

DERECHOS REPRODUCTIVOS, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y PLANIFICACION FAMILIAR

Dr. Miguel R. Sosa Marín

Ministerio de Salud Pública
Sociedad Cubana para el Desarrollo de la Familia



primeros programas de trabajo, entre los que se destacaron: Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil, más tarde Programa de Atención Integral a la Mujer y el Niño, Control de Enfermedades Transmisibles y los Programas de Higiene Rural y Urbana. Se creó el Servicio Médico Rural y otra serie de medidas y acciones que sentarían las bases de los logros en materia de salud.

Entre los programas de primer orden ha estado el de la Atención a la Madre y el Niño, que se ocupa de la atención pre y post natal, la atención al parto, el control del niño sano y la atención al puerperio. Vinculada directamente a esto, se encuentran las acciones encaminadas a la planificación de la familia, ya sean de información, orientación, educación y servicios que venimos desarrollando desde hace años y que han mejorado notablemente la calidad de vida del binomio madre-hijo y el bienestar de la familia.

Todos los programas de Planificación Familiar en el mundo responden a determinadas políticas y aunque en Cuba no ha existido una política poblacional en el sentido de aumentar

E

n Cuba, desde hace más de 30 años, las actividades de planificación de la familia han estado vinculadas principalmente con la salud de la mujer y el niño, y también en función del libre derecho de la pareja a la reproducción.

En nuestro país, a partir del triunfo de la Revolución en 1959, se sucedieron cambios y transformaciones sociales profundas entre las cuales, y como prioritarias, estuvieron las relacionadas con la salud del pueblo y así el Ministerio de Salud Pública creó los

o disminuir la misma, si existen una serie de principios básicos del derecho de la familia, la pareja y en específico de la mujer, a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos de estos; se respeta el derecho de libre decisión, el ejercicio de igualdad de la mujer y se trabaja por disminuir el riesgo materno-infantil.

El Programa de Planificación de la Familia propicia el desarrollo de la salud reproductiva, el respeto a derechos básicos como el de la reproducción y avances en el proceso de transición demográfica de la fecundidad y mortalidad, principalmente la infantil y materna y por ende a contribuir a la concepción actual de familia cubana que además se caracteriza por expectativas de baja fecundidad.

El programa persigue lograr una actuación o acción consciente basado en el sentido de responsabilidad de las parejas, de hombres y mujeres para tener hijos, y está dirigido a que se tengan los hijos que se deseen en el momento más favorable y oportuno para el niño, la madre y la familia, de manera tal que tengan las condiciones apropiadas para su desarrollo integral.

Dirige sus acciones a propiciar información, orientación, educación y servicios a las parejas, incluidas las infértiles. Con este programa se han obtenido logros significativos en la salud de madres y niños, pero aún se persigue mejorar algunos aspectos.

Tiene sus bases en un trabajo comunitario, interdisciplinario y multisectorial, que se apoya en el subsistema de la medicina familiar. Es en el Consultorio del Médico de la Familia donde se realizan la mayoría de las acciones encaminadas a mejorar la Salud Reproductiva y la Planificación Familiar.

Recientemente se ha estructurado a nivel de policlínicos seleccionados (áreas de salud) una consulta especializada de Planificación Familiar, que está dotada con «métodos eficaces y modernos» de Planificación Familiar y que está orientada fundamentalmente a la atención de los casos de más alto riesgo reproductivo y que no se

pueden solucionar con método más tradicionales o en el Consultorio del Médico de la Familia. En estas consultas o servicios se brinda una atención más especializada en aspectos reproductivos, tanto en anticoncepción como en infertilidad, algo que antes sólo podía brindarse en la atención secundaria. Esta se brinda por un equipo que integran básicamente: un ginecobstetra, un Médico de la Familia, un psicólogo, un clínico, una trabajadora social y una enfermera obstétrica, además, pueden insertarse para interconsultas otros especialistas.

Los aspectos de información, orientación y educación en Planificación Familiar se realizan en todos los niveles y se insertan en la estructura territorial e interdisciplinaria.

En Cuba ha habido un descenso de la fecundidad tal que la ha colocado en niveles similares a los países más desarrollados. Según vemos, ésta tiene tendencia a disminuir y colocarse, según datos provisionales del Ministerio de Salud Pública en una tasa de alrededor de 50 por 1000 mujeres de la edad fértil (15-49 años).

Más evidente sería señalar que la Tasa Bruta de Reproducción en los últimos años ha oscilado entre 0,8-0,9

hijas por mujer, lo que estaría por debajo de la Tasa de Reemplazo de 1,2.

Son significativos los logros en materia de salud en Cuba, muchos de ellos vinculados directa o indirectamente a las acciones de planificación de la familia. Entre los principales se destacan la significativa reducción de la mortalidad infantil y materna (Tablas Nos. 2 y 3)

Alrededor de 1990 se estimaba por las organizaciones internacionales que sólo 19 países del mundo presentaban tasas globales de fecundidad inferiores a la cubana y Cuba se cuenta entre los países en vías de desarrollo como el que más ha logrado reducir su tasa con un esfuerzo moderado en Planificación Familiar (Ver Gráfico No. 1)

No existen datos a nivel nacional sobre el conocimiento de Métodos Anticonceptivos (MAC) de la población cubana antes de 1959. Es en la década del 70 que se realiza por primera vez una serie de encuestas locales sobre conocimiento y uso de MAC, y no es hasta 1987, en que se lleva a cabo la Encuesta Nacional de Fecundidad, que se obtiene información detallada al respecto (Ver Gráfico No. 2).

Según análisis de la encuesta, existía una alta prevalencia en el uso y

TABLA No. 1 FECUNDIDAD SEGUN EDAD DE LA MADRE

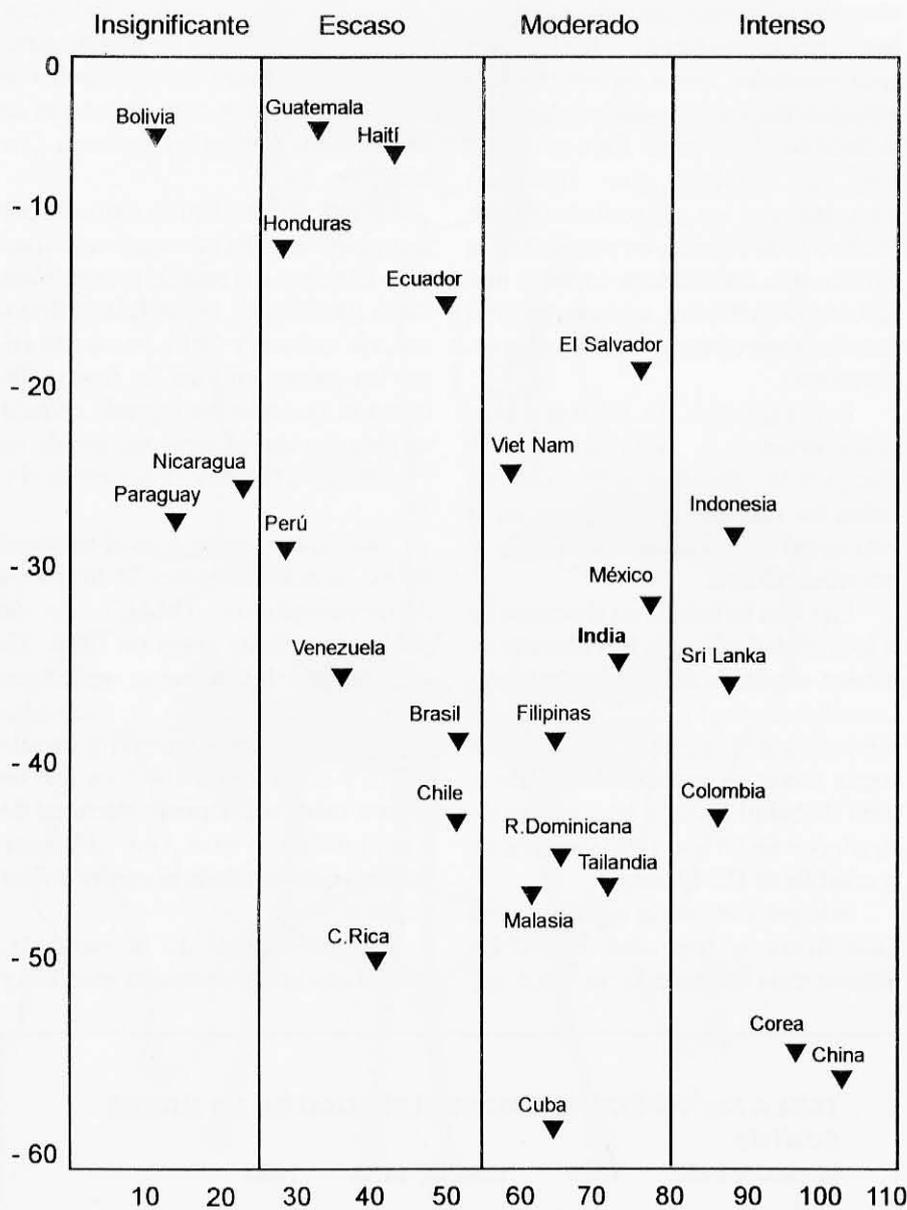
Edad de la madre	1980	1985	1990	1992	1995
15-19	66,3	92,9	77,5	66,5	68,0
20-24	116,8	126,8	113,9	95,4	95,5
25-29	70,9	95,7	97,4	78,8	79,0
30-34	37,4	46,5	56,1	43,0	39,5
35-39	16,2	18,5	17,5	16,0	15,5
40-44	4,6	3,9	3,3	2,6	2,3
45-49	1,8	1,2	0,3	0,4	0,4
TOTAL	56,3	66,1	62,1	50,9	49,9

Tasa por 1000 mujeres de la edad

Fuente: 1975-1990 Comité Estatal de Estadísticas

1992-1993 Provisionales estimadas por el MINSAP

GRAFICO No. 1
REDUCCION DE LA TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD SEGUN
EL ESFUERZO DE PLANIFICACION FAMILIAR.
PAISES SELECCIONADOS. 1960 - 1965 A 1990-1985.



Índice de Esfuerzo de Planificación Familiar

Fuente : Encuesta Nacional de Fecundidad

De este último aspecto podemos señalar que no se detectó ninguna mujer con menos de 20 años esterilizada con fines anticonceptivos. En nuestro país existen regulaciones con relación a la salud, y así existe una regulación sobre la esterilización quirúrgica femenina, que para realizarla debe cumplir determinados requisitos vinculados a la edad, voluntariedad y paridad.

Por otra parte, los niveles de fecundidad se han homogeneizado entre los diferentes territorios, no observándose grandes contrastes entre ellos, aunque continúa siendo la zona oriental, específicamente la provincia de Guantánamo, la de valores más altos (tasa bruta de reproducción 1,16 como valor extremo, y una natalidad superior a 15 en 4 de las cinco provincias orientales, aunque ésta también ha experimentado un descenso hasta alrededor de 14. (Ver Gráfico No. 3).

La regulación de la fecundidad por parte de la población constituye un aspecto definitorio en los niveles alcanzados por esta variante en Cuba. El análisis sobre los determinantes de la fecundidad ha demostrado que el uso de MAC ha sido el factor más importante en la reducción de la fecundidad, antes que el aborto y la nupcialidad. La utilización de los métodos anticonceptivos, así como la práctica del aborto presentan una difusión general en el país, debiendo interpretarse como el ejercicio de un derecho que se proporciona; además, en el caso del aborto voluntario, se logra hacerlo en condiciones adecuadas y por personal calificado, ya que existe en nuestro país, en todos los territorios, servicios

conocimiento de anticonceptivos en el grupo de mujeres encuestadas, que era del 84% para las que lo habían utilizado alguna vez, y del 68% para las que lo utilizaban en el momento de la encuesta. El 97% conocía los métodos anticonceptivos, fundamentalmente aquellos catalogados como eficaces, en primer lugar los dispositivos intrauterinos, las tabletas y la esterilización quirúrgica femenina.

TABLA No. 2 MORTALIDAD INFANTIL

	1975	1980	1985	1990	1992	1993
TOTAL	27,5	19,6	16,5	10,7	10,2	9,4

Tasa por 1000 nacidos vivos

Fuente: Estadísticas del Ministerio de Salud Pública

GRAFICO No. 2

Nivel de conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos. Cuba por zonas .

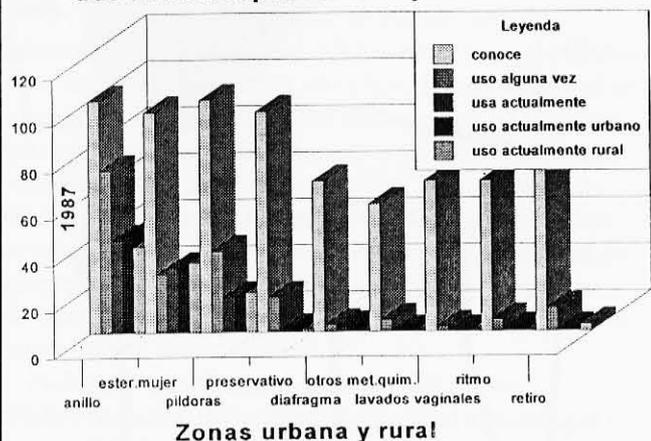


GRAFICO No. 3

NATALIDAD

1970-1993

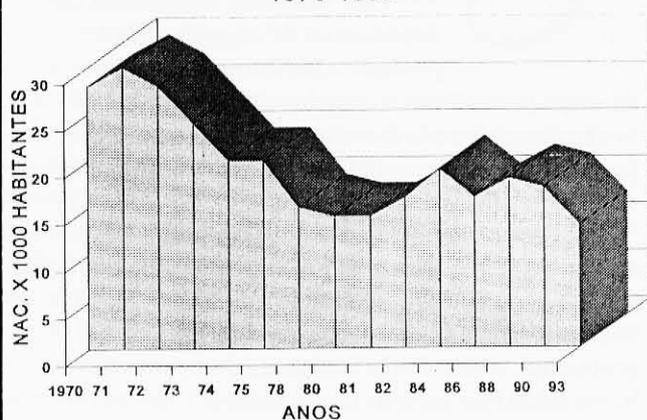


TABLA No. 3 MORTALIDAD MATERNA DIRECTA

	1970	1980	1992	1993
TOTAL	70,5	52,6	33,0	26,9

Tasa por 100,000 nacidos vivos

Fuente: Estadísticas del Ministerio de Salud Pública

TABLA No. 4 INDICADORES SELECCIONADOS SOBRE ABORTOS

AÑOS	TOTAL	ABORTOS INDUCIDOS		
		POR 1000 mujeres	POR 100 partos	POR 100 embarazadas
1970	70,521	36,1	31,9	24,2
1975	126 107	57,4	65,4	39,5
1980	103 974	42,1	76,1	43,2
1985	138 671	55,0	83,6	43,3
1986	160 926	50,6	96,6	49,1
1990	147 530	45,6	78,3	43,9
1991	124 059	38,3	78,4	43,9
1992	111 107	33,8	70,0	41,1
1993	86 906	26,6	56,6	36,0

* Por 1000 mujeres entre 12-49 años de edad

Fuente: Estadísticas del Ministerio de Salud Pública

de aborto en los diferentes hospitales.

El aborto en Cuba es institucional, responde básicamente a un derecho en la esfera reproductiva y en la igualdad entre los sexos, también a indicaciones médicas y se limita hasta las diez semanas de embarazo, solamente realizándose posterior a esta etapa cuando existen indicaciones extremas. Independientemente a que exista esta flexibilidad, aceptación y facilidad para la realización de una interrupción de embarazo, este proceder no sustituye nunca a los métodos anticonceptivos y es uno de los objetivos de salud disminuir la incidencia del aborto por una utilización inadecuada de los MAC. En investigaciones realizadas se ha detectado que un porcentaje importante de abortos ocurre por una actitud de descuido de la pareja ante el embarazo y otra parte por falta de métodos anticonceptivos. De ahí la importancia de contar con MAC eficaces y hacer una adecuada utilización de los mismo.

Aunque no podemos decir que tenemos logros en la disminución del aborto, si se observa tendencia a la disminución, ya que en 1986 se cuantificaba 96,6 abortos por cada 100 partos, y en 1992 este indicador fue de 70,0 por cada 100 partos, y en 1993, según datos preliminares es de 56,6 por cada 100 partos (Tabla No. 4) □



En Cuba, donde el aborto es legalmente aceptado y también lo es desde lo social por una parte considerable de la población, resulta poco frecuente que la mujer que opta por esta decisión, presente síntomas conscientes de depresión o de angustia. Es probable que los sentimientos

de culpa y de temor no incidan de la misma forma que refiere la literatura sobre el tema, pues para muchas es algo desmitificado desde antes de comenzar su vida reproductiva.

El tema del aborto es conocido y además estudiado desde hace muchos siglos y cinco siglos a.n.e. el juramento Hipocrático tiene en cuenta las inquietudes respecto al difícil problema. A través de la historia de la humanidad han variado las opiniones respecto a la aceptación o no de interrumpir el proceso de la gestación, guiados éstos por el sentido que para unos y otros tiene la vida. El criterio que se asume sobre el comienzo de la esencia humana, vida o alma, ha variado de acuerdo con cada momento del desarrollo; desde cuando puede vivir separado de la madre, los primeros movimientos fetales, la formación de los órganos genitales externos, asignando momentos diferentes para los sexos, la implantación del embarazo en el útero, la diferenciación del embrión a los 15 días de la fecundación, o sencillamente desde que comienza la multiplicación celular, basándose en que allí está todo el contenido genético humano.

En la actualidad son retomadas con fuerza estas discusiones y los aspectos filosóficos sobre la vida se refuerzan con los adelantos científicos que permiten estudiar el desarrollo del ser humano desde los inicios; y para unos, a partir de allí, se deben aplicar las normas vigentes que para el respeto de la vida asume la sociedad.

Paralelo a esto la violenta realidad de tantas mujeres que en el mundo comienzan un embarazo no deseado y que, por desconocimiento o desesperación muchas arriesgan o pierden la vida, exige de la legislación y de los servicios asistenciales el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos, para lo cual debe estar en común acuerdo la pareja y en última instancia queda en manos de ella. Esta posibilidad como último recurso evita que la mujer arriesgue su vida.

Al abordar las expresiones psicológicas que acompañan a este problema, podemos tener en cuenta varios aspectos: de ellos y en primer término, lo relacionado con el rol de género. Lo verbalizado y legalizado expresa que ser mujer no necesariamente implica ser madre y, sin embargo, el imaginario social



conserva la idealización de la maternidad como meta de completud del rol femenino. Desde los juegos infantiles ser mamá es lugar de privilegio. Al abordar la adolescencia, la idealización se debate con el peligro y sólo después de los 20 años regresa a su trono.

Es posible que en la medida en que avanza la adolescencia como confirmación de «ser mujer», ella desee comprobar su posibilidad de quedar embarazada y quizás también compensar sensaciones de minusvalía o inseguridad propias de la etapa del desarrollo con aquello que todos glorifican: la maternidad, sin pensar que aún su madurez no le permite asumir sin altísimo costo lo que reclama de una mujer adulta. Respecto al rol del hombre, hasta ahora no puedo asegurar que tenga presente la paternidad desde la infancia; sin