

Reflexiones sobre la salud reproductiva de la mujer en el México de hoy

IVONNE SZASZ

La salud reproductiva ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la posibilidad de que las personas tengan una vida sexual satisfactoria y segura, que gocen de plena capacidad para reproducirse, que puedan decidir con libertad si quieren reproducirse, cuándo y cuán a menudo hacerlo, y que tengan derecho y acceso a servicios y cuidados de salud apropiados para que el resultado de los embarazos sea la sobrevivencia y el bienestar de la madre y el infante. Para ejercer las decisiones sobre la reproducción, los hombres y mujeres deben tener el derecho de estar informados y tener libre acceso a métodos anticonceptivos seguros, eficaces, de fácil alcance y aceptables.

De acuerdo con este enfoque, pensar en la salud reproductiva de las mujeres mexicanas no incluye solamente las enfermedades y muertes relacionadas con los eventos reproductivos ni las complicaciones del embarazo y el parto. Comprende el acceso de hombres y mujeres al propio cuerpo, a la satisfacción personal y a la toma de decisiones sobre cuándo, con quién y cómo tener relaciones sexuales; comprende la información, libertad y acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos disponibles, así como a los métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual; comprende la posibilidad de interrumpir un embarazo sin poner en riesgo la salud y la vida de la madre; comprende el acceso geográfico, social y cultural a los espacios de atención a la salud; comprende, sobre todo, el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos.

Los riesgos y daños a la salud vinculados con la reproducción humana aparecen asociados con las condiciones de vida de la población. Las desigualdades socioeconómicas entre países, grupos sociales, etnias, regiones y áreas rurales y urbanas cobran especial importancia para el estudio de la salud reproductiva. La mortalidad y la morbilidad maternas son diametralmente diferentes en los países industrializados y en los países periféricos, y en las regiones más desarrolladas y menos desarrolladas de un país. Casi la totalidad de las muertes maternas son evitables cuando las condiciones de vida y de atención a la salud son adecuadas. Al preguntamos por la salud reproductiva de las mujeres mexicanas, encontramos indicadores muy divergentes según si residen en zonas rurales o urbanas, o en el norte, centro o sur del país. Los indicadores son también diversos según el grupo o clase social de pertenencia, según la etnia, según el grado de marginación del municipio en que se vive (Bronfman y Gómez, 1994; Alatorre, Langer y Lozano, 1993).

En la actualidad se cuenta con herramientas técnico-científicas de bajo costo para prevenir, detectar y resolver la mayor parte de los problemas de salud de la mujer y de los infantes, pero las oportunidades de las mujeres mexicanas de acceder a la educación, a la alimentación y a los servicios de salud, sus condiciones materiales de vida, así como su acceso al mercado de trabajo y al ingreso familiar, su carga de trabajo, sus condiciones de trabajo, y el poder de decisión sobre su cuerpo, en su familia y en la sociedad definen, conjuntamente con factores biológicos, su perfil de salud y el de sus hijos.

La profunda desigualdad socioeconómica que existe entre las mujeres mexicanas se sitúa en el origen de los principales problemas de salud reproductiva que enfrentan los grupos más pobres. Identificamos tres dimensiones de la desigualdad social que median entre las condiciones de vida y la salud reproductiva de las mujeres mexicanas: el estado nutricional, el acceso y calidad de la atención a la salud y los patrones reproductivos.

El estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva tiene su origen en las condiciones de vida durante la niñez y adolescencia. En México, los grupos sociales de menores ingresos experimentan condiciones deficitarias de nutrición y de salud (Córdova Leal y Martínez, 1989). Esta condición es aún más deficitaria para las mujeres de esos sectores. Algunas investigaciones cualitativas muestran jerarquías en la alimentación y la atención a la salud en los hogares rurales, en las que mujeres y niñas ocupan lugares inferiores en una escala encabezada por los hijos varones (Zolla y Mellado, en prensa), y estudios en población indígena que indican desnutrición universal entre las niñas al egresar de la escuela (Hernández y Thacker, 1992). La escasez de algunos nutrientes en las jovencitas y mujeres de grupos populares, el inicio temprano de su vida reproductiva y la multiparidad determinan una sobremortalidad por anemia entre las mujeres en edad reproductiva, que es más marcada en zonas rurales, así como sobremortalidad y carencias en el desarrollo

infantil entre hijos de madres muy jóvenes, o que tienen embarazos muy seguidos, y alta prevalencia de anemia entre las mexicanas embarazadas (Figueroa, 1994; González, 1994).

