

01070



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE FILOSOFIA Y LETRAS

COLEGIO DE PEDAGOGIA

9
Zej

UN CAMBIO DE PARADIGMA EN LA CONCEPCION Y ABORDAJE CURRICULAR PARA LA FORMACION MEDICA EN EL AREA DE SALUD REPRODUCTIVA

T E S I S

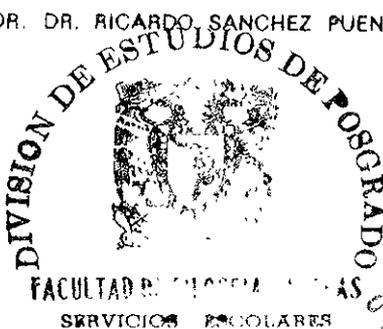
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRA EN PEDAGOGIA PRESENTA :
RAFAELA LETICIA MORALES PEREZ



ASESOR. DR. RICARDO SANCHEZ PUENTES

MEXICO. D. F

1998



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

265750



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

A Ricardo Sánchez Puentes por su valioso apoyo de carácter teórico y metodológico en el campo de la investigación en las ciencias sociales.

A Juan Guillermo Figueroa por sus aportaciones en el área de la salud reproductiva en la perspectiva de género.

A Gilberto Guevara Niebla cuyo pensamiento me llevó a interrogarme acerca del curriculum desde los referentes de la cultura.

A Rosario Camus Gómez por su apoyo sobre políticas de población y de salud.

A Claudia Moreno Pérez por su valioso apoyo en la captura del trabajo.

INDICE

Introducción IX

CAPITULO 1. La salud reproductiva (SR) en el marco de la educación en población (EP).

1.1 El debate internacional sobre la EP y antecedentes de una de sus áreas: la SR. 14

1.2 Una demarcación necesaria en EP y por lo tanto en SR: la delimitación de grupos de población y grupos de edad. Los jóvenes del campus Ciudad Universitaria. 35

CAPITULO 2. Contexto de la EP y la SR en México.

2.1 Consideraciones Generales.

2.2 Documentos oficiales en los que se fundamenta la EP y la SR. 43

2.2.1 Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. 49

2.2.2 Programa Nacional de Población 1995-2000.	53
2.2.3 Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.	57
2.2.4 Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000.	63
2.2.5 Los programas de PF como antecedente del concepto de SR.	65

CAPITULO 3. Referentes teóricos.

3.1 De la dimensión interdisciplinaria a un proceso de hibridación: El componente demográfico y el educativo para abordar la SR.	71
3.2 La perspectiva de género en el análisis de la formación curricular médica en SR.	86
3.3 La SR: un concepto multirreferenciado.	91
3.4 El curriculum desde una perspectiva de selección cultural.	101
3.5 Algunas corrientes de pensamiento que interpretan el saber y la práctica médica.	114
3.6 Una interpretación de la medicina desde la antropología y la sociología médica.	119

CAPITULO 4. La formación curricular de las y los estudiantes de la Facultad de Medicina y la SR.

4.1 Mediaciones o conexiones curriculares relevantes en la formación de las mujeres y los hombres en formación médica sobre SR.	125
4.1.1 El Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM y la SR.	131
4.1.2 Un grupo de población de hombres y mujeres jóvenes, en la transición de su curso de vida de la formación universitaria a la práctica profesional.	137
4.1.3 Los rituales de la cultura médica en el curriculum oculto de la Facultad de Medicina.	148
4.1.4 La orientación de la práctica profesional de corte clínico. La salud pública y el código ético.	157
4.1.5 El Plan de Estudios. Los servicios de salud y la política demográfica.	168

CAPITULO 5. La SR: un área de la EP en la perspectiva de género que reclama develar las mediaciones sociológica y educativa en la formación curricular de las personas que estudian medicina.

5.1 Argumentos para un cambio de paradigma	172
5.2 La necesidad de situar a la SR en un contexto social	176
Conclusiones	182
Bibliografía	196
Hemerografía	202

INTRODUCCIÓN

En esta tesis se presenta la articulación de algunos ejes analíticos del campo curricular con una de las áreas de la educación en población: la salud reproductiva. Esta se aborda en el ámbito de la educación formal dentro del cual elegimos el curriculum de la Facultad de Medicina de la UNAM del campus Ciudad Universitaria por su legitimación en el área de la salud así como también por su cobertura.

Es importante señalar que no se trata de realizar una evaluación curricular. Nuestro propósito es desarrollar lo que denominamos la dimensión educativa de la salud reproductiva, para lo cual abordamos cuatro mediaciones de carácter cultural, social, biomédica y de género. En una perspectiva de aprendizaje estas mediaciones establecen una conexión entre los sujetos –estudiantes jóvenes- y los contenidos –tanto explícitos como no manifiestos- que se aprenden a nivel del aula con la práctica profesional. Develamos las contradicciones, los sesgos y las ausencias presentes en los procesos de aprendizaje durante la formación de las personas que estudian medicina respecto al área de la SR.

Abordamos al curriculum de la Facultad, como un espacio político-académico formador de agentes de salud, en el cual se destaca el papel protagónico que desempeñan las médicas y los médicos

respecto a las acciones en el área de la salud reproductiva en nuestro país. En este sentido existe un problema grave en la formación curricular de las y los jóvenes estudiantes de medicina: la ausencia a nivel del plan de estudios de la SR, aun cuando el curriculum oculto enseñe una manera de entender y otorgar servicios respecto a dicha área.

La práctica de los servicios relativos a la SR pone de manifiesto las condicionantes estructurales que posibilitan a la población su acceso a la misma; es decir, existe una dimensión social-cultural que requiere ser develada y la cual exige el involucramiento del sector médico, superando el sesgo sexista y biológico que actualmente tiene.

Existe un compromiso social en las instituciones de educación superior formadoras del personal médico, en tanto que éste es el traductor y ejecutor de las políticas de población y de salud, mismas que tienen como fundamento una preocupación demográfica —más que de salud reproductiva en su connotación social— .

La salud reproductiva no sólo alude a la reproducción, sino al ejercicio de la sexualidad de los hombres y las mujeres en condiciones seguras. Al respecto consideramos central el compromiso y la respuesta que tendría que asumir el Estado mexicano frente a problemas de altos índices de embarazos

adolescentes y de muerte materno-infantil, así como en enfermedades de transmisión sexual incluido VIH-SIDA.

La perspectiva de género orientó a lo largo de nuestro trabajo las interrogantes centrales, el análisis y las propuestas educativas correspondientes, en tanto que ésta obliga a pensar la sexualidad, la reproducción y la salud en términos de interacciones sociales. El género nos permite desmitificar los aprendizajes que culturalmente han llevado a los hombres y a las mujeres a la adjudicación simbólica de atributos y roles tomando en consideración su sexo.

El contenido de nuestro trabajo se ha estructurado en cinco capítulos.

En el capítulo 1 referente a la salud reproductiva en el marco de la educación en población, se analiza la génesis del concepto en donde se pone de manifiesto la presencia de sesgos importantes de carácter sexista, eugenésico y centralista presentes en el surgimiento y desarrollo de la planificación familiar. Se destaca el papel del feminismo en cuanto a su lucha para superar visiones reduccionistas que interpretan el proceso de la reproducción. También se subraya la importancia de delimitar los grupos de población y grupos de edad en el contexto de su cultura.

En el capítulo 2 abordamos la relación entre las condicionantes socio-económicas y el crecimiento demográfico de nuestro país. Se

analiza el discurso oficial que fundamenta las acciones llevadas a cabo sobre EP y SR. En esta perspectiva se destaca la constante tensión entre la postura biomédica y la social respecto al abordaje de la salud reproductiva. El discurso oficial incorpora la categoría de género lo cual constituye un avance aun cuando no se llegue al plano de lo estratégico.

En el capítulo 3 se desarrollan los referentes teóricos: el componente demográfico y el educativo para abordar la SR en un proceso de hibridación, la perspectiva de género en tanto orienta la reflexión a lo largo del trabajo, la dimensión social de la salud reproductiva, la noción de curriculum y la interpretación de la medicina desde la antropología y la sociología médica.

En el capítulo 4 se analizan cuatro mediaciones curriculares que dan cuenta de la formación de las y los estudiantes de medicina: la población joven, la cultura médica dominante, la orientación de la práctica médica y los servicios de salud.

Como puede observarse, en los primeros cuatro capítulos se analizan los argumentos de carácter cultural, social y educativo que evidencian la necesidad de explicar y desarrollar proceso curriculares en la carrera de medicina para propiciar aprendizajes significativos sobre SR en la perspectiva de género.

En el capítulo 5 presentamos la *tesis* de nuestro trabajo:

un cambio de paradigma en la concepción del curriculum para la formación de las y los estudiantes de medicina en el área de la SR, lo cual implica reconocer las posibilidades curriculares en un encuadre de práctica social de la profesión; de aquí que en este estudio se aborde el reto educativo a nivel no sólo de la concepción curricular sino de la puesta en marcha del mismo como generador de prácticas contrahegemónicas posibles y viables ante problemas de salud pública en el área de la salud reproductiva como los que ya se han mencionado. Presentamos una propuesta para el desarrollo curricular de la carrera de medicina en cuanto a la formación de los agentes de salud, así como lineamientos de acción sobre SR desde EP. En un nivel más específico proponemos lo que hemos denominado Necesidades Básicas de Aprendizaje en SR.

En el apartado de conclusiones se recuperan las ideas centrales del trabajo y las posibles líneas de investigación que podrían derivarse de aquéllas.

CAPITULO 1 LA SALUD REPRODUCTIVA (SR) EN EL MARCO DE LA EDUCACIÓN EN POBLACIÓN (EP)

1.1 El debate internacional sobre la EP y antecedentes de una de sus áreas: la SR

El inicio de los planteamientos educativos en materia de población.

La educación en materia de población tuvo su primer antecedente en 1935, cuando la Comisión Sueca de Población hizo un llamado de atención sobre la disminución de la tasa de natalidad en dicho país. Dos años después, Estados Unidos manifestó la misma preocupación. En ambos casos, se pensó que el problema podía resolverse por medio de la educación. Desde ese momento se empezaron a efectuar actividades en el terreno de la educación extraescolar y luego, en 1943, algunos demógrafos propusieron incluir el tema de la población como contenido educativo en los programas escolares.¹

De tal modo que "... el impulso que produjo su desarrollo no provino originariamente de los educadores... sino de estudiosos y profesionales especializados en los sectores donde surgían esos

¹ UNESCO. *Educación sobre población: una perspectiva contemporánea*, (ISCOMPE), Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, (París, 1978), 27.

problemas".² Ello tuvo repercusiones importantes en el ulterior desarrollo teórico y metodológico de la EP por dos razones fundamentales:

1. La solución planteada a los problemas sociales generados por el aumento o disminución de la población en los diferentes países, se redujo a una explicación demográfica de los fenómenos, y por tanto las acciones se dirigieron en este sentido.

2. Si bien desde ese momento se planteó la necesidad de emprender acciones educativas que coadyuvaran a cumplir la meta demográfica, el planteamiento pedagógico de lo educativo se enfocó a la mera información que no tuvo significación alguna para los sujetos por no vincular las problemáticas poblacionales con la esfera de su vida cotidiana.

En 1960 se manejó por vez primera la expresión de Educación en Población (EP) "... acuñado en el seno de los Organismos de las Naciones Unidas ... para designar un enfoque educativo tendiente a lograr que las personas tomen conciencia de la incidencia del comportamiento de las variables demográficas en los procesos de desarrollo".³

²Ibídem, 26.

³ Falconier de Moyano. *La educación en población. Objeto, métodos y estrategias* (Serie. Información, Educación y Comunicación en Población). Documento No.1 EAT-FNUAP/UNESCO, (Santiago de Chile, 1994), 3.

Esto fue un avance significativo para el desarrollo del concepto, pues se hizo explícita la necesidad de impulsar una educación en materia de población, con lo cual se inició un debate teórico muy fuerte que tiene que ver con la manera de abordar, analizar y reflexionar educativamente sobre los fenómenos relacionados con la población. Desde entonces, los organismos de las Naciones Unidas intensificaron sus esfuerzos a través de la División de Población, para el desarrollo de estudios demográficos que permitieran conocer la situación de los diversos países por medio de encuestas y censos, y al mismo tiempo para brindar asesoría a los programas de acción en población y, por tanto, en materia de educación.⁴

Posteriormente y para ampliar el apoyo a los países que así lo requirieran, se creó, en 1969, el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), para contribuir financieramente a las actividades que se ejecutasen en materia de educación en población.

De esta manera tanto el FNUAP como la UNESCO, en calidad de organismos especializados de las Naciones Unidas, contribuyeron a hacer comprender el valor de una educación en materia de población. A través de asesorías y de la organización de eventos mundiales, que si bien tuvieron en sus inicios un carácter técnico, se constituyeron en el marco referencial para el comienzo del debate más intenso que sentó las bases de las actuales políticas de

⁴ Idem, 3-

población en los diferentes países, y por lo mismo, de las acciones correspondientes en materia de educación en población.

En conclusión, se puede decir que la década de los sesenta se caracterizó por la diversidad de posturas que intentaban dar explicación a los fenómenos relacionados con la población, y en la medida en que cada país determinaba su posición para abordar las explicaciones a los problemas sociales generados, se determinaban también las acciones educativas correspondientes.

La década de los setenta: El debate.

Las diversas estrategias educativas planteadas por los países de diferentes regiones, se sustentaron básicamente en las teorías que, con diverso grado de acercamiento, trataban de dar explicación a los fenómenos relacionados con la población, de tal modo que, "... el nacimiento de la educación en población no estuvo ajeno al debate de la época respecto a los temas de población",⁵ debate que se caracterizó por las posiciones polarizadas que iban desde aquellos que sostenían que el crecimiento de la población era la causa principal de todos los problemas sociales hasta aquellos que preconizaban el crecimiento demográfico como una alternativa para

⁵ Idem, 3.

la solución de esos problemas. Entre estos dos extremos existieron una diversidad de posiciones intermedias.⁶

En ese contexto surgen, desde los distintos marcos teóricos sustentados en las posturas ya mencionadas, estrategias educativas cuyo fin era *modificar las pautas reproductivas de la población*, de tal modo que, mientras en algunos países la educación en población se orientó a impulsar el crecimiento de las tasas de natalidad, en otros se optó por promover políticas que las disminuyeran.

Como se puede observar, la meta demográfica estuvo en el centro de las políticas de EP, lo cual guiaría más adelante los programas y las estrategias que se habrían de instrumentar para dicho fin, específicamente el surgimiento de la denominada planificación familiar (PF).

Generalmente han sido los países desarrollados los que impulsan el crecimiento de las tasas de fecundidad al contrario de los países en desarrollo, cuyo esfuerzo se dirige a disminuirlas. Esta situación llevó a algunos a afirmar, en esta década, que la necesidad de formular programas y políticas con relación con el crecimiento demográfico "... es un falso problema planteado por los ricos países industrializados para desviar la atención respecto a los verdaderos problemas que afrontan los países en desarrollo. Para otros el problema no está en el crecimiento sino en la mala distribución de la

⁶ UNESCO. ISCOMPE. Op. cit., 12.

riqueza y los recursos, la ausencia de un desarrollo económico integrado, el consumo excesivo de los países ricos y el estilo opulento de vida de muchas naciones industrializadas que puede representar una amenaza más directa de deterioro del medio ambiente y de agotamiento de los recursos naturales que las altas tasas de crecimiento demográfico de los países en desarrollo".⁷

La postura que adoptó América Latina en este debate fue la de asumir una perspectiva integral que respondiera de manera alternativa a las perspectivas unilaterales (que dirigieron sus esfuerzos al control del crecimiento demográfico a través de acciones de planificación familiar) impulsadas durante los años cincuenta y la primera mitad de los sesenta.⁸ Aunado a ello, "... en América Latina, con excepción de muy pocos países, el fenómeno demográfico no se percibía básicamente como un asunto de densidad poblacional o de desequilibrio entre los recursos y la población sino, principalmente, como un *conjunto de problemas sociales* (inestabilidad del núcleo familiar, ... prostitución, abandono y delincuencia infantil, etc.) vinculados con las incidencias de este fenómeno en lo personal y familiar, al interrelacionarse con otras variables económicas y socioculturales".⁹

⁷ Idem, 12.

⁸ UNESCO/SIEP. *Programa Regional de Educación en Población*. Boletín Informativo "ENLACE", No. 1. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura / Servicio Regional de Información sobre Educación en Población. Venezuela, enero de 1981, 4

⁹ Idem, 4.

