

La Planificación Familiar: ¿política demográfica del Estado o ejercicio de un derecho civil?

Nelly García Gavidia*
Morelva Leal Jerez*
y Dilia Flores Díaz*

Resumen

En el presente artículo¹ interesa conocer sí el Programa de Planificación Familiar es una política demográfica del Estado venezolano o si por el contrario es el ejercicio de un derecho civil de los venezolanos. Los objetivos para su desarrollo fueron: analizar las disposiciones que existen sobre el mismo y las condiciones de su funcionamiento e interpretar si en el uso de dicho programa las usuarias ejercen el derecho civil de vivir una sexualidad responsable. Para abordar el problema estudiado se partió del viejo supuesto maussiano de que la natalidad afecta las bases, la estructura y el funcionamiento de la familia, de la sociedad y por consiguiente no se limita sólo a los factores biológicos. En el trabajo se combinaron métodos: etnografía en dos centros hospitalarios y visitas domiciliarias a un grupo de mujeres, cuestionarios a usuarias del PPF, a médicos y para- médicos y análisis e interpretación de la documentación disponible sobre el mismo. Se concluye que: El PPF es una política del Estado a fin de garantizar el derecho del ejercicio de una sexualidad responsable; sin embargo, el grupo de mujeres entrevistadas tiene poca conciencia del ejercicio de sus derechos; e igualmente se observó que existe una tendencia a la disminución de la fecundidad motivado a factores socioeconómicos.

Palabras clave: Planificación familiar, política demográfica, sexualidad responsable, modo de reproducción, mujer.

Recibido: 28-05-01. Aceptado: 27-07-01

* Universidad del Zulia, Facultad Experimental de Ciencias, Departamento de Ciencias Humanas, Unidad de Antropología.

¹ Este artículo forma parte del Proyecto de Investigación “Evaluación del Impacto del Programa de Planificación Familiar” en la ciudad de Maracaibo/Estado Zulia, Venezuela. El proyecto fue financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y tecnología (CONICIT) y el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico (CONDES) de la Universidad del Zulia. El mismo fue coordinado por el profesor Víctor Piña y participaron los siguientes investigadores: Isabel Rodríguez, Nelly García Gavidia, Rosario Fonseca, Dilia Flores Díaz, Morelva Leal Jerez, Jorge Urbina y Jorge Pérez.

Family Planning: State Demographic Policy or the Exercise of Civic Rights?

Abstract

This paper is interested in determining whether the Family Planning Program represents a demographic policy of the Venezuelan Government or, on the contrary, if it is the exercise of Venezuelan civic rights. The objectives of the study were: to analyze the provisions that exist in referente to this program and the conditions under which it operates; and to interpret whether in participating in this program, the users are exercising their civic right to live a sexually responsible life. In order to focus on the problem under study, we began with the Maussian assumption that affirms that natality affects the basis structure and functioning of family and society and as result of this it is not limited only to biological factors. In this research various methods were applied: ethnography in two medical centers, home visits to a group of women; questionnaires applied to users of PPF, to physicians and paramedics; and analysis and interpretation of the available documentation on the topic. The conclusion was that: PPF is a state policy that guarantees the right to exercise responsible sexuality; however, the group of women interviewed had little consciousness of the fact that they were practicing of their rights. At the same time, it was observed that there is a tendency to diminish fecundity motivated by socio-economic factors.

Key words: Family planning, demographic policy, responsible sexuality, reproduction methods, woman.

Introducción

Durante el siglo pasado la sociedad venezolana sufrió cambios en lo tecno-ecológico, en lo tecno-económico y en lo demográfico. Este último aspecto estuvo caracterizado por un crecimiento poblacional bastante rápido originado por el decrecimiento de la mortalidad, por un violento crecimiento de la natalidad asociado al incremento de la población en condiciones de procrear (Valecillos, 1984: 42-73) y por la incidencia de la inmigración legal e ilegal.

Paralelos a estos cambios de los aspectos materiales de la sociedad venezolana se originaron cambios socio-políticos y culturales importantes y que tuvieron, a su vez sus efectos en los comportamientos y actitudes con respecto a la reproducción biológica y al cuidado de la prole. Así por ejemplo, la entrada de la mujer al mercado laboral y la instauración de un régimen político de democracia representativa que reconocía derechos individuales y asignaba recursos estatales para el cuidado de la salud, permitió que a partir de 1963 se reconociese oficialmente la necesidad, de lo que en los Estados europeos modernos se conoció con el nombre de Democratización del Control de la Natalidad.

Este es precisamente el centro de interés de este artículo, interrogarnos sobre el sentido de esa necesidad. Es una necesidad para el Estado implementar una política demográfica que permita planificar y regular los nacimientos de una manera racional con miras a modificar los costos y los

beneficios de la procreación. O es una respuesta del Estado al reconocimiento de la necesidad y demanda de los ciudadanos de ejercer su derecho a practicar una sexualidad responsable.

Para responder a esas dos interrogantes haremos una lectura crítica e interpretativa de: por una parte, las disposiciones legales y la manera como el Programa de Planificación Familiar es dado a conocer a la ciudadanía. Igualmente sacaremos conclusiones de las respuestas que un grupo de treinta mujeres nos dio al respecto, cuando participamos en el proyecto de investigación para hacer la: “Evaluación del impacto del Programa de Planificación Familiar”, en dicho proyecto nos tocó abordar la variable cultural. Así mismo, en ese proyecto se partió del supuesto de que la evaluación del Programa de Planificación Familiar era pertinente para estudiar los efectos del mismo en el comportamiento individual y colectivo de las usuarias. El marco de referencia adoptado fue integrador para facilitar el análisis e interpretación de los hechos relacionados con la atención de la salud reproductiva a la luz de los factores institucionales, económicos, sociales y culturales.

La Unidad de análisis del Proyecto estuvo conformada por las usuarias activas y no activas registradas en el año 1996, en los establecimientos de salud de los Municipios sanitarios Maracaibo y San Francisco donde funcionan los servicios de SPF (Servicio de Planificación Familiar). Se incluyeron además los jefes de SPF y su personal paramédico. Las usuarias activas son aquellas que utilizan algún método de Planificación Familiar y asisten regularmente al Servicio para su control y las usuarias no activas, llamadas también usuarias en pérdida de seguimiento, son aquellas que no concurren para su control durante el periodo de prórroga correspondiente al método utilizado (seis meses para estágenos orales y un año para dispositivos intrauterinos) y no se tiene ninguna información de su control en otro servicio o de su retiro del programa por razones médicas.

En este artículo se exponen los resultados del estudio de la variable cultural. Está dividido en cuatro partes, en la primera de ellas, que hemos denominado antecedentes del Control de la Natalidad, hacemos un resumen del modo como algunas sociedades humanas han regulado el crecimiento demográfico. En la segunda parte que hemos titulado, la particularidad del estudio de la variable cultural: método y teoría; exponemos la vía que seguimos para recoger la información y los supuestos teóricos que fundamentaron nuestro análisis. En la tercera parte, que hemos denominado, el contexto, se hacen las referencias a la institución estatal que promueve el Programa de Planificación Familiar (PPF) y en la cuarta parte hacemos el análisis de los discursos de las Mujeres para después sacar las conclusiones pertinentes.

1. Antecedentes del Control de la Natalidad

Una especie es exitosa no sólo por la capacidad de aprovechar su medio ambiente (soportar los valores extremos de temperatura y humedad y obtener alimento y energía del mundo que lo rodea) sino también por la capacidad que tenga para multiplicarse. Sin embargo, las proles muy numerosas se convierten en un obstáculo para la optimización de la vida del grupo, de tal manera que puede afirmarse que cada especie controla, muy precozmente, la densidad demográfica antes de que sean agotadas o sobre explotada las posibilidades alimentarias que le ofrece el espacio geográfico donde habita (Le Roy Ladurie, 1974: 1 00), así por ejemplo, cuando en el territorio de un grupo de roedores se introducen roedores machos de otro grupo, la inevitable multiplicación de los individuos trae como consecuencia heridas y pérdidas físicas, lo que acrecienta la tasa de mortalidad. Esta situación se repite en otros animales lo que contribuye a disminuir el crecimiento

demográfico que sería perjudicial para la buena armonía de diversos grupos en un mismo espacio proveedor de alimentos.

