

Jóvenes y salud reproductiva: de políticas y realidades

Noemí Ehrenfeld Lenkiewicz*

Los jóvenes representan un sector de la población primordial en el México actual. Las políticas educativas, de salud y de empleo, entre otras, tienen que dirigir su mirada y sus objetivos hacia las necesidades y las demandas de los jóvenes. Uno de los grupos que ha recibido más notas y espacios en los medios, así como en el espacio académico, es el que constituyen los adolescentes y jóvenes en términos de fecundidad, de planificación familiar, de salud reproductiva, de maternidad, etc. Es notable que en las últimas dos décadas aparezca la percepción del embarazo en adolescentes como un problema social relevante, cuando en estos años la tasa específica de fecundidad ha disminuído lentamente. La mirada que juzga como inadecuado, impropio, problemático al embarazo y a la maternidad de adolescentes, tiene menos que ver con la magnitud del fenómeno y más con un conglomerado de hechos relacionados, como la sexualidad de los y las jóvenes, sus prácticas sexuales, el aborto y los valores familiares y culturales.

La población joven¹ de México en el año 2000 asciende a 25,455,684 personas, lo cual representa el 28.4% del total.² Esta cifra habla por sí sola de la dimensión que posee este sector de la sociedad, tanto en términos de grupo como del interés que posee el mismo como destinatario de políticas diversas. Las políticas educativas, de salud y de empleo, entre otras, tienen que dirigir su mirada y sus objetivos hacia las necesidades y las demandas de los jóvenes.

* Profesora-Investigadora de Biología de la Reproducción, UAM-Iztapalapa.

¹ Se considera dentro de esta categoría a los jóvenes de 12 a 24 años de edad.

² Estimación de INEGI, Censo del Censo Nacional de Población del 2000.

Durante la segunda mitad del siglo XX, casi todos los países han abordado el tema de la reproducción de sus poblaciones como uno de los ejes para integrar los modelos económicos y de desarrollo social. En México y durante la década de los noventa, el debate se enfoca en la desvinculación que tuvieron los programas de planificación familiar, muy exitosos en su objetivo de disminuir la tasa global de fecundidad, de las condiciones sociales del país.³

En años previos, las políticas y los programas de planificación familiar se centraron en el gobierno, quien integró estas acciones en

³ Véase Lerner S y Szasz I, en "La investigación y la intervención en salud reproductiva: encuentro de enfoques y tendencias". en *El Cotidiano*, No. 107, pp 53:65

las instituciones de salud. Hay quienes consideran que una de las resultantes de este hecho, resultó en una “medicalización” de la reproducción. Esto último tiene raíces muy anteriores a los programas de planificación familiar.^{4 5}

En esta década se “inaugura” el enfoque y el complejo concepto de salud reproductiva que incorpora los conceptos y las dimensiones de sexualidad, género, equidad, derechos sexuales y reproductivos, tanto en los discursos de las políticas como en las acciones. Se plantea ahora considerar a las mujeres, las “usuarias”, no como las principales —más bien las únicas— destinatarias de las acciones en materia de planificación familiar, sino incorporarlas a las acciones, oyendo su voz y considerando sus muy variados contextos de vida. También se inician las discusiones y las consideraciones acerca de la participación del varón en los procesos reproductivos y sociales relacionados.

Cabe una reflexión acerca de las causas subyacentes al nacimiento de la “salud reproductiva” como categoría de análisis, como interés creciente de investigaciones y, para ciertos sectores de la academia, como partícipe de los lineamientos políticos y de las acciones derivadas y como parte de una estrategia poblacional. Sin duda, la sustitución de Programas de Planificación Familiar por Programas de Salud Reproductiva representan una modificación que, hasta ahora, ha cambiado en sentido favorable la incorporación de la mujer en los discursos y en cierto modo en las acciones. Lo que se tendrá que discutir y evaluar es si este cambio también ha favorecido la condición de las mujeres en general, así como sus contextos de vida.