Aparece entonces la Educación Sexual como una de las áreas temáticas que abordará la EP con un enfoque de compromiso y participación de las personas respecto de su calidad de vida.

Dentro de esta postura surge en marzo de 1974, durante el Seminario Regional cuyo tema fue *Programación de la educación en población* realizado en Santiago de Chile, la siguiente definición: la educación en población es "... un esfuerzo educativo multidisciplinario que determina los factores que inciden en las características cuantitativas y cualitativas de la población humana, y va a favorecer la preparación de los individuos en las áreas de Educación Sexual, Vida Familiar y Social, Educación sobre Dinámica de Población y sobre Ecología, para que éste pueda, consciente y responsablemente, definir su compromiso y participación en el mejoramiento de la calidad de vida, de su cultura y de su época".¹⁰

Este intento por conceptualizar a la educación en población desde un enfoque más amplio coincidía con lo planteado sobre la problemática de la población, cuatro meses después, en la primera *Conferencia Mundial de Población* que se llevó a cabo en Bucarest, Rumania, en agosto de 1974, la cual contribuyó a poner de relieve que el examen de los problemas de población no puede reducirse

¹⁰ OREALC/UNESCO. *Seminario Regional sobre Programación de Educación en Población*. (Informe Final). Oficina del Programa de Educación en Población para América Latina y el Caribe/Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Santiago de Chile, 1974, 40.

únicamente al análisis de las tendencias demográficas. También hay que tener presente que ... la situación de los países en desarrollo tiene su origen en los desiguales procesos de desarrollo socioeconómico que han dividido a los pueblos desde el comienzo de la era moderna.

Esta desigualdad "... se intensifica por la falta de equidad en las relaciones económicas internacionales, con la consiguiente disparidad en los niveles de vida".¹¹ También dejó en claro que no existía consenso mundial acerca de la manera de concebir el fenómeno de población en relación con el desarrollo; los diferentes puntos de vista expresados reflejaban la existencia de variadas orientaciones políticas y económicas; la diversidad de posiciones de los países en cuanto a las vinculaciones entre población y desarrollo se ponía de manifiesto en las respectivas políticas nacionales de población¹² pero al mismo tiempo se reconocía la necesidad de formular estrategias internacionales como respuesta "...al reconocimiento universal de la existencia de importantes problemas en el mundo",¹³ por ello se propone un *Plan de Acción Mundial sobre Población* cuya finalidad explícita fue "... contribuir a armonizar las tendencias demográficas y las tendencias del desarrollo económico y social ... en consecuencia, el Plan de Acción debe considerarse como un elemento importante del sistema de

¹¹ ONU. *Informe de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas*. Organización de las Naciones Unidas. Nueva York, 197, 3

¹² UNESCO. ISCOMPE. Op. cit.,17.

¹³ ONU.Op. cit, 3.

estrategias internacionales y como un instrumento de la comunidad internacional para la promoción del desarrollo económico, la calidad de vida, los derechos humanos y las libertades fundamentales".¹⁴

En este Plan de Acción Mundial se señaló, en materia de educación, lo siguiente: "Debe estimularse a las instituciones de enseñanza de todos los países a que amplíen sus planes de estudio para incluir el estudio de la dinámica de la población y las políticas demográficas, incluida cuando corresponda, la educación sobre la vida familiar y sobre la paternidad responsable".¹⁵

Esta directiva planteó a los diversos países el reto de reflexionar acerca de sus problemáticas poblacionales para *emprender acciones educativas*. Sin duda, los estudios emprendidos a partir de esta reunión mundial han contribuido a la comprensión de la complejidad de los problemas relacionados con los fenómenos poblacionales y a la reflexión sobre la importancia de la educación en materia de población.

En resumen, cuando se habla de Educación en Población, el segundo término de dicho concepto se refiere al saber acumulado acerca de un objeto de estudio; de ahí que la EP no sea una educación de la población, sino una educación sobre la población.

¹⁴ ONU. *Plan de Acción Mundial sobre Población*. Organización de las Naciones Unidas. Consejo Nacional de Población. México, diciembre de 1974, 15-16

¹⁵ ONU. *Plan de Acción Mundial sobre Población*. Op. cit., 60

Con esta perspectiva, mucho más reflexionada, acerca de lo que es la educación en población, concluye una de las décadas más intensas en el afán por establecer los lineamientos teóricos que deberían sustentar las acciones emprendidas para una educación que incidiera en la resolución de los fenómenos poblacionales.

Década de los ochenta: Las experiencias.

Una mirada hacia los años ochenta da cuenta de una diversidad de acciones emprendidas que se dirigieron primordialmente a la revisión de los logros alcanzados hasta ese momento con respecto a lo que en Bucarest se había propuesto, así como en otras reuniones internacionales de la década anterior. Sin duda, las experiencias obtenidas de estas reuniones abrieron nuevos caminos para la reflexión respecto a las problemáticas poblacionales así como sobre las acciones que se tendrían que emprender para resolverlos, y en especial aquellas referidas a la EP.

En este sentido resultó de gran importancia la *Conferencia Internacional de Población* realizada en México en 1984, en donde se hizo una evaluación de los logros obtenidos por los diversos países a diez años de lo planteado en Bucarest. Esta evaluación pretendió ser el marco de referencia que indicara las acciones futuras y reforzó el marco político para la ejecución de actividades de población en los niveles regional, nacional y mundial, "...

incluidas las del campo de la educación en población, entendida como vital para la institucionalización de programas nacionales de población y cuya área de acción comprende la formación, capacitación y sensibilización sobre temas tales como las relaciones entre población y desarrollo, el ambiente, la responsabilidad procreacional, la educación de la mujer, la planificación familiar, la fecundidad en la adolescencia, la prevención del SIDA".¹⁶

Como puede observarse, aparece la planificación familiar como una de las áreas temáticas de la EP separada de la educación de la mujer y/o de la fecundidad adolescente; más aún, a nivel macro sin relación aparente con nociones como desarrollo social. La aparición de la responsabilidad procreacional se presentará desde aquí delegada a las mujeres.

La necesidad de abordar los fenómenos poblacionales, vía los derechos de las mujeres, se hace cada vez más presente e implica un nuevo reto para la EP. En este sentido, durante toda esta década comienzan a perfilarse las temáticas a partir del trabajo realizado por los grupos de mujeres, trabajos que la EP tendrá que analizar y desarrollar estratégicamente. Esta línea de trabajo constituye uno de los retos prioritarios a nivel mundial y *con mayores obstáculos*, dado el papel que las mujeres desempeñan en sus respectivas culturas y la resistencia que existe para cambiar las pautas sociales que refuerzan la discriminación. Al respecto habría que subrayar ahora

¹⁶ Falconier de Moyano.Op. Cit., 7

una de las afirmaciones hechas en Nairobi en tanto que señala: "El papel de la mujer en el desarrollo guarda relación directa con el objetivo de un desarrollo social y económico general, y tiene importancia fundamental para el desarrollo de toda sociedad".¹⁷

Sin embargo, hasta esta década continúa una separación tanto en el concepto como en el abordaje estratégico de la reproducción de las personas; en tanto, aparecen sólo las mujeres como el eje o el centro del asunto de la procreación. Como puede observarse la visión feminizada de la reproducción constituye el eje de la política sobre EP en lo que respecta a la variable demográfica de fecundidad.

En el *Foro Internacional sobre la Población en el Siglo Veintiuno*, celebrado en Amsterdam en 1989, se incorpora claramente el enfoque de información, educación y comunicación (IEC) en la EP; de este modo quedó asentado en los objetivos en materia de población y prioridades de los programas lo siguiente:

"1.15 La reconsideración de las prioridades y enfoques de los programas debería ser sensible a los siguientes aspectos en particular, y tenerlos presentes:

- Los efectos de la educación sobre el comportamiento demográfico y la importancia crítica que reviste para el desarrollo incrementar la

¹⁷ *Ibidem*, 8

alfabetización femenina y lograr una matriculación universal de las niñas en la escuela primaria hacia el año 2000;

- El valor de las actividades de *información, educación y comunicación* en tareas de desarrollo y en programas de población en particular; y la necesidad de *orientar las actividades de información tanto hacia mujeres como hacia los hombres*".¹⁸

Lo que este Foro Internacional de Amsterdam mostró en materia de EP fue la creciente necesidad de incorporar temas de las nuevas problemáticas de la época planteada, entre ellos: la paternidad responsable, la fecundidad de las adolescentes, la prevención del VIH-SIDA y el análisis de los estereotipos sexuales que legitiman la discriminación basada en el sexo.¹⁹ Con este planteamiento y sus contenidos se abre en el campo de la EP una línea de investigación y de propuestas relacionadas con la desigualdad de las mujeres en relación con los hombres, es decir, la presencia de la perspectiva de género como categoría analítica para el estudio de la condición de subordinación de las mujeres. Al respecto Hierro señala "La democracia del género se alcanza cuando grupos importantes de mujeres logran la conciencia feminista o conciencia de género

¹⁸ FNUAP. *Informe del Foro Internacional sobre la Población en el Siglo Veintiuno*. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Amsterdam, Países Bajos, del 6 al 9 de noviembre de 1989, 5

¹⁹ Simonen, M., O.J. Sikes y J. Palacio. "La educación en materia de población en la acción en pro del desarrollo", en *Perspectivas de la UNESCO*. Vol.20, No.4, París, 1990, 48.

democrática; sucede entonces que las reformas que propugnan las mujeres son liberadoras de su condición de opresión dentro de la familia, que es el locus del poder patriarcal; también luchan por lograr el derecho a la participación equitativa en todas las esferas sociales; *el derecho a decidir sobre su propio cuerpo, es decir, el derecho a la maternidad libremente asumida; a la protección a su salud*, la legislación matrimonial y de divorcio; la legislación laboral, etcétera. Todo lo que significa la igualdad con respecto a los privilegios de género.”²⁰.

Finalmente, coincidimos con la visión de Simonen y sus colaboradores cuando señalan que *en los ochenta se produjeron nuevos puntos de vista* que trataron de comprender y poner en claro las relaciones existentes entre la EP y otras áreas del conocimiento como la educación sexual, la educación para la vida familiar y la educación ambiental al tiempo que se formularon con mayor precisión los objetivos relacionados con algunos fenómenos poblacionales tales como la fecundidad, la mortalidad y la migración.

Los noventa: Nuevos retos y perspectivas hacia finales del milenio.

Desde sus orígenes, y hasta la fecha, el esfuerzo por conceptualizar a la EP sigue vigente, y ese esfuerzo se dirige no tan sólo a tratar de

²⁰ Hierro, G. *Humanismo y Género*. Mimeo, 8-9

comprender los fenómenos poblacionales desde una óptica amplia, sino también al fenómeno educativo.

La visión bancaria de la educación -educación bancaria- es un concepto formulado por Paulo Freire quien hace referencia a aquella visión por la cual "... la educación es el acto de depositar, de transferir, de transmitir valores y conocimientos", donde el educador "hace comunicados y depósitos que los educandos, meras incidencias, reciben pacientemente, memorizan y repiten ... en que el único marco de acción que se ofrece a los educandos es el de recibir los depósitos, guardarlos y archivarlos".²¹ Actualmente se han construido formulaciones pedagógicas que superan esta visión; sin embargo, no se han impactado del mismo modo las prácticas educativas; estos discursos están presentes en los nuevos enfoques para abordar la educación en materia de población en los estudiosos de este campo, p.e., el de Información Educación y Comunicación (IEC).

En este sentido resulta relevante destacar los avances logrados durante la celebración de la *Conferencia Mundial de Educación para Todos*, realizada en Jomtien, Tailandia²² en donde los principios pronunciados adquirieron sentido en un encuadre más amplio: el del

²¹Tal concepción se encuentra ampliamente fundamentada en el libro de Freire titulado *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.1970.

²² Comisión Interinstitucional de la WCEFA. *Satisfacción de las Necesidades Básicas de Aprendizaje: Una Visión para el Decenio de 1990*. PNUD, UNESCO, UNICEF y Banco Mundial. Jomtien, Tailandia, 5 al 9 de marzo de 1990, 12.

desarrollo económico y social de las diferentes culturas europeas, asiáticas, anglosajonas, del Caribe, etcétera.

Tres conceptos abordados en dicho evento nos parecen fundamentales para el caso de la educación en población* necesidades básicas de aprendizaje, condiciones para el aprendizaje y oportunidades para el desarrollo humano.

- Por *necesidades básicas de aprendizaje* se entiende a aquellas "... que necesitan los seres humanos para poder sobrevivir, desarrollar plenamente sus posibilidades, vivir y trabajar dignamente, participar plenamente en el desarrollo, mejorar su calidad de vida, tomar decisiones fundamentales y seguir aprendiendo".²³
- *Condiciones de aprendizaje*. "El aprendizaje no se produce en situación de aislamiento. De ahí que las sociedades deban conseguir que todos los que aprenden reciban nutrición, cuidados médicos y el apoyo físico y afectivo general que necesitan para participar activamente en su propia educación y beneficiarse de ella".²⁴ Se pretende generar un ambiente de aprendizaje estimulante, en donde se respalden mutuamente la educación de los niños y la de sus padres.

* Estos conceptos son retomados en el capítulo 3, por su significativa vinculación con la dimensión social-cultural de la SR.

²³ *Idídem*, 160

²⁴ *Idídem*, 161

- *Oportunidades para el desarrollo humano.* “Las limitaciones y las oportunidades son parte de un todo complejo en el que los factores demográficos, culturales, sociopolíticos, técnicos, económicos, ambientales y los estrictamente educativos están relacionados entre sí en un sistema circular de causas y efectos.

Cada nación debe considerarse en forma individual: sus características básicas, su capacidad financiera y sus esfuerzos anteriores de educación se combinan para determinar la repercusión última de los logros de aprendizaje sobre su población”.²⁵ Por lo anterior queremos subrayar una de las premisas fundamentales de la Declaración Mundial sobre Educación para Todos: nos referimos a los límites de lo educativo “... la educación es una condición indispensable, aunque no suficiente, para el progreso personal y social”.²⁶

Esta visión ampliada de lo educativo ofrece nuevas vías para la acción en materia de EP, pues se reconocen los aspectos sociales, culturales y pedagógicos que influyen para el aprendizaje, y al mismo tiempo, se superan aquellas visiones ingenuas que pretendían hacer de la educación la respuesta a todos los problemas sociales.

²⁵ Ibidem, 14

²⁶ Ibidem, 156.

Como se puede observar hasta aquí, en el marco de la EP la reproducción, si bien en su origen tuvo un tratamiento meramente demográfico, actualmente se observa un avance importante al considerarla en un sentido multirreferenciado.

EL CAIRO.

La Salud Reproductiva* es un concepto que se legitima en la *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo* que se llevó a cabo en El Cairo, en 1994.²⁷

Los documentos que se generan en esta reunión como producto de las discusiones de los países participantes, son de gran trascendencia si consideramos que se reunieron numerosos grupos y organizaciones de todo el mundo para analizar la calidad de vida de la población a partir de su condición de clase, género y origen étnico.

En algunos casos los asistentes llevaron a la Conferencia el discurso oficial; sin embargo, en muchas otros, la situación de

*A fines de la década de los ochenta la Organización Mundial de la Salud utiliza por primera vez el término de SR aludiendo a la salud en general; en México, en los inicios de los noventa, el Instituto Mexicano del Seguro Social usó el término SR para referirse a una instancia administrativa que daba servicio de planificación familiar y de salud materno infantil.

²⁷ ONU, *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo, Egipto. 1994.

marginación y de pobreza en la mayoría de los países fue la plataforma que guió las discusiones para generar propuestas.

En cuanto a la discriminación genérica, uno de los asuntos que se develó en El Cairo, fue la condición de triple marginación de las mujeres que conforman el grupo de población indígena, lo cual ocasiona al mismo tiempo que permanezcan en el "anonimato político", propiciando una circularidad entre pobreza y marginación genérica.

La SR -como una de las áreas de intervención de la EP-, se abordó en una enriquecedora línea analítica y estratégica que trata el problema demográfico, pero que, a diferencia de los abordajes previos a esta reunión, no constituye la preocupación principal y por lo tanto no es el centro alrededor del cual se "acomoda" el problema de la salud de la población.

Consideramos que en la Conferencia de El Cairo se trabajaron lo que denominamos bases político-académicas, respecto al concepto de SR. En este sentido queremos subrayar lo siguiente:

1. La SR tiene un carácter social y por lo tanto es responsabilidad de los gobiernos proveer las condiciones y los medios para que los hombres y las mujeres puedan acceder a los servicios de salud y educación.