El hombre no escapa a esta situación. Ahora bien, la pregunta obligada es ¿se dan en la especie humana los mismos mecanismos que en las otras especies? Por lo que conocemos hasta hoy, parece que no; más aún puede afirmarse que en la vida social desarrollada por el hombre hay una opción biológica fundamental (Leroi-Gourham, 1971:,145) y exitosa. Sin embargo, porque lo que reportan los estudios arqueológicos, históricos y etnográficos tampoco es exactamente fiel a la realidad la sentencia bíblica cristiana de “creced y multiplicaos” ya que, en todas las sociedades humanas se dan controles demográficos de diversa naturaleza: unas veces conscientes, otras inconscientes y hasta de forma natural. Y la estrategia desarrollada por el hombre para lograr su mejor interacción con el medio ha sido la cultura. La cultura proporciona recursos para la adaptación y para el control de la fecundidad, mortalidad y natalidad, de tal manera que: “La adaptación mínima proporcionada por una cultura es aquella que permite a suficientes individuos sobrevivir y reproducirse, de modo que la sociedad mantenga a sus miembros y lleve a cabo las funciones indispensables para su perpetuación” (Beals y Hoijer, 1971-1981: 128).

Si damos una ojeada a la tasa de crecimiento de la población humana desde el paleolítico (una tasa del 0.0015%) hasta el año 1 después de Cristo (una tasa de un 0,5000%) se observa como característica de este largo período el lento crecimiento de la población humana, lo cual se debe probablemente a la vulnerabilidad de los medios de vida. Los datos reportados por los estudios arqueológicos, históricos y etnológicos demuestran que “las pautas humanas de reproducción raras veces se encuentran completamente a merced de los imperativos sexuales y ambientales, y que las tasas de población preindustriales reflejan algún tipo de esfuerzo de optimización realizado por individuos y por grupos, y no una rendición culturalmente irregular al sexo, al hambre y la muerte” (Harris y Ross, 1999: 9).

Las tasas de reproducción no dependen pues del apareamiento, como tampoco la concepción conduce de una manera cierta al nacimiento exitoso de un nuevo individuo, ni su nacimiento da seguridad para que se le críe y cuide. Las culturas de recolectores y cazadores desarrollaron una serie de mecanismos para influir sobre su reproducción, tales como, la inhibición reproductiva de las hembras subordinadas, el aborto, la lactancia prolongada y el infanticidio, etc. “En el transcurso de la evolución los seres humanos al contrario que otras especies empezaron a asumir un cierto control cultural sobre las posibilidades fisiológicas de aborto, al adquirir un variado repertorio de medios para provocarlo con mayor o menor éxito” (Harris y Ross, 1999: 38).

Después de las desglaciaciones los cazadores-recolectores habían migrado a la mayor parte de los rincones del mundo y habían igualmente desarrollado una gran variedad de comportamientos demográficos. La variedad de ecosistemas que fueron poblados representaron otro tipo de presiones y tensiones lo que trajo como consecuencia el desarrollo de diversos modos de vida, diferentes patrones de asentamiento, modificaciones en la densidad de población y transformación de los medios tecno-económicos.

A medida que van apareciendo las aldeas y se cambia la trashumancia por la vida sedentaria, con las aplicaciones que tuvo que adoptar ese modo de vida, tales como, cambios en los hábitos de apareamiento, así como en los de trabajo: la separación entre la economía doméstica y las formas de producción económica pública “en cuya separación las mujeres se vieron cada vez más sometidas

a exigencias laborales en forma de aprovisionamiento doméstico, preparación de alimentos y cuidado de los hijos (Harris y Ross, 1999: 82). Toda esta situación tuvo una incidencia directa en los cambios de patrón demográfico cuyo resultado fue un aumento de la tasa de crecimiento de la población. Este tipo de sociedades tenía capacidad para producir alimentos y para almacenarlos, así como también para acumular otro tipo de bienes como las herramientas y los medios de coerción (armas y bienes de valor simbólico). La necesidad de una fuerza de trabajo y de la defensa personal hace que se le de un gran valor a la procreación, lo que genera la tendencia a empujar el crecimiento poblacional hasta el límite de los recursos disponibles. Es el caso de Mesopotamia, Egipto y Mesoamérica donde la población creció no sólo por el exceso de nacimientos sino por la conquista y la incorporación de los vencidos.

El decrecimiento poblacional de estos centros imperiales se debió fundamentalmente a cambios políticos, nuevos centros sustituyeron a los viejos “como resultado de agotamientos del medio ambiente en los que intervenían, por separado o en diversas combinaciones problemas antropogénicos como la deforestación o el entarquinamiento de los ríos como resultado de una agricultura sobreintensiva (...) o por procesos naturales, como las inundaciones, los grandes cambios cismáticos o levantamientos tectónicos, fenómenos que podían transformar radicalmente el carácter de la distribución de los recursos” (Harris y Ross, 1999, 86).

En todos los imperios desde China hasta Roma la familia era numerosa; sin embargo, en todos ellos existía igualmente posiciones contrarias al crecimiento poblacional: infanticidio de las niñas, derecho jurídico del padre a determinar si debía o no conservar a cualquiera de los hijos (Roma), abortos, homosexualidad (Grecia, Perú, Roma son ejemplos de esa situación).

Con el desarrollo del cristianismo en el Imperio Romano, durante la Edad Media, se dan valores contradictorios con respecto a la natalidad y a la antinatalidad. Por un lado, se condena la satisfacción de deseos carnales y de la sexualidad, ésta solo se legitima dentro del matrimonio y para la procreación, se valora la virginidad, la castidad y el celibato; y por otro lado se creía que la procreación humana era necesaria para así aumentar los ciudadanos de la Ciudad de Dios, decía San Agustín.

En todo este periodo se utilizaron en Europa varios mecanismos para regular el crecimiento demográfico, entre los que pueden mencionarse: la variación de la edad al matrimonio, la mortalidad infantil, las actitudes antagónicas de los hombres frente a las mujeres, así como el control demográfico producido por infecciones. En este último caso se puede reseñar lo que la historia ha demostrado que desde el siglo XIV hasta el XVI se produce la globalización microbiana (fue la unificación de microbios en todo el planeta) que actuó como un verdadero movimiento de contragolpe a los repuntes demográficos que se venían dando en Europa desde los siglos XI y XII (Le Roy Laudurie, 1974:101).

Igualmente, la expansión colonial europea produjo un cataclismo demográfico, para citar un solo ejemplo recordemos el impacto que tuvo la conquista y colonización de América por parte de España y donde fueron arrasadas las poblaciones tanto del Caribe como de los otros territorios americanos. En este caso, la catástrofe demográfica fue una consecuencia de la proliferación de virus y enfermedades desconocidas para las poblaciones nativas y el sometimiento de éstas a demandas brutales de mano de obra en busca de oro, perlas y otras riquezas.

Con el desarrollo del capitalismo europeo y la expansión de los Estados coloniales algunos de ellos, como Inglaterra, experimentaron un alto crecimiento demográfico determinado por una pauta explotadora de: “producción de riqueza en el exterior y acumulación de riqueza mediante los diversos conductos de la actividad mercantil en el interior,” (Harris y Ross, 1999: 118). En este caso las clases con menos recursos sufrían las consecuencias de su explotación: una mayor reproductividad significaba a la larga mayor pobreza. En esta última situación se basó Malthus cuando señalaba que la gente era pobre porque representaba “un excedente que forzosamente hacía bajar los salarios conforme al proceso natural de la oferta y la demanda” (Harris y Ross: 165). Malthus era un antinatalista y por eso recomendaba, como medidas para disminuir la pobreza, los controles preventivos para reducir la natalidad.

La idea del desarrollo económico y el progreso continuo, y sostenido alimentaron la sociedad moderna, en la cual se dan otras condiciones de vida que originaron una transición demográfica que pasó de una reproducción de alta fecundidad a una reproducción de baja fecundidad. Los países industrializados son el mejor ejemplo de esta situación, basados en una poderosa y creciente tecnología, en la investigación sistemática de la naturaleza y la aplicación de los resultados en aras de aumentar la producción, así como también en una compleja y cambiante estructura ocupacional que los ha llevado a superar el crecimiento de la población, las familias dejan de ser numerosas: los hijos se convierten en una carga: “Hoy en día, los padres de la era industrial han olvidado lo útil que pueden ser los niños en casa. En otras épocas, en cambio, los adultos sabían que la vida iba a ser extraordinariamente dura sino conseguían criar un cierto número de hijos” (Harris, 1993:21 1). En todos estos países, es común el retardo del matrimonio y las prácticas de control de la Natalidad se han democratizado, con prácticas, generalmente, anticonceptivas y/o en casos extremos postconceptiva legalizando el aborto. Igualmente la ciencia y la tecnología indaga e invierte en la investigación de anticonceptivos cada día más eficaces. Por su parte los Estados hacen campañas para estimular y promover los nacimientos.

2. Las particularidades del estudio de la variable cultural: Método y Teoría

Para el estudio de la variable cultural, se tomó en consideración la particularidad de este aspecto de la vida humana, en consecuencia se procedió de manera diferente a la gran muestra de población que se tomó² en el Proyecto de Evaluación del PPF. Para el estudio de esta variable se seleccionó de la muestra general de usuarias con pérdida de seguimiento, un grupo de 30 mujeres atendidas en dos de los siete centros de salud seleccionados, el Ambulatorio Arreaza ubicado en el Barrio Cuatricentenario y la Maternidad Castillo Plaza, ambos situados en el Municipio Maracaibo. En el primero asisten las usuarias que habitan en el sector; en el segundo caso, las usuarias están

² Para determinar el tamaño de la población de; proyecto general, se seleccionaron los establecimientos que para el mes de junio del año 1998 estaban funcionando y disponían en sus registros de información relativa a las usuarias activas y de pérdida de seguimiento correspondientes al año 1996. El número total de usuarias que conformaron la población quedó discriminada en dos grupos: 7.456 usuarias activas y 1.581 usuarias en pérdida de seguimiento. Estos se distribuyen en siete establecimientos de salud: cinco del Municipio Sanitario Maracaibo y dos en el Municipio San Francisco. A partir del muestreo aleatorio estratificado para cada tipo de usuaria de acuerdo a los establecimientos de salud seleccionados, estableciendo un margen de error del 5%, se seleccionaron 380 usuarias activas y 319 usuarias en pérdida de seguimiento.

disgregadas en diferentes municipios del Estado Zulia; las residenciadas en Maracaibo están dispersas por toda la ciudad y sus zonas periféricas.

¿Cuál es la especificidad de la cultura que exige una manera particular de abordarla?

A pesar de las innumerables formas que existen de abordar la cultura, y las valiosas contribuciones de los intelectuales de diversas escuelas y corrientes, este es un concepto cargado de ambigüedades, pero y al mismo tiempo, una categoría con un valor expresivo y de utilidad para describir las prácticas y producción de sentido existentes en las sociedades humanas. En este caso, el interés era conocer la representación de las mujeres sobre la reproducción, la fecundidad, la toma de decisiones sobre el control de la natalidad y el uso de un Programa que se les ofrece desde el Estado, el cual para que sea exitoso necesita no sólo el ejercicio voluntario de ponerlo en práctica y la persuasión que se haga de uso, sino y sobre todo, es una práctica que necesita ser asumida y semantizada por parte de las actores implicados.

En consecuencia, se reivindicó el valor expresivo de la categoría cultura y se reconoció su utilidad, ya que todos los elementos citados en las líneas superiores, están directamente ligados con ella, puesto que la cultura impregna toda la vida humana, está en cada individuo y los individuos al mismo tiempo están en ella, “los individuos no pueden formar y desarrollar su conocimiento si no es en el seno de una cultura, la cual solo adquiere vida a partir de las interacciones cognitivas entre individuos: las interacciones cognitivas de los individuos regeneran la cultura, que regenera éstas interacciones cognitivas” (Morin, 1992: 23).

Ahora bien, la cultura como cualidad distintiva del hombre -quien comparte con todos los demás organismos vivos la naturaleza- que le permite compartir el mundo bajo un esquema significativo, simbólico, definido, concebido por él mismo y que nunca es el único posible (Sahlins, 1997: g), ofrece la posibilidad tanto de representar la experiencia de los sujetos como sus concepciones. Ya que es posible afirmar que la cultura se revela mejor en lo que la gente hace (desde los gestos), en lo que dice, en lo que dice que hace, y en la tensión que resulta de lo que la gente realmente hace y lo que dice que hace o debería hacer. Por esto se asume que requiere para su abordaje, para la aprehensión de los referentes, de un método particular que la Antropología ha desarrollado desde sus inicios, el cual es la etnografía.

La etnografía es un método cualitativo -con ventajas y desventajas- como cualquier otro método utilizado dentro de la ciencia social- que permite establecer una relación dialógica entre dos sujetos, el que investiga y ella o los investigados/as, con el objetivo de obtener los mejores resultados. En su forma más característica la etnografía implica la vivencia del investigador en el seno de una sociedad dada, a la cual ha ido para ejercer una doble función, observar al mismo tiempo que investigar, lo que se conoce con el nombre de situación etnográfica. Esta situación convierte al trabajo de campo en un lugar donde el etnógrafo pone a prueba una especie de conflicto existencias entre su conciencia como científico y la de ser un testigo indiscreto, en ella se pone a prueba el respeto a los otros y la evidencia del primer principio de la antropología actual que consiste en su rechazo de aportar juicios de valor sobre las sociedades y las culturas cualesquiera que ellas sean.

Atendiendo a este método, para la obtención de los datos se decidió la participación directa del equipo en la recolección de la información, para ello se realizaron permanencias en dos de los centros hospitalarios, ya citados anteriormente, y se hicieron visitas domiciliarias, a las treinta mujeres seleccionadas de la muestra. Las entrevistas fueron realizadas cara a cara, muchas veces participaron en ellas otros integrantes del grupo familiar o amigos de las entrevistadas; igualmente, fueron abiertas, no estandarizadas, en las cuales se partió de una lista temática para hacer preguntas referidas a: la familia, el parentesco, la reproducción, las responsabilidades, las prohibiciones, lo permitido, el control de la natalidad, el servicio que se presta en el Centro, el conocimiento /desconocimiento del Programa de Planificación Familiar. Además, se le dio oportunidad a las mujeres para que narraran alguna situación que recordasen sobre su experiencia cuando utilizaban el Servicio de Planificación Familiar.

De igual manera, el equipo se inspiró en la práctica etnográfica para la observación de los diferentes contextos donde se ubican las usuarias: en su residencia y en los dos centros. Aun cuando en la institución hospitalaria hay diferentes contextos, en nuestras observaciones se privilegió la antesala a la consulta y la oficina de las auxiliares donde se revisaron las historias y los registros que la institución lleva sobre las usuarias del PPE.

Además, en la recolección de los datos -siguiendo el modelo etnográfico- se prestó atención a los documentos escritos, tales como: a) las “Normas de Atención Materna y Planificación Familiar?”, emanadas del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Dirección Materno Infantil División de Atención Materna y Planificación Familiar; b) la “Norma oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva”, difundida por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social Dirección General Sectorial de Salud La Dirección de Atención a la Madre, Niño y Adolescente División de Salud Reproductiva; c) las historias médicas; d) la señalización de los horarios de consulta del Servicio de Planificación Familiar en los dos centros; y e) las carteleras en las cuales se promueve, en éstos el PPF.

Como herramienta para la interpretación de los discursos el equipo se ubicó en la etnolingüística, la cual parte del análisis de éstos en sus propios contextos y permite captar los contenidos expresados por las usuarias en las entrevistas realizadas. Es a partir de dichos enunciados como se podía aplicar la teoría para obtener los otros significados implícitos, no comunicados que permanecen ahí, en el interior de los universos significantes de los mismos.