Los grupos sociales de menores ingresos y la población rural experimentan las mayores desventajas en atención a la salud. Más del 90% de las muertes maternas que ocurren en México podrían evitarse mediante atención médica oportuna y adecuada, así como numerosos padecimientos de las mujeres originados en sus embarazos o alumbramientos. La falta de acceso de estos sectores a los servicios de salud se debe tanto a la distancia geográfica, que es más extrema en los sectores rurales, como a la distancia social y cultural que existe entre la lógica del sector médico y las concepciones y condiciones de vida de estos grupos. El caso más extremo de desigualdad socioeconómica en el acceso a los servicios de salud se refiere a la mortalidad y morbilidad de mujeres originada en el aborto, puesto que cuando es realizado en condiciones adecuadas de asepsia —accesibles para las mujeres de mayores recursos— representa un riesgo mínimo para la salud, mientras que aún causa

un número elevado de muertes y enfermedades entre las mujeres de los sectores populares, que no pueden pagar esos servicios privados. Esas mujeres no pueden atenderse en servicios públicos gratuitos o de bajo costo por la prohibición legal de practicar abortos, prohibición que, por la desigualdad socioeconómica, solamente se aplica a las mujeres que no pueden pagar la atención particular.

Finalmente, los patrones reproductivos son muy diversos entre las mujeres mexicanas de distintos grupos sociales, determinando consecuencias muy desiguales para su salud. El número de embarazos que experimenta una mujer a lo largo de su vida aumenta o disminuye el número de veces que puede experimentar complicaciones derivadas de embarazos y partos. El tiempo que media entre cada embarazo, si es muy reducido, no permite una adecuada recuperación de la condición nutricional de las madres, afectando también la nutrición de los infantes. Finalmente, el embarazo y el alumbramiento en etapas muy tempranas de la vida reproductiva —antes de los 16 años— representa mayores riesgos de complicaciones en la gestación o en el parto y puerperio que si ocurre a mayor edad. El inicio de la vida sexual, de las uniones maritales y de los embarazos se produce varios años más temprano entre las mujeres rurales que entre las que viven en el medio urbano, y entre las que no han completado la educación primaria respecto de aquellas que tienen estudios secundarios (Quilodrán, 1982 y 1989). De igual

manera, existen grandes diferencias en el número de hijos —y el número de embarazos— que tienen las mujeres rurales frente a las urbanas, y las menos escolarizadas con respecto a las de mayor escolaridad (Secretaría de Salud, 1989). De esta manera, las diferentes condiciones de vida de las mujeres mexicanas marcan diferencias muy grandes en las consecuencias que tiene su vida sexual y reproductiva para su salud y para la de sus hijos.

Además de estas desigualdades socioeconómicas entre las mujeres mexicanas, existen otras formas de desigualdad social presentes en nuestra sociedad, que se refieren a la desigualdad entre mujeres y hombres, originada principalmente en la esfera cultural. Identificamos tres dimensiones de la desigualdad social entre hombres y mujeres que afectan de manera muy importante la salud reproductiva de las mujeres mexicanas. Se trata de la división social del trabajo entre los sexos, la construcción cultural de la identidad femenina en torno a la maternidad y el control social de la sexualidad.