2. La SR tiene una dimensión personal en cuanto a la decisión para ejercer sus derechos reproductivos.
3. El concepto de SR revela una visión integral y multidimensional de la reproducción; se deja claro que incluye la salud sexual y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (ETS).²⁸
4. Se señala que aun cuando los objetivos demográficos son un propósito legítimo de las estrategias estatales de desarrollo, no deberán imponerse a los proveedores de los servicios de planificación familiar (PF).²⁹
5. Se explica porqué los programas de PF tendrán más éxito si forman parte de un abordaje de SR.
6. Pone especial énfasis en la incorporación de las niñas a los programas de salud y educación.
7. En relación con las líneas de investigación, para el futuro se considera lo siguiente:
 - Deberán abordar todas las etapas de la vida (grupos de edad y grupos culturales);

²⁸ *Ibidem*, 41.

²⁹ *Ibidem*, 44.

- La perspectiva de género es una dimensión que tendrá que cruzar no sólo las investigaciones sino fundamentalmente tendrá que estar presente en las estrategias;
 - Se requieren los estudios económicos y sociales para que los programas respondan a las necesidades de los distintos grupos de población;
 - Se precisan investigaciones que den cuenta de las interrelaciones entre los factores económicos mundiales y regionales y de los procesos demográficos nacionales, y
8. Sólo es posible mejorar la calidad de los servicios cuando la calidad haya sido definida tanto por los proveedores de los servicios como por la participación activa de los hombres y mujeres en la adopción de decisiones y en la prestación de servicios.³⁰

En el análisis retrospectivo de la EP que realizamos en este capítulo, hemos puesto de manifiesto sesgos importantes de carácter sexista, eugenésico y controlista, presentes en el surgimiento y desarrollo de la PF, lo cual nos llevará revisar las implicaciones sociales que conlleva por ejemplo considerar a las mujeres como objeto y sujetos de la PF.

³⁰ *Ibidem*, 89.

En este contexto es preciso destacar el papel del feminismo en la conceptualización de la EP, y específicamente en el área de la SR. Han trabajado para superar visiones fragmentarias y reduccionistas sobre la reproducción.

1.2 Una demarcación necesaria en EP y por lo tanto en SR: la delimitación de grupos de población y grupos de edad. Los jóvenes del campus Ciudad Universitaria.

Un asunto básico en el abordaje de la EP, es la necesidad de hacer una delimitación respecto a quiénes nos referimos de toda la población, es decir, a su condición de clase, de género, origen étnico y edad.

Plantear estrategias educativas dirigidas a la población implica reconocer, en primer lugar, que no se puede hablar de una población homogénea, sino más bien de diversos grupos de población que se reconocen por la especificidad respecto a sus características socioeconómicas, demográficas y culturales que determinan su forma de vida. Este abordaje es de especial relevancia para la EP, pues en la medida en que se reconoce esta especificidad y existe un acercamiento a ella para su comprensión, se puede pensar en plantear procesos educativos significativos.

Los grupos de población de mayor interés en México para la EP, son aquellos que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 (PND) denomina prioritarios. Por sus características demográficas y sus condiciones socioeconómicas, estos grupos requieren de intervenciones inaplazables. En los documentos de política poblacional se reconocen por lo menos cinco grupos de población relevantes para la EP: población urbana, población urbana-marginal,

población rural, población indígena y población migrante. Sin duda, trabajar en la línea de grupos de población y el reconocimiento de las necesidades básicas de aprendizaje en el área de SR, requiere vincular aspectos como:

1. Analizar de manera crítica las características de la población: su contexto, situación demográfica, formas culturales y situación socioeconómica, con la finalidad de situar las condiciones y derivar las posibilidades que tienen los hombres y las mujeres para el ejercicio de su SR.

2. Conocer las características y los significados de su cultura demográfica, es decir, sus conocimientos, actitudes y valores como encuadre de la SR.

En el caso de los jóvenes universitarios que configuran la población objeto de nuestro análisis, la Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE) de la UNAM, ha elaborado algunos estudios de los cuales se retomaron datos que nos permiten caracterizar de manera genérica aspectos demográficos y culturales de este grupo de edad.

En 1995, la población de México ascendía a 91,120,433 personas, de las cuales el 38.6% representan a una población infantil de 0-14 años de edad, y un 29.6% a jóvenes entre los 15 y 29 años. Esta población joven que es estimada alrededor de los 27 millones se encuentra conformada de la siguiente manera:

13.1 millones son mujeres, y
13.9 millones son hombres.³¹

Lo anterior representa en primer lugar, que se vive una “profunda transición demográfica, un cambio en la estructura relativa de las edades: la franja gruesa de la población ya no estará conformada por menores sino que será constituida por jóvenes cuya edad fluctuará entre 15 y 29 años, por lo menos en la década presente y en la inmediatamente futura; en segundo lugar, pero quizás más importante, es que esta transición cambiará las potencialidades productivas de la población: ya no será una población mayoritaria económicamente dependiente como hasta hace pocos años, sino, una población en edad productiva que contribuirá al sustento de los hogares mexicanos.³²

A nivel institucional la SAE, caracteriza la realidad del joven a manera de constante crisis, que ocurre en ámbitos como la economía, la integración nacional, la política, el campo laboral, la salud, etcétera.

Sin embargo, esta visión no contempla una crisis personal juvenil y más concretamente en el universitario; se trata de un cuestionamiento propio de la juventud que lejos de ser un problema o una patología es una posibilidad de replantearse valores sociales

³¹ Secretaría de asuntos estudiantiles, *Informe 1993-1996*, UNAM, 1.

³² Secretaría de asuntos estudiantiles. *Agenda juvenil, Informe 1995*, 2

y esquemas aprendidos en el núcleo familiar, en la búsqueda y configuración de un proyecto de vida propio.

Para el Estado mexicano, la población joven es representada en las políticas de desarrollo, como aquella que necesita atención, no por ser la que posibilitaría un cambio en el sentido de pensar y actuar hacia la conformación de una sociedad igualitaria y democrática, sino como la población económicamente activa que permitiría el desarrollo del modelo económico vigente, mismo que apunta cada vez más hacia un incremento de la población en situación de pobreza extrema.

En este sentido observamos nuevas políticas que tienen que ver con la población joven, en uno de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 donde se encuentra lo siguiente:

“Avanzar en un desarrollo social que propicie y extienda en todo el país las oportunidades de superación individual y comunitaria, bajo los principios de equidad y justicia” (Diario Oficial de la Federación, Decreto por el cual se aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000).

Pero más allá del discurso oficial³³ respecto a los hombres y mujeres jóvenes, es fundamental señalar que esta población se

³³ Consultar *Plan Nacional de Desarrollo, 1995-2000*.

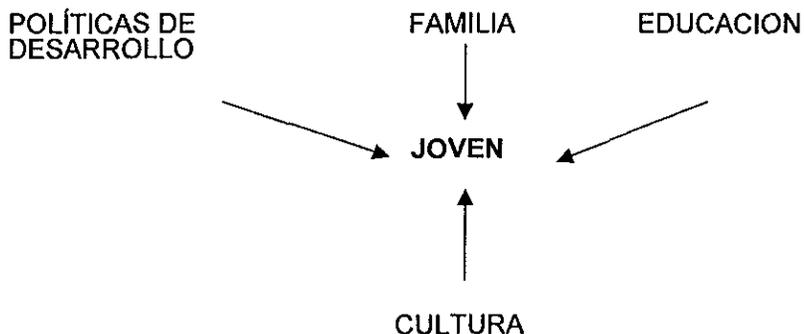
caracteriza por ser una etapa de la vida en la que el sujeto ha de insertarse en el mundo adulto, es el momento en donde se redescubren las potencialidades del Yo, y se establecen relaciones interpersonales dentro de las que destaca el ejercicio de la sexualidad. El joven busca su vocación y adquiere, reafirma y cambia valores y actitudes.³⁴

En este sentido los jóvenes universitarios estarían ante un espacio de vida posibilitante para el aprendizaje y ejercicio de su salud reproductiva.

Es en esta perspectiva que en esta tesis se asume que los jóvenes estudiantes de la Facultad de Medicina podrían reconocer un compromiso personal y como futuros profesionales de la salud en el área de la SR.

³⁴ Dicha permanencia está haciendo cambiar muchas de las concepciones y conceptualizaciones que se habían construido en torno a la supuesta rebeldía juvenil. Al mismo tiempo, esta experiencia de los jóvenes contribuye más a una cultura de reproducción de valores heredados que a una de rompimiento, cambio y clausura de sus relaciones con la cultura aprendida (SAE).

El siguiente esquema representa las interacciones del joven y su entorno:



El JOVEN ES DEPOSITARIO DE INFORMACIÓN, VALORES, COSTUMBRES, POLÍTICAS Y EN GENERAL DE UNA CULTURA QUE DE FRENTE A LOS PROBLEMAS SOCIALES Y ECONÓMICOS PODRÍA INCORPORAR Y VIVIR UN NUEVO CONCEPTO DE EDUCACION EN POBLACION, COMO UNA POSIBILIDAD DE QUE EL PROPIO SUJETO REFLEXIONE Y VIVA EN SU CARACTER DE "ACTOR DEMOGRÁFICO".

La familia va a transmitir o a imponer valores y formas de comportamiento, sustentados principalmente en la formación de los padres, configurando una cosmovisión acerca del mundo.

La educación se presenta como una oportunidad de favorecer en el individuo la adquisición o cambios de conocimientos, actitudes y habilidades.

A nivel mundial existe una preocupación por trabajar con la población de jóvenes. Encontramos así que las políticas y lineamientos que se proponen en documentos como el que se generó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, abordan una visión del joven, y en particular del joven universitario, que no sólo reclama una formación extracurricular sino una formación académica acorde con las circunstancias y exigencias del México contemporáneo, ya que dependen del contenido de los programas de enseñanza y de la naturaleza de la capacitación recibida, las fallas y discrepancias entre el sistema educativo y el sistema de producción que puede provocar desempleo y subempleo así como la devaluación de los títulos profesionales.

El concepto de Educación en Población (EP) a nivel internacional se presenta como un elemento que apuntala el desarrollo sostenido, vinculando las variables demográficas con la calidad de vida de la población.

Sin embargo, las políticas y lineamientos sobre la población joven únicamente tienen sentido en el encuadre de una totalidad; es decir,

enmarcadas dentro de un ámbito más global e incluyente: el campo demográfico como fenómeno político y social.

Como ya señalamos, a nivel internacional existe una polémica sobre la relación entre los altos índices de fecundidad y el desarrollo social de los países; entendiendo a la persona como un actor demográfico -consciente o inconscientemente- en su propia calidad de vida y en la de los otros. Este es el caso de la salud reproductiva en tanto involucra conceptos como fecundidad, maternidad, planificación familiar y prácticas sexuales en la perspectiva de género entre otros conceptos que aluden no sólo a lo demográfico sino también a la subjetividad de las personas.

En cuanto a la población joven, en este inciso sólo queremos señalar la importancia de demarcar a qué grupo de población aludimos para nuestro estudio; la finalidad es relevar el potencial educativo que representa este grupo en términos de aprender, reaprender, redirigir y configurar dentro de su proyecto de vida, el ejercicio de la práctica médica como actores demográficos y ciudadanos, este último concepto se aborda en el capítulo tercero en el apartado 3.3.

El potencial educativo de la población de las y los jóvenes estudiantes de medicina se recupera en el capítulo 4 de este trabajo.

2. 1 Consideraciones Generales

El propósito de este apartado es analizar la relación entre la política económica del Estado Mexicano, respecto de la salud y del crecimiento demográfico. Los elementos básicos del modelo económico mexicano se pueden encontrar en documentos como el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Población, entre otros. En este sentido, se señalan en los principales documentos oficiales sobre población y salud, los ejes que en su conjunto constituyen los referentes de la política social actual.

Nos interesa destacar la vinculación entre la condición de pobreza de la población y el aumento de la tasa de fecundidad, motivo por el cual revisamos el discurso oficial y hacemos una serie de consideraciones que revelan las contradicciones que se presentan en el contenido de dicho discurso en materia de salud y el supuesto crecimiento económico del país.

A continuación, a manera de encuadre político-económico respecto de las acciones en materia demográfica y de salud en México, hacemos algunas anotaciones al modelo económico mexicano.

Posteriormente revisamos el discurso de política poblacional y de salud.

A partir de la década de los 80', debido a las crisis económicas en la mayoría de los países, se crea un nuevo orden mundial, lo que impacta en dos esferas de la vida:

- A) En el ámbito económico se da un proceso de globalización e integración regional a través del incremento de la productividad y la competitividad.
- B) En lo político se da una modernización y restructuración del Estado, éste pasa de ser un Estado benefactor a uno administrador y regulador de la economía. Esto significa hacer un corte en la política económica sostenida en las últimas décadas que va del modelo benefactor al modelo llamado neoliberal.

Durante la década de los ochenta, desde que se aplicó la estrategia neoliberal, América Latina pasó por una década perdida –controlada por el empobrecimiento de los sectores, asalariado, agrícola y burocrático- que se manifestó por el hecho de que la gente no pudo satisfacer como antaño sus necesidades de alimentación, vivienda y servicios.³⁵

³⁵ Lerner Sigal, Bertha. "Globalización, Neoliberalismo y Política Social" en varios autores, *Las políticas sociales de México en los años noventa*. México, Instituto Mora, Flacso y UNAM. 1996, 18.

Las crisis en la década de los 80 empero, va a resultar el detonador de un nuevo orden político-económico, no sólo en México sino a nivel mundial que marcará nuevas políticas de gobierno.³⁶

Se busca entonces modelos económicos que dirigidos por el gobierno sirvan de mejora y apoyo para un crecimiento económico del Estado, distinguiéndose la racionalización de los recursos públicos consistente en restringir la vieja forma de intervención económica estatal y sustituirla por una nueva; convirtiendo, por así decirlo al Estado mexicano en el administrador que idea, hace operativo, instrumenta, ejecuta y permite un nuevo proyecto económico, que se distingue, por su finalidad de competencia y capacidad de crecimiento.

Así encontramos áreas donde intervienen otros agentes responsables de las mismas –aunque sólo hablemos de ciertos sectores o grupos poblacionales-, tal es el caso de la Salud, la Educación o la Seguridad, que se enfrentan a una perspectiva de Globalización y Neoliberalismo³⁷, cobrando así nuevos matices de

³⁶ Del periodo de 1982 a la actualidad, atestiguamos un proceso de formación de políticas que reconoce la necesidad de diferenciar el Estado, de la economía, pero evitando y también retrasando la separación de Estado y El sistema político.

Millán, René y Valdés, Francisco. "Reflexiones sobre la reforma en México" en varios autores *Las políticas sociales de México en los años 90*. México, Instituto Mora, FLACSO y UNAM, 145.

³⁷ Tal estrategia económica parte del supuesto de que las sociedades se desarrollan a partir de un nuevo intercambio de mercancías, servicios y hombres; que se regirá bajo las leyes de la oferta y la demanda, en el marco de una competencia internacional y no de un mercado cerrado. Esto es lo que define al neoliberalismo: la libre competencia internacional de mercancías y el hecho de que esta competencia determine quiénes podrán exportar y sobrevivir para obtener las ganancias de dicha globalización (Ibarra 1993) *Ibidem*: 13.

heterogeneidad, que en el ámbito positivo (Sigal), permite el desarrollo de bienestar y equidad en los grupos de población.

En un balance de la situación social en México afirmamos con otros estudios sobre el modelo económico neoliberal, que la condición de pobreza extrema actual que vive el país se agudiza cada vez más: según *The Economist*, el 20% de la población más rica tiene 27 veces más ingresos que el 20% más pobre".³⁸

Lo anterior muestra la necesidad de volver a pensar en un modelo económico vinculado con el estilo de vida de la población, en todos los ámbitos. Especialmente nos interesa en este trabajo lo relacionado con la salud y el crecimiento demográfico.

Es sobre el problema de las desigualdades sociales –en especial la pobreza-, en el cual habría que trabajar, ya que representa la realidad concreta de la población en México. Una radiografía de la población pobre, nos la proporciona Salles y Tuirán³⁹, la que presenta las siguientes características:

La pobreza se refiere a la insuficiencia de ingresos y de riqueza, siendo ésta un fuerte condicionante de otros factores.

³⁸ Arredondo, M. et al. Propuesta de vinculación de contenidos de educación en población en los programas de educación de adultos. AZIMUT Consultores, México 1995, 64.

³⁹ Idem, 67.

- La debilidad física que se relaciona con la desnutrición, salud deficiente, falta de fuerza y deficiencias higiénicas.
- El aislamiento que consiste en el alejamiento geográfico de las comunidades y en la lejanía física de las personas, que traen como consecuencias una falta de equidad en las oportunidades de desarrollo y se traducen finalmente en fallas educativas, en ignorancias, dificultad a los accesos a los servicios y a las redes y bancos de información.
- La vulnerabilidad. Por este factor se entiende la fragilidad y debilidad interna y externa del pobre y marginado, de modo que cualquier medida en su contra lo desequilibra más e incluso lo hunde más en la pobreza.
- La falta de poder que no sólo implica la no-participación en las decisiones comunes, sino incluso una cierta debilidad para enfrentar situaciones adversas, falta de carácter y la constancia y persistencia que se requiere para enfrentar la explotación, las injusticias, las arbitrariedades de autoridades y caciques.⁴⁰

La descripción arriba mencionada sobre la pobreza, hace referencia a la marginalidad, principalmente la geográfica. Sin embargo, se entiende que el factor económico es el principal indicador de

⁴⁰ Idem, 67.

referencia. Bajo la misma caracterización de la pobreza pero observando otros aspectos, nos encontramos que existen desigualdades por la concepción de los roles socialmente adjudicados a los varones y a las mujeres, creando por así decirlo, un grupo submarginal dentro de la pobreza: las mujeres por su condición de género.

2.2 Documentos oficiales en los que se fundamenta la EP y la SR

2.2.1 Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000

En el PND, el tema sobre población se aborda dentro del capítulo denominado Desarrollo Social, en el apartado El Desafío Demográfico y en el cual se advierte que la población de México alcanzará 91 millones de habitantes para 1995. A partir de este dato, se señala la reducción de la fecundidad como el reto prioritario que persiste en el ámbito demográfico: "... propiciar la disminución de la fecundidad en las regiones y los estratos de población de mayor rezago socioeconómico, donde la tasa de crecimiento demográfico es aún demasiado alta".⁴¹

En el PND se busca hacer operativas las acciones para el bienestar de la población a través de una política social que se deriva de un diagnóstico económico, educativo, de salud pública y demográfico.

Dentro del PND existe una preocupación por atender a grupos de población indígena, y en general a los que representan un grado de marginalidad alta o a grupos de mexicanos en desventaja social, entre ellos los jóvenes afectados por la falta de oportunidades de

⁴¹ Poder Ejecutivo Federal. *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, 46.

educación y empleo, los niños con mayores carencias, los ancianos, los discapacitados y las mujeres del campo y la ciudad.⁴²

Pareciera que son los niños, y los hombres y las mujeres jóvenes, quienes requieren de una atención central de parte del Estado Mexicano, en la medida que su participación económica posibilita el desarrollo del país.

La Educación Básica aparece como el fundamento de una educación de calidad, misma que reside en una sólida formación de valores, actitudes, hábitos, conocimientos y destrezas.⁴³ Al respecto habría que señalar los límites de la educación así como las condicionantes sociales para el acceso a los niveles educativos de la población.

Se afirma también en el PND que la Educación Media y Superior son determinantes para el desarrollo nacional, lo que implica una formación integral que prepare hombres y mujeres responsables, críticos y participativos. La educación se presenta como un medio para el desarrollo económico; no obstante, en el caso de que éste existiera no se acompaña necesariamente de un desarrollo social y cultural.

⁴² Idem, 46.

⁴³ Idem, 50.

Se enfatiza el papel de las instituciones de nivel superior, respecto de su capacidad de respuesta en cuanto a las necesidades sociales; en las líneas de acción habría que explicitar quién determina dichas necesidades y en función de qué criterios.

En cuanto al rubro de salud, el PND señala que "... un aspecto central en el nuevo sistema de salud radicará en estimular la vocación de servicio."⁴⁴ Esta intención es totalmente abstracta cuando las condiciones salariales, p.e., se deterioran cada vez más, o el desabasto de medicamentos determinan en gran medida la calidad de la atención y los servicios de salud.

Sobre salud reproductiva el PND únicamente señala que ella forma parte del llamado paquete de servicios básicos, al cual se agregarán acciones específicas según sean las necesidades sanitarias regionales y locales.⁴⁵ Como podrá observarse el discurso oficial alude tanto a la educación como a la salud reproductiva en un sentido general, casi mítico con una ausencia de compromisos para con los sujetos. Aun cuando en el PND sólo se definen las grandes líneas a seguir sobre la política económica del país, se tendría que explicitar el sentido estructural-relacional en el que adquieren sentido dichas políticas. En nuestro caso, para que la educación y la SR estén presentes en la vida de los hombres y las mujeres, se requiere al mismo tiempo de una concepción integral y no

⁴⁴ Idem, 53.

⁴⁵ Idem, 54.

2.2.2 Programa Nacional de Población 1995-2000

Respecto al Programa Nacional de Población es importante hacer notar que este documento incorpora la estrategia metodológica de información, educación y comunicación para el abordaje de la educación en población. Este enfoque denominado de programa en el debate internacional actual de la EP, establece avances cualitativos con respecto a tratamientos metodológicos anteriores, en la medida en que propone trabajar en los niveles macro y micro de la problemática demográfica.⁴⁶

El PNP presenta un diagnóstico de la situación demográfica en su primera parte, el cual sirve como plataforma para señalar las tesis que desarrolla a través de once lineamientos generales de la política de población. Entre dichas tesis se encuentran las siguientes:

- “La educación de la madre contribuye a la sobrevivencia infantil. Un hecho que se constata universalmente en la estrecha asociación entre la escolaridad de la madre y la sobrevivencia infantil”.⁴⁷

“El cambio de fecundidad ocurre desigual entre los distintos grupos sociales y regiones del país. El descenso en la fecundidad ... ha

⁴⁶ Poder Ejecutivo Federal. *Programa Nacional de Población 1995-2000*, México, D.F 1995

⁴⁷ *Ibidem*, 8.

ocurrido primero y de manera más pronunciada entre los sectores y grupos más integrados al desarrollo, en tanto que los grupos más pobres han quedado rezagados en este proceso".⁴⁸

- "...se requiere hacer evidentes los beneficios que trae consigo el retraso del primer embarazo y las prácticas de espaciamiento de los nacimientos. Con relación a la práctica de retrasar el primer embarazo, aún no está muy difundida; mientras que la segunda está siendo cada vez más adoptada".⁴⁹

Para el caso de la EP habría que identificar cuáles de estas tesis tienen un alto componente educativo para desarrollar estrategias de IEC.

En el apartado educación y comunicación en población, el PNP señala: "... la educación contribuye a transformar la mentalidad de los individuos y favorece la adopción de valores y actitudes que promueven entre ellos el convencimiento de que pueden influir en su conducta demográfica."⁵⁰ Al respecto cabe preguntarse si no es ésta una interpretación o lectura intrusiva del papel de la educación respecto a la vida de los hombres y las mujeres en cuanto, "adoptar valores".

⁴⁸ *Ibidem*, 14.

⁴⁹ *Ibidem*, 29.

⁵⁰ *Ibidem*, 72.

En esta tesis se entiende a la educación en su raíz *educere*: en el sentido de problematizar, acompañar en un proceso de aprendizaje significativo, no en un sentido pragmático, de decir al otro lo que tiene que hacer “porque el otro sabe lo que le conviene”.

Entre sus líneas de acción, el PNP destaca la preocupación por avanzar en la institucionalización de la EP en el sistema de educación escolar y en el ámbito de la educación no formal. Se enfatiza la necesidad de incluir contenidos acerca de la reproducción humana en la curricula de educación secundaria en este sentido; la SR como una de las áreas de atención de EP, podría incorporarse en sus líneas de acción, pero no como información de carácter biológico acerca de la reproducción ya que ello no contribuye al llamado fortalecimiento de una cultura demográfica.

Un asunto central que habría de instrumentarse educativamente —no con más información— es la dimensión social de la SR.

La SR ocurre en un proceso de interacciones entre las personas y con las instituciones desde códigos y con lenguajes e intereses no siempre compartidos. Por lo anterior, la “reproducción humana” como proceso biológico presenta a la persona separada y ajena de los conflictos, contradicciones y ambigüedades presentes en el proceso reproductivo donde se encuentran implicadas e implicados

2.2.3. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000

En este documento se señala que la SR se aparta de los conceptos aislados de atención materno-infantil y de planificación familiar, a partir de entender aquella "como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor, sus funciones y sus procesos". La salud reproductiva es la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad de decidir de una manera responsable el número y espaciamiento de sus hijos."⁵¹

Los elementos que integran la noción anterior de SR son: la planificación familiar, la salud perinatal, la salud reproductiva de la población adolescente, la salud de la mujer, incluyendo el riesgo preconcepcional, detección oportuna y manejo de la infertilidad y neoplasia del tracto reproductor femenino, la atención al climaterio y la posmenopausia, así como la prevención, detección y manejo de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. En el documento también aparece la perspectiva de género, en apartados tales como: educación-comunicación, prestación de servicios,

⁵¹ Poder Ejecutivo Federal *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000* México, ii

actividades de normatividad, e investigación y evaluación en la salud reproductiva.

Al interior del discurso sobre SR, sostenido por dicho programa es preciso señalar algunas contradicciones básicas.

Consideramos que constituye un avance en el campo de la SR la presencia del género en documentos que señalan lineamientos a seguir a nivel nacional como es el caso de Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSRPF), aun cuando este trabajo no llega hasta sus últimas consecuencias.

La categoría de género aparece como un discurso formal presente en el desarrollo de las estrategias y líneas de acción, ya que se explica qué es y qué problema plantea dicha categoría en cada uno de los apartados del Programa, pero no se establece una vinculación de lo anterior con las propuestas en el ámbito de las intervenciones.

Consideramos que el punto de partida de esta inconsistencia está dada por el concepto mismo de SR que se maneja en el documento, ya que alude a la condición de salud en términos generales, pero no a la complejidad de vivir la SR: por ejemplo la vinculación entre reproducción, sexualidad y salud.

En dicho documento se desconoce que la SR se explica y por lo tanto se vive en un espacio de relaciones entre las personas. Pareciera que los servicios de salud reproductiva incluyen, como algo ya dado, a “todos” los hombres, pero más bien habría que señalar a qué mujeres y a cuáles hombres se refieren.

Se califica el comportamiento sexual de las mujeres cuando se alude a la SR de las “mujeres unidas”, dejando únicamente en el discurso el sentido de “vivir su sexualidad plenamente”. Al mismo tiempo la SR se centra en la reproducción, manejando de este modo un sesgo valorativo de tipo cultural.

En los objetivos específicos se dice: “mejorar la relación proveedor-usuario con la perspectiva de género escuchando a las mujeres y promoviendo una relación cálida y personalizada y con alto contenido humanístico.”⁵² Como se observa, nuevamente los varones están desaparecidos del espacio de acción de la SR. Al mismo tiempo, encontramos un reduccionismo de carácter emotivo en el abordaje de la relación prestadores de servicio-usuarios.

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSRPF) es un documento de carácter oficial que tiene sus antecedentes en un vasto desarrollo en la promoción masiva de anticonceptivos.

⁵² Idem, 18.

Actualmente dicho programa no ha podido avanzar estratégicamente en la instrumentación de las acciones que posibiliten a la población —hombres y mujeres— incorporar a su vida la dimensión de salud reproductiva.

Observamos que las metas del programa mencionado se establecen con respecto al PNP y al PRSS, en los cuales el eje central es la disminución de la tasa de fecundidad, de ahí que aún no se logre resignificar el discurso mismo de la SR.

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se tratan en lo que toca a la perspectiva de género, escindidos del componente biomédico. También en este apartado se aborda lo correspondiente al carácter educativo de la SR: "Implantar un programa de educación continua y vigilancia de la perspectiva de Género al personal prestador de servicios de salud reproductiva."⁵³ Este objetivo requiere que dicho prestador de servicios en su formación universitaria incorpore a la SR con una dimensión social donde los procesos reproductivos, la salud y la sexualidad se expliquen y se intervengan a partir de interacciones y no en un plano biológico. La formación curricular a la que aludiremos en los siguientes apartados del presente estudio, corresponde el plan de estudios de la Facultad de Medicina en el campus Ciudad Universitaria (C.U.)^{*}

⁵³ Ibidem, 32.

^{*} Los argumentos para la elección en este estudio del currículum de la Facultad de Medicina, se abordan en el apartado 3.1.

De una manera más amplia, el abordaje de lo educativo se plantea a propósito del enfoque estratégico denominado IEC (información, educación y comunicación) el cual tiene su origen en la Dirección Técnica de Evaluación del FNUAP, con sede en Chile.

Respecto a información, se habla de proveer y difundir mensajes; con relación a educación, se plantea preparar y evaluar procesos y materiales; en cuanto a comunicación, el establecimiento de canales de interacción es el punto central.

Como puede verse el *qué* de la SR, es decir, los contenidos educativos no aparecen, más bien se habla de la forma: el *cómo*.

Así, hay un especial énfasis en informar como sinónimo de educar; sin embargo, la realidad ha mostrado que mayor información no es sinónimo de cambio de comportamiento. Es necesario recordar el sentido y significado de educación en esta tesis: como intervención, interacción, y acompañamiento en un proceso de problematización.

La pedagogía habría de entenderse no sólo en el sentido de generar los materiales (instrumentos), sino en el de participar en los fines y los procesos de aprendizaje. La pedagogía es ante todo un campo del conocimiento que vincula fines y medios.*

*Ver pedagogías activas, de la liberación, etc., donde se observa con claridad el desarrollo de metodología para alcanzar los fines que constituyen el centro de la argumentación educativa

En lo que se refiere al ámbito de la investigación en SR, lo educativo está ausente: se habla de generar investigación en el área biomédica, demográfica, epidemiológica, operativa, etc., sin aludir a la educación.

2.2.4 Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000

Entre los programas que dan cuenta del modelo político-económico del Estado Mexicano, se encuentra el Programa de Reforma al Sector Salud (PRSS) que busca ampliar la cobertura de seguridad social, mejorar la calidad y atención de los servicios de salud, así como proporcionar los servicios básicos de salud a la población que carece de la misma.

En el capítulo referente a los retos demográfico y epidemiológico, se aborda el programa de salud reproductiva, en el cual se le define como: "la capacidad de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con absoluta libertad para decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos".⁵⁴

En los seis subprogramas a través de los cuales se aborda la SR, únicamente se hace referencia a la reproducción; bien sea respecto a los métodos anticonceptivos (planificación familiar), a la salud de la madre y del recién nacido, a la disminución del riesgo preconcepcional y a la detención y control de cánceres cérvico-uterinos y mamario, o en lo referente a la prevención y control de

⁵⁴ Diario Oficial. *Decreto por el que se aprueba el Programa de Reforma al Sector Salud 1995-2000*, México. 11 de marzo de 1996.

enfermedades de transmisión sexual y VIH-SIDA. Como se puede observar la dimensión de la vivencia de la sexualidad no se aborda.

En este sentido, una ausencia importante es la perspectiva de género. La incorporación de los varones al ámbito de la salud reproductiva queda al margen. De este modo, nuevamente las mujeres son los sujetos de la salud reproductiva; las acciones derivadas de las políticas de salud se dirigen al cincuenta por ciento de los protagonistas con sus consiguientes resultados.

2.2.5 Los programas de PF como antecedente del concepto de SR

Desde la creación del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 1974, hasta el año de 1982, las acciones de educación en población, tuvieron como fundamento la Ley General de Población, pues es hasta el período 1983-1995 en que aparecen los planes nacionales de desarrollo y los Programas Nacionales de Población, en donde explícitamente se abordan no sólo políticas de población, sino programas y líneas de acción específicas para una educación en población.

En esta perspectiva de análisis de las acciones, se destaca la inclusión de contenidos sobre población en los libros de texto de educación primaria, secundaria y normal realizada por la Secretaría de Educación Pública (SEP); como una "Contribución a las labores de planeación demográfica y, en especial, de las acciones y programas desarrollados por el Sistema Educativo en sus diversos niveles en materia de población".⁵⁵

Los contenidos de población se refirieron a la reproducción humana y a la paternidad responsable y se incluyeron en las áreas de

⁵⁵ Morales, L. *Marco de referencia de educación en población*. Dirección de Educación en Población. CONAPO. México, 1995. 30.

Ciencias Naturales y de Ciencias Sociales en el caso de la escuela primaria. Para el caso de la escuela secundaria se estipuló que los contenidos de EP son una continuación didáctica del nivel anterior, en virtud de que se trataba de ejercicios en clase basados en preguntas y respuestas.

Es importante señalar que cuando se alude a contenidos, no se trata de temáticas desarrolladas a través de conceptos, sino que la EP se abordó en los libros de manera implícita, a través de los objetivos y las actividades de aprendizaje del curriculum de primaria.

De este mismo modo en el caso de la enseñanza Normal, en la creación de su nuevo Plan de Estudios, se incluyeron *objetivos que se identificaron* con los fundamentos de la Ley General de Población. En todos los casos, la intención de abordar la problemática se ubicó en el nivel de los objetivos y no en el de los contenidos. Como se observa, los fines de la EP sólo pudieron plasmarse en el nivel de las intenciones y no se desarrollaron las estrategias pedagógicas que vincularan los problemas de población con la vida de los alumnos. Cabe preguntarse al respecto si lo anterior obedece a un trabajo de legitimación o si al mismo tiempo se desconocían las formas y los procesos para poner en práctica los objetivos.

Dentro de PNP 1984-1988 se consideró la realización del Programa Nacional de Planificación Familiar. Se realizaron acciones de

investigación para estimar niveles de fecundidad en el ámbito nacional, estatal y municipal; en materia de organización y coordinación se crearon grupos de trabajos específicos para la revisión de la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud, así como para la revisión general de los niveles y tendencias de las variables demográficas se organizaron foros para la presentación de los resultados de la ENFES.⁵⁶

También se llevó a cabo el Programa Nacional en Materia de Población para la Familia. Se elaboraron programas estatales de población con lo cual se inició formalmente la descentralización de la política de población.⁵⁷

Al mismo tiempo fue reimpreso el Programa Nacional de Acción para la Integración de la Mujer al Desarrollo. A partir de la instalación de la Comisión Nacional de la Mujer, se constituyeron comisiones en dependencias gubernamentales, organizaciones sociales, instituciones académicas, así como en algunos de los estados de la República y Delegaciones del Distrito Federal.⁵⁸

⁵⁶ *Ibidem*, 68-67.

⁵⁷ *Ibidem*, 121-128.

⁵⁸ *Ibidem*, 140-146.

En el Programa Nacional de Población derivado del Plan Nacional de Desarrollo, se señala que “Existe una clara conciencia de que el crecimiento y la distribución de la población son fenómenos estructurales ... su solución radica en influir en ellos dentro de una estrategia global de desarrollo orientada a mejorar la *calidad de vida*”.⁵⁹

En este sentido, la política de población se propuso continuar con el objetivo emprendido en períodos gubernamentales anteriores para reducir la tasa de crecimiento demográfico, alentando la disminución de la fecundidad.

Un lineamiento que se adoptó para la consecución de dicho objetivo fue “Continuar promoviendo el descenso de la fecundidad, a través del fortalecimiento y la permanente adecuación de las acciones educativas en materia de población, y de las relativas a planificación familiar”.⁶⁰

Como se podría observar en todas estas políticas y acciones en las que se vincula lo demográfico con la “salud de la población”, los programas de planificación familiar desde su origen han sido delegados al Sector Salud, el cual históricamente se ha fortalecido en su infraestructura, poder político, financiamiento, cobertura y

⁵⁹ Poder Ejecutivo Federal *Programa Nacional de Población 1989-1994*. México, 1989,36.

⁶⁰ *Ibidem*, 109.

agentes, lo que le permite ser el sector legitimado para llevar a cabo la planificación familiar en México.

A manera de conclusión en lo relativo al contexto político-económico de la EP y la SR, queremos destacar lo siguiente:

.- existe una tensión permanente entre la visión biomédica y la social respecto a la concepción y abordaje de la SR.

Se trata de una constante lucha entre dos posturas de interpretación, desde lógicas y formas de intervención distintas.

Por un lado, desde un enfoque social-antropológico, se postula la posibilidad de comprender procesos más complejos e integrales aun cuando este trabajo requiera en las ciencias sociales de investigar y documentar procesos que necesitan más tiempo y que *exigirían arribar al plano de lo estratégico* junto con la reflexión y explicación teórica.

Por otro lado, nos encontramos con una visión biomédica para interpretar la SR, centrada en la necesidad de tener respuestas rápidas que no atenderían a la raíz del asunto, más bien apuntan hacia la parte visible —disminución de la tasa de fecundidad— apoyado con instrumentos tales como la aplicación de métodos anticonceptivos a nivel masivo.

En lo referente a la inclusión de la perspectiva del género en el discurso del sector salud, ya señalábamos en párrafos anteriores que constituye un avance, en tanto que el género adquiere un reconocimiento oficial en el encuadre de las políticas de salud y educación en México. Con esto no queremos decir que si no tuviera tal validez oficial el género careciera de pertinencia social, de sentido y de significado político-académico.

3.1 De la dimensión interdisciplinaria a un proceso de hibridación: El componente demográfico y el educativo para abordar la SR

En el capítulo anterior destacamos la relación entre el fenómeno demográfico y las condicionantes socioeconómicas en las que aquél adquiere sentido para su estudio e intervención. Específicamente abordamos la vinculación entre la condición de pobreza de la población y el aumento de la tasa de fecundidad. En este encuadre, la SR en su dimensión social, constituye un espacio que requiere ser estratégicamente abordado por el Estado Mexicano para ser consecuente con el discurso presentado en los distintos programas nacionales.

Al respecto presentamos algunas consideraciones a las contradicciones presentes en los documentos oficiales en los cuales se fundamenta la SR desde una perspectiva de EP.

En este capítulo se considera el marco teórico como fundamento conceptual que permite explicar e interpretar la formación curricular del médico sobre SR, al mismo tiempo que me posibilita develar la dimensión social de ésta en la perspectiva de género.

Elegimos el curriculum de la Facultad de Medicina del campus C.U. por el papel protagónico que desempeña en la formación de agentes de salud en nuestro país; en este sentido consideramos que la tradición que en el sector médico tiene esta carrera, posibilitaría a la facultad a repensar, y resignificar el desempeño de sus egresados (as) ante graves problemas de salud —en este caso— los que tocan a la SR.

Para la formulación del marco teórico recurrí a la articulación de conceptos que provienen de dos campos del conocimiento: la demografía y la educación. Este encuadre de educación en población me posibilitó trabajar una de las áreas de ésta: la SR.

En esta tesis la SR se trata como un asunto de salud pública, lo cual requiere abordar necesariamente a los sujetos sociales que brindan los servicios de salud, es decir, la formación del personal médico en dicha área. Como señalamos en la introducción de esta tesis, el curriculum de la Facultad de Medicina es objeto de nuestro estudio por su gran cobertura y por el papel que desempeñan sus egresados (as) como ejecutores (as) de las políticas de salud y población; en este sentido nos parece fundamental destacar dos asuntos: a) por un lado la vinculación entre el saber académico y la práctica médica y, b) por el otro develar las determinaciones que explican los procesos de aprendizaje explícitos e implícitos.

En este sentido, no partimos de la noción de plan de estudios por considerarla limitada conceptualmente, en tanto se refiere al nivel formal, descriptivo y administrativo respecto de la formación universitaria de las y los estudiantes de medicina.

Trabajamos el concepto de curriculum desde una perspectiva social y antropológica que nos permitió analizar las mediaciones curriculares relevantes que determinan, sesgan y orientan la formación de personal médico en SR; ésta constituye un espacio social clave en el cual tendría que mostrarse entre otras aportaciones de las ciencias sociales el compromiso de una institución de carácter educativo como la Facultad de Medicina de la UNAM.

En el campo médico se han generado corrientes de pensamiento que interpretan el quehacer médico desde referentes estructurales y de salud pública, los cuales hemos incorporado al análisis del curriculum de la Facultad de Medicina en tanto nos ayudan a explicar dichas conexiones entre el cómo se aprende, para qué y cómo se ejerce la práctica médica.

Nos apoyamos en los estudios realizados desde la antropología y la sociología médica para hacer una lectura analítica desde referentes trabajados por el propio sector médico.

El abordaje de la SR desde una perspectiva de EP, nos obliga en principio a reconocer tanto conceptual como estratégicamente, la presencia de dos componentes en nuestro encuadre de EP: lo poblacional y lo educativo.

Abordar a la población en general como objeto de trabajo de la demografía, es difuso y ambiguo, ya que así planteado este asunto, pareciera que la población es un todo homogéneo. En este sentido encontramos en principio que dentro de las líneas de trabajo de la demografía, la fecundidad es la variable demográfica que tiene un vínculo directo con el área de EP que nos ocupa: la SR.

Del método de la demografía, hemos querido tomar distancia de los estudios e investigaciones en los cuales se clasifica y se describe exhaustivamente a la población a través del manejo estadístico de los datos por sexo, edad o el lugar de residencia, con el propósito de fijar índices respecto a los desplazamientos territoriales, la mortalidad o la fecundidad, lo cual es sumamente valioso desde el punto de vista de la dinámica poblacional. Abordamos a la fecundidad en el espacio de SR pero vinculada con las condiciones de vida de los hombres y las mujeres implicados.

Situar los objetos y los métodos que utilizan la educación y la demografía, nos lleva a demarcar y precisar qué elementos y/o dimensión de lo educativo y cuáles de lo poblacional queremos abordar para los fines de nuestro trabajo.

Buscamos crear entre lo demográfico y lo educativo una especie de puente o pasaje conceptual donde pudieran encontrarse “los hilos especializados” provenientes de éstas dos áreas del conocimiento que tienen en el centro a la *persona*, a hombres y mujeres con vidas concretas.

En cuanto al campo educativo, una primera delimitación al interior del mismo en la búsqueda de un “encuentro” con lo poblacional, se refiere a lo pedagógico, como el pensamiento que especialmente nos permite establecer dicha búsqueda.

La interpretación que se ha hecho durante varias décadas acerca de la educación, parte de una interpretación monolítica de reproducción del poder económico promovido por el Estado, en donde la escuela constituye sólo un aparato ideológico del mismo. Este pensamiento presenta un sesgo economicista que nos sitúa en una especie de inmovilidad analítica y estratégica.

Al mismo tiempo queremos tomar distancia de concepciones de lo pedagógico en las que queda reducido a lo técnico-instrumental: reglas generales y pasos que no recuperan la especificidad del objeto.

Para nosotros es decisivo por lo mismo redefinir y encontrar un sentido diferente a un eje de trabajo dentro del campo demográfico, y a uno en lo educativo, así como construir una articulación de

sentido y de significado que nos posibilite tener explicaciones o intervenciones educativas en la complejidad del área de la SR.

La articulación a la que hemos hecho referencia fue guiada por interrogantes tales como: ¿por qué el Estado Mexicano ha delegado al sector salud las acciones relativas a la disminución del crecimiento de la población?, ¿cuál es el sentido de tales acciones?, ¿a quién beneficia?, ¿qué sujetos sociales están involucrados en estos procesos?, ¿cuál es el lugar de lo educativo en este ámbito?

En la búsqueda del "encuentro conceptual y metodológico/estratégico" a través de elementos específicos de dos campos del conocimiento, tomamos para el caso de la demografía específicamente la variable fecundidad y de lo educativo lo referente a un espacio institucionalizado de aprendizaje: el curriculum de la Facultad de Medicina de la UNAM. De este modo situamos a la SR –como concepto multirreferenciado-, en una intersección entre lo poblacional y lo educativo en una dimensión social.

En esta perspectiva la educación tiene un compromiso que desarrollar al interior de la problemática señalada; al respecto hemos tomado una línea de trabajo: la formación curricular de los sujetos sociales que son los *actores, traductores y ejecutores* de la política de población y de salud: nos referimos a los médicos y las médicas, para lo cual abordamos el curriculum de la Facultad de Medicina de la UNAM.

El tratamiento que hacemos en este trabajo de la SR toma en cuenta que requiere explicaciones, interpretaciones y análisis fundamentados y por lo tanto multirreferenciados, y este sentido reclama intervenciones que por ejemplo le hablen a la subjetividad de la SR, a su dimensión social y no sólo a la tasa de fecundidad; así, no únicamente a la política de población. De aquí que se considere central, como uno de los ejes de abordaje de la SR, el papel que juega la Facultad de Medicina a través de su proyecto curricular en la vida de los hombres y las mujeres como usuarios de los servicios de salud.

Del campo de la Sociología y la Etnometodología en una derivación teórico-metodológica para abordar lo educativo en población, nos apoyamos en el concepto de *curso de vida*; específicamente en lo que éste refiere sobre el llamado Dominio de la Escuela.

“El curso de vida es ante todo una construcción cultural, social e institucional; las personas construyen, interpretan y dan sentido a sus propias biografías con las estructuras temporales y las reglas institucionales propuestas por el entorno histórico-social en que se inscriben”.⁶¹

Recuperamos dos características esenciales del análisis del curso de vida:

⁶¹ Tuirán, R. “*Dominios institucionales y trayectorias de vida en México*”. Ponencia presentada en la V reunión nacional de investigación demográfica en México, México D.F. 1995.

- La interacción entre las transiciones del curso de vida y los campos históricos; y,
- El impacto acumulativo de las primeras transiciones ... sobre las subsecuentes ⁶²

Para la EP tanto en su dimensión conceptual como estratégica, la primera característica del curso de vida es central: "las transiciones del transcurso de la vida se explican a través de la interacción de factores demográficos, sociales y económicos, así como de normas culturales y familiares.

La fecundidad de manera abstracta puede explicar el número de hijos y la proporción del curso de vida que se pasa *criando* a los hijos, pero el comienzo de los nacimientos y el espacio entre los mismos estará determinado social y culturalmente". ⁶³

Respecto del impacto acumulativo de las primeras transiciones del curso de vida sobre las siguientes, el concepto del curso de vida presenta la posibilidad de promover estilos de vida donde la SR cobra una dimensión importante.

La dinámica del curso de vida, dice Elder, está condicionada tanto por la estructura de oportunidades que impone el contexto histórico-social como por el conjunto de expectativas, compromisos y

⁶² Elder, 15, Citado por Tuirán en la referencia anterior.

⁶³ Idem, 15.

recursos que los individuos ponen en juego para enfrentar sus circunstancias históricas. La dinámica del curso de vida emerge en parte del interjuego entre *trayectorias* y *transiciones*.

Es importante señalar que el concepto de trayectoria no prejuzga necesariamente la secuencia o velocidad con que se realizan las transiciones. En consecuencia, la perspectiva del curso de vida reconoce que los individuos pueden evitar algunos estados (como el de la paternidad), dejar o regresar a otros estados (casarse en primeras o segundas nupcias) y permanecer un tiempo variable en cualquier estado (tal como la duración del período reproductivo).

La perspectiva del curso de vida ofrece el potencial para conectar el desarrollo individual y familiar con las grandes estructuras y procesos macrosociales, cada uno operando con un propio marco temporal. El concepto de *dominio del curso de vida* ha sido primordial para dar significado a la idea de las *transiciones* del curso de vida. La noción de dominio remite a una esfera institucional, un campo de actividad, pertenencia, membresía o participación dentro del cual los individuos pueden ser observados en cualquier momento en el tiempo. Ejemplos de dominios institucionales del curso de vida incluyen la escuela, el trabajo, la familia, el hogar y la residencia.

En este trabajo abordamos el dominio de la escuela en el nivel superior y universitario, específicamente el referente al curriculum de la Facultad de Medicina.

El concepto de curso de vida constituye el andamiaje central que nos permitió construir una articulación de sentido y de significado entre la dimensión social-cultural de la SR y el componente educativo a través del curriculum de la Facultad de Medicina.

El concepto que proponemos de EP como el de Necesidades Básicas de Aprendizaje en SR, derivados de retos educativos, intenta establecer, crear este pasaje entre dos especialidades de dos campos del conocimiento.

Esta articulación nos permitirá más adelante proponer un trabajo estratégico en SR, en el ámbito curricular.

Nos apoyamos en Dogan y Pahre, en cuanto a la postura que sostienen sobre la imposibilidad de abarcar o dominar el patrimonio de una disciplina y conservar la profundidad requerida para asegurar el progreso científico.⁶⁴

⁶⁴ Dogan, M, y Parhe, R. Las nuevas ciencias sociales. Grijalbo.México, 1991, 138.

Estos autores realizan un exhaustivo análisis acerca de la conformación del cuerpo teórico de las disciplinas científicas a partir de la Filosofía y proponen lo que llaman hibridación como una estrategia de la investigación la cual consiste en "... el proceso mediante el cual se combinan los conocimientos especializados de diferentes dominios. Un campo híbrido es el resultado de la recuperación de zonas marginales de dos o varias disciplinas".⁶⁵

"La hibridación permite crear pasarelas y en ocasiones, llenar incluso por completo vacíos entre las especialidades ... un proyecto de investigación no puede ocuparse simultáneamente de más de uno de los vacíos en cuestión".⁶⁶

En esta perspectiva, en busca de un proceso de hibridación, iniciamos un necesario acercamiento al área de la demografía en el CONAPO, en el que solicitamos observaciones sobre el proyecto denominado Marco de referencia de la EP. Posteriormente pasamos a un nivel de interlocución, donde a partir de una apertura de los "códigos técnicos" de ambas áreas, logramos intercambiar interrogantes y preocupaciones que nos condujeron a un trabajo conjunto; había que comprender la lógica de pensamiento de lo poblacional y de lo educativo, los contenidos y los métodos.

⁶⁵ *Ibidem*, 68.

⁶⁶ *Ibidem*, 81.

Logramos acuerdos con los demógrafos y actuarios que realizan estudios de población con la finalidad de trabajar conjuntamente en la búsqueda de la articulación entre lo pedagógico y lo demográfico para nuestro proyecto.

Consideramos importante señalar el trabajo anterior como inicio de un proceso de construcción que más adelante nos ha permitido comprender a la SR como una de las áreas de la EP con un potencial educativo.

Hacemos una lectura de la SR desde búsquedas que no son la salud en una perspectiva biomédica únicamente, o bien separándola de lo demográfico. "... la investigación monodisciplinaria sobre un objeto de estudio determinado experimenta rendimientos decrecientes y, a partir de cierto punto, requiere de influencias para reactivarse".⁶⁷

Concepto de EP

El análisis retrospectivo que hemos hecho para conceptualizar la EP para México, ha sido necesario y substancioso. Los antecedentes

⁶⁷ *Ibidem*, 83.

nos han mostrado lo arduo de esta empresa y toda la experiencia adquirida desde entonces muestra aquellos elementos que todo intento de conceptualización debe contemplar. En este sentido, reconocemos la importancia de incluir en el concepto que aquí se propone categorías tales como *Necesidades Básicas de Aprendizaje* en materia de SR, que hacen referencia a lo que cada sujeto requiere saber, conocer, aprehender como vital o básico para desarrollar valores, actitudes y comportamientos que le permitan vivir plenamente responsabilizándose de su proyecto de vida con una incidencia en los fenómenos demográficos.

En esta perspectiva las personas pueden ejercer sus legítimos derechos a elevar sus condiciones de vida tanto materiales como aquellas relacionadas con la igualdad de oportunidades, de accesos a la salud, a la educación, servicios sociales, etc., que les permitan desarrollar plenamente sus facultades físicas y mentales en su propio provecho y en el de los demás. *Las Necesidades Básicas de Aprendizaje están estrechamente vinculadas con los Derechos Humanos de toda persona, sin distinción de género, clase social, raza, credo religioso y todas aquellas condiciones que se usen como pretexto para la discriminación en todas sus formas.*

Otra categoría de suma importancia es la de *Cultura demográfica* en donde los esfuerzos se dirigen a la reestructuración de *valores y actitudes*, que como ya se ha señalado están relacionados con la equidad de género, el respeto a las decisiones que cada sujeto

tome, la responsabilidad que cada individuo asuma sobre sus actos, la tolerancia y el respeto a los demás, que contempla las diversas concepciones del mundo, formas de pensamiento, organización social y manifestaciones culturales.

En este sentido, se considera que la EP debe propiciar relaciones horizontales entre todos los sujetos generando los espacios para la autogestión.

Por otro lado, los procesos cognoscitivos significativos no son mecánicos ni lineales, son procesos de un continuo retroceso y avance, en constante espiral; por ello, desde esta perspectiva no se pueden esperar aprendizajes memorísticos. El criterio de gradualidad es muy importante en este sentido.

Categorías como *curso de vida*, *trayectorias*, *transiciones* y *dominios institucionales* nos brindan elementos para comprender el nexo entre institución-sujeto buscando integrar la dicotomía clásica entre procesos de nivel macro y micro, abriendo así las posibilidades para la construcción de una nueva cultura demográfica. Esta dicotomía se salva cuando los sujetos se convierten en los actores demográficos de esta construcción, es decir, que en la medida que la EP genere los espacios para que los sujetos puedan hacer el análisis sobre sus propias trayectorias de vida, ellos mismos definirán cuales serán las esferas institucionales en la que deben realizar nuevas formas de transición.

De este modo, los sujetos pueden incidir conscientemente en transiciones como: el momento de vivir en pareja, la decisión para tener o no tener hijos, el lugar de residencia, etcétera. A nivel macrosocial la EP coadyuva a la transición de un régimen demográfico caracterizado por las altas tasas de fecundidad a otro que logra tenerlas más bajas.

Todos los aportes anteriores le dan sentido al siguiente concepto que proponemos para el caso mexicano.

La EP es un proceso en espiral de enseñar-aprender donde se brindan las condiciones materiales y humanas para que dicho proceso logre alcanzar las metas y fines que se ha propuesto de acuerdo con las Necesidades Básicas de Aprendizaje que los sujetos manifiesten durante éste, respetando la diversidad de formas culturales y manifestaciones del pensamiento. El fin de la EP en México es formar una nueva cultura demográfica a través de la reestructuración de valores y actitudes de la población, que se sustente en el análisis crítico y creativo de aquellos conocimientos que den cuenta de los fenómenos poblacionales. Se parte de contenidos que rescaten los niveles microsociales, todo ello con la intención de que hombres y mujeres en un marco de plena equidad y ejercicio de sus derechos humanos decidan de manera libre y responsable sobre las acciones que los lleven a mejorar su calidad de vida en solidaridad con la de los demás.

3.2 La perspectiva de género en el análisis de la formación curricular médica en SR.

En este espacio explicamos qué se entiende por género; en los capítulos precedentes esta categoría nos permitió develar los estereotipos y sesgos de carácter sexista presentes en el origen de la PF al mismo tiempo que subrayar la presencia del feminismo en los antecedentes de la SR. También señalamos la pertinencia de esta perspectiva analítica a lo largo de nuestro trabajo.

Los estudios de la mujer constituyen el antecedente de la perspectiva de género.

Las investigadoras del hoy llamado campo de estudios de género se dedicaron en primer lugar a construir a la mujer como tema y objeto de conocimiento.

En particular se dedicaron a evidenciar la participación de la mujer en todos los procesos y fenómenos sociales en los que se les había asignado un papel secundario. Se trataba de mostrar que las mujeres no sólo tienen un papel relevante en la reproducción biológica y social de la especie, sino que tienen una participación importante en la economía, política, producción de conocimientos y la cultura en general.

También se trabajó para mostrar que en cualquier sociedad, incluso en distintas épocas históricas, las mujeres de todos los estratos socioeconómicos han compartido lo que llegó a considerarse una condición de subordinación (existen distintos términos con los que se explicó la condición de la mujer: subordinación, opresión, discriminación, explotación, etc.).

Dichos estudios de la mujer analizaron la subordinación femenina; la aproximación a la misma se hizo a través del estudio de las características individuales de las mujeres (edad, escolaridad, estado conyugal, fecundidad, etc.); de los papeles que desempeñan (esposa, madre, ama de casa, y/o de las actividades que realizan en el hogar y fuera de él).

En relación con los orígenes y evolución de esta perspectiva, en los años setenta se registran los primeros intentos por crear una categoría de análisis que permitiera estudiar el fenómeno de la subordinación femenina como producto social. Una categoría que partiera del hecho de que la desigualdad entre los géneros es una construcción socio-histórica que poco tiene que ver con las características individuales.

En la década de los ochenta como parte de la evolución del campo de estudios de la mujer, investigadoras y activistas estadounidenses empezaron a utilizar el término "género" y a sustituir "estudios de la

mujer” por “estudios de género”. Según Joan Scott ⁶⁸ las feministas comenzaron a emplear este término para referirse a la organización social de las relaciones entre los sexos. Con la utilización del término “género”, también se ha subrayado el carácter socialmente construido de la desigualdad entre los sexos y se ha enfatizado el rechazo a cualquiera explicación y justificación de tal desigualdad basada en las características del sexo femenino.

Respecto al origen del término “género”, el texto más influyente ha sido el de Gayle Rubin⁶⁹. Aproximadamente 10 años después de la aparición del texto señalado —mediados de los ochenta—, el término género empieza a divulgarse.

De acuerdo con Barbieri “...ni la producción sobre las mujeres, ni aún la denominada investigación feminista puede considerarse un bloque homogéneo. Hay distintas posiciones en él, muchas veces ligadas a los avatares del movimiento político social feminista, a la formación académica de las y los autores, a las posturas disciplinarias, a los paradigmas teórico-metodológicos desde donde cada autor(a) construye su objeto de estudio y su reflexión.”⁷⁰

⁶⁸ Scott, Joan. “El género; una categoría útil para el análisis histórico”, en Amelang y Nash (eds.). *Historia y Género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*, Ediciones Alfonso el Magnánimo, Institución Valenciana D’Estudis I Investigació, Valencia, España. 1990, 24.

⁶⁹ Rubin, Gayle. “El tráfico de mujeres: notas sobre la economía política de los sexos”, en *Nueva Antropología*, Vol. 8 No.30 México. 1986.

⁷⁰ De Barbieri, Teresita. “Comentarios a la ponencia Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión”, en Figueroa, J. *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, COLMEX, (en prensa), 1998, 161-163.

El género es una categoría relacional que permite privilegiar las relaciones hombre/mujer, en lugar de uno u otro género por separado, con lo cual en esta tesis nos permite abordar a la SR destacando:

1. El carácter socialmente construido de lo que en una determinada formación social se entiende por “femenino” y “masculino”.
2. El análisis de las relaciones hombre/mujer en el proceso reproductivo y no a cada persona (sus capacidades, atributos y actividades) como entidades separadas.
3. Las relaciones señaladas son a un tiempo constitutivas y constituyentes del conjunto de las relaciones que producen y reproducen a las sociedades.
4. La modificación de la relación jerárquica entre los géneros podría alterar las relaciones sociales en general y nuestras formas de representarnos el poder.

Por último cabe resaltar que la utilización del término género es particularmente importante para fines analíticos y explicativos, acerca de cómo se construye un hecho o fenómeno como problema de investigación o de acción, de ahí que se ponga énfasis en la necesidad de hacer un tratamiento de diversos problemas sociales, económicos, políticos y culturales desde una perspectiva de género.

Para nuestro trabajo la perspectiva de género es fundamental, en el análisis de la formación curricular de las y los estudiantes de

medicina en relación con su práctica médica en SR, y en este sentido, para lograr un primer acercamiento a lo que llamamos necesidades básicas de aprendizaje en SR dentro de la propuesta para un cambio de paradigma —el cual constituye la tesis central del presente estudio—.

3.3 La SR: un concepto multirreferenciado

*"Para comprender las circunstancias,
de las interacciones humanas"*

Su carácter social

En este apartado, con fines de exposición, señalaremos algunos principios que desarrollamos a lo largo de nuestro trabajo y que fundamentalmente responden a interrogantes como las siguientes: ¿qué es la SR?, ¿quiénes son los sujetos involucrados?, ¿qué necesidades expresan por su condición de género?, ¿qué matiza y determina el discurso y las acciones en torno a la SR en este país?, ¿qué aportaciones analíticas y de carácter estratégico puede hacer la pedagogía en este campo?

En este trabajo se aborda la SR desde una perspectiva crítica de EP, como una vertiente pedagógica en que el propio sujeto se encuentra con la necesidad de vivir la SR como actor demográfico y como ciudadano* en el sentido de desarrollo humano.

* Figueroa señala en el documento Una reflexión ética ... que la conformación de sujetos activos y responsables de las decisiones que afectan las prácticas sexuales que condicionan su reproducción, requieren de políticas que potencien dichas capacidades.

La SR ocurre en un proceso de interacciones entre las personas mediante el ejercicio de su sexualidad y pone de manifiesto las dimensiones de ésta: la reproducción y la vivencia de la sexualidad como placer. Es necesario señalar que cada una de dichas dimensiones involucra procesos y sujetos distintos; por lo tanto, también el establecimiento de vínculos o interrelaciones con espacios institucionales diferentes.

La SR tiene que ver con un espacio vital de tipo axiológico, actitudinal, de toma de decisiones respecto a su cuerpo y al de otros; y que por lo tanto alude a motivaciones diferentes en hombres y en mujeres.

En este sentido el concepto de conciencia, de responsabilidad y de derechos reproductivos aparecen en la SR ligados al de las condiciones estructurales en los que el comportamiento reproductivo implica la individualidad y al mismo tiempo impacta al conjunto social amplio.

Como hemos visto en un apartado anterior, el concepto de SR tiene como antecedente a nivel conceptual y en las acciones, a la PF, la cual pone en el centro la reproducción originando un sesgo importante en la medida en que el ejercicio de la sexualidad no únicamente se

expresa en la reproducción. Ahora queremos subrayar que tales antecedentes plantean un reto no sólo educativo sino social y político para tomar distancia de concepciones y acciones limitadas.

Un asunto básico en el abordaje de la SR es su carácter social, pues las interacciones en las que ocurre están ligadas a las reglas de una cultura y sus instituciones, sus estilos de vida y su código de valores. Nos parece central abordar a la SR desde esta dimensión social para reconocer, en principio, dos componentes: la salud y la reproducción; la primera como una necesidad vital y, la segunda como una opción de vida; ambos son procesos sociales.

La idea de bienestar de las personas a la que alude la definición de SR dado por el PSRyPF, adquiere sentido sólo si se articula con las condiciones estructurales (social, económico, político y cultural) en que viven los hombres y las mujeres de un grupo de población específico.

La interacción de las personas con instituciones como la escuela, la familia y los servicios de salud ponen de manifiesto el carácter de conflicto y de contradicción en el que el sujeto se encuentra atrapado en un discurso de política demográfica y su propio pensamiento mágico, por ejemplo, respecto a las situaciones de riesgo que enfrenta en el ejercicio de su sexualidad. El conflicto con la escuela se presenta ante temas que aluden al ejercicio de la sexualidad, asunto socialmente oculto. Respecto de la familia en

ocasiones existe un desacuerdo entre los valores promovidos por este núcleo y los que manejan los pares (en el caso del grupo de población adolescente); en cuanto a los servicios de salud se observa una discrepancia entre la aplicación de métodos anticonceptivos a las mujeres y la no siempre aceptación de los mismos por la pareja.

La condición de género

El género es una categoría de análisis sociológico que estudia en el orden simbólico lo que es ser hombre y ser mujer en el contexto de una cultura determinada.

Dicha simbolización no es inherente a la naturaleza biológica de hombres y mujeres, sino que se estructura y adquiere significado por lo que una sociedad reconoce como legítimo y necesario para pertenecer a ella.

Si bien los conceptos dominantes acerca del mundo y de la vida cotidiana que estructuran lo que es ser hombre y ser mujer no determinan de una vez y para siempre las identidades de las personas, al mismo tiempo es preciso reconocer que "... los significados, intereses y lenguajes que creamos están estrechamente vinculados con las relaciones de poder que existen.

Hablando teóricamente la esfera de la producción simbólica es un terreno de lucha como son las otras esferas de la vida social”.⁷¹

En tanto las nociones de mujer y de hombre se organizan alrededor de las reglas del orden social-cultural en el que se inscriben, la categoría de género ilumina –en cuanto a los sujetos de la SR- un asunto básico: aprender a reorientar o resignificar el valor de ser hombre y ser mujer para sí y en cuanto al establecimiento de relaciones gratificantes y saludables.

Esto daría algunas pautas para la construcción de las condiciones que posibiliten a las personas mejorar su calidad de vida.

La perspectiva de género, en tanto opción teórica, metodológica y práctica es fundamental para el abordaje de la SR, en tanto que “...obliga al análisis relacional de la reproducción, en hombre y mujeres y a cuestionar el valor que le asignan unos y otras a los eventos reproductivos. Paralelamente permite analizar el proceso histórico que ha llevado a las asignaciones diferenciales, ... de otra forma, incorporar a los varones parece forzado pues no cuestiona de raíz la práctica y la conceptualización de la reproducción”.⁷²

⁷¹ Apple, M. *Política, Economía y Poder en Educación*. Universidad Nacional Autónoma de Hidalgo, Biblioteca Universitaria. México, 1990, 141.

⁷² Figueroa, J.G. *Elementos para interpretar la relación entre la salud, la reproducción y la sexualidad en la especificidad de los varones*. Prensa, COLMEX. 1998

La SR, iluminada por la categoría de género, nos obliga entonces a revisar cómo han sido las relaciones entre hombres y mujeres. En un análisis retrospectivo al respecto, encontramos que las condiciones de vida en las que se han desarrollado dichas relaciones, difieren sustantivamente en hombres con respecto de las mujeres. Así, éstas “poseen” un valor como seres humanos desigual frente al de los hombres; esta situación de desventaja las posiciona ante la vida en las relaciones con el poder económico, político y cultural, de una manera subordinada, con lo cual para el caso de la SR se limita su autonomía respecto al ejercicio de su sexualidad y su reproducción.

A continuación señalamos algunos principios básicos respecto a la SR, a partir del género, con la finalidad de reflexionar acerca de cómo construir relaciones que avancen sobre la subordinación y la dependencia. La SR tendría que ser:

1. Un asunto que concierne a hombres y mujeres.
2. De naturaleza social.
3. Sujeto de aprendizaje.
4. Explicable a partir de los condicionamientos del capital cultural representativo de una sociedad determinada.

Por otra parte, hay que hacer notar que:

1. Históricamente, dicho capital cultural “enseñó” a los miembros de las diferentes sociedades a ser hombres y ser mujeres y por lo tanto a relacionarse entre ellos, en una ruptura con el sentido de equidad.
2. Tomando como referencia el criterio biológico, aparece casi como “natural” e inherente el valor de ser hombre y de ser mujer.
3. Históricamente, el capital cultural ha validado creencias, ritos, mitos y pautas de conducta para establecer relaciones entre desiguales

En esta perspectiva, la toma de decisiones en el ámbito de la SR alude claramente a una negociación sobre el ejercicio de la sexualidad de las personas con otros (as) con igualdad de derechos, lo cual requiere de condiciones que posibiliten el ejercicio de tales derechos; uno de ellos, es reconocer a la sexualidad como ejercicio del placer y no sólo para la reproducción.

Se requiere al mismo tiempo develar los procesos de aprendizaje (creencias) respecto a las relaciones entre desiguales: hacer visible lo invisible por estar inmerso en nuestros hábitos y formas de pensar. Con lo anterior intentamos abordar las mediaciones presentes entre los hombres y las mujeres en los procesos reproductivos: el poder, la tensión permanente en cuanto tener hijos o no, cuántos, cuándo y quién se hará cargo de ellos afectiva y económicamente, entre otros.

Una reflexión ética

La toma de decisiones de las personas para regular su reproducción y/o para el ejercicio de su sexualidad en la dimensión de placer, *tendría que ser un acto de negociación para tomar acuerdos en el encuadre de los derechos y la libertad individuales.*

En cuanto a la regulación de la reproducción, el sujeto se enfrenta por un lado a otra persona en busca de acuerdos y por otro, ante la política de los servicios de salud.

En este marco, cabe preguntarse cómo se llega a la toma de decisiones y bajo qué condicionantes de tipo individual y social.

El concepto de SR que se señala en el PSRyPF alude al concepto de responsabilidad. En este sentido, Sánchez Vázquez señala respecto al comportamiento responsable lo siguiente: "Sólo cabe hablar de comportamiento moral, cuando el sujeto que así se comporta es responsable de sus actos, pero esto a su vez entraña el supuesto de que ha podido elegir entre dos o más alternativas, y actuar de acuerdo con la decisión tomada",⁷³ el autor continúa analizando dos requisitos de la responsabilidad moral:

⁷³ Sanchez, A. "Introducción a la ética", en: *Ética y salud reproductiva México*. UNAM 1996 33-36.

"a) Que el sujeto no ignore las circunstancias ni las consecuencias de la acción; o sea, que su conducta tenga un carácter consciente y, b) Que la causa de sus actos esté en él mismo (o causa interior), y no en otro agente (o causa exterior) que le obligue a actuar en cierta forma, pasando por encima de su voluntad, o sea de su conducta libre." ⁷⁴

Figuroa señala respecto al ejercicio de los derechos reproductivos en su vinculación con los servicios de salud, que debido a la relación de poder que se establece entre los usuarios y el médico, por ejemplo, llega un momento en que la opinión de éste se vuelve incuestionable, situación en la que el prestador pareciera estar decidiendo por la población, no porque ésta no se involucre sino porque en muchos momentos no se le permite hacerlo (el caso de cuando el prestador decide el uso de un método, y más aún, cuando se impone la aceptación del mismo, ya sea sin pedir opinión o dando una información sesgada y manipulada).⁷⁵

Como se puede ver en los capítulos uno y dos de este trabajo, la legislación mexicana asegura el derecho de decisión libre sobre la reproducción, sin embargo, lo que está oscurecido son las condiciones económicas, educativas, etc., que el Estado mexicano

⁷⁴ *Ibidem*, 49.

⁷⁵ Figuroa, J. *Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud. Algunos aspectos sobre la experiencia mexicana*, COLMEX. México, 1996, 93

no promueve para el ejercicio de los derechos reproductivos. Instrumentar la noción de derechos llevaría a replantear la reproducción, la sexualidad y la salud en términos de la feminización de las políticas de salud y la masculinización de la práctica médica, para recuperar la dimensión social de la SR y para que las mujeres y los hombres aprendan a vivir bajo un principio de equidad de género.

Posibilidades educativas

Lo educativo se incorpora como un componente disciplinario que reconocida la naturaleza de la SR, en este trabajo apunta hacia la escuela como una de las instituciones que tendría que involucrarse en la tarea de alcanzar la formación; los médicos en su función de traductores de las políticas de población y de salud, en una visión más allá de lo ginecológico y biológico.

Este componente educativo en cuanto al nivel conceptual, se desarrolla ampliamente en el apartado 3.1 de este capítulo; en el capítulo 4 se presenta el análisis del proceso de formación curricular de las personas que estudian medicina; en las conclusiones presentamos, para una propuesta de cambio de paradigma, las necesidades básicas de aprendizaje en SR en la perspectiva de género.

3.4 El currículum desde una perspectiva de selección cultural

En esta tesis llevamos a cabo una reflexión educativa respecto al paradigma curricular actual de la Facultad de Medicina del campus C.U., en el contexto de la tradición y el reconocimiento académico que tiene como institución educativa formadora de médicos(as) cirujanos(as) respecto a otras escuelas y facultades en nuestro país. Se trata de una reflexión conceptual y metodológica en la perspectiva de género para destacar en los procesos de aprendizaje curricular de las y los estudiantes de medicina, la necesidad de incorporar a la SR como una de las áreas de EP, la cual requiere ser legitimada y reconocida por instituciones educativas como la Facultad de Medicina de la UNAM.

En esta tesis acudimos al currículum de la Facultad de Medicina porque constituye un espacio educativo a través del cual las mujeres y los hombres en formación médica tendrían que lograr aprendizajes significativos en relación con los principios éticos, de género, sociales y culturales –articulados con el abordaje biomédico en el área de la SR-. En este sentido, la noción de currículum que trabajamos nos explica las mediaciones sociales estructurales y educativas que ocurren en los procesos de aprendizaje, dejando de

lado las connotaciones curriculares que tienen como referente único al plan de estudios.⁷⁶

A continuación presentamos una vertiente conceptual para el estudio del curriculum que nos permite desarrollar las líneas de trabajo señaladas.

La categoría de Hegemonía desarrollada por Gramsci, introduce al entendimiento del proceso que el teórico cultural inglés Williams llama Selección Cultural "... el concepto de hegemonía ... no reduce la conciencia a las formaciones de la clase dominante, sino que comprende las relaciones de dominación y subordinación según sus configuraciones asumidas como conciencia práctica, como una saturación efectiva del proceso de la vida en su totalidad. En consecuencia, la hegemonía no es solamente el nivel superior articulado de la ideología ni tampoco sus formas de control consideradas habitualmente como "manipulación" o "adoctrinamiento"; la hegemonía constituye todo un cuerpo de prácticas y expectativas en relación con la totalidad de la vida".⁷⁷

⁷⁶ Se entiende al plan de estudios como el encuadre formal-administrativo que da cuenta de la planeación, pero no de porqué ocurren "desfases" entre ésta y la puesta en marcha de dicho plan, así como de su vinculación con el entorno social en el ejercicio de las prácticas profesionales.

⁷⁷ Williams, R. *Marxismo y literatura*. Barcelona, España. Ediciones Península 1980, 13.

Williams a partir de su crítica a las teorías del reflejo -teorías reproduccionistas-, busca en la noción de hegemonía un enfoque para analizar la cultura orientada como un proceso de selectividad, de discriminación de unas prácticas sobre otras, de unos lenguajes en ocasiones en deterioro de otros; al respecto Williams aclara primero la noción de tradición separándola de su connotación coloquial; al respecto dice: “la tradición es una selección y reselección de aquellos elementos significativos recibidos y recobrados del pasado que representan no una continuidad necesaria, sino una continuidad deseada. En esto se parece a la educación, que es una selección, comparable, de un conocimiento deseado y de formas de aprendizaje y autoridad. Es importante enfatizar, en cada paso, que este “deseo” no es abstracto sino que está realmente definido por las relaciones sociales generales existentes. Es característico de la tradición, y de importancia crucial para su lugar en la cultura, que bajo ciertas condiciones sociales, tradiciones alternativas y aún antagónicas se pueden generar dentro de la misma sociedad.”⁷⁸

En este sentido, la noción de tradición cultural explica las contradicciones, negociaciones y tensiones que se establecen -en un sentido estructural-, entre la escuela y los sujetos sociales del contexto en el que se inserta.

⁷⁸ *Ibidem*, 134.

La cultura en tanto es un proceso social cuyos elementos son intrínsecamente constituidos, y en ese sentido creadora de estilos de vida con significados no hegemónicos, tendría que ser observada dentro del contexto amplio del desarrollo histórico. Esta categoría nos remite al abordaje de la escuela como un espacio creador de cultura.

El pensamiento de Williams respecto de la Cultura ilumina la comprensión del curriculum en las conexiones o mediaciones entre la escuela y la sociedad así como también las interacciones que ocurren al interior de las instituciones de educación.

El autor señala tres formas culturales: dominante, residual y emergente, "La complejidad de una cultura debe hallarse no solamente en sus procesos variables y en sus definiciones sociales -tradiciones, instituciones y formaciones-, sino también en las interrelaciones dinámicas, en cada punto del proceso que presentan ciertos elementos variables e históricamente variados".⁷⁹

⁷⁹ Ibidem, 143.

Estas categorías nos apoyan en el análisis de la escuela en cuanto a la comprensión, p.e., de las formas culturales, como contenidos culturales legítimos a través del curriculum. "En el auténtico análisis histórico es necesario reconocer en cada punto las complejas interrelaciones que existen entre los movimientos y las tendencias, tanto dentro como más allá de una dominación efectiva y específica. Es necesario examinar cómo se relacionan con el proceso cultural total antes que, exclusivamente, con el sistema dominante selecto y abstraído".⁸⁰

"Por emergente quiero significar, en primer término, los nuevos significados y valores, nuevas prácticas, nuevas relaciones y tipos de relaciones que se crean continuamente"⁸¹ Esta posibilidad de resignificar, de crear pautas, rituales, formas y valores, concede a la escuela un papel de creador de cultura y no sólo de reproducción.

"Dadas las presiones, muchas veces contradictorias, en la escuela en general, podríamos esperar que el curriculum mismo incorpore estas demandas en competencia. La cultura oficial de la escuela misma se situará dentro de estas relaciones de poder y necesidades contradictorias. Un concepto clave aquí es lo que Williams ha llamado la *tradicón selectiva*. Fuera de un universo entero de conocimiento posible, sólo una porción limitada es reconocida como un conocimiento oficial, como conocimiento valioso para ser

⁸⁰ Idem, 143.

⁸¹ Ibidem, 145

transmitido a las generaciones futuras. Aunque éste no es el único contenido que nos debe interesar. La forma del curriculum, la manera en que está organizado, también merece atención detenida. Ambos, contenido y forma, son construcciones ideológicas. Ambos representan los nexos complejos de las relaciones de poder en las cuales el control cultural juega una parte. Su selección es, en varias ocasiones, un compromiso difícil que se desarrolla fuera de los intentos del sistema educativo para resolver los problemas causados por su papel contradictorio. El curriculum, entonces, no será unitario con frecuencia, pero incorporará en sí mismo tendencias contradictorias”.⁸²

“El conocimiento que llega ahora a la escuela es ya el fruto de una elección entre un universo mucho más amplio de principios y conocimientos sociales posibles. Es una forma de capital cultural que viene de alguna parte, y que a menudo refleja las perspectivas y creencias de poderosos segmentos de nuestra colectividad social ... los valores económicos y sociales están ya encerrados en el diseño de las instituciones en las que trabajamos, en el corpus formal del conocimiento escolar que conservamos en nuestros currículos, en nuestros modos de enseñanza y en nuestros currí-niveles y formas de evaluación. Puesto que estos valores actúan ahora *a través* de nosotros, a menudo inconscientemente, la cuestión no estriba en cómo mantenerse por encima de la elección, sino más bien en qué

⁸² Apple, M. Op. cit, 164

valores debo elegir en última instancia ... la cuestión son las propias categorías que utilizamos para enfocar nuestra responsabilidad ante los demás, las normas constitutivas o de sentido común que empleamos para evaluar las prácticas sociales que dominan nuestra sociedad. Entre las más decisivas de estas categorías hay dos: nuestra visión de la *ciencia* y, con igual importancia, nuestro compromiso ante el individuo abstracto. Pues se da el caso de que nuestro sentido de la comunidad se ha marchitado en sus mismas raíces ... al mismo tiempo que separamos al individuo de los movimientos sociales más amplios que podrían dar significado a las visiones de justicia, necesidades y deseos *individuales*.”

“No podemos comprender completamente el currículum a menos que investiguemos, primero, la manera en que nuestras instituciones educativas están colocadas en una más amplia configuración del poder económico, cultural y político; y esto requiere que intentemos examinar las *diferentes* funciones que ellas desempeñan en nuestra desigual formación social. Más aún, mientras necesitamos desembalar los diversos papeles que las escuelas despliegan, no tenemos que asumir necesariamente que las instituciones educativas tendrán éxito siempre que se hagan cargo de estas tres funciones.

Estos procesos de acumulación, legitimación y producción representan presiones estructurales en las escuelas, no conclusiones predeterminadas. En parte, la posibilidad de que la

educación no esté dispuesta para hacerse cargo de lo que se “requiere” por estas presiones, es más que una realidad por el hecho de que estas tres funciones son contradictorias frecuentemente. En algunos momentos unas trabajan contra las otras”.⁸³

Las mediaciones que se establecen entre los elementos y/o dimensiones que configuran al curriculum, requieren ser develadas para analizar cómo dichas dimensiones interactúan no en un equilibrio sino más bien generando conflictos, ya que parten de diferentes racionalidades, intereses, expectativas y con lenguajes no compartidos.

Una primera gran conexión que nos interesa abordar es la que explica el carácter contradictorio de la escuela. -en nuestro caso de la universidad-; nos referimos a la vinculación de la institución educativa con la sociedad.

Siguiendo con un pensamiento relacional, habría que interrogarse acerca de cómo la escuela toma una “posición académica” y lo más importante, por qué una licenciatura determinada[♦] tiene en esa área

⁸³ Ibidem, 161-162.

[♦] Cuando aludimos a una licenciatura, relevamos la necesidad de precisar de qué escuela hablamos, de qué profesores, con relación a cuáles contenidos así como qué contexto social-cultural y político lo constituye y por el cual es constituido. La especificidad del curriculum esta dada por su proyecto político-académico explicitado en la orientación de su práctica profesional. En este trabajo no se aborda la práctica profesional o el curriculum en un sentido genérico y abstracto pues consideramos que ello representaría no comprometerse con una postura o un proyecto educativo concreto.

del conocimiento una orientación de la práctica profesional y no otra.

Esta que llamamos gran conexión -entre la escuela y su entorno-, nos lleva a reconocer cómo es esa sociedad y qué interacciones ocurren entre sus protagonistas: individuos e instituciones. El individuo como actor social crea y es creado por el entorno del que forma parte.

En esta perspectiva necesitamos interpretar al curriculum en el análisis de las tensiones y los conflictos que sitúan a las instituciones en una amplia configuración del poder económico, cultural y político.

En el análisis crítico de la orientación de una carrera, encontramos el sentido, el significado de para quiénes, porqué a estas instituciones, grupos, sectores de personas, se benefician o quedan al margen con ese enfoque, en el ejercicio de una profesión.

Como podemos observar hasta aquí, el curriculum dista en mucho de ser "la planeación del contenido académico" correspondiente a la formación del alumno en una institución educativa, mismo que es plasmado gráficamente en un conjunto de unidades organizativas - asignaturas, áreas, módulos, salidas terminales, etc.- y al que se denomina plan de estudios; más bien éste, en realidad da cuenta de manera implícita, de la elección, de la postura político-académica que una institución educativa logra negociar y que asume como

propia ante las presiones -respecto al saber y a la práctica de la profesión- que están dentro y fuera de la escuela.

Ahora abordaremos un nivel de conexión "más fino", se refiere a los saberes técnicos, académicos, valorales y actitudinales que circulan en las escuelas; es el que se refiere a quiénes y para qué están involucrados (instituciones y sujetos) en el proceso de aprender-enseñar a ser médico(as), ingenieros (as), etcétera.

Cuando nos referimos al personal médico no nos referimos estrictamente al sentido más generalizado respecto del objetivo de la práctica médica (elaborar diagnósticos, emitir pronósticos y tratamiento) respecto de las enfermedades del cuerpo humano; más bien aludimos a los rituales, a los estilos, en fin a los mensajes -también son contenidos- que ciertamente no están documentados pero que "están", que son; y que en ese sentido forman parte del curriculum.

A partir de la Categoría de Cultura, en este trabajo el concepto de Selección Cultural constituye el eje estructurador de nuestro análisis del curriculum y particularmente del curriculum de la Facultad de Medicina.

La relación entre el proceso de selectividad cultural y el papel del curriculum en cuanto a la comprensión de los rituales constituidos socialmente del saber y la práctica médica, requiere un análisis

respecto de los sujetos sociales de curriculum y de la Selección Cultural fuera de la escuela. Al respecto, Apple señala que por un lado, no basta con que el orden económico y social configure conceptos y estructuras que impacten la vida de las personas sino que además, se requiere de un grupo de “intelectuales” —en nuestro caso el ghetto de las personas que ejercen la práctica médica— que emplee esas categorías y les otorgue legitimidad y que haga que las formas ideológicas parezcan neutrales. Nos referimos a una parte de la cultura médica que se refiere a los contenidos, lo fisiológico y anatómico, recortado de la dimensión de persona.

Por otra parte se requiere examinar las pautas que configuran la relación de los y las intelectuales (profesores(as), funcionarios (as), etc.) con los alumnos(as) y con los hombres y las mujeres que acuden a los servicios de salud.

Apple recupera en el profesor el papel de educador como ser político, al respecto se interroga acerca de ¿cuál es mi posición?. En cuanto a los y las estudiantes de medicina nos preguntaríamos acerca de su compromiso con la población con la que interactuarán en los programas y proyectos sobre SR.

El planteamiento anterior nos conduce a interrogarnos respecto del papel del docente: ¿el curriculum de medicina posibilita a los y las

mujeres que ejercen la docencia llevar a cabo el examen de su actividad educativa en un nivel ético, político y económico?.

Si la selección cultural en medicina no impacta al currículum acerca de los conceptos, los instrumentos y las formas analíticas de pensar y actuar el saber y la práctica médica "... abordaríamos la tarea de dominar esas tradiciones, reprenderlas, de lo contrario estaríamos ignorando el hecho de que los acuerdos institucionales y educativos que nos controlan fueron creados por nosotros. Por tanto también pueden ser reconstruidos".⁸⁴

En este sentido el análisis del currículum desde la perspectiva de la Selección cultural, no se limita a la crítica de las prácticas educativas dominantes -en el caso de la Facultad de Medicina-, ya que entonces este problema podría ser "resuelto" a través de modificaciones a los programas o al plan de estudios. En realidad nos referimos también a la necesidad de analizar qué es y cómo se ha construido lo que denominamos "cultura médica" que no se origina precisamente en el aula; es decir, nos referimos al conjunto de prácticas, pensamientos, ritos, usos y costumbres que explicarían lo que es ser médico(a); análisis que se relaciona con la escuela *pero que encuentra su lugar fuera de ella.*

⁸⁴ Ibidem, 25.

Lo anterior "exige la articulación progresiva de un orden social, y el compromiso con él, que como fundamento no tenga la acumulación de bienes, beneficios y credenciales, sino la maximización de la igualdad económica, social y educativa".⁸⁵ Implica una reestructuración de las instituciones y una reelaboración fundamental del contrato social que supuestamente nos une.

En el caso de la medicina, las instituciones de salud y la escuela constituyen espacios que brindan posibilidades para articularse en un compromiso social. Además de que como señala Guevara Niebla, el problema no sólo es el acceso a los servicios educativos, de salud, etc., sino también a la participación para su control real.

⁸⁵ Apple, M. *Ideología y currículo*. Madrid, España. Acal, 1983, 24.

3.5 Algunas corrientes de pensamiento que interpretan el saber y la práctica médica

Bajo el nombre de medicina se han incorporado en diferentes períodos históricos prácticas y saberes diversos. En la actualidad los programas de control del crecimiento de la población son incorporados a la práctica médica, y aunque esto se justifique en términos de salud, el tema se relaciona más estrechamente con la instancia de política demográfica que con la medicina, definida en términos estrictos.

La medicina adquiere su significado, según algunas corrientes, a partir de su objeto, que para unas, es el “hombre enfermo” y, para otras, los conceptos socialmente definidos de salud y enfermedad. Sin embargo, para otros autores la medicina crearía su propio objeto y su papel estaría definido por la totalidad social.

La corriente neokantiana

Laín Entralgo, escritor, médico y profesor español, es el representante más conocido de la corriente neokantiana en lo referente al estudio del desarrollo de la medicina. Este autor señala que la práctica médica se halla orientada por la realidad misma del

ser sobre el que recae, es decir, por la condición "personal" de la enfermedad y del enfermo.

La insuficiencia de la corriente neokantiana para explicar el origen de las metas o modos nace de su posición idealista. Por otra parte, la contribución de esta corriente, en el análisis de los climas intelectuales de ciertas épocas históricas, puede ser recuperada si se le articula con las bases sociales que generan las ideas evaluativas dominantes de un período histórico.

La corriente positivista

El positivismo es una corriente filosófica que se desarrolla a mediados del siglo XIX y que renace con el nombre de neopositivismo en el siglo XX. El positivismo, según Lowy, está fundado en dos premisas esenciales, estrechamente ligadas:

a) La sociedad puede ser asimilada a la naturaleza; en la vida social reina una armonía natural.

b) La sociedad está regida por leyes naturales independientes de la voluntad y de las acciones humanas.

Parsons es el autor norteamericano más sobresaliente de esta corriente en las ciencias sociales y, por otra parte, es quien ha aplicado la teoría funcionalista a la explicación de la medicina.

Para Parsons “la práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo, es decir, la enfermedad”. Al ser considerada la práctica médica como un “mecanismo” en el sistema social para enfrentarse con las enfermedades de sus miembros, la enfermedad es definida por Parsons como, “un estado de perturbación en el funcionamiento normal”.

La medicina aparece, como un mecanismo importante de control social para un tipo de desviación social peculiar que es el enfermarse. En uno de sus últimos artículos, Parsons aclara el concepto de enfermedad al definirlo como deterioro de la capacidad de funcionar en la sociedad.

La reducción de fenómenos sociales a fenómenos individuales imposibilita la introducción en el análisis del papel que juegan los grupos o clases sociales en la práctica médica. La existencia de diferentes tipos de prácticas en el tiempo y en un mismo espacio social, de acuerdo con los grupos o clases sociales a los cuales va destinado, destruye el mito de una medicina abstracta y general.

Esta diversidad no se produce por la sola existencia de patologías diferentes para cada grupo sino por el interés que tienen para el

grupo dominante algunos aspectos de estos grupos. Así, por ejemplo, la medicina dirigida a los obreros en una sociedad capitalista intenta mantener y recupera la fuerza de trabajo como forma de aumentar la plusvalía relativa mientras que, cuando la medicina "oficial" se dirige a la mano de obra marginal, interesa el consumo médico sin importar la recuperación de la fuerza de trabajo.

La corriente marxista

El materialismo dialéctico estudia la relación existente entre el pensamiento y el ser, y responde a las preguntas sobre qué es el mundo, en general cuáles son las leyes universales del movimiento y del desarrollo que rigen en él. El marxismo es dialéctico porque considera los objetos y los fenómenos en proceso de desarrollo y cambio.

El materialismo histórico tiene como objeto de estudio la sociedad y las leyes generales de desarrollo de la misma. Es materialista en el sentido de reconocer que la producción material es la base sobre la que se erige el modo de vivir de los hombres, lo que determina toda la vida de la sociedad, el carácter histórico de los fenómenos sociales, transitorios, perecederos, susceptibles de ser transformados por la acción de los hombres.

Para el marxismo el estudio de la medicina, definida como un objeto de prácticas y saberes específicos, debe realizarse en su relación con la totalidad social y con cada una de las instancias que la integran y que consisten en: una *estructura económica*, compuesta de fuerzas productivas y relaciones de producción, y una *superestructura* que comprende una instancia jurídico-política y una ideológica.

Con respecto al estudio del campo médico podemos reconocer: a) una corriente que da mayor énfasis al desarrollo de las fuerzas productivas; b) el estructuralismo y, c) un grupo de autores que dan una mayor importancia a la vinculación de la medicina con las relaciones de producción.

La declinación de la mortalidad y de la morbilidad no se debe -según Stern- solamente a la acción médica ya que a ella contribuye, también, el desarrollo de las fuerzas productivas. Epidemiólogos que comparten este punto de vista se han dedicado a describir la disminución de la mortalidad de una serie de enfermedades, aun antes de la aplicación de medidas médicas efectivas. El predominio que esta corriente ha tenido en la formación de los epidemiólogos de las últimas décadas se revela en la falta de estudios que comprueben que ciertos modos de producción tales como el capitalismo aumentó la mortalidad por determinadas enfermedades.

3.6 Una interpretación de la medicina desde la Antropología y la Sociología Médica

Toda una serie de procesos objetivos (descenso de las tasas de mortalidad; aumento de la esperanza de vida; desarrollo creciente del porcentaje de padecimientos crónicos), así como la transparencia creciente de la relación estructura social/enfermedad (contaminación, desnutrición, malnutrición) han conducido al impulso y convergencia de tendencias que proponen la necesidad de constituir una epidemiología histórico-estructural y/o sociocultural.

Desde esta perspectiva, existen dos campos privilegiados donde esto se verifica. Uno es el que se ha dedicado a la descripción y análisis de la construcción y representación social (y cultura) de la enfermedad; el otro es el que, al confirmar la persistencia de diferencias significativas en las tasas de mortalidad y morbilidad, trata de hallar las causales y los procesos mediatizadores entre la estructura y los sujetos sociales. Estos dos campos interactúan y los presentamos separados por razones analíticas.

El primer campo se desarrolló básicamente a partir de la antropología social y cultural, y en segundo término de la psicología y psiquiatría sociales. Estas disciplinas describieron en contextos diferentes no sólo los "modos" culturales y sociales de enfermar,

sino la representación cultural del padecimiento y de la curación, así como las relaciones simbólicas que los conjuntos sociales, étnicos y culturales establecen con las mismas y las limitaciones que ello puede generar en relación con prácticas de la medicina científica.

A partir de los setentas, y en la década actual, diversos autores han intentado desarrollar una perspectiva integral. No obstante, debe señalarse que en ambas tendencias tiene vigencia la importancia de la racionalidad cultural grupal, así como reconocen que la producción de significados es parte constitutiva de los procesos. "La acción humana no puede identificarse, describirse o entenderse apropiadamente si no se toman en cuenta las descripciones intencionadas, los significados que tienen tales acciones para los sujetos involucrados, las formas en que tales interpretan sus propias acciones y las acciones de los demás. Estas descripciones intencionadas, significados e interpretaciones, no son simplemente estados subjetivos de la mente que puedan correlacionarse con el comportamiento externo; son parte constitutiva de las actividades y las prácticas de nuestras vidas sociales y políticas".⁸⁶

Algunos autores, inclusive en México, han intentado *asimilar* esta interpretación al pensamiento gramsciano. Algunos *elementos* teóricos de Gramsci pueden dar lugar a este intento de asimilación, sobre todo cuando incorrectamente se escinde la dimensión

⁸⁶ Bernstein, R. citado por Menéndez L., en *Antropología Médica, Orientaciones, desigualdades y transiciones*. México, 1983, 285.

ideológica de las relaciones económico-políticas dentro de las cuales operan las relaciones hegemonía/subalternidad.

La difusión de un Gramsci, donde la ideología aparece desprendida de las relaciones de clases en las cuales se desarrolla, constituye uno de los mayores procesos confusionales teóricos y ejemplifica lo que nosotros hemos denominado "proceso de apropiación de una teoría".

Si bien Gramsci parte del supuesto teórico de que los conjuntos sociales toman conciencia de las contradicciones objetivas a través de la ideología, esto no significa autonomizar este nivel y psicologizarlo y culturalizarlo. El maniqueísmo ideológico/cultural/microgrupal, y lo que fue reacción positiva se ha convertido en cosificación cultural.

Como sabemos, en la década de los sesentas, toda una serie de autores plantearon la necesidad de incorporar el saber ideológico y social de los sujetos sociales para describir, explicar y actuar. Fue el sector liderado por Panzeri el que fundamentó más congruentemente esta propuesta.⁸⁷ Dicha propuesta halló un campo privilegiado en los procesos de salud/enfermedad referidos en particular a los trabajadores industriales. Investigadores inicialmente procedentes de la psicología y psiquiatría, a partir de Gramsci,

⁸⁷ Quaderni Rossi, citado por Menéndez L., en: *Antropología Médica, Orientaciones, desigualdades y transiciones*. México, 1983, 288.

propusieron una concepción que tiene algunos núcleos teóricos comunes con los desarrollados por la antropología cultural. Así, al igual que los antropólogos, estos autores plantearon que sólo la experiencia social e ideológica, ya no étnica, sino obrera, posibilita una comprensión verdadera de la realidad. Según ellos sólo la experiencia obrera surgida de su ubicación específica en las relaciones estructurales permite llegar a la comprensión de sus condiciones, incluida la situación, producción y solución de la enfermedad laboral.⁸⁸ Mientras que en el caso de la antropología sociocultural la situación étnica es la determinante, para el modelo obrero italiano es la situación de clase y ocupacional.

El segundo campo problemático ha tenido su principal trayectoria dentro de la propia producción antropológica oficial, aun cuando se ha generado un continuo juego de relaciones --en ocasiones críticas-- con tendencias de la medicina social y de la antropología y sociología médicas.⁸⁹

Del campo de las ciencias sociales, la incorporación de la antropología y la sociología médicas es fundamental para el estudio de la SR y para la formación de los agentes de salud en dicha área, ya que permite configurar una visión que capte la complejidad de los procesos de salud, la sexualidad y la reproducción.

⁸⁸ C. Laurell, citado por Menéndez L., en *Antropología Médica, Orientaciones, desigualdades y transiciones*. México, 1983.

⁸⁹ Menéndez. Op Cit., 39-40.

La aportación de los campos de conocimiento señalados a la medicina recuperan la interrelación entre los niveles macro y micro en los que la práctica médica ocurre: el entorno político-económico y las vivencias de las mujeres y los hombres en situaciones concretas.

Para la formación curricular de las y los estudiantes de medicina, las herramientas *conceptuales-metodológicas desde la sociología y la antropología medica* posibilitan cuestionar y desmitificar la cultura *médica en cuanto al llamado modelo médico hegemónico*. Esta visión permite a los médicos y las médicas tomar distancia de sí mismos, de su propia profesión en términos de definir y comprometerse con el papel que les toca jugar socialmente.

En este sentido, habría por lo menos dos vías de formación en SR para el personal médico: el ámbito curricular y el de los servicios de salud. En cuanto al curriculum, tendrían que existir elementos que propiciaran aprendizajes significativos sobre SR, esto tendría que vincularse al espacio de las instituciones de salud para continuar la capacitación del personal. Por ninguna de las dos vías de formación señaladas encontramos *elementos para una formación social y antropológica*; en este sentido "Puede afirmarse que las *características de la formación curricular* definen, en buena medida, la interacción entre la población y los prestadores de servicios, además de los componentes adicionales que le añade la política institucional, en los cuales se desarrolla el trabajo de dichos prestadores.

Debido a que esta formación no hace ningún énfasis especial en la defensa de los derechos de los usuarios ni de los prestadores de servicios, la relación queda indefinida y sujeta a manipulación por parte del que tenga más poder sobre ella: regularmente el prestador de servicios de salud. Dicha realidad se ve reforzada por su lectura de las políticas institucionales”:⁹⁰

⁹⁰ Figueroa, J.G. *Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana*. COLMEX. 1997. 103.

CAPITULO IV LA FORMACION CURRICULAR DE LAS Y LOS ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA Y LA SR

4.1 Mediaciones o conexiones curriculares relevantes en la formación de las mujeres y los hombres en formación médica sobre SR.

Para explicar cómo acontecen los procesos de aprendizaje de los estudiantes de medicina respecto a la SR, nos interrogamos acerca del por qué son esos contenidos los que se han seleccionado para formar parte del curriculum, quiénes han intