

## *Capítulo II*

### **II. ENFOQUES CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS DE LAS BARRERAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

A dentrar en los estudios de la SSR y específicamente en la PF no es una tarea fácil, más aún si se tienen en cuenta las múltiples posibilidades de analizarlas; los ejes argumentativos sobre los cuales giran las interpretaciones abarcan un amplio espectro de elementos provenientes de diversas áreas como epidemiología, sociología, medicina y la demografía. Para Salles y Tuirán (2003), los cambios demográficos desarrollados en los últimos tiempos, han puesto de manifiesto el carácter “*estrecho*” de un conjunto importante de significados y acciones en el campo de la población, la reproducción y la salud.<sup>7</sup> Al mismo tiempo, esta complementariedad de enfoques ha servido para que académicos y gobiernos “*redefinan, modifiquen y expandan*” las bases conceptuales y los esquemas metodológicos pre-establecidos, aplicándolos a terrenos específicos de la SSR, sin desconocer que los fenómenos en esta materia son diacrónicos, es decir, están marcados por sus propios espacios, tiempos, actores, políticas, etc. (Langer, 1993:s/p; Tuñón, 1999:498; Camarena y Lerner, s/f:1; Lerner y Szasz, 2001:328; Lerner y Szasz, 2003:300, Langer, 2003:18). Actualmente, la SSR y por supuesto la PF, pueden ser vistas a través de lentes matizados por aspectos tan variados como: la equidad de género, los derechos humanos, la desigualdad social, entre muchos otros.

Pero pese a esta amplia gama de posibilidades y herramientas de carácter operacional, dadas por las distintas disciplinas, no ha sido posible integrar las temáticas para establecer teorías en el campo de estudio. Es por ello, que en el presente trabajo se esbozó un marco conceptual que delimita los puntos de interés, los mismos que posteriormente servirán de guía para las

---

<sup>7</sup> Igualmente los autores reiteran que el enfoque estrecho lleva necesariamente a no apreciar de manera adecuada la influencia que tienen los procesos sociales, económicos, institucionales y culturales sobre los fenómenos de carácter demográfico y epidemiológico, lo cual limita la comprensión de ellos y reduce la capacidad de las acciones sociales que están dirigidas a modificar su curso.

conclusiones finales.<sup>8</sup> Si bien, como se mencionó anteriormente, estos planteamientos no corresponden a una corriente teórica, es un ejercicio fundamental para entender las sinergias de cada aspecto contemplado y la interacción de todos ellos en la PF.

En primera instancia, *grosso modo*, se mencionará la definición de anticoncepción, PF y SSR; luego, se hará una descripción del significado y las implicaciones de las necesidades insatisfechas y la forma como han sido abordadas desde diferentes perspectivas. El cuarto elemento de análisis que se tomará en cuenta como unidad de estudio serán los proveedores de servicios de salud y su interrelación con las barreras en PF; esto permitirá traer a colación dos aspectos relevantes que cobran mayor importancia dentro de este entorno, uno de ellos tiene que ver con el papel del género y la PF y el otro, con las conexiones existentes entre desigualdad, pobreza y marginalidad como catalizadores de dichas barreras.

## **II.1 Descifrando significados: Salud sexual y reproductiva y planificación familiar**

En un primer momento, la necesidad del hombre por espaciar o impedir la reproducción dio paso al surgimiento de la anticoncepción, pese a que en un principio no fue una prioridad de la humanidad. No obstante, cuando el balance entre muertes y nacimientos fue alto y la migración ya no pudo aliviar los excesos en el crecimiento poblacional, su uso empezó a ser imprescindible. El empleo de la anticoncepción desde la antigüedad,<sup>9</sup> demuestra que la sociedad, independientemente de su cultura, ha comprendido la importancia de estas técnicas,

---

<sup>8</sup> Dado que este estudio se centra en ilustrar las barreras en anticoncepción percibidas por los proveedores de servicios de salud y la bibliografía sobre SSR y PF es extensa, sólo se incluirán dentro del estudio aquellos temas que se consideraron indispensables para explicar el panorama bajo el bosquejo que se plantea; sin embargo, cabe destacar que quedará pendiente por abordar otros aspectos como: violencia en general, infecciones de transmisión sexual, infertilidad, etc.

<sup>9</sup> En el primer texto médico del que se tiene noticia, *El Papiro de Petri*, de 1850 antes de Cristo, figuraban ya las recetas anticonceptivas. Una aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta que servía como vehículo, usado seguramente como pesario insertado en la vagina; otra receta consistía en una irrigación de la vagina con miel y bicarbonato de sodio nativo natural. El segundo texto importante, *El Papiro de Ebers*, contiene la primera referencia a un tapón de hilaza medicado "[...] Tritúrese con una medida de miel, humedézcase la hilaza con ello y colóquese en la vulva de la mujer". En la historia de la anticoncepción, la referencia bíblica citada con más frecuencia es un pasaje del Génesis, capítulo 38: "Pero Onán, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba a la mujer de su hermano se derramaba en la tierra para no dar prole a su hermano [...]" (Díaz, 1995:192).

su evolución, que inicialmente estuvo más influida por las costumbres y las creencias, permite que hoy se cuente con una vasta gama de anticonceptivos eficaces, inocuos y económicos (Celsam, 2008:s/p), sin que esto quiera decir necesariamente estén al alcance la población.

Esta medida, que un principio resultó apropiada para combatir el problema puntual, fue evolucionando con el tiempo. Quienes se ocuparon por velar de las políticas en PF no se conformaron con asociarla exclusivamente a la anticoncepción y por eso se dieron a la tarea de añadir otros componentes al tema como: información, educación, derechos sexuales y reproductivos, autonomía y libertad de decisión. Sin embargo, actualmente, algunos políticos, académicos y civiles recurren con frecuencia y erróneamente a la asociación de la PF con las ideas anti-natalistas.

Si se refiere, en el estricto orden de la palabra, a la definición de la anticoncepción, ésta puede ser considerada “*una acción o efecto de impedir la concepción*” (Real Academia de la Lengua Española-RAL, 2008:s/p), término que resulta impreciso si se quiere aplicar a la SSR, ya que solo hace alusión a un estado que describe la contracepción sin detallar los medios a través de los cuales esto se hace posible y sin mencionar a los individuos involucrados.

En 1979, la Organización Mundial de la Salud –OMS describió la PF como “*Técnicas para buscar o evitar los embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que, de manera natural, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual*” OMS (1989:6); esta definición, aunque hace alusión a elementos ausentes en el término dado por la RAL, sigue siendo inexacta, ya que minimiza la anticoncepción a simples “*técnicas*”, desconociendo completamente el papel de los individuos, las parejas y otros actores como los proveedores de servicios de salud en la PF, así como tampoco hace referencia al ámbito institucional y social en que se concreta la práctica anticonceptiva.

Esta ausencia de un enfoque integral, evidenció la necesidad de concebir la PF en un espacio donde confluyen tanto los proveedores de servicios de salud como la población en general y en donde se dibujan vivencias, concepciones, grados de entendimiento, intereses y particularidades que son propias de cada ámbito en el que se desarrolla esta interacción. Más bien, la anticoncepción pasó a ser una herramienta de la que disponen hombres y mujeres para

influir sobre su fecundidad y en la duración de los intervalos intergenésicos; claro está, que no siempre estas decisiones se definen en espacios donde prevalecen las libertades individuales y de las parejas; como se discutió en el primer capítulo, las instancias gubernamentales y otros actores (entre ellos los proveedores de servicios de salud) se han convertido en mediadores de políticas perversas que han puesto a la población en el centro de la polémica, limitando sus capacidades para la toma de decisiones y en algunos casos restringiendo el uso de métodos anticonceptivos.

