cree, se supone y se piensa que el médico, por el simple hecho de ser médico, va a conocer perfectamente y a detalle el manejo de los métodos anticonceptivos, hablando del médico en general, y ni qué decir del médico especialista, se supone que el médico especialista debe estar empapado de los métodos anticonceptivos. Se propone que no se descuide al médico, el médico se tiene que seguir instruyendo ¿Por qué la mujer descontinúa el método anticonceptivo? Simplemente porque el médico no le explica lo que le puede pasar. Pero el médico desconoce el método anticonceptivo, cualquiera que éste sea, y al desconocerlo por supuesto que no puede dar una buena instrucción del medicamento (Marco Tulio Santarica, CELSAM).

Lo cierto es que las jóvenes están ejerciendo su sexualidad y su reproducción sin mucho conocimiento. Y la cuestión es que los médicos o los profesionales de la salud no conozcan cuáles son los derechos de las jóvenes, resulta que a veces no saben ni siquiera si pueden darles métodos anticonceptivos (María Luisa Sánchez).

Siguen siendo prioridad los adolescentes, los indígenas, los hombres y obviamente la difusión de los derechos en todos los sentidos. No es cierto que la mortalidad materna sea simplemente una falta de interés en la vida de la mujer,

es la conjunción de circunstancias, en donde se han descuidado los equipos de salud, la formación y la capacitación de los mismos, para poder dejar que el asunto simplemente camine con dinero o con servicios. Tenemos que formar a la gente desde el punto de vista ideológico (Roberto Uribe, CELSAM)

El Programa Oportunidades

Tuvimos la oportunidad de tener un rompecabezas, pedacitos, que si los juntamos nos da una película bastante clara, de por dónde pueden estar los problemas que tenemos ahorita para mejorar la situación de los grupos que se encuentran con mayores rezagos, como serían los adolescentes y la población rural, entre otros. Que si bien son de alguna manera grupos que han estado siempre en el foco de atención, también es cierto que no hemos sabido responder a ellos porque seguimos en lo mismo (Elena Zúñiga, CONAPO).

Tenemos un Programa Oportunidades (PO) que es un programa para mujeres que tienen al menos un hijo en tercero de primaria y hasta tercero de secundaria, y mujeres que están embarazadas, que ya tienen un hijo y que por eso tienen que ir al PO. No está pensado para mujeres o parejas jóvenes y recién formadas. No se tiene nada para las mujeres jóvenes adolescentes pobres, no hay ningún programa diseñado para ellas. Y eso es lo que tenemos que pensar ahora, analizando cómo y dónde tenemos que enfocar nuestras baterías en los temas de política de población y de planificación familiar (Octavio Mojarro).

La Ley General de Salud

De una manera muy precisa se han planteado modificaciones en materia legal en la Ley General de Salud muy importantes, hay muchas resistencias evidentemente, pero también hay que ver el otro lado de la moneda que es ¿cuáles son nuestras taras culturales en México? Habría que precisar cuáles son estos elementos y por dónde trabajar en políticas públicas (Manuel Ávalos).

Mientras no se logre la normatividad y las leyes sean respetadas, no haya voluntad política y no se respete el Estado laico, las creencias personales de los funcionarios públicos, por encima de su obligación de aplicar conforme a la ley, vamos a encontrar esos rezagos, porque no es gratuita la desigualdad que existe también en las leyes a lo largo de nuestro país, independientemente de que cada estado define su normatividad.

Hay que tomar en cuenta que la Ley General de Salud, todavía tiene su capítulo que habla sobre la salud materno infantil, no hay un reconocimiento de la salud sexual y reproductiva. En la legislatura pasada, también como ONG nos pusimos a la tarea de tratar de reformar la Ley General de Salud para que se reconozca la salud sexual y reproductiva y hacerlo simplemente acorde a los acuerdos y tratados internacionales, entre ellos Cairo, en donde el Estado mexicano reconoció estos acuerdos y la necesidad de homologar conforme a esos tratados. Esto no ha sido posible por falta de voluntad política, por resistencia a ese reconocimiento.

El rezago, es mayor y es muy importante que actuemos en diferentes frentes, desde luego con estos programas y con todo lo que se ha señalado, pero al mismo tiempo es muy importante reformar la Ley General de Salud, para que se incluyan como derechos, esos que corresponden a adolescentes y jóvenes (María Luisa Sánchez).