La división del trabajo entre los sexos es una construcción social que impone a las mujeres el trabajo doméstico, limita su acceso a recursos económicos y a los mercados formales de trabajo, la segrega en ocupaciones de bajo *status* y remuneración, carentes de seguridad y prestaciones sociales, y la margina hacia el autoempleo y las actividades eventuales y de tiempo parcial. En los contextos más pobres del país, que carecen de servicios públicos e infraestructura, las tareas domésticas requieren importante esfuerzo físico y jornadas extensas, y suelen ser muy poco satisfactorias. A su vez, la crisis económica de los años ochenta y la transformación de los mercados de trabajo deterioró las condiciones de vida de las clases trabajadoras e impulsó una mayor participación económica de mujeres de bajos ingresos, incluyendo aquellas casadas y con hijos. Las tareas domésticas y extradomésticas de las mujeres aumentaron y sus posibilidades de ayuda disminuyeron. Las desigualdades respecto a cargas de trabajo, responsabilidades frente a los hijos, valoración del trabajo y remuneraciones entre hombres y mujeres, se traducen en jornadas intensas y extensas, descanso y satisfacción reducidos, y conflictos entre demandas de trabajo y de cuidado de los hijos. De esta manera, la relación entre el trabajo y la salud de las mujeres y niños no depende solamente de las desigualdades socioeconómicas, de escolaridad y de *status* ocupacional, sino también de las posibilidades de cuidado alternativo para los hijos y de la relación de apoyo o conflicto con la pareja, que no afectan las condiciones de trabajo y de salud física y emocional de los varones.

La desigualdad entre hombres y mujeres se expresa también en la construcción de las identidades masculina y femenina. En México la identidad masculina se define en la esfera pública, la competencia laboral, la

destreza y fuerza física, las demostraciones de potencia sexual y el rol proveedor familiar. La identidad de las mujeres se define de tal manera que todos sus deseos, necesidades, intereses y fantasías confluyen hacia el matrimonio y la maternidad. La valoración subjetiva y social de la feminidad se sitúa en el logro de la función reproductora: poseer un cuerpo atractivo para otros, lograr movilidad social a través de la unión marital y ejercer la maternidad. La influencia ideológica de la iglesia católica contribuye en la construcción de estos estereotipos, en tanto condena el erotismo femenino y estimula exclusivamente la sexualidad reproductiva. A este discurso tradicional se sobrepone el de las políticas oficiales y los servicios de salud, que propone a las mujeres que limiten la maternidad, desvalorizando simbólicamente la función materna, pero sin proponer valoraciones alternativas para la identidad femenina. Como consecuencia de estas construcciones, las jovencitas buscan embarazarse y unirse conjuntamente con el inicio de su vida sexual, las mujeres buscan la procreación como una manera de lograr o afianzar uniones maritales, y ejercen la anticoncepción y la maternidad con ambivalencia y conflicto. A su vez, los hombres viven el hecho de embarazar a una mujer como una demostración de su potencia sexual y un símbolo de su adultez, y se sienten comprometidos a vivir en unión marital con la mujer que embarazaron. Como consecuencia de esta compleja carga simbólica, la regulación de la procreación no depende solamente del acceso a los métodos anticonceptivos ni de la información que posean hombres y mujeres, sino de procesos de toma de decisiones bastante complicados que recaen en las mujeres, que la enfrentan a valoraciones y discursos contradictorios referidos a su propia identidad, representando elevados costos subjetivos.

Finalmente, el control social de la sexualidad femenina que existe en México afecta también la salud reproductiva de las mujeres. Este control se expresa en normas que proscriben la sexualidad no procreativa en mujeres solteras, que impulsan la maternidad temprana, que promueven el silencio y el desconocimiento de las mujeres sobre su cuerpo, sus deseos y su sexualidad y que legitiman socialmente el ejercicio de la poligamia masculina, de la violencia sexual y de la violencia doméstica. De acuerdo con estas normas, la procreación constituye un medio de legitimación social, una demostración de la pureza de la mujer, un símbolo de adultez, una afirmación de la feminidad y de la masculinidad, y un camino para formar y afianzar uniones conyugales. Estas normas limitan severamente las posibilidades de que las mujeres jóvenes usen anticonceptivos y métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, sobre todo si son solteras o si los métodos requieren la participación o aceptación del varón. Usarlos, o pedirle a la pareja que los use, significa aceptar que no quieren embarazarse, y por lo tanto que no son suficientemente recatadas, que no son verdaderas mujeres, y que no quieren lo suficiente a su pareja. Significa aceptar que sienten deseos sexuales, o que buscan satisfacción en algo que no es la maternidad, y por lo tanto las expone al menosprecio, el rechazo o el abandono de su pareja y la reprobación de su familia de origen y su comunidad. La anticoncepción solamente es aceptada en mujeres casadas que han tenido un número de hijos considerado suficiente por la mujer, su esposo, la familia de su esposo y su entorno social. Los métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual, en especial el condón, no son aceptables para las mujeres honestas de ninguna edad.

Estas normas sociales exponen a las mujeres a contagios originados en las prácticas sexuales de sus parejas, las orillan a un inicio temprano de la vida reproductiva y las exponen a tener embarazos no deseados. A su vez, las normas sobre el recato sexual femenino inhiben las prácticas preventivas y los métodos anticonceptivos que requieren exhibición y tacto de los genitales femeninos, y retrasan el uso de los servicios de salud frente a daños que expresan infracción a este recato, como las enfermedades de transmisión sexual y las consecuencias del aborto. Finalmente, la aceptación social de la violencia sexual y la violencia doméstica ejercida por los varones expone a niños, niñas y mujeres a mantener relaciones sexuales no deseadas, a daños directos a la salud, y a embarazos no deseados.

Estos elementos nos permiten proponer que la salud reproductiva de las mujeres mexicanas solamente puede ser estudiada y atendida desde una perspectiva interdisciplinaria, buscando extender y mejorar su acceso a los servicios médicos, pero buscando al mismo tiempo conocer y transformar las profundas desigualdades entre grupos sociales, entre hombres y mujeres y entre generaciones, que originan la mayor parte de los problemas de salud reproductiva en México.

Referencias y bibliografía:

- Alatorre, J., Langer, A. y Lozano, R., "Mujer y salud" en *Las mujeres en la pobreza*, GIMTRAP, El Colegio de México, México, 1993.
Bronfman, M. y Gómez, H., "La condición de la mujer y la salud infantil" en Figueroa, J. G. (Coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, Secretaría de Salud, Dirección General de Planificación Familiar, México, 1994. Córdova, A., Leal, G. y Martínez, C., *El ingreso y el daño. Políticas de salud en los ochenta*, UAM-Xochimilco, México, 1989.

Castro, R. y Bronfman, M., "Salud, embarazo y anticoncepción en dos comunidades rurales de México: un estudio comparativo", en González, S. (comp.), *Mujeres y salud* Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, 1994 (en prensa).

Figueroa, J. G. (Coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud* Secretaría de Salud, Dirección General de Planificación Familiar, México, 1994. González, S. (comp.), *Mujeres y salud*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, 1994 (en prensa).

Hernández, R. y Thacker, M., *Diagnóstico de salud y nutrición en albergues escolares para niños indígenas. Primer reporte, indicadores nutricionales*, FISANIM, México, 1992, citado por Zolla, C. y Carrillo, A., "Mujeres, saberes médicos e institucionalización" en Figueroa, J. G. (Coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, Secretaría de Salud, Dirección General de Planificación Familiar, México, 1994.

Quilodrán, J., "La nupcialidad en las áreas rurales de México" en Mina, A. (comp.), *Lecturas sobre lemas demográficos*, El Colegio de México, México, 1982.

Quilodrán, J., "México: diferencias de nupcialidad por regiones y tamaños de localidad" en *Estudios demográficos y urbanos* 4 (3), 1989. Secretaría de Salud, *Informe de la Encuesta Nacional de Fecundidad y Salud*, Dirección General de Planificación Familiar, Secretaría de Salud, 1989. Zolla, C. y Mellado, V., "Mujer y salud. La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano" en González, S. (comp.), *Mujeres y salud* Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, El Colegio de México, 1994 (en prensa).

Doctora en estudios de población. Coordinadora del área de formación de recursos **humanos** del Programa Salud Reproductiva y Sociedad, de El Colegio de México.