Fundamentación teórica

Cuando en un proceso de investigación se elige el método a utilizar y las técnicas, sean las de recolección de la información como las analíticas, explicativas e interpretativas de los mismos, supone de antemano una selección de planteamientos teóricos previos. Es la oportunidad de darlos a conocer. En primer lugar, se ha considerado que cuando se abordan situaciones relacionadas con la salud es necesario tomar en consideración que ésta tiene aplicaciones tanto en el ámbito de lo público como de lo privado. En lo privado el individuo está inmerso en la familia, lo que le atañe a él, le atañe al grupo familiar; de igual manera está interrelacionado con las instituciones médicas y hospitalarias y participando de un sistema de relaciones sociales más amplias. La sociedad crea

instituciones que planifican, controlan, educan, prevén, todas aquellas situaciones ligadas a la salud, a la enfermedad, a la reproducción, a la vida y a la muerte.

Ahora bien, esta investigación toca directamente la evaluación de una institución de salud cuya finalidad está ligada a la reproducción biológica, a los mecanismos que utiliza el Estado venezolano (la sociedad) para controlar y regular el crecimiento demográfico y a las relaciones sociales concretas, tales como, la relación hombre-mujer y las relaciones médico, paramédicos - usuarios/as. Lo señalado anteriormente nos lleva a plantear el segundo supuesto del cual hemos partido, siguiendo a Marcel Mauss cuando afirma que:

“La demografía es totalmente sociológica.... Por otra parte, cierto número de problemas que, hasta ahora, eran puramente demográficos, dependen, sin lugar a dudas de toda la sociología. Por ejemplo, el de la natalidad, afecta evidentemente a las bases, a la estructura y al funcionamiento mismo de la familia, y por consiguiente, no se limita a factores biológicos puros... Todos estos problemas incumben no solamente a la demografía y a la geografía de las sociedades, sino que también supone el conocimiento de su vida total” (1972:144).

Ahora bien, si la cultura, como señaló al inicio de este capítulo, está íntimamente ligada con la significación que la gente le da a su vida y a sus acciones; en otras palabras está ligada con la práctica y producción de sentido de las sociedades humanas, que es transmitido de generación en generación. En consecuencia, la cultura tiene particular incidencia en las conductas, actitudes, juicios y valores que van a determinar el grado de aceptabilidad y accesibilidad de un programa de salud cualquiera, mucho más en un programa en el cual está implicada la reproducción biológica del sistema social.

De allí que, el tercer supuesto del cual hemos partido es juzgar que la reproducción biológica de los individuos del sistema social es un proceso que siendo natural y del dominio de lo privado, es al mismo tiempo cultural y del dominio público ya que por diversos mecanismos, a través de la historia, se ha ubicado bajo el control de la sociedad o del Estado. Así por ejemplo, en las sociedades preindustriales el grupo instituye reglas de alianza entre los sexos y regula el -nacimiento de los niños dentro de éstas alianzas; en las sociedades estatales se dio la responsabilidad al ciudadano para que tomase la decisión de procrear el número de hijos que deseara y que pudiese mantener. El ejercicio de este derecho civil está al, mismo tiempo promovido a través del diseño de políticas de Planificación Familiar coordinadas por el Estado. En América del Sur y particularmente en Venezuela, se ha seguido recientemente este mismo modelo.

Dado que esta investigación trata sobre la reproducción y el control de la natalidad lo cual tiene incidencia en la sexualidad, asumimos, de igual manera, que los sexos surgen de la evolución de las especies y repercuten en todos los niveles de la vida humana desde lo individual y lo social a lo espiritual y/o sublime. Sin embargo, la diferencia de lo masculino y lo femenino es específicamente humana y se vive como un encuentro: relacionalmente. Esta relación es fundamental para la especie y se objetiva en la diferenciación de lo masculino y lo femenino concerniente a los individuos hasta lo más íntimo de su autonomía personal; este es un fenómeno social que es vivido culturalmente.

Este tránsito de la especie a la persona es el mismo encuentro entre el hombre y la mujer, tal como se da en las culturas a través de los discursos y de las tradiciones. En dicho encuentro el cuerpo juega un rol fundamental no sólo como componente físico-químico o como unidad de un cierto número de funciones biológicas, sino sobre todo en la relación masculino-femenino donde el cuerpo se hace sexuado y se carga de sentido. En definitiva, las diferencias de sexo son biológicas y las de género, son culturales.

La relación entre los sexos no está en el origen de la familia, ni tampoco la fecundación ni el engendrar. Las variables formas de establecer los lazos conyugales que han reportado las descripciones etnográficas en diferentes partes del mundo, dan muestras de que la relación biológica no es de ninguna manera necesaria para la creación de un lazo de parentesco y de afección entre padre/madre/hijos, ni tampoco para la creación de la familia. Ahora bien, lo que la investigación etnográfica también demuestra, es que la articulación de lo biológico y de lo social en las sociedades humanas - en todas las épocas - conforma los grupos domésticos (familia) los cuales, a su vez, entrelazan a los individuos con la estructura social, o parafraseando a Claude Levi STRAUSS (1983) no habría sociedad sin familia, ni habría familias si no existiese sociedad. Dependiendo de sus contenidos culturales, éstas adoptan y se adaptan a sistemas de apareamiento y crianza de la prole los cuales han estado históricamente vinculados a lo tecno-ecológico, a los crecimientos o decrecimientos demográficos y a la participación de los adultos, hombres y mujeres en el proceso productivo. Así por ejemplo, en las sociedades pre-estatales como la de los indios hurones de Norteamérica la relación entre los sexos es de casi igualdad y existe un control social de su crecimiento/decrecimiento poblacional. En las sociedades agrícolas preindustriales son altamente valoradas las mujeres multíparas y las familias numerosas, la relación entre los sexos es de superioridad del hombre frente a la mujer. Por el contrario, en las sociedades industrializadas donde la mujer sale a competir con el hombre en el mercado de trabajo, se muestra predilección por las familias poco numerosas y la relación entre los sexos, a pesar de algunos derechos que la mujer ha adquirido, sigue siendo desigual. Se considera que el hombre tiene el predominio tanto a nivel económico, social como simbólico.

En consecuencia, es posible afirmar que la reproducción humana, a diferencia de otras especies animales, no está sólo vinculada al sexo. En el humano más que una pulsión o un apetito reproductor existe una pulsión y un apetito sexual que es regulado culturalmente,

“En ausencia de una fuerte pulsión o de un fuerte apetito reproductor, la selección cultural consiguió apoderarse de todos los mecanismos psicológicos y fisiológicos que anteriormente ligaban el sexo a la reproducción” (Harris, 1991: 206).

Esta regulación, que Marvin Harris llama “selección cultural”, comprende todos los mecanismos que en la historia de las sociedades humanas se han utilizado para establecer normas que controlen la sexualidad ligada a la reproducción. Entre ellas pueden citarse las prácticas postconceptivas como el aborto y el infanticidio, y prácticas anticonceptivas que pueden ir desde las lactancias prolongadas e intensivas hasta los métodos químicos anticonceptivos más avanzados utilizados en el mundo de hoy.

Paralelo a los avances que se han realizado en las políticas desplegadas para regular la sexualidad ligada a la reproducción, siguen existiendo en todo el mundo occidental cristiano principios básicos en, los cuales se fundamenta el apareamiento y que todavía hoy siguen sirviendo

de códigos simbólicos, tácitos, que modelan las representaciones y los comportamientos. Sirvan como ejemplo, los principios del Génesis que señalan la inferioridad de la mujer y que valoran negativamente el apareamiento. En otras palabras,

“la pareja es desde entonces condenada a copulaciones imperfectas, a no amarse sin vergüenza y la mujer sigue el castigo suplementario de la dominación del hombre y de los dolores del parto” (Duby, 1981:28).

En la modernidad occidental se igualó en derechos a hombres y mujeres, declarando a todo ser humano como libre y autónomo mas sin embargo, en los hechos, esta libertad y esta igualdad fue sólo para algunos privilegiados, ya que si bien se concibió a la mujer como la mitad del género humano, esta relación era asimétrica y la mujer no podía tener la pretensión de ser igual al hombre. En el transcurso de los siglos XVIII y XIX la situación comienza a mortificarse; se dan cambios en las disposiciones legales referentes a la necesidad de que hombres y mujeres reciban una educación común, de esta manera, se reconoce el derecho a la ciudadanía de la mujer. Esta consiste en el ejercicio de derechos civiles, políticos y sociales.

Hasta la primera mitad del siglo pasado en los Estados-Nación occidentales se desarrolló, de una manera más o menos general (sin olvidar las particularidades de cada uno de ellos y de sus legislaciones), una política familiar que acentuaba el valor positivo de la maternidad en las mujeres; con el transcurso del tiempo, la necesidad de incorporarlas al mercado de trabajo y el desarrollo en ellas de una conciencia de sus derechos y deberes fue modificando esta situación. Posteriormente, en las sociedades industrializadas, las mujeres interactuaron con ellos en el ejercicio de los roles de madre, esposa y de ciudadana. Al tiempo que reciben del Estado no solamente las políticas que se diseñan para ellas, sino las que ellas a su vez demandan.

El Programa de Planificación Familiar del Estado venezolano bien podría considerarse como una de éstas políticas en este doble sentido: por un lado, el Estado controla y reconoce el derecho que tienen los hombres y las mujeres a tener el número de hijos deseados; por el otro lado, las mujeres conscientes de su derecho al ejercicio de su sexualidad independiente de la función reproductora, demandan del Estado una política eficiente de Planificación Familiar.

Finalmente, se asumió en la investigación realizada que el Programa de Planificación Familiar es una de las prácticas donde se pone de manifiesto el ejercicio y el reconocimiento de la ciudadanía de la mujer. Entendida ésta como el reconocimiento por parte del Estado de los derechos civiles, políticos y sociales y, a su vez, la asunción de los mismos por parte de las mujeres. Es importante recalcar que la asunción de la ciudadanía pasa por el proceso vivencial de reconocer una identidad para sí, al mismo tiempo que una identidad para el otro.

3. El Contexto

Durante el siglo XX la población venezolana se caracterizó por tener un rápido crecimiento poblacional; una de las causas que pueden señalarse de éste es la elevada fecundidad que a su vez está asociada con el incremento de la población en las condiciones de procrear. A partir de la década de los años 60 hubo sin embargo una tendencia a la constricción de la natalidad impulsada por el descenso de la tasa de fecundidad. Este descenso probablemente esté relacionado con cambios de

modo de pensar y de comportarse en la sociedad, en los procesos de modernización vividos durante esa época, el mayor acceso de las mujeres a las universidades y como fuerza de trabajo y el cambio en la valoración de la familia numerosa altamente estimada en la Venezuela agraria.

Durante el siglo XX se dieron cambios que fueron significativos para la sociedad venezolana, fundamentalmente, por dos razones: en lo económico, ya que irrumpió un factor de riqueza proveniente de la explotación y comercialización del petróleo, que implicó cambios en lo tecno-ecológico y en lo tecno-económico; en lo social, ya que se consolidó el proceso democratizador que facilitó la incorporación de diferentes grupos sociales al desarrollo de la vida pública. Sin embargo, a pesar que un régimen democrático se instala a partir de una serie de acuerdos logrados entre diferentes actores sociales, el Estado venezolano continúa siendo el único y principal actor de las decisiones políticas, sin capacidad para avanzar en la formación de los individuos para el ejercicio de una democracia que permita al hombre y a la mujer el reconocimiento y la asunción de su ciudadanía no basada en el asistencialismo y la beneficencia sistemática sino en el pleno ejercicio de sus deberes y derechos. No obstante, en las dos últimas constituciones se reconoce el ejercicio de la civilidad, en la del 1961 sólo se enuncia y en la más reciente (1999) hay un mejor y más amplio tratamiento. En el artículo 76 de ésta última se garantiza el derecho de las parejas a decidir libre y responsablemente el número de hijos que deseen concebir y a disponer de la información y de los medios que les aseguren el ejercicio de este derecho y asigna al Estado la responsabilidad de garantizar asistencia y protección integral a la maternidad y asegurar los servicios de planificación familiar integral, basados en valores éticos y científicos.

En Venezuela el Ministerio de Sanidad y Asistencia social estableció como política poblacional la Planificación Familiar desde 1975, aun cuando con anterioridad -desde 1963- ya en algunos centros hospitalarios nacionales como la Maternidad Concepción Palacios se venía practicando algún tipo de guía y asesoramiento a las mujeres en edad reproductiva (Merchán, 1994: 17). Fuera del ámbito oficial sin lugar a dudas, las comunidades amerindias, así como en los otros sectores de la población venezolana han utilizado otros métodos de control de la natalidad dentro de los marcos culturales de estos grupos. Igualmente, también en las clases con mayores recursos se ejerce el derecho de tener los hijos que se deseen.

Una vez que el Estado asume el control, diseña una política de Planificación Familiar plasmada recientemente en dos documentos: Normas de Atención Materna y Planificación Familiar (1992) y en la Norma Oficial Venezolana para la Atención Integral en Salud Reproductiva (1998). Ambas señalan la garantía que debe dar el Estado para el ejercicio del derecho tanto a la información y la educación en salud reproductiva como a decidir libre y responsablemente el número de hijos que desea tener.

En el primero de estos documentos se define el Programa de Planificación Familiar como un derecho que tiene la pareja de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desee tener, así como también el momento cuando considere oportuno tenerlos, pero presenta o su objetivo principal la disminución de la morbimortalidad:

“Contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna, perinatal e infantil, mediante la reducción de la incidencia de embarazos no deseados, lograr un espacio intergenésico adecuado, aplicando métodos anticonceptivos y educación a la población, según el enfoque de riesgo en salud reproductiva. Asimismo, orientar y referir a las parejas

con infertilidad o problemas de sexualidad” (Ministerio de Sanidad. Normas de Atención Materna y Planificación Familiar: 1973).

En el texto de las normas puede leerse, sin mayor dificultad el doble sentido de ésta: por un lado reconoce el derecho individual a elegir el número de hijos a procrear y el momento cuando; por el otro en la definición del objetivo, el cual es más una meta que un fin de carácter cualitativo-operativo, se señala el carácter de política demográfica: reducción a mortalidad-morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. Es quizás por esta razón que en el PPF, en un primer momento, sólo se atendía a las mujeres de 18 a 45 años, se dejaba de lado al otro componente a pareja: el hombre. Igualmente, no preveía que el periodo de fecundidad de las mujeres se inicia en Venezuela a los doce años, dando como resultado que uno de los problemas más serios de la política de salud reproductora es el embarazo de adolescentes.

Otro de los componentes del objetivo del PPF es la educación, sin embargo en nuestro trabajo de campo pudimos darnos cuenta la escasa información que tenían las usuarias y la ausencia total del Programa en escuelas y liceos.

El segundo documento amplía considerablemente esta concepción y a partir de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud, se define la noción de Salud Reproductiva, como la capacidad os individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, rebasando de esta manera, la mera ausencia de enfermedad o afección en el proceso reproductivo para buscar un estado de bienestar físico, mental y social todos los aspectos relacionados con el sistema reproductor, sus funciones y procesos. La norma es definida en esta oportunidad como “normal oficial venezolana para la atención de integral en Salud Reproductiva”, al darle el carácter de integral incluye a toda la población en as las etapas de la vida y busca el equilibrio entre la natalidad/mortalidad buscando la optimización de la atención a hombres y mujeres. Además hace hincapié en atender “las necesidades de cada sexo” reconociendo sus particularidades.

4. Los discursos de las usuarias y su interpretación

Los dos establecimientos donde se realizó el Trabajo de Campo, prestan el servicio de Planificación Familiar. Uno en mejores condiciones que el otro. La maternidad Armando Castillo Plaza es un centro hospitalario de tipo A, esto quiere decir que está dotado para los servicios, de esta naturaleza. Debe tener tres (3) médicos especialistas (ginecólogos y obstetras), dos asistentes de servicio y una auxiliar de enfermería. Además las ventajas de su ubicación geo-espacial que favorece un amplio radio de cobertura ya que a las consultas acuden pacientes de los diferentes municipios del Estado Zulia e inclusive del país vecino. Estas condiciones favorecen la accesibilidad.

Las entrevistadas atendidas en este centro, manifestaron que la atención recibida era “buena”, fue casi unánime la respuesta para explicar que el abandono del servicio se debió a causas personales más no a factores internos de la institución. Entre esas expresiones manifestadas por las entrevistadas pueden señalarse las siguientes:

“Es bueno... nos explicaban todo... hacía ejercicios... ellas conversaban mucho con nosotros, nos explicaban todo lo que daba allí.. me atendieron bien”

“A la hora que uno llegaba estaban los médicos... había material” “... en la maternidad tratan bien... le explican... cuando llega la doctora en seguida me da el papel. A mí me gusta allá, es chévere.

En el Ambulatorio José Arreaza la situación es diferente; está ubicado en el Barrio Cuatricentenario, al suroeste de la ciudad de Maracaibo. Por ser un centro del tipo Cesta atendido por sólo un médico general y un asistente de servicio. El centro está dentro del Barrio, con buenas vías de acceso y transporte público, no obstante las entrevistadas -usuarias en pérdidas de seguimiento de éste ambulatorio- en su gran mayoría, no se sienten satisfechas con el servicio. En algunos casos, por la irregularidad de la asistencia del personal médico y paramédico. En otros casos, expresaban la poca confianza que les daba el que no hubiese un especialista y finalmente, se quejaban del tiempo que tenían que permanecer a la espera de la consulta.

“Mal, me cansé porque cuando iba, la doctora no iba”

“Bien, mejor en el Hospital (Cuatricentenario, ubicado en las proximidades del Barrio) que hay de todo, y le dicen a uno las cosas”.

“Cuando me atendieron lo hicieron mas o menos... pero uno pierde mucho tiempo cuando va... si ha venido la doctora lo atienden y de no , ni le avisan y uno tiene que estar ahí hasta el mediodía”

En los ejemplos señalados puede observarse en primer lugar la preferencia de las usuarias por aquellos centros que ofrecen todos los servicios y donde el personal cumple con los horarios de trabajo. En este sentido aun cuando el centro les quede cerca, prefieren utilizar servicios de hospitales grandes o inclusive consultas privadas.

Otro de los aspectos que pueden derivarse del discurso de las usuarias es la concepción que manejan del tiempo. Todas ellas expresan en una u otra forma la pérdida del tiempo en la espera de la consulta; ésta es una de las causas que las hace desistir de la asistencia regular al Servicio. Podemos señalar las siguientes expresiones en las cuales manifiestan los aspectos señalados:

“Solo fui una vez y perdí toda la mañana, después no fui más”

“Sé que ahí dan las pastillas y ponen el aparato... a mi me las han dado... lo malo es que se pierde tiempo... hay que esperar... si vas temprano pasas todo el día y si coges número y vas... después a lo mejor cuando llegas ya no hay nadie. El hospital es distinto hay especialistas... más recursos”

“Me cansé de no ser atendida, la doctora no viene. Tiene otros trabajos o amaneció de guardia en otro lado ...cuando no, es que no hay no está tan metido ahí, se cansa”.

Otra de las metas del Programa de Planificación Familiar es la educación de la población según el enfoque de riesgo en salud reproductiva. En el mismo documento contentivo de las normas

de Planificación Familiar se define que en el PPF el uso de enfoque de riesgo se hace en base a: “la identificación, prevención e intervención de los factores de que guían el uso de la metodología anticonceptivo y pre-concepcional” (Ministerio de Sanidad. Normas de Atención Materna y Planificación Familiar p.87).

Ciertamente el acceso y la aceptación de algún tipo de programa de salud pública debe ser mediado por la educación. En el caso particular de la Planificación Familiar esto es más trascendental; primero por el derecho que tiene el individuo de conocer y elegir el método que prefiera y en segundo lugar, por los riesgos que se derivan del uso indiscriminado de éstos. Por otra parte, el divulgar la información de manera clara y precisa evita las fabulaciones y permite que se cumplan los objetivos educativos del Programa. A este nivel, en los dos centros hospitalarios en los que hicimos nuestro trabajo de campo esto no se cumple: a) a las usuarias sólo se les da información en el momento de las consultas (aspecto evaluado por uno de los equipos que participó en el Proyecto) y en algunos casos en la sala de hospitalización cuando las mujeres guardan reposo después del parto; b) con respecto al material informativo escrito que pudiera ser conversado y discutido con la pareja no es difundido; de todas nuestras entrevistadas, solo una manifestó que le habían suministrado un folleto (que no leyó); c) la información publicada en las carteleras no es accesible, ni por la ubicación de éstas (demasiado altas o no visibles), ni por el contenido de la información, ni por su presentación. Además, a pesar de que en el Servicio de la Maternidad Castillo Plaza se ofrecen charlas y conferencias orientadoras, éstas no son aprovechadas por las usuarias básicamente porque no se les informa. En el Ambulatorio J. Arreaza no se realizan este tipo de actividades. Las charlas en liceos y escuelas básicas esporádica y durante el lapso trabajado no se había organizado ninguna.

A esta falta de orientación se debe el conocimiento errado en cuanto a los métodos usados, sus ventajas y los riesgos que se corren con los mismos. Ante la ausencia de información, las usuarias fabulan. Es el ejemplo de Zulema Martínez Ramírez de 28 años, quien utilizó el Programa después que se le lo recomendara el Médico que atendió su primer parto en la Maternidad Castillo Plaza, quien la remitió al ambulatorio Arreaza, el cual está ubicado diagonal a su vivienda en el Barrio Cuatricentenario. La entrevistada manifestó que al principio se controlaba con pastillas pero las dejó de tomar porque se le empezó a caer el pelo. Su hermana aun cuando sigue consumiendo las pastillas, confiesa que le han salido manchas en la cara y várices. Ambas nos preguntaron si es cierto que las pastillas dan cáncer, dan acidez, por la seguridad del “aparato”, la inseguridad de “los condones que se pueden romper”. Para cada una de estas preguntas tenían un ejemplo de referencia: “una amiga a quien las pastillas le dieron cáncer”, otra “amiga y vecina el aparato se le incrustó en el lado derecho del vientre y le provocó cáncer mortal”, otra “que vive ahí en el frente salió embarazada porque el preservativo se le rompió”. Informaciones de este tipo fueron reiterativas en el trabajo de campo, tenían miedo de utilizar algunos de los dispositivos intrauterinos por los daños que pudieran producir, pero de igual manera tenían reservas ante el uso de los estágenos orales, a pesar que una de ella los seguía usando.

Aquí podemos enunciar nuestra primera conclusión, los dos centros son accesibles desde el punto de vista de la ubicación espacial y de vialidad pública. Por otra parte, la Maternidad Castillo Plaza es un centro reputado por el trato que da a sus usuarias, por la disponibilidad de material y porque tiene el personal médico adecuado, no así el ambulatorio José Arreaza. Sin embargo, en ambos centros la accesibilidad al servicio falla en lo fundamental, es decir en la inducción de un cambio cultural a través de la educación.

El descenso de la fecundidad

Las usuarias en pérdida de seguimiento entrevistadas, a pesar de haber abandonado el servicio, continuaban utilizando de una u otra manera algún tipo de práctica anticonceptivo y en otros casos la esterilización femenina controlando así los embarazos no deseados. En esto coinciden con la muestra general de usuarias activas que mantenían un número de hijos adecuado al patrón de familia deseable (1 a 3 hijos).

En esta tendencia se revelan dos hechos: en primer lugar que las mujeres se automedican a partir del ensayo y error, o por la experiencia de alguna amiga, e igualmente se someten a esterilización total, temprana (muchas veces instadas por una mujer mayor, hermana o madre, y últimamente ven la salvación en el programa de esterilización que tiene el Plan Bolívar 2000 llevado a cabo por el ejército). Después de la intervención tampoco siguen control alguno y desconocen las aplicaciones de la esterilización. Aspecto que tiene incidencia en la asunción de la mujer como mujer y que abordaremos más adelante.

Las mujeres hablan así del abandono del Servicio:

“Solo fui una vez... se pierde mucho tiempo... me cuidó con pastillas”

“Si, entonces yo las compré, o sea, la pregunté a una amiga mía que trabajaba conmigo que qué pastillas tomaba ella? ella me dijo que tomaba la Marbeloc, y empecé a tomar esas...”

“Me quité el aparato y como decía que yo no iba a tener más familia, me lo retiraron. Me estaba sintiendo mal... no tomé anticonceptivos, salí embarazada después de once años, ahora me controlo yo...”

“Tuve prolaso, duró como dos o tres años en control allí, se vinieron las huelgas, entonces a los dos años volví.. y yo ya tuve dos años de operada...”

“No me controlo con nada porque me operé... así de un solo viaje se acabó el problema...”

En segundo lugar puede leerse que el descenso de la fecundidad está movido por una forma de pensar que tiene una causa económica.

“No, no hemos tenido mas hijos, no tenemos casa...”

“No creo que sea malo nada... hay tantas cosas que dicen que son malas pero la gente las hace ... Yo tengo tres y estoy desempleada ... como hago... peor es regalarlos”

“No, más malo es irse pal trabajo... uy! no tener quien los cuide porque son muchos... y no tener para darles de comer eso si es mato y la cosa no es fácil...”

“No creo... la situación no le permite teniendo tanta familia... usted sabe que no es igual alimentar nueve hijos que alimentar dos”

“cuando él tenía ya cinco años me dijo, bueno tu no vas a tener más hijos. Yo le dije me quiero quedar con los dos, como eran hembra y varoncito ... le dije, no mijo yo me quiero quedar con los dos, porque tu sabes uno no sabe ... porque además mi mama tuvo once hijos entonces no dio todo lo que nos tenía que dar y yo dije que a mi no me iba a pasar lo mismo con los hijos míos y él me convenció que si la hembra tenía quince años y yo le dije, bueno pero nada mas tres ... apenas que tuve los cuarenta días me fui a poner el otro aparato... hasta que me operaron...”

En todos estos discursos se destaca la presión que vive la mujer y algunas veces la pareja, porque sus recursos económicos son escasos para la manutención y crianza de los hijos. En las entrevistadas se observó que casi todas, salvo cuatro, en las que los recursos económicos eran aportados por el marido. Las otras además del ingreso del marido se dedicaban a vender rifas y loterías y dos de ellas que trabajaban en el sector público. En consecuencia podemos afirmar como segunda conclusión que, la decisión de reducir el número de hijos mas que el ejercicio de un derecho civil para el ejercicio de la sexualidad o el derecho de tener los hijos que se deseen, es una conducta determinada por una situación socioeconómica. Esto tiene aplicaciones en la cultura ya que ha habido un cambio con respecto a la manera de pensar en torno a la familia numerosa.

El deseo de control anticonceptivo: ejercicio de la ciudadanía?

Como se señaló anteriormente la decisión en torno al número de hijos que se va a tener es el ejercicio de un derecho de la mujer y de la pareja en tanto que ciudadanos. En nuestras visitas de campo pudimos constatar que en la decisión acerca de; número de hijos a tener influyen otros sujetos y otras situaciones diferentes como la económica citada anteriormente. No pudimos observar que las mujeres tuvieran conocimiento de su derecho a decidir cuándo y cuántos hijos va a tener y cómo va a controlarse.

Entre los sujetos que influyen en la toma de decisión está en primer lugar el deseo o no del marido de tener una familia numerosa; en segundo lugar, por sugerencia médica y en tercer lugar, por la referencia de una amiga o pariente.

“Sí, mi esposo no quiere que tenga más hijos... me cuido... uso pastillas que me parecen más seguras... una vecina (dijo) que los condones se rompen... el aparato no es tampoco seguro...”

“... (El se está controlando) Como no me estoy cuidando ... o sea... es decir.. no usa preservativos... nada de eso... él dice que hable con la doctora pa´ ver si “te pones esas ampollas que salieron nuevas”...

“Desde siempre quise cuidarme... antes de casarme una amiga me informó y me quería colocar el aparato, en el primer momento no pude porque salí embarazada de una vez ... no tuve tiempo de ir... después cuando tuve el segundo muchachito que fue ahí en la maternidad quise aprovechar y con mí amiga fui.. el doctor además cuando estaba ahí me habló de que ahí uno podía poner el aparato... le dije a mi esposo que me quería colocar el aparato pero el no me dejó..”

“Mi suegra... o sea la cuñada de mi esposo se veía ahí, y me dijeron que es bueno... que tal... anda... pero en fin.. fui y no volví.. me cuidó, más no siempre ya sabe... siempre tengo miedo de volver a quedar embarazada.. porque no le quiero parir más”.

En este tipo de discurso se pudo observar que en aquellos pocos' casos cuando la mujer tiene el deseo de no tener los hijos en un momento determinado, el hombre es quien toma la decisión de tenerlos, limitando el ejercicio de su derecho. En segundo lugar, las amigas y familiares, por diferentes motivaciones, la economía en primer lugar, y en segunda lugar la situación de inestabilidad de la pareja, por la cual las amigas y familiares lo recomiendan que “no le para más”. En tercer lugar, el médico aprovecha la oportunidad del control pre-natal y del parto para sugerir y motivar el uso del Servicio de Planificación Familiar, en esta última situación consideramos que estas situaciones coyunturales no propician ni garantizan un verdadero proceso educativo.

De todo esto puede deducirse nuestra tercera conclusión, las mujeres usan, dentro o fuera del Programa de Planificación Familiar, algún tipo de anticonceptivo más como una práctica social que como ejercicio de un derecho civil.

Las usuarias en pérdida de seguimiento: Una manera particular de pensarse a sí mismas

A pesar de las carencias que puedan tener los dos centros hospitalarios mencionados, la permanencia en el servicio de estas treinta mujeres no obedeció básicamente a la manera cómo se implementa el Programa de Planificación Familiar en ellos. Generalmente, coinciden en afirmar que dejaron de asistir al Programa porque “perdían mucho tiempo” o porque “les quedaba muy lejos”. Veamos los siguientes ejemplos:

“Yo no seguí yendo porque me quedaba lejos...”

“No ha ido más por falta de tiempo...”

“La última vez que fui fue en agosto ... tengo más de dos años de verme ... la última vez..”

“Porque me mudé... ahora me queda lejos... volver es muy difícil”

“Bueno no fui a la última cita porque me había dejado mi marido.... no voy es porque no tengo tiempo para mí”

En todos estos discursos puede leerse una manera particular de estas mujeres pensarse a sí mismas, ya que consideran que ir a una consulta para controlar el anticonceptivo que les fue prescrito o están usando es “perder tiempo”; es decir, no tienen tiempo para sí mismas ya que su tiempo, es un tiempo destinado al otro -marido, hijos, la casa, trabajo, los vecinos, etc.

Además de lo expuesto, no hay un reconocimiento de ellas en su propio cuerpo, éste es percibido como exterior a la persona de cada una de ellas. No era objeto de preocupación el no asistir a los controles, el automedicarse, tomando anticonceptivos no prescritos por el médico

tratante y en última instancia, preferían “cortarse las trompas” para “resolver el problema” antes que optar por la disciplina de asistir una o dos veces al año a su respectivo control.

“Sé que ahí hacen la citología... pero no he venido a hacerla desde hace dos años...”

“No sé, mi mamá dice que hacen citologías pero no he ido nunca... el doctor me mandó hacer una citología y una ecografía cuando se me movió la vaina... (se refiere al dispositivo intrauterino) pero no me las he hecho todavía...”

“Porque estaba tomando pastillas... las dejé... salí embarazada, aproveché y me operé”

“Yo me corté las trompas después del último niño, tuve parto riesgoso... tome pastillas me daban ganas de vomitar, he tenido mucho inconveniente y también ha sido en parte descuido mío...”

En las entrevistas realizadas indagamos en torno a la incidencia de elementos religiosos que constriñeran su actitud frente a la anticoncepción (la pertenencia a una religión determinada, por ejemplo). Al respecto todas ellas se confesaron católicas, pero ninguna conocía las prescripciones de la religión católica en torno a la anticoncepción. Sin embargo, en sus discursos de “no tener tiempo para” y en su poca preocupación por sí mismas se observa implícitamente que hay un sentimiento de minusvalía como sujetos, pero importantes como madres. Qué subyace en este tipo de representación y de práctica? Es innegable que la enculturación de estas mujeres no es ajena a los modelos existentes en el mundo occidental de concebir a la mujer en términos inferiores al hombre y darle como rol el ser madre, esposa o mujer de....

Conclusiones

La accesibilidad cultural hace referencia a los comportamientos, valores, representaciones, normas y actitudes de una población cualquiera que obstaculice o facilite el acceso al sistema de Planificación Familiar. En esta investigación hemos podido determinar que hay cuatro factores que obstaculizan profundamente el acceso y la aceptación en las usuarias de este servicio.

En primer lugar, la educación. Los dos centros observados eran accesibles desde el punto de vista de la ubicación especial y de vialidad pública. La Maternidad Castillo Plaza es un centro reputado por el trato que da a sus usuarias, por la disponibilidad de material y porque tiene el personal médico adecuado, no así el ambulatorio José Arreazá. En ninguno de ellos hay una inducción constante de la información acerca del Programa, sus normas, métodos y servicios prestados, de allí que después de más de diez años de vigencia no ha sido capaz de producir un verdadero cambio cultural referente a la manera como hombres y mujeres deben concebir la planificación familiar en el marco integral de la salud reproductiva. Este es uno de los problemas de la democracia en Venezuela, que a pesar de tener buenos instrumentos legales la escasa formación como ciudadanos hace de las disposiciones legales letra muerta. De allí que esta situación limite el Programa de Planificación Familiar sólo al ejercicio estatal de su política demográfica.

En segundo lugar, hemos observado que el descanso en la fecundidad es una conducta determinada por una situación socioeconómica. Esto tiene aplicaciones en la cultura ya que ha habido un cambio con respecto a la manera de pensar en torno a la familia numerosa.

En tercer lugar se deduce de nuestro trabajo, que el Programa de Planificación no es reconocido como un derecho individual ni de la pareja. Las mujeres usan, dentro o fuera del Programa de Planificación Familiar, algún tipo de anticonceptivo más como una práctica social que como ejercicio de un derecho civil.

En cuarta lugar, la concepción desvalorizada de las mujeres y la desidia al asumir su cuerpo, como consecuencia de los valores de inferioridad con respecto al hombre y centrar su valor en los roles de madre, esposa o mujer de...

Bibliografía

- BEALS, R. L/ HOIJER, H. 1971-1981. **Introducción a la Antropología**; Editorial Aguilar, Madrid.
- BARREIRO, Line y Ciyde Soto. 1981. **Ciudadanas. Una memoria Inconstante**. Centro de Documentación y Estudios. Nueva Sociedad. Caracas.
- BONILLA CASTRO, Elssy. 1993. "Género, Familia y Sociedad: La aproximación sociológica" En: **Fermentum**, Revista Venezolana de Sociología y Antropología, Año 3, No. especial 6-7, enero- agosto. ULA, Mérida, p.p. 26-41.
- BURGUIÉRE, A, et al. 1992. **Histoire de la famille, 1. Mondes lointains, mondes anciens**, Armand Colin, Paris.
- CARRERA DAMAS, Felipe. 1983. "La pareja sexual, verdadera célula biosocial. Su trayectoria antropológica y su proyección cultural" en Hernández Serrano, R & Parra Colmenarez, A (edit.) **VI Symposium Internacional Sexualidad, Cultural y Antropología**. FMV-SAS - INSM - UCV - WAS, Caracas p.p 9-1 9.
- CLIMENT, Graciela y Ana M. Mendes. 1986. "Accesibilidad Cultural: Satisfacción de las necesidades en la relación medico-paciente" en: **Revista Internacional de Medicina Familiar**. No.3, 4to. Trimestre.
- CARVALLO, Gastón, Ocarina Castillo y Nestor Prato Barboza. 1990. **Desobediencia Social en Venezuela**. No. 3. Colección José Agustín Silva Michelena. CENDES, APUCV. Caracas.
- DUBY, Georges. 1981. **Le Chevalier La Femme et le Pretre**. Hachette. París.
- DUBY, Georges y Michelle Perrot. 1993. **Historia de las Mujeres. Tomos 1, 6 y 9** Editorial Taurus. Madrid.

- FERNANDEZ PONCELA, Anna M. 1 995. “Tiene género la política Social? En: Carlos M. Vilas (Coord.) **Estado y Políticas Sociales después del ajuste**. Universidad Nacional Autónoma de México - UNAM, Nueva Sociedad, Caracas.
- FLORES DIAZ, Dilia A. 1994. “**El enfermo y su entorno**” En: **Opción** año 10, No. 13. LUZ, Facultad de Ciencias Departamento de Ciencias Humanas, Maracaibo. Pp.43-70.
- HARRIS, Marvin. 1984. **Introducción a la Antropología Cultural**. Alianza Universidad. Textos. Madrid.
- HARRIS, Marvin. 1991. *Nuestra Especie*. Alianza Editorial. Madrid.
- HARRIS, Marvin y ROSS, Eric B. 1 999. **Muerte, sexo y fecundidad**. La regulación demográfica en las sociedades preindustriales y en desarrollo. Editorial Alianza- Madrid.
- LEROI-GOURHAM, A. **El Gesto y la Palabra**; Ediciones de la de la Biblioteca, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
- LE ROY LADURIE, E. 1974. “Homme-animal, nature -culture les problemes de l'équilibre démographique” en Morin, E. et al.;- **L'unité de l'homme. 3. Pour uno Anthropologue Fondamentale**; Points Éditions du Seuil, Paris.
- LÉVI STRAUSS, C. 1983. **Le regard éloigné**, Plon, Paris.
- LONDOÑO, María Ladi. 1990. “**Sexualidad Femenina como práctica de Libertad**” En: Nueva Sociedad. No. 109. Caracas. Editorial Nueva Sociedad. Septiembre-Octubre pp. 90-98.
- MARTIN F, Gustavo R. 1983. “Parentesco, Sexo y Poder” en Hernández Serrano, R & Parra Colmenarez, A (edit.) **VI Symposium Internacional sexualidad, Cultural y Antropología**. FMV - SAS - INSM - UCV - WAS, Caracas. p.p 93 -109.
- MAUSS, Marcel. 1972. “**Sociedad y Ciencias Sociales**” En: *Obras III*, Barrall Editores. Barcelona.
- MERCHAN LOPEZ, Darío M. 1994. **Planificación Familiar. Anticoncepción**. Universidad de Los Andes. Consejo de Publicaciones. Mérida. Venezuela.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y ASISTENCIA SOCIAL. 1992. **Normas de Atención Materna y Planificación Familiar**. Primera Edición. Caracas.
- MORIN, Edgar. 1992. **El método. Las Ideas**. IV. Editorial Cátedra. Madrid.
- MOORE, Jane. 1 995. “Theorizing the body”'s fictions” in ADAM, B & ALLAN, S (edits.) **Theorizing Culture**, University College London (UCL). PP. 70-86.
- SAHLINS, Marshall. 1997. **Cultura y Razón Práctica**. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica; Gedisa, Segunda edición, Barcelona.

RODRIGUEZ, Josep A. & DE MIGUEL, Jesús M. 1990 **Salud y Poder**. Siglo XXI, Madrid.

VALECILLOS, Héctor. 1984. “**La dinámica de la población y del empleo en la Venezuela del siglo XX**” En: NAIM, M y PIÑANGO, R (coord.) El caso Venezuela. Una ilusión de armonía. Ediciones IESA. Caracas.