Abastecimiento de insumos

Para poder realmente reforzar la colaboración internacional de un abasto adecuado de insumos, es necesario hacer mayor abogacía y adecuar o flexibilizar todos los marcos normativos que hay con respecto a la importación de insumos. Hay una serie de candados, de trabas y bloqueos que no están favoreciendo o beneficiando el interés de los programas nacionales. México es terriblemente difícil para poder manejar donaciones de insumos. Estas cuestiones son motivo de reflexión de manera conjunta. (Gabriela Rivera, UNFPA).

Promoción
de la anticoncepción

Un pequeño reclamo a la industria farmacéutica, porque con los fondos y los recursos que tienen hubieran podido hacer unas campañas maravillosas de promoción de la protección anticonceptiva. En este sentido, han sido tremendamente tímidos por no decir que se han colgado de los programas públicos y eso no sólo en México, en todo el continente latinoamericano. Podrían hacer maravillas, promoviendo una cajita feliz de viagra y anticoncepción de emergencia, con el condón y demás (Raffaela Schiavon, IPAS-México).

Evaluación

La reflexión general es señalar y tener claro que las encuestas, por ejemplo, nos están permitiendo, sí están muy dirigidas, muy centradas a evaluar el programa desde la perspectiva de la evaluación que se tenía cuando los programas de planificación familiar se iniciaron y que están orientados fundamentalmente a la efectividad, a su impacto demográfico. Entonces este cambio de enfoque de lo biomédico y de lo demográfico hacia los derechos y a las personas, a las mujeres fundamentalmente, fue un proceso que se vivió en donde el Cairo tuvo un impacto muy importante (Elena Zúñiga, CONAPO).

Tenemos que incorporar nuevos elementos en las encuestas, entendemos que hay variables y cuestiones que se tienen que incluir para que sigan siendo comparativas. ¿Qué tan factible es que empecemos a incorporar más información vinculada a sexualidad y más sobre la incorporación del varón en las encuestas nacionales de dinámica demográfica, que efectivamente siguen quedando fuera? ¿Qué tanto complica?, ¿Qué tanto aumenta el costo? (Patricia Uribe, CNEGySR).

Por supuesto que es factible llevar a cabo encuestas sobre salud reproductiva y planificación familiar con hombres, existen por lo menos dos experiencias: una con obreros, realizada por la SSA en los ochenta y otra con derechohabientes del IMSS (ENSARE 1998). El costo del trabajo de campo es mayor que cuando se entrevista a mujeres, por la realización de un mayor número de visitas. Se requiere por ello efectuar encuestas específicas más que incluirlos en las ENADID.

Respecto a la indagación sobre sexualidad, también ya existe alguna experiencia: la ENFES 1987, la ENSAR 2003 y la ENADID 2006, incluyeron preguntas que permiten disponer de una aproximación al conocimiento de la vida sexual de las mujeres, asociada a la práctica anticonceptiva. Lo que habría

que hacer es garantizar al menos este tipo de preguntas en todas las encuestas sociodemográficas, además de profundizar en estos aspectos en encuestas específicas de salud reproductiva (Doroteo Mendoza, MEXFAM).

Homologación institucional del registro de aceptantes

¿Existe alguna propuesta para modernizar y homologar los sistemas de información en planificación familiar?, ya que después de 35 años que tienen esos problemas, cada institución ha manejado como mejor ha creído los sistemas de información y no son ni homogéneos ni modernos, muchas veces se utilizan incluso a nivel de papel en las unidades médicas (Juan Carlos Ledesma, IMSS Oportunidades).

Salud para
tu familia
Mexfam

5

BIBLIOGRAFÍA

Barber S. (2007). "Family Planning Advice and Postpartum Contraceptive Use Among Low-Income Women in Mexico". International Family Planning Perspectives. 33(1): 6-12, 2007.

CONAPO (2005). "La fecundidad en México. Niveles y tendencias recientes", *Serie Documentos Técnicos*. México.

CONAPO (2006). *Proyecciones de la población de México 2005-2050: Nacional*. México, D.F.

Díaz V (2006). "Acceso a servicios de planificación familiar como medio para prevenir el aborto inducido", en *Gaceta Médica de México*, Vol. 142, Suplemento 2. México, D.F.

Hernández B. et.al. (2005). "Impacto de Oportunidades en la Salud Reproductiva de la Población Beneficiaria". Evaluación Externa de Impacto del Programa Oportunidades 2004. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

IMSS (1996). Manual para el uso de la metodología anticonceptiva. Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Reproductiva y Materno Infantil, México, 1996.

IMSS (2000). Encuesta de salud reproductiva con población derechohabiente: Informe de resultados. Serie de Investigación y Evaluación 8. Dirección de Prestaciones Médicas, IMSS, México, 2000.

Mendoza D. (2007). "Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos: logros y retos de las políticas de población", en *Foro Nacional Las políticas de población en México: Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2007-2012*; *Mesa: Fecundidad*. México.

Mendoza D. (2006). "Planificación familiar: logros en la última década y retos futuros", *La situación demográfica de México 2006*; CONAPO. México, D.F., pp. 49-63.

Mendoza D. y Padilla I. (2004) La participación de los hombres derechohabientes del IMSS en algunos aspectos de la salud reproductiva. Género y Salud en Cifras, Secretaría de Salud, 2004, vol. 2, no. 1, pp. 11-16.

Menkes C y Suárez L (2008). "Educación sexual, conocimiento sobre la biología de la reproducción y funcionamiento de métodos anticonceptivos en Guanajuato", en *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*; Claudio Stern: Coordinador, El Colegio de México y Population Council, México, pp. 233-254.

Menkes C y Suárez L (2006). "El embarazo adolescente en México: ¿es deseado?", (Documento no publicado).

Menkes et al (2002). "Embarazo y fecundidad adolescente en México", en Lozano Fernando, *El amanecer del siglo y la población de México*, Sociedad Mexicana de Demografía, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México, Cuernavaca, Morelos, México.

Menkes C y Suárez L (2003). "Sexualidad y embarazo adolescente en México", *Papeles de Población*; enero-marzo, número 35; Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, pp. 233-263.

MEXFAM (2004). "Informe de la Encuesta Gente Joven, 2004"; Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C. México, D.F.

Mier y Terán M (2007). "Transición a la vida adulta. Experiencias de las jóvenes rurales y urbanas", *La Salud Reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*; Chávez AM, Uribe P y Palma Y: Coordinadoras. Secretaría de Salud y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México, pp. 85-106.

Mojarro O (2006). "Oportunidades y retos de la política nacional de población en el siglo XXI", *La situación demográfica de México 2006*; CONAPO. México, D.F., pp. 247-262.

Mojarro O y Mendoza D (2007). "Tendencias y cambios determinantes en las políticas de anticoncepción en México y el mundo: ¿Qué hemos logrado y a dónde queremos llegar?", *XII Congreso de Investigación en Salud Pública: Problemas globales, soluciones compartidas. Investigación para el diseño de políticas; Sesión: Evaluación de las políticas y programas de anticoncepción en México*. Cuernavaca, Morelos, México, 7 al 9 de marzo.

Mojarro O *et.al.* (2008). "Efecto del Programa Oportunidades en la anticoncepción de áreas marginadas". Documento preparado para el Seminario: Prioridades y perspectivas de la Anticoncepción en México. 21 de febrero de 2008.

Padilla I. (s/f). Continuidad de la anticoncepción y estructura en el uso de los métodos Coordinación de Salud Reproductiva del IMSS. México, D.F.

Palma Y (2008). "Comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes. Situación actual y necesidades de información", en *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*; Claudio Stern: Coordinador, El Colegio de México y Population Council, México, pp. 115-132

Palma Y (2007). "La salud de los adolescentes", en *Foro Nacional Las políticas de población en México: Debates y propuestas para el Programa Nacional de Población 2007-2012; Sesión 8, Mesa: Población y salud.* México, junio.

Palma Y. (2003-2004). "Políticas de población y planificación familiar". En: Demos, Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, México, 2003-2004, pp. 24-25.

Population Reports. (2000). "Los DIU al día". The Johns Hopkins School of Public Health, USA, 2000, Serie B, núm. 6.

Schiavon R (2006). "Adolescentes y anticoncepción de emergencia", en Gaceta Médica de México, Vol. 142, Suplemento 2. México, D.F.

Secretaría de Salud (SSA, 2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. México, D.F.

Stern C (2008). "Reflexiones finales", en *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*; Claudio Stern: Coordinador, El Colegio de México y Population Council, México, pp.391-402.

Stern C (2004). "Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México", *Papeles de Población*; enero-marzo, número 039; Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca, México, pp. 129-158.

Welti C (2007). "Inicio de la vida sexual y reproductiva", *La Salud Reproductiva en México: Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003*; Chávez AM, Uribe P y Palma Y: Coordinadoras. Secretaría de Salud y Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM. México, pp. 65-83.

Zúñiga E (2008). "La situación demográfica de los jóvenes", en *Adolescentes en México. Investigación, experiencias y estrategias para mejorar su salud sexual y reproductiva*; Claudio Stern: Coordinador, El Colegio de México y Population Council, México, pp. 27-57.

Fundación Mexicana para la Planeación Familiar, A.C.
Juárez 208, Tlalpan, 14000, México, D.F.
Tel.: 52 + (55) 54 87 00 30 ó 01 800 00 77 200
www.mexfam.org.mx