Aunque desde 1960 muchos países (sobre todo desarrollados) habían iniciado el uso masivo de métodos anticonceptivos, para ese entonces todavía no existía un consenso internacional en el tratamiento del tema, se contaba únicamente con esfuerzos dispersos en materia de PF.<sup>10</sup> Fue hasta 1994, cuando el mundo observó con beneplácito la iniciativa de las NU, quien congregó a 179 países miembros en El Cairo – Egipto, para discutir asuntos de interés común, entre ellos: mortalidad infantil, aborto, anticoncepción, violencia contra las mujeres, equidad de género, pobreza, etc. El resultado final de la reunión fue la aprobación y adopción de un Programa de Acción (PA) para los siguientes 20 años, el cual estaba enfocado a la población y el desarrollo. Uno de los avances más significativos de dicho encuentro fue la conceptualización integral de la salud reproductiva (SR), reconociendo ésta como un derecho fundamental que debería ir inmerso en todas las acciones de políticas públicas, frenando de esta manera las distintas formas de cohesión y/o discriminación por razones de sexo, condición socioeconómica o acceso a los servicios de salud.

---

<sup>10</sup> La Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos - CIDH (1968) se convirtió en el primer espacio en donde se declaró el derecho de las madres y los padres “*a elegir libremente el número y esparcimiento de sus hijos*”. En 1974, en Bucarest, se firmó el Plan de Acción Mundial sobre Población, el cual contenía la PF como “*un derecho fundamental de todas las parejas e individuos*”. Un año más tarde, se celebró la Conferencia Mundial del Año Internacional de la Mujer, en donde se convino que la PF “*es un derecho fundamental que promueve la equidad de género*”. Posteriormente, en 1984, se lleva a cabo la Conferencia Internacional de Población en donde se propone “*la participación de los varones en la crianza de los hijos para asegurar la participación activa de las mujeres dentro de la sociedad*”. Por último, en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo se exhorta a los países para que “*manejen el crecimiento de la población sin comprometer los recursos naturales*”. (UNFPA, 2004:5).

Bajo la noción original de la salud,<sup>11</sup> establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNFPA definió la SR como “[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y servicios de planificación de la familia de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.<sup>12</sup> (UNFPA, 1994).

Este nuevo pensamiento reconoce la importancia de la PF dentro de la SR como un medio expreso para combatir la pobreza y promover el desarrollo. Sus pilares están cimentados en el compromiso hacia los derechos humanos y la equidad de género. Con este nuevo norte, el UNFPA marca el rumbo del accionar sobre la PF, hecho que es ratificado posteriormente en La Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer en Beijing -1995 donde se insta a todos los países a velar por el empoderamiento de las mujeres sobre la toma de decisiones concernientes a su sexualidad.

La lógica que encierra este enfoque es novedosa y práctica en el sentido que identifica las necesidades de los individuos en niveles concretos, a su vez, es un reto propuesto para que

---

<sup>11</sup> Uno de los principios básicos consagrados en la Constitución de la OMS fue la definición de la salud como “[...] el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente, se han ido incorporando al texto original (OMS, 2006:1).

<sup>12</sup> “La SR contempla además los siguientes aspectos: a) que los individuos puedan tener relaciones sexuales libres del miedo a los embarazos no deseados o a las enfermedades de transmisión sexual, b) que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad de decidir si, cuándo y cada cuánto hacerlo, c) que las mujeres tengan embarazos y partos seguros y d) que los resultados de los embarazos sean exitosos en cuanto a la sobrevivencia y el bienestar materno-infantil” (Barzelatto, 1994; Barzelatto, 1998; Fathalla, 1992; Ford Foundation, 1991; Sai y Nassim, 1989; Salles y Tuirán, 1995; UN, 1995; citados por Lerner y Szasz, 2003:310).

investigadores y gestores políticos contribuyan a la maduración y construcción del concepto. Como mencionó Tamayo, refiriéndose a la definición de salud de la OMS y de la cual se fundamentó el UNPA para catalogar la SR, ésta “*no es un significado operacional de salud con el que se pueda trabajar, sino más bien la meta a la que todos debemos aspirar*” (Tamayo, 1988:s/p; citado por Lerner y Szasz, 2003:311),<sup>13</sup> la tarea entonces es lograr que hombres y mujeres, indistintamente de su color de piel, preferencias sexuales, edad, sexo, nivel socioeconómico, puedan gozar de sus derechos SR y decidir de manera informada, respetuosa y comprometida como expresar, compartir y experimentar su sexualidad.

Las críticas de diversos autores (i.e. Fernández, 1999:64) hacia la noción de la UNFPA es que su viabilidad se ve entorpecida porque resulta vaga si se quieren aplicar políticas específicas “[...] *en el texto se hace mención de hombres, mujeres, personas, parejas, lo cual involucra diferentes dimensiones [...]*”, pero, según ella, no se explica la manera de priorizar las necesidades de los grupos más desprotegidos. Quienes apoyan esta visión aseguran también que si el referente es dicho esquema, resulta difícil emprender otras acciones en salud alternativas a la medicalización que parece ser la principal preocupación en el plano de la PF de esta definición. Por otro lado, el hecho de considerar socialmente asimiladas ciertas formas de vida como la unión libre, las relaciones extraconyugales, entre otras, es un error puesto que en “*comunidades conservadoras estas prácticas están ética y moralmente sancionadas*” (Lerner y Szasz, 2003:310).

Sin duda, se está ahora transitando por el camino de la resignificación de la SR, habrán piezas que adicionar al rompecabezas, pero enhorabuena, el trabajo llevado a cabo en la CIPD contribuyó a entender que la SR y la PF no son entes autónomos que operan aisladamente, sino que van de la mano con otros fenómenos sociales y por lo tanto es fundamental dotar al individuo de las herramientas precisas para que éste asuma su libertad conscientemente y apele a sus derechos cuando sean atropellados. Por la riqueza instrumental y la variedad de insumos que suministra, se considerará ese marco analítico para las ilustraciones respectivas de este estudio.

---

<sup>13</sup> En el texto original, esta cita es citada a su vez por Salles y Tuirán, 1995.

## II.2 Necesidades insatisfechas en anticoncepción: Recorrido conceptual

El significado de necesidad puede ser tan multidimensional y ambivalente como lo es el mismo hecho de medirla e interpretarla. Antes de aterrizar el concepto que aquí atañe, *necesidades insatisfechas en anticoncepción* (NIA), es preciso examinar algunos puntos que de manera reivindicada son citados para tratar de explicarla. En primer lugar, existen enfoques que interpretan las NI a partir de modelos cuantitativos que se basan en información proveniente de censos y estadísticas; a través de indicadores relacionados con necesidades estructurales (vivienda, educación, salud, etc.) se puede establecer el grado de pobreza de un individuo o grupo familiar. Por otro lado, existen acercamientos cualitativos que se integran de manera adicional al método anterior, circunscribiendo además aspectos relacionados con percepciones sobre de la vida, la familia, la salud, la infraestructura, los servicios, entre muchos otros.

Entran aquí en disputa dos líneas de razonamiento que incluyen lo *objetivo* que es aquello material, tangible que a la vista de todos es *real*; lo *subjetivo* que enmarca las simbologías, creencias y vivencias de las personas con su entorno social y ambiental, lo que sería entonces *invisible*. Para este estudio ambas visiones son fundamentales y no se pretende deslindar la una de la otra, simplemente, para este caso en particular, cada punto de vista opera de manera interrelacionada y correspondiente, tal como se verá más adelante.

Como crítico de la sociedad capitalista, Marcuse distingue entre dos tipos de necesidades: las *reales* que son aquellas que se derivan de la naturaleza misma del hombre y las *ficticias* como aquellas que se producen en el seno de la sociedad consumista, producto de la industrialización (Marcuse, 1969:187). Su teoría, denominada *teoría de las necesidades*, sirve para explicar la lógica de las necesidades insatisfechas que pueden ser diferenciales por países, sexo, grupos de edad y estratos socioeconómicos. Esto supone entonces que habrán individuos que tengan cubiertas sus necesidades reales, pero no tienen resueltas sus necesidades ficticias.