Los programas de planificación familiar tuvieron severas limitaciones, entre las cuales se consideran la reducción de la disponibilidad de

métodos anticonceptivos a la oclusión tubaria femenina y el DIU, la alta frecuencia de

cesáreas y esterilizaciones femeninas, las deficiencias en la información y las fallas en el consentimiento informado de las mujeres en la práctica anticonceptiva; el escaso control que tienen las mujeres sobre su cuerpo y el proceso reproductivo, entre muchos otros aspectos.⁶

Reflexionando sobre lo anterior, que es indudablemente cierto y ha sido motivo de críticas en la literatura, cabe la pregunta: ¿realmente ha habido un cambio? ¿es éste perceptible en la sociedad? Finalmente, se han incorporado estos cambios en las vidas cotidianas de las mujeres y de los hombres, de modo que. ¿tienen hoy una mejor condición que hace dos décadas, en términos de su salud reproductiva?

Desde el gobierno, desde la secretaría de salud así como en otras instancias, inclusive organizaciones no gubernamentales que trabajan en salud reproductiva, se siguen utilizando, por ejemplo, términos como “usuarias” y “demanda insatisfecha”. Los términos, en sí, no tendrían la menor importancia, pero al describir un concepto, una forma de expresión cultural que se refiere a un aspecto de la vida de la mujer y a un contexto en el cual se manifiesta, se vuelve un hecho de gran relevancia.

Otro elemento que amerita un mayor análisis es una cualidad inherente a las grandes políticas: su universo objetivo sobre el cual buscan incidir, aparece como homogéneo, como un gran conjunto en el cual es posible identificar más semejanzas que diferencias. La “reproducción de las poblaciones” es un concepto que se ubica en una dimensión tan distante a la realidad y las preocupaciones cotidianas de los individuos, que éstos lo perciben como ajeno. A las políticas de planificación familiar, las poblaciones han respondido de modo, diferentes, y surgen diversos grupos con respuestas particulares. Esto se debe a que también las necesidades son particulares y las políticas sólo responden de forma parcial a la satisfacción de las mismas.

Uno de los grupos que ha recibido más notas y espacios en los medios es el que cons-

⁴ Véase, M. Foucault, (1990) en *La vida de los hombres infames*, 126:173, Ed. La Piqueta, Madrid

⁵ *The Woman in the Body, a Cultural Analysis of Reproduction*. Open University Press 1989, Great Britain.

⁶ Lerner y Szasz, Op. cit.

tituyen los adolescentes, en términos de fecundidad, de planificación familiar, de salud reproductiva, de maternidad, etc. La “criminalización” de ciertos grupos y comportamientos,⁷ ocupan las planas de periódicos y noticieros de diversa índole, en donde los jóvenes se presentan como victimarios, violentos, y, menos veces, como víctimas de la violencia.⁸ Otro ámbito de presencia del grupo de jóvenes es el de escenarios de empleo, con “ferias”, uso del tiempo libre, educación y salud.



FOTO: ESFERA

A pesar de que en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 aparece el sector juvenil y de que se hayan desarrollado programas en los diversos sectores, aparentemente no se han cristalizado políticas hacia los jóvenes con fuerte penetración social. No se trata de que se *incluyan* a los jóvenes y al sector juvenil en políticas y programas ya hechos o esbozados, sino de generar una concepción política centrada en los jóvenes.

Una de las áreas en que se hace más evidente la preocupación política de llegar a los jóvenes es el área de la salud, en particular la salud reproductiva. Dentro de este enfoque, se le ha dado una extraordinaria relevancia al embarazo en la adolescencia.

Si bien el embarazo en adolescentes se plantea como un “problema” social de importancia, la frecuencia del embarazo en este grupo de edad no es un fenómeno social reciente.

Por otra parte, la definición de cuál es la edad apropiada para vivir las relaciones sexuales, así como la maternidad o paternidad, ha sido un problema de definición cultural.