Entre tanto, Max-Neff planteó que la persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes. Para él las necesidades humanas son “[...] un sistema en el que ellas se

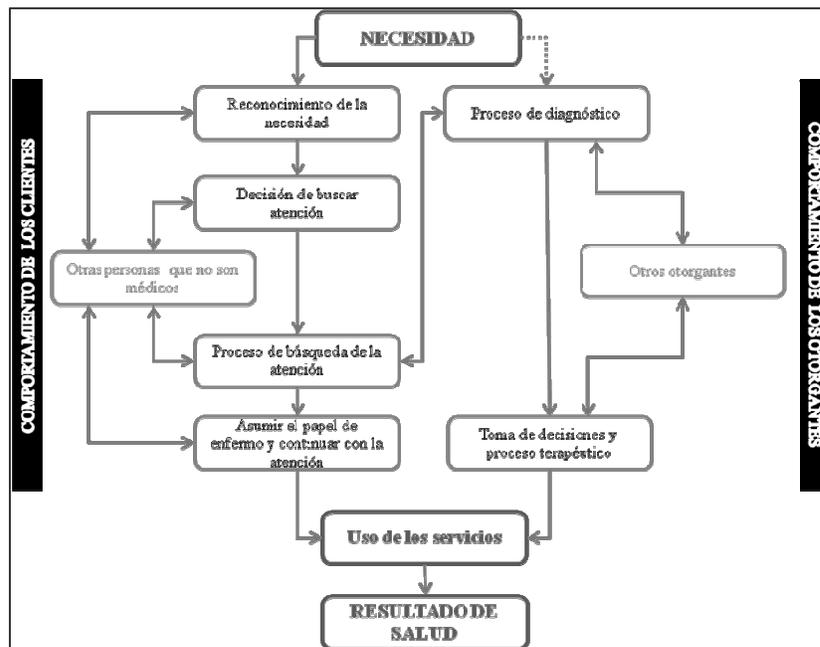
*interrelacionan e interactúan; simultaneidades, complementariedades y compensaciones son características propias del proceso de la satisfacción de las necesidades* (Max-Neff, et al., 1986:46; Max-Neff, 1994:1). Bajo otra categorización, las necesidades pueden ser existenciales o axiológicas. Esta combinación permite reconocer, por una parte, “*las necesidades de ser, tener, hacer y estar; y por la otra, las necesidades de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad [...]*” (Max-Neff, 1994:2). El mayor aporte de este autor radica en la definición de lo que él llamó *satisfactores*, que no son más que los medios mediante los cuales se satisfacen las necesidades. Cuando no se tienen las condiciones adecuadas o simplemente se carecen de medios para obtener los satisfactores, se crea lo que se conoce como NI.

Este argumento de Max-Neff hace pensar que las necesidades existenciales perduran en el tiempo, “[...] *que permanecen inmutables a lo largo de todos los periodos históricos y en todas las culturas*” (Mateo, 2002:97), mientras que las necesidades *axiológicas* pueden ir cambiando de periodo en periodo, de acuerdo con el contexto social que lo envuelve. Tal y como lo sustenta Boltvinik y Hernández (1999:1) “[...] *la necesidad es una situación a la cual es imposible sustraerse, así como a la acción infalible de las causas*”; es por ello que hablar de necesidades implica inexorablemente deducir que éstas son universales aunque se manifiesten distintamente entre individuos en espacios diversos (políticos, sociales, culturales, etc.). Así mismo, habrá que entender que los satisfactores de dichas necesidades comprenden medidas que difieren radicalmente unas de otras.

La discusión anterior, emerge como punto de partida para centrar el foco de las necesidades en el ámbito de la salud, ya que ciertamente los individuos a través de su estado físico y mental pueden expresar una falta de *algo* -la salud- o bien desean alcanzar un estado óptimo como ideal meramente personal; así mismo, como lo plantean autores como Queiroz (1997; citado por Campos y Mishima, 2005:1261) “[...] *las necesidades de salud son necesidades de reproducción social que, por no ser naturales ni generales, son necesidades de clases, o sea, son diferentes en los diferentes grupos sociales, definidos por su inserción en la división social del trabajo que determina los diferentes modos de vivir*”

En este escenario, para Donabedian (1988:71) la necesidad se concibe como “[...] una alteración de la salud o el bienestar [...]”. Para la atención de las necesidades, reconoce la existencia diversas interacciones en las que participa los profesionales de salud (médicos) y los clientes y que denomina *proceso de atención médica* (ver figura 2.1); dicho proceso se integra a una serie de actividades que surgen como respuesta a una necesidad que se percibe por el usuario del servicio o que en algunos casos es identificada por los prestadores de los mismos. No obstante, el autor considera que las funciones que intervienen en la atención son mucho más complejas y están mucho más formalizadas que las reconocidas por parte del cliente.

**Figura 2. 1** Modelo de proceso de atención médica



Fuente: Donabedian, 1988.

Como el mismo Donabedian lo mencionó, su anterior visión es simplista ya que desconoce los intereses particulares de cada uno de los actores involucrados. Esta limitante es superada por el mismo autor quien presenta dos posiciones frente a la necesidad: la de los clientes y la de los médicos. Cada uno de ellos debe decidir por su cuenta si en una situación determinada existe la necesidad de recibir atención médica y qué tipo de atención se necesitaría. “De la congruencia entre las dos evaluaciones depende el que se inicie el proceso de supervisión

*profesional y que éste opere con buenos resultados. Si las evaluaciones son incongruentes, el proceso perderá eficacia proporcionalmente o requerirá de un gran esfuerzo [...]”* (Donabedian, 1988:75).

La definición dada por los médicos acerca de la necesidad se enmarca básicamente en función de los conceptos de salud y enfermedad, por lo tanto la necesidad se deriva de un hecho somático y no emocional. En tanto, la visión del cliente puede diferir enormemente de la del proveedor, en primer lugar porque la enfermedad no es un hecho visto desde una perspectiva meramente “científica”; segundo, a pesar de que se acepte como científica, no se conocen a la perfección las características de las enfermedades en particular tal como se define científicamente; y tercero, el cliente tiende a tener un horizonte temporal más limitado y hace mayor énfasis en las manifestaciones recientes y el impacto que las molestias presentes que tienen sobre su estado físico. Bajo estas dos perspectivas se puede ver que existen marcadas discrepancias en el concepto entre clientes y proveedores. Este es un claro ejemplo de la objetividad y subjetividad anteriormente descrita, en donde se contraponen las posturas de oferentes y receptores de los servicios de salud, reivindicando la importancia de enlazar estos elementos para entender el fenómeno de manera global.

En la PF la necesidad no se centra propiamente en la manifestación de una enfermedad como lo planteó Donabedian, puesto que ésta reviste un carácter mayormente preventivo pero que requiere del asesoramiento y acompañamiento de profesionales de la SSR. Esto ha conllevado a la subestimación de la anticoncepción dentro de los servicios de salud, ya que “[...] *al hacer un balance entre la carga de la enfermedad y la PF, ésta última pierde importancia, dado que el embarazo no es una enfermedad [...]”* (Berer, 2002:20; Álvarez-Castillo, 2005:s/p; citado por PATH y UNFPA, 2006:6). En alguna medida, esta es una de las razones por las cuales se han potencializado las NI en esta rama de la salud.

El término de necesidades insatisfechas en anticoncepción (NIA)<sup>14</sup> salió a la luz pública por primera vez en la CIPD, donde se desarrolló el concepto para referirse a “[...] *la población*

---

<sup>14</sup> Citado por otros autores, como Aparicio (2006:133) bajo el término de necesidades no satisfechas en anticoncepción (NNA).

*fértil y sexualmente activa en las edades reproductivas que no usan ningún tipo de método anticonceptivo, aunque señalan no desear tener más hijos o no desea tenerlos durante algún tiempo”* (UNFPA, 2004:5). Este nuevo énfasis fue importante porque la CIPD cambió – o al menos intentó cambiar- el enfoque cuantitativo de las políticas y programas, pasando de metas numéricas en cuanto a la reducción de los nacimientos o usuarias de PF, a otro basado en el ejercicio de los derechos SR. No se trataba tan sólo de saber cuántas mujeres tenían implantado el dispositivo intra uterino (DIU) sino cuántas de ellas habían cumplido sus expectativas reproductivas y los medios por los cuales eso fue posible.

Aunque ha contribuido a delimitar lo que significa las NI, este aporte de la CIPD deja algunos interrogantes que han sido citados por Camarena y Lerner (s/f:5): “*¿a qué tipos de necesidades nos referimos? y ¿necesidades de quién o según qué?, ¿necesidad para qué o en qué componente de la SR?, ¿con qué objetivos?, ¿bajo qué supuestos?, ¿quién define los principales componentes a considerar y cómo se definen?*”; otras de las preguntas que igualmente surgen son: en caso de ser reconocidas estas necesidades por parte de la población y los proveedores de servicios *¿cómo compatibilizar los enfoques?, ¿cómo solucionar las NI?, ¿cuál sería el papel de las políticas públicas?*. Como ya se verá, tanto la consideración de las NI y la manera como han sido tratadas ha variado según las perspectivas (sociales, económicas, institucionales, etc.). A partir de una robusta revisión de la bibliografía Camarena y Lerner, dejan en claro algunas reflexiones que surgen a partir del concepto de NI desde las diferentes ópticas, dejando ver que entre una postura y otra las visiones se parcializan y algunas veces son contradictorias, éstas se describen a continuación.

### **II.2.1 Enfoque poblacionista: La mirada pública**

Según las autoras, este enfoque tuvo tres importantes y notorias características: a) Este enfoque fue el resultado del debate internacional y nacional que resaltaba los altos niveles y tasas de fecundidad en donde se consideró la población el gran obstáculo para el desarrollo económico y social de los países. Aunque en teoría las políticas de población cubrían los tres elementos básicos de la demografía (fecundidad, mortalidad y fecundidad), en la práctica las metas se establecieron exclusivamente a reducir la fecundidad, b) en un principio, la

fecundidad estaba al margen de la intervención pública puesto que era considerado un asunto privado que competía a la familia, no obstante, con el establecimiento de las políticas poblacionales y la creación de los programas de PF y otras actividades como la información, educación fueron vinculando paulatinamente al sector público ya que fueron otorgadas funciones a diversas instituciones del estado y otras privadas, c) los programas de PF fueron focalizados a mujeres de paridad alta (3 o más hijos) y en edades reproductivas avanzadas (entre 35 y más), especialmente provenientes de los sectores más pobres y marginados del país.

Con estos precedentes, las NIA fueron delimitadas para “[...] *las mujeres que declaran no estar practicando la anticoncepción y que al mismo tiempo expresan su deseo de terminar o espaciar su descendencia, las cuales son identificadas como aquellas que corren el riesgo de embarazarse sin desearlo*” (Camarena y Lerner, s/f:8). Concepto que no es declarado por las mujeres sino que es atribuido a ellas por parte de los investigadores y los responsables de los programas de PF, “[...] *quienes lo infieren a partir de la aparente inconsistencia entre las prácticas anticonceptivas y las preferencias den el tamaño de la familia expresadas por aquéllas*” (Dixon-Mueller y Germain 1992:s/p; citado por Camarena y Lerner, s/f:8).

Un punto que llama la atención frente a esta apreciación es que las NI en SSR han sido fuertemente sesgadas al creer que únicamente éstas se refieren a la imposibilidad de las mujeres al acceso de métodos anticonceptivos, por lo tanto, la medición de su satisfacción o no está dada en la comparación que se hace entre la oferta y demanda de métodos. Hablar de necesidades insatisfechas en PF, en cambio, aunque poco utilizado, cubre la decisión libre e informada de las parejas para limitar el número de hijos y para adoptar la utilización de métodos anticonceptivos, incluyendo el derecho a practicar libremente la PF (Camarena y Lerner, s/f:9).

Las NIA connotan para algunos (i.e. gobiernos e instituciones públicas) el hecho de no tener un conocimiento y acceso universal a métodos anticonceptivos, además de la actitud desfavorable de los mismos, lo cual no coincide plenamente con las necesidades e intereses sociales, pues además de todo esto los servicios de salud no han respondido a las preferencias

individuales, no sólo con el tipo de métodos ofrecidos sino también con la calidad de los servicios (Camarena y Lerner, s/f:11).

### **II.2.2 Enfoque desde el ámbito privado**

Sin desconocer los logros obtenidos en los programas de PF (rápida disminución en la fecundidad y la reducción de las tasas de mortalidad infantil) resulta importante registrar que los discursos en torno al debate sobre la población y su impacto en el desarrollo no justificó de ninguna manera efectos perversos (previsibles o no) que trajo consigo la política de población centrada en la fecundidad.

Al respecto Camarena y Lerner (s/f:12-13) consideran como cuestiones críticas lo siguiente: a) la visión parcializada de los servicios de salud hacia la atención del embarazo y el parto y en menor proporción hacia la atención materno infantil, lo cual conllevó a que en ciertos casos los proveedores se aprovecharan de esta consulta médica para aplicar métodos modernos de anticoncepción, particularmente irreversibles, con el objeto de controlar y reducir los niveles de fecundidad, b) exclusión de los programas y servicios de salud de un segmento de mujeres tales como adolescentes, madres solteras, mujeres estériles, mujeres en etapa menopáusica y varones en todas las edades reproductivas, c) en cuanto a los servicios de salud se señalan al menos tres aspectos. El primero es la disponibilidad insuficiente de métodos reversibles ofrecidos a las mujeres y la propagación de métodos como la OTB; segundo, la aplicación de métodos irreversibles dejó ver la negligencia de los servidores de salud quienes aprovechaban intervenciones como la cesárea para hacer las intervenciones en momentos críticos (posparto) para la mujer o en el peor de los casos sin su consentimiento, por último, los servicios de anticoncepción pusieron en clara desventaja a las mujeres por ser consideradas las receptoras silenciosas de las decisiones en PF, sin existir de por medio una mínima interacción entre ellos y d) hay una marcada ausencia del enfoque de género y violación de los derechos SSR, así como el hecho de que no se diferencian las necesidades tanto de hombres como de mujeres.

### **II.2.3 Conferencia del Cairo: Aportes al nuevo enfoque**

Como en casi todos los aspectos que se están contemplando sobre la SSR todavía hay que trabajar sobre el desarrollo conceptual y metodológico de sus componentes para lograr operacionalizar las variables que miden las NI como otros temas. En este esfuerzo, la CIPD con sus definiciones sobre SR y NIA ofrece una alternativa viable para entender el fenómeno; la propuesta introducida en sus declaraciones conlleva a considerar a la mujer – y al hombre– como un actor proactivo que incide sobre su cuerpo, las decisiones que toma sobre él y la manera en que lo hace, esto significa también que se quebranten los obstáculos para distintos grupos vulnerables, sin olvidar por supuesto que los servicios de salud y PF deben responder a las particularidades de cada grupo poblacional, suministrando servicios de calidad, esto es un trato respetuoso hacia los usuarios, disponibilidad de métodos a petición del cliente, suministro de información eficaz y oportuna, igualdad en el trato, etc.

Las NIA refleja entonces el aumento de la demanda, las limitaciones en la prestación de los servicios, la falta de apoyo de por parte de comunidades y cónyuges la información errónea, los costos financieros y las restricciones en el transporte. “*La insuficiencia de programas de educación pública, la falta de cobertura de los servicios de salud, factores sociales, el acceso y uso de métodos, además de los costos de anticoncepción, son algunos de los elementos que inciden en la prevalencia de NIA*” (Aparicio, 2007:133).

### **II.3 Barreras de acceso a la planificación familiar: La multidireccionalidad**

La descripción de las NIA fue paso adelante en la demarcación de los tópicos que se consideran relevantes para esta investigación, por eso sería imposible deslindarla de los factores de los cuales se desprenden, o sea, de las barreras que obstaculizan la provisión de los servicios de PF. Como ya se dijo, los *satisfactores* son los medios a través de los cuales se dan soluciones a las NIA, pero dada la complejidad de los procesos de la atención proveedor-cliente, muchas veces, aparecen los *insatisfactores* o lo que en términos de Max-Neff son

denominados “*pseudosatisfactores*” que no son más que “[...] *inhibidores, que ofrecen una falsa satisfacción de los deseos*” (Max-Neff, 1994:4).

Al retomar nuevamente las consideraciones de Donabedian, éste indica que en los servicios de salud existen limitaciones y obstáculos que son bipolares, en un lado se encuentran los que él denomina los *consumidores* y por el otro están los *profesionistas médicos*. “*Los primeros ven restringido su acceso a los servicios de salud por factores que incluyen: el desconocimiento, las consecuencias diferidas de las opciones actuales y el carácter no gratificante de la mayoría de los servicios de atención médica. Para los segundos, las características del mercado de la atención médica y de la producción de los servicios dificultan el que unas y otros respondan a las preferencias del consumidor y a las necesidades sociales definidas en términos más amplios*” (Donabedian, 1988:42). En principio se cree que la profesión médica ejerce un grado considerable de control sobre la contratación y el entrenamiento del personal. Quizá ese control sea necesario para mantener la calidad del producto, pero también ha dado lugar a diversas carencias. Así mismo hay limitaciones fomentadas por los propios profesionistas a otros modos alternativos, y probablemente más eficaces, de organizar los servicios médicos. En esta apreciación de Donabedian se debe resaltar que en su enfoque, los proveedores se refieren únicamente a los médicos, al igual que sólo reconoce las barreras existentes para los usuarios reales y no incluye aquellos que no logran acceder a los servicios.

Los avances de Donabedian fueron importantes para establecer algunas de las barreras en los servicios de salud, sin embargo no son suficientes para entender el complejo marco en el que se desenvuelven los procesos de atención entre los proveedores y la población en SSR, específicamente en PF. Así como en la CIPD se definió el concepto de NIA, en este mismo encuentro también se logró avanzar en los aspectos que provocaban las barreras a dichos métodos. Algunos de los obstáculos identificados fueron: falta de servicios accesibles y escasez de equipo, productos y personal; falta de opciones entre distintos métodos, apropiados a la situación de la mujer y su familia; falta de conocimiento acerca de la seguridad, la eficacia y la disponibilidad de opciones; deficiente interacción entre pacientes y proveedores de servicios; falta de apoyo por parte de la comunidad o del cónyuge; informaciones erróneas y rumores; efectos secundarios de algunos métodos y seguimiento insuficiente para promover un

cambio de método o asegurar que la utilización y la dosis sean correctas; limitaciones financieras (UNFPA, 1994).

Algunas de estas barreras ya habían sido planteadas en 1993 por la Family Health International –FHI- en el *Taller Regional Latinoamericano: Reducción de Barreras Médicas en Anticoncepción* que se llevó a cabo en Ciudad de Panamá-Panamá, cuyo eje de discusión fue el mejoramiento de las prácticas de los proveedores en la anticoncepción y donde se estableció como barrera médica: “*Las prácticas derivadas por lo menos en parte de una razón médica, que tienen como resultado la negación o un impedimento científicamente injustificado para la anticoncepción. Tales barreras pueden limitar el acceso a los servicios de calidad en varias formas, por ejemplo, reduciendo las opciones anticonceptivas y los tipos de proveedores disponibles o imponiendo criterios o procedimientos médicos de selección innecesarios*” (FHI, 1993:14).

Entre muchas otras contribuciones dadas en esta reunión, fue relevante la incorporación de otros actores alternos a los médicos como proveedores de servicios de PF, entre ellos están las enfermeras, farmacéuticos, trabajadoras sociales, etc. La limitante de este enfoque –para este estudio en particular- es que vincula las barreras únicamente con los proveedores de servicios de salud, dejando de lado las barreras generadas por la población a la cual atienden; como ya se ha mencionado, estas últimas fueron identificadas por el UNFPA y han sido ampliamente difundidas y estudiadas por otros autores<sup>15</sup> quienes han ahondado en sus factores y la interacción con los servicios de salud; ya que dichos elementos, vistos de manera independiente, muestran una idea arbitraria o parcializada sobre las barreras en cuestión, se hace necesario construir el escenario a través del cual se explicarán las dimensiones en las que se da la prestación de servicios, esto permitirá desentrañar las percepciones que tienen los proveedores sobre las condiciones que los rodean y la forma como se materializan los obstáculos para que la población no acuda o atienda los asuntos relativos a su sexualidad.

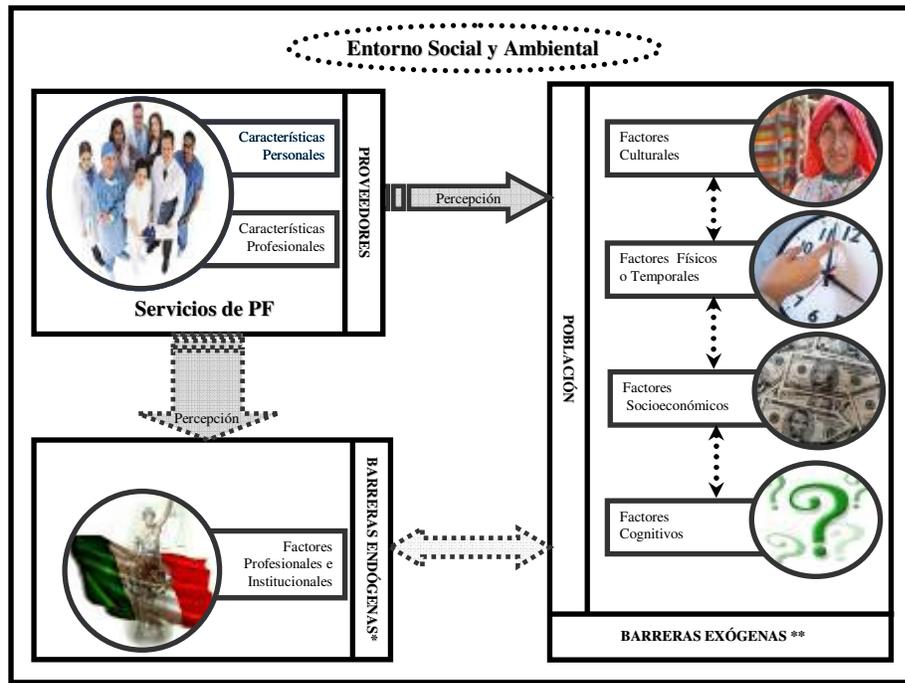
---

<sup>15</sup> Por ejemplo Shelton *et al.* (1992:1334), además de identificar las barreras médicas, proponen evaluar las maneras de reducir las restricciones innecesarias y entender las percepciones del cliente en cuanto al método y servicios de PF.

Para la operacionalización de las barreras, se introducirán dos escenarios en donde éstas germinan, cuyos responsables equivalen a los actores que intervienen en la prestación del servicio: población y proveedores. Los primeros se identifican como sujetos que se desenvuelven en sus propios contextos e imaginarios, que de manera individual y social crean y recrean sus propias experiencias de vida y que cuentan con autonomía para la toma de sus decisiones. La tipología de éstos es ajena al sistema de salud, incluso de los mismos agentes que fungen como proveedores de servicios. Establecida esta condición, las barreras provenientes de la población tendrán un carácter *exógeno*, por lo tanto, el control de sus dinámicas extralimita las funciones de los expertos en SSR. Paralelamente, los prestadores de servicios de salud, presentan sus tonalidades, por su parte, carecen de autonomía total para llevar a cabo su labor, pues dependen del gobierno o cualquier otro ente que marcan su quehacer, incluso aunque pertenezcan al sector privado; también se observa que al provenir el profesional de la misma sociedad, éste lleva a cuenta sus apreciaciones de la vida, la familia, la sexualidad, etc., imposibilitando así la imparcialidad a la hora de ofrecer los servicios. Los factores que provocan las barreras de este lado son de origen *endógeno*, se producen en el seno del prestador, ya sea por el propio sistema de salud o por su predisposición personal y/o profesional frente a distintos sucesos de la SSR.

La figura 2.2 muestra sintéticamente cómo serán consideradas las barreras en anticoncepción en términos de su composición y correlación, a fin de demarcar los subsistemas que la conforman y que serán desagregados posteriormente en variables de análisis.

Figura 2. 2 Esquema de interacción de las barreras en PF



Fuente: \* FHI, 1993. \*\* Elaboración propia.

Planteadas estas esquematizaciones se procede a definir subcategorías dentro los rubros antes mencionados, los cuales quedaron de la siguiente manera:

**Tabla 2. 1** Categorización de las barreras en planificación familiar

<b>1. Barreras Endógenas (Proveedores de servicios de salud)*</b>
<p><b><u>Factores Profesionales o Institucionales</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prejuicios de los proveedores al recomendar o presentar varios métodos anticonceptivos a los clientes.</li> <li>▪ Capacitación insuficiente o no actualizada de los proveedores de servicios en cuanto a la anticoncepción y el asesoramiento en temas de PF.</li> <li>▪ Tratamiento inapropiado de los efectos secundarios.</li> <li>▪ Falta de motivación por parte de los proveedores de los servicios de salud hacia la labor (por el tipo de contratación y/o condiciones internas de trabajo).</li> <li>▪ Costos de los servicios de salud.</li> <li>▪ Regulaciones gubernamentales, que pueden restringir o impedir la elaboración, aprobación o la promoción de ciertos anticonceptivos.</li> <li>▪ Prestación de servicios de PF sólo por parte del personal médico.</li> <li>▪ Disponibilidad limitada de los anticonceptivos y /o logística inadecuada para su distribución.</li> <li>▪ Normas administrativas que son excesivas, restrictivas e inconsecuentes con las políticas de salud.</li> <li>▪ Legislación que inhibe el uso y aceptación de anticonceptivos</li> <li>▪ Requisitos excesivos por parte de las instituciones para la atención de los usuarios.</li> <li>▪ Falta de apoyo político a los programas de SSR y PF.</li> <li>▪ Influencias religiosas en las decisiones políticas y los aspectos técnicos en anticoncepción.</li> </ul>
<b>2. Barreras Exógenas (Población)**</b>
<p><b><u>Factores Culturales</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Creencias religiosas de la población que coarta la libre decisión sobre los métodos anticonceptivos.</li> <li>▪ Pertenencia a grupos étnicos específicos.</li> <li>▪ Preferencias sexuales.</li> <li>▪ Oposición de la pareja.</li> <li>▪ La no declaración de necesidades en PF.</li> <li>▪ Tabúes con el uso de métodos.</li> </ul>
<p><b><u>Factores Socioeconómicos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Edad, sexo y estado civil.</li> <li>▪ Paridad (número de hijos nacidos vivos).</li> <li>▪ Escasos recursos económicos para acudir a los servicios de salud.</li> <li>▪ Requerimientos burocráticos para la atención por parte de los proveedores (i.e. derechohabencia).</li> </ul>
<p><b><u>Factores Físicos o Temporales</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Disponibilidad limitada de tiempo para acudir a los servicios.</li> <li>▪ Imposibilidad de dejar a los hijos o familiares al cuidado de otra persona.</li> <li>▪ Se dejan de hacer otras actividades por acudir a los servicios de salud.</li> <li>▪ No se dispone de permiso en el trabajo.</li> <li>▪ Inflexibilidad en el horario de trabajo.</li> <li>▪ No puede dejar la escuela.</li> <li>▪ El servicio de salud está retirado.</li> <li>▪ Falta de métodos anticonceptivos en el lugar donde hacen la consulta.</li> <li>▪ Limitación para la elección de métodos.</li> <li>▪ Los usuarios sienten que pierden el tiempo en el servicio.</li> </ul>
<p><b><u>Factores Cognitivos</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Por pena a consultar por PF.</li> <li>▪ Miedo al procedimiento (efectos colaterales).</li> <li>▪ No consideran necesario hacer consultas de PF.</li> <li>▪ Temor o vergüenza a que pregunten la razón de consulta.</li> <li>▪ No consideran adecuado el tipo de atención y servicios ofrecidos.</li> <li>▪ No confían en la institución y/o el personal de salud.</li> </ul>

**Fuente:** \* FHI, 1993. \*\* Elaboración propia.

## **II.4 Desigualdad social, marginalidad y pobreza: Contradicciones en el contexto de la planificación familiar**

Como se ha reiterado a lo largo del documento, la SSR se relaciona de manera directa e indirecta con diferentes ejes temáticos. En este apartado se intenta mostrar de manera breve, los vínculos existentes entre la PF y las condiciones de desigualdad social, marginalidad y pobreza. Debido a la “*complejidad y multidimensionalidad*” (Salles y Tuirán, 1993:44) de éstos fenómenos, sería imposible tratar detalladamente cada punto, por lo tanto, en el documento sólo se limitará a señalar las conexiones entre las diferentes variables.

### **II.4.1 Desigualdad social: Las brechas de la diferencia**

Entender las desigualdades implica, en primera instancia, reconocer que éstas han penetrado casi todos los niveles y espacios de la sociedad, del cual los servicios en PF no son la excepción. La equidad se expresa bajo un enfoque de justicia social que además de legitimar los derechos y libertades del individuo, intenta frenar los abusos que pueden derivarse de las jerarquías de género, raza/etnia, edad (Salles y Tuirán, 1993:44; UNFPA 2005:13), que de manera expansiva trasciende “[...] *intergeneracionalmente en el ámbito familiar*” (Salles y Tuirán, 1993:44) y que por lo general impacta directamente a los grupos más vulnerables: “[...] *pobres, minorías étnicas o religiosas, mujeres, residentes rurales, adolescentes y jóvenes, homosexuales y adultos mayores*” (UNFPA, 2005:13).

Así mismo, hay que entender que las asimetrías sociales restringen las oportunidades de las personas y los grupos para integrarse plenamente a otros espacios de interacción con actores, grupos, instituciones con los que podrían superar sus tropiezos, todo por el “[...] *estigma de las distinciones sociales*” (Salles y Tuirán, 1993:46).

En el plano de la SSR, las disparidades en cuanto acceso, calidad y cobertura son notorias si se hacen comparaciones entre localidades, regiones y grupos sociales, evidenciando que las políticas públicas y la organización del sistema, tienen impactos diferenciales que rezagan aún más a los ya rezagados. Recuperando el derecho de igualdad de todos los seres humanos, los

servicios en PF deberán situarse inequívocamente en la línea de la universalidad, claro está, que en esa misma tónica se tendrán que valorar las diferencias inherentes a cada territorio.

Para dar una idea general sobre las desigualdades, invocaremos la clasificación elaborada por el UNFPA y que se ilustra a continuación en cuatro grandes categorías. La primera de ellas tiene que ver con las condiciones socioeconómicas de la población, el UNFPA demuestra como existe una marcada relación entre personas pertenecientes a estratos económicos bajos y su perfil de morbi-mortalidad; el argumento es que dichos individuos tienen más probabilidades de enfermar y/o morir por problemas derivados de cáncer de cerviz, cáncer cervicouterino, además de que tienen “[...] *un limitado acceso a la atención ginecológica de calidad y a la educación para la prevención de enfermedades*” (UNFPA, 2005:14). El siguiente componente es la desigualdad de género, el cual, debido a la importancia que reviste para este estudio, será tratado más adelante de manera detallada. El tercer aspecto que incluyen es la desigualdad de raza/etnia, que junto con el género, son determinantes que catapultan las inequidades, especialmente entre los indígenas y afro-descendientes. Las posibilidades de integración e intercambio con la sociedad para este tipo de comunidades disminuyen casi a su mínima expresión debido a la estigmatización que se les ha otorgado. Finalmente reconocen la desigualdad intergeneracional, subrayando “[...] *la tensión entre las necesidades y los derechos de distintos grupos etáneos como los adolescentes y adultos mayores que, en el campo de la SSR son desplazados por los grupos de mujeres adultas en edad fértil*” (UNFPA, 2005:18).

Con este abordaje en mente, se dan las pautas para continuar definiendo el siguiente tema relacionado: la pobreza y la marginalidad; pues como lo dice Sen (citado por Quesada, 2001:2) “[...] *la desigualdad es un problema con múltiples facetas, como la pobreza*”

#### **II.4.2 Juntos y revueltos: Pobreza y marginalidad**

Empíricamente, el manejo de la pobreza y la marginalidad es operacionalizada separadamente: la una hace alusión puramente a los ingresos monetarios y la segunda se relaciona con la

exclusión de cierto segmento de la población a la provisión y acceso de servicios, así como también indica la imposibilidad de participación, empoderamiento y toma de decisiones. Este divorcio práctico-metodológico ha sido distinguido por algunos autores como Ruggeri (2000:3-4) quien explica que esta visión reduccionista, meramente enonomicista, surgió a raíz de la preocupación sobre la estimación de la pobreza y los mecanismos a seguir para su mitigación, no obstante, se dejó de lado el cuestionamiento sobre la naturaleza misma que reviste la pobreza en representaciones más amplias, que se mimetizan en la marginalidad.

Queda comprobado que muchos organismos internacionales se dedicaron entonces a trabajar la pobreza y enfocar las políticas basándose en el esquema monetario, “[...] organizaciones [...] como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), pusieron a la pobreza en el foco de las discusiones, pero a través de de una definición restringida sólo a condiciones económicas y, en muchos casos, a una perspectiva rígida” (UNFPA, 2005:7). Fue así como el BM estableció el modelo de cálculo de la pobreza bajo el indicador de la línea de pobreza<sup>16</sup> y del cual muchos estudios se han apoyado para exponer los resultados sobre el problema visto de manera estructural.

Esta mirada inflexible de la pobreza, llevó a Sen a afirmar que “*No se puede trazar una línea de pobreza y aplicarla a rajatabla a todo el mundo por igual, sin tener en cuenta las características y circunstancias personales*”. (Sen, s/f; citado por Quesada, 2001:2 ). Ser pobre para él no implica estar por debajo de los niveles de ingresos establecidos (i.e. en la línea de pobreza), más bien, es no tener un nivel de ingresos suficientes para desarrollar algunas funciones básicas para la sobrevivencia. Existen factores geográficos, biológicos y sociales que multiplican o disminuyen el impacto sobre los ingresos de cada persona y que de *facto* generan ausencias “[...] como educación, acceso a la tierra, salud y longevidad, justicia, apoyo familiar y comunitario, créditos y otros recursos productivos, voz en las instituciones y acceso a las oportunidades” (Sen, s/f; citado por Quesada, 2001:2 ).

---

<sup>16</sup> El valor establecido para determinar la pobreza extrema es de 1 dólar al día. La línea corresponde al valor de una canasta básica de alimentos en los países más pobres de Asia y fue adoptada en el informe sobre pobreza que publicó el Banco Mundial en 1990. Para facilitar las comparaciones internacionales, el valor de esta canasta de alimentos es ajustado por el poder de paridad de compra que tiene un dólar en cada país (PPP). Hoy día la línea de pobreza de 1 dólar diario a PPP, que en realidad corresponde a 1.08 dólares. Para ampliar información a cerca del modelo véase [www.bancomundial.org/](http://www.bancomundial.org/)

Los adelantos de Sen representan una ayuda insustituible para esta tesis, ya que a partir de su marco de las *capacidades* se puede explicar como los *satisfactores* son imprescindibles para poder resolver las necesidades de cada individuo, acorde con sus características. Pese a ello, los *satisfactores* no actúan idénticamente para todos, puesto que las condiciones propias de la persona “[...] *son particulares de cada contexto cultural e individual*” (Hakkert, 2003; citado por UNFPA, 2005:7).

Rescatando algunas posturas descritas hasta aquí, se puede afirmar que la pobreza ofrece una fotografía del nivel de ingresos monetarios de la población, mientras que la marginación remite a la exclusión de grupos y sujetos al disfrute de procesos que viabilizan el desarrollo;<sup>17</sup> éste último aspecto, es mucho más complejo de entender puesto que “[...] *moldea la precaria estructura de oportunidades sociales para los ciudadanos, sus familias y comunidades y exponen a privaciones, riesgos y vulnerabilidades que escapan al control de los afectados*” (Conapo, 2001:11). Este dúo de condiciones puede actuar por una o ambas vías, pero no son precisamente excluyentes; “[...] *una disminución de la pobreza monetaria, no necesariamente se traduce en mayores niveles de satisfacción de las necesidades humanas básicas, como tampoco un nivel suficiente de desarrollo humano garantiza la eliminación de la pobreza de ingresos*” (UNFPA, 2005:7). Las *capacidades* a las que se refiere Sen involucran la libre capacidad del individuo para resolver sus propias necesidades en función de lo que se considera altamente valorado. Al menos, en teoría, cuando una persona tiene mayores capacidades (menores privaciones) tendrá las herramientas para resolver de alguna forma sus conflictos financieros; por el contrario, aunque un individuo goce de riquezas no siempre podrá disfrutar de ellas si no cuenta con las condiciones mínimas para su disfrute (i.e. la salud).

La pobreza y la marginalidad tienen consecuencias graves para la salud, primero porque como ya se vio, existen límites de los recursos económicos y en el uso de las *capacidades* y

---

<sup>17</sup> Autores como Adams (s/f; citado por Lomnitz, 1976:22) por ejemplo, distingue entre un concepto estructural llamado marginalidad y uno cuantitativo conocido como pobreza, los cuales difieren enormemente en estructura y dimensión.

libertades del individuo para superar la exclusión; segundo, porque estas poblaciones se encuentran en una situación desfavorable que se desprende de la rápida urbanización de zonas que no cuentan con los servicios básicos mínimos como agua potable y drenajes, aseo urbano, vulnerando por ende, la posibilidad de cobertura de servicios generales y de SSR. Existen mayores riesgos para que los pobres “[...] padezcan daños a la salud debido a los peligros que los rodean” (Salles y Tuirán, 2003:53). Reyes, et al. (2003:3), por su parte, agrega además que “con frecuencia la naturaleza de las personas que habitan sitios urbano-marginales es migrante, recientemente establecida, sin redes familiares de apoyo y con un bajo nivel de ingreso. Estas características las exponen a riesgos específicos a su salud que en muchas ocasiones no son identificados y atendidos, a pesar de la existencia de programas efectivos”.

Entre tanto, los sujetos que habitan asentamientos urbanos con cinturones marginales y de pobreza extrema se alejan y son alejados de los servicios de salud. La infraestructura que los rodea es escasa: red de transporte, centros deportivos, parques, áreas verdes, escuelas, centros comunitarios, edificios de seguridad pública y servicios de salud. Esto se agrava cada día más, debido a que las actuales colonizaciones de tierras marcan considerables distancias con aquellos puntos de la ciudad que cuentan con los servicios indispensables. Junto a todo lo ello, la poca cooperación de algunos gobiernos locales y empresas de servicios públicos y privados refuerzan el aislamiento de dichas personas por lo que “[...] el suministro de insumos, recursos y servicios, tardan en llegar o su abasto es muy precario” (Reyes, et al., 2003:71).

Dentro del grupo de los pobres y marginales hay todavía individuos que son incluso mucho más pobres y marginales que los anteriores, la intersección con otras casualidades potencian las desigualdades que se pueden experimentar. Algunos estudiosos que se centran en esclarecer los lazos entre SSR y pobreza (i.e., Salles y Tuirán, 2003:54; UNPA, 2007:22; Echarri, 2008b:81 ) han encontrado que las mujeres y las jóvenes están expuestas a más altos riesgos de exclusión social en salud<sup>18</sup> y por lo tanto tienen menos probabilidades de obtener servicios de calidad, atención e información oportuna, “[...] la pobreza y la marginalidad,

---

<sup>18</sup> Este término, aunque no es un concepto totalmente desarrollado fue definido por la Organización Panamericana de la Salud – OPS (2003; citado por Laurell, 2004:67) como “la falta de acceso de ciertos grupos de personas a diversos bienes servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de la salud y que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan”.

*suelen ir acompañados de una mortalidad relativamente temprana y una morbilidad elevada, altas tasas de fecundidad, una edad temprana al momento de contraer matrimonio y de tener el primer hijo, así como de la débil difusión de las prácticas de limitación y esparcimiento de los nacimientos”* (Tuirán, 1998:21).

## **II.5 Convergencias: Género, servicios de salud y planificación familiar**

Posponer la exposición sobre la intervención del género en los procesos de salud y PF fue intencional y no precisamente por ser menos importante que otros aspectos ya tratados, al contrario, sería imposible concebir ahora un estudio que deje de lado las comparaciones de los diversos fenómenos naturales y sociales y su impacto diferencial por sexo. Como se ha podido observar a través del tiempo, las transiciones epidemiológicas, es decir de morbi-mortalidad, impactan distintamente a varones y mujeres, por tanto, la sexualidad y la anticoncepción igualmente han tenido transformaciones específicas para cada grupo. Por tanto, la salud de hombres y mujeres son diferentes porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de manera distinta en la salud y en los riesgos de enfermedad. Son desiguales porque hay otros factores, que en parte, son explicados por el género que influyen de manera injusta en la salud de las personas (Rohlf, *et al.*, 2000:64).

*“En las ciencias sociales se ha definido “género” como el sistema prevaleciente de roles sociales, expectativas y estatus del hombre y la mujer en determinada sociedad o cultura”* (Lamas, 1995:s/p; citado por Rico, *et al.*:2003:3). Pero independiente de quien o en que palabras lo diga, lo cierto es que hay un consenso general en entender que es una “[...] construcción sociocultural basada en la interpretación que cada sociedad hace sobre el sexo biológico” (De Keijzer, 2003:1). Las construcciones alrededor del cuerpo son dadas en cada contexto particular y operan variablemente en cada momento de la historia. *“Aunque el género nace como una herramienta para entender y denunciar la condición de las mujeres, el potencial explicativo de esta perspectiva, desde los años 80 y sobre todo en los 90, empieza a servir también para entender la condición masculina”* (Kimmel, 1992:s/p; citado por De Keijzer, 2003:1).

La estructura biológica no es lo única característica disímil, pues la sociedad ha imputado roles que están encasillados exclusivamente a “[...] *lo que corresponde a hombres y lo que le toca a las mujeres*” (De Keijzer, 2003:1). Las asignaciones de conductas legitimadas por la comunidad han sido replicadas en el discurso socio-político, así lo demuestra, por ejemplo, el propio surgimiento de género como punto de comparación entre lo femenino y lo masculino, imputando sobre ellas la responsabilidad única de las prácticas sexuales y reproductivas (Fernández, 1999:65). Incluso, cuando las mujeres deciden realizar su vida, no en función de la maternidad, son víctimas del rechazo social, pues ello implica transitar en la vía contraria a las normas de la naturaleza (Figueroa, 2001:150), es renunciar al uso del cuerpo para lo que por ley fue diseñado.

El estigma femenino que impone como válido el estereotipo de virginidad y sumisión contrasta abruptamente con los rasgos machistas y autoritarios que se son aprobados para los varones. En este mismo sentido, las mujeres son las encargadas del hogar, los hijos y la familia en general, mientras que el hombre asume el control económico y autoritario (De Keijzer, 2003:2). Este poder autoproclamado los faculta para tomar unilateralmente las decisiones concernientes a las actividades desarrolladas dentro y fuera de la vivienda, por todos y cada uno de los miembros: cónyuge, hijos, nietos y familiares a su cargo. De Keijzer (2003:3) habla también de la importancia de distinguir las inequidades intergenéricas de las intragenéricas, éstas últimas son las que se desarrollan entre las propias mujeres y las que ocurren entre hombres.

La confluencia de todas estas variables actúa como bola de nieve que envuelve a las mujeres y limitan su acceso a los servicios de SSR, contenida la PF. En estas relaciones de poder, donde prima la imposición masculina, es peculiar observar que son ellos quienes inciden en mayor grado sobre el empleo o no de la PF (The Population Council, 2001:1), por ende, las mujeres se ven obligadas al uso subrepticio de métodos anticonceptivos, exponiéndose al rechazo general, al ir en contra de los deseos de la pareja. No obstante, el temor de las mujeres de contraer ITS a causa de la promiscuidad varonil no es suficiente para ejercer presión para la

utilización de barreras como el condón, incluso, algunas permanecen pasivas y prefieren ignorar el tema.

La situación tiende a empeorarse cuando los hombres, jefes de hogar, controlan en total los recursos financieros y cuando las mujeres dependen de la disponibilidad o concesión de dicho dinero para poder asistir al servicio de salud, aunque en ciertos momentos las restricciones se originen debido a que éstos (hombres) “[...] ignoran acerca de la SR de las mujeres y los conduce a conceptos erróneos y a una toma desinformada de decisiones” (The Population Council, 2001:3). La mínima noción que tienen los varones acerca del cuidado de su propia sexualidad, los lleva directamente a subvalorar la de sus compañeras; en el mejor de los casos, se ocupan del embarazo, parto y puerperio, ya que son atenciones que urgen de la atención médica.

En el juego del poder y la jerarquía, comúnmente el hombre es el “ganador”. La violencia ha sido un medio del cual disponen los varones para imponer sus posturas y para “corregir” a cónyuges e hijos, con la complicidad social, que justifica en silencio este accionar (De Keijzer, 2003:4; Cacique, 2006:50). Las consecuencias de tan nefasta actitud se traducen en “[...] el bienestar físico y mental, incluyendo depresión, ansiedad, problemas ginecológicos, complicaciones del embarazo y en algunos casos, pérdida del feto [...]” (The Population Council, 2001:3).

La participación del hombre en la PF también es excluida por el común de la gente y por ellos mismos. Primero porque en su significado corporal ha sido asumido el sexo fuerte e invulnerable, segundo, porque aunque declaran la necesidad de atención, se enfrentan al señalamiento por parte de sus pares o de otros integrantes de la familia (UNFPA, 2005:15). Paralelamente, para el hombre, el ejercicio sexual principalmente apunta hacia el placer de sus instintos, mientras que para las mujeres implica además de lo anterior, todo el proceso de la reproducción (Rojas, 2002:193). Visto de otra manera, tal como lo sintetiza Palma (1994:3) “La PF debe integrarse a los propósitos de mejorar la posición de la mujer en la sociedad y logra una mayor equidad con el varón” y esto debería darse tanto en el ámbito físico como en el plano de los desempeños culturales.

Indudablemente que todo lo anterior tiene su impacto en los servicios de salud, por ello, los proveedores de servicios tienen el compromiso de trabajar fuertemente para “[...] *no reforzar de manera inconsciente los estereotipos que apunten a lo contrario [...]*” (De Keijzer, 2003:7). Esto quiere decir que deben procurar que tanto hombres como mujeres accedan igualitariamente a la asistencia de salud, de acuerdo con sus necesidades singulares; muy importante es ofrecer un portafolio de servicios médicos que resulte atractivo para ellos y, por supuesto, sin restricciones de ningún tipo que estén derivadas del género. Con esto puesto sobre la mesa, involucrar a ambos sexos facilitará la expansión de opciones anticonceptivas, la continuidad en su uso, la prevención de ITS/VIH, la responsabilidad compartida sobre la sexualidad y la reproducción (PATH y UNFPA, 2006:48).