Por demás interesante es la observación de que el número de nacimientos de madres menores de 20 años, está decreciendo lentamente desde hace 20 años. Si bien el número absoluto de adolescentes y jóvenes (12-24 años) jamás fue tan importante como en el presente, la fecundidad específica de este grupo está disminuyendo.⁹ Sin duda, este decremento es menor que el de otros grupos de edad y, seguramente, menor que el deseado por las políticas. Uno de cada cinco niños nacidos vivos en el país es hijo de una madre menor de 20 años. Pero es notable que es en las últimas dos décadas donde aparece la percepción del embarazo en adolescentes como un problema social relevante.

De hecho, esta mirada al embarazo y a la maternidad en adolescentes tiene menos que ver con la magnitud del fenómeno y más con un conglomerado de hechos relacionados, como la sexualidad, las prácticas sexuales, el aborto y los valores familiares y culturales, entre otros. Esta mirada parece el resultado de un “pánico social” que tiene que ver con la no aceptación de las relaciones sexuales en esta

⁷ Luciana Ramos L., et. al. “La criminalización de la violencia juvenil” en *JÓVENES*, No. 8, México, 1999, 188-121.

⁸ Noemí Ehrenfeld L. “Violencia y violación. Una reflexión sobre las mujeres jóvenes y la impunidad” en *JÓVENES*, No. 8, México, 1999.

⁹ CONAPO, La situación demográfica de México 1989.

edad y con su contexto: fuera de la unión o matrimonio, preferentemente este último. Si bien, desde la muy repetida “liberalización”, algunos sectores de la sociedad tienden a ser más tolerantes con las relaciones sexuales y con la aceptación de la sexualidad de los adolescentes, no son menos críticos que los sectores más conservadores con algunos resultados de estas prácticas, como el embarazo y eventualmente el aborto.

Con este “pánico social” como impedimento, las políticas enfocadas a la condición del embarazo en adolescentes adolecen de dos problemas centrales: a menudo describen mal los problemas y derivan en conclusiones erróneas plasmadas en las propuestas de soluciones.

Así, quienes toman las decisiones enfatizan algunos aspectos del embarazo en adolescentes como si se tratara de una condición individual, aduciendo que se debe intervenir en la modalidad “típica” de los jóvenes: querer todo lo más rápido posible, comerse el mundo de un vocado. Al mismo tiempo, estas personas no enfatizan lo suficiente en el contexto social, en las estructuras y articulaciones sociales que ofrecen demasiado poco alternativas a la mujer joven, como pocas razones para ingresar y permanecer en la escuela, poco trabajo que permita un ingreso digno, poca información (y de poca calidad) sobre oportunidades anticonceptivas, pocos o nulos servicios de salud específicos para jóvenes, etc. No se trata de que tal o cual secretaría establezca un programa específico: se trata de una sociedad productora de una cultura, en la que al menos las condiciones que requieren los y las jóvenes para una “salud reproductiva” están ausentes, no se han producido.

Dentro del marco de una descripción errónea del “problema”, el pánico social provoca la utilización indistinta de conceptos como “embarazo no deseado”, “embarazo temprano”, “embarazo no planeado”, “embarazo en adolescentes”. De hecho, cada una de estas entidades es una categoría con características particulares. Pero, de este modo, el sólo hablar de embarazo en una joven de 16 años es sinónimo de embarazo no deseado, de mayor probabilidad de que ésta busque una interrupción, de una vida arruinada o, al menos, con menos oportunidades.

Por otra parte, dentro del marco de las conclusiones erróneas, parece que si se interviene con una utilización oportuna de anticoncepción, nada de lo anterior ocurriría, sería socialmente invisible: esta joven, *a pesar de que ya tiene relaciones sexuales, sabe cuidarse*.

Las intervenciones de salud reproductiva enfocadas a los adolescentes y jóvenes, tienden a centrarse en posponer la edad de la unión, posponer el embarazo, utilización de anticonceptivos modernos y utilización del preservativo para prevención de enfermedades transmisibles sexualmente. Recientemente, se ha hecho mención en los medios sobre un programa que enfatiza la abstinencia como alternativa para disminuir los embarazos en las adolescentes.

Todas las intervenciones mencionadas, en sus contextos de políticas, consideran, por una parte, que es necesario evitar el embarazo en adolescentes (sin discriminar condiciones particulares, porque en sí, tiene un impacto negativo) y por otra, ofrecen enunciados de acciones a nivel individual. Es decir, existe una suerte de “irresponsabilidad” de las jóvenes y por eso se embarazan.

Cada uno de los aspectos mencionados de las intervenciones de salud reproductiva, implican una cadena de decisión por parte de las adolescentes. Así, cada una de ellas *debe* evaluar qué papel juega su edad, su experiencia, sus deseos. Debe tener el control para establecer una relación con su pareja, que le permita su desarrollo personal: si decide tener relaciones sexuales, podrá definir con quién, cuándo y cómo habrá tenido información, educación, tiempo y la experiencia emocional de integrar todos los datos para decidir qué método anticonceptivo utilizar —siempre y cuando tenga claro que no desea un embarazo en ese momento de su vida. Inmediatamente, podrá dialogar con su pareja sexual acerca de esto y si además no se siente segura, estará en condiciones de decir “no quiero ahora”. Tendrá acceso libre, no estigmatizado ni controlado, del método por el que optó y tendrá la capacidad de adquirirlo.

Como el lector puede pensar, detrás de todas estas etapas en un escenario teórico,



FOTO: ESFERA

conceptivos, requieren de la información y, por así decirlo, del “consentimiento” de ambas partes de la pareja. En muchos casos, estas decisiones y las relaciones sexuales están definidas en términos de las necesidades y decisiones de los varones. De este modo, el control que ejercen los varones sobre las decisiones sexuales y reproductivas de las jóvenes puede ser un factor central en esta incapacidad de éstas para decidir.

subyacen dos elementos: la capacidad de elegir —lo cual implica un contexto de libertad en el cual se dan elementos como educación y otras condiciones— y la capacidad de decidir.¹⁰ Las decisiones en torno a la reproducción serán variables, dependiendo de los elementos que capitalicen diferentes grupos de jóvenes para vivir una vida sana y plena.

Los y las jóvenes de diferentes sectores sociales y con distintas culturas, tienen distintas ventajas —o desventajas— frente a la toma de decisiones en materia de salud reproductiva. Ser una adolescente pobre, en áreas urbano marginales o rurales, con poca escolaridad, sin trabajo, sin acceso a educación de la sexualidad o información de calidad, a servicios de salud para adolescentes, no es la mejor condición para tomar cualquier decisión. Estas jóvenes no cuentan con los elementos que se requieren para poder ser las dueñas de sus cuerpos y de sus decisiones.

Es necesario considerar una condición que ejerce una enorme influencia en los procesos de decisión de las adolescentes. Me refiero a que estos factores son parte de una diada, ya que las relaciones sexuales, el uso del condón y en menor medida el uso de otros anti-

En este sentido, el uso o no uso, del condón, queda en las manos de ellos, con lo cual las jóvenes son aún más vulnerables en términos de un embarazo no intencional o de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Esta dimensión de género debería estar presente en todas las intervenciones y subyaciendo en todas las políticas de salud reproductiva, pero lo que se observa es que éstas se dirigen particularmente a ellas, a las mujeres, como si de ellas dependiera, en la realidad, las decisiones de un embarazo o no.

Las políticas, si de veras quieren intervenir, tienen que contemplar no sólo el peso de la fecundidad adolescente en la fecundidad global, sino los contextos sociales y culturales que se esconden detrás de un “comportamiento reproductivo de los jóvenes”. Y en esta mirada detallada, es necesario dejar los miedos, prejuicios y falta de conocimiento que son el tejido del “pánico social” hacia la sexualidad y las prácticas sexuales y reproductivas de los adolescentes.

Si las políticas persisten con un diseño y un discurso que contempla como objetivo a la “mujer” promedio, a la mujer adulta, unida o casada, inserta en un matrimonio, no llegarán a satisfacer los intereses y necesidades de los y las jóvenes en materia de salud reproductiva.

¹⁰ Sara Ruddick “Procreative choice for adolescent women” en *The politics of pregnancy*, Yale university press, London, 1993, pp. 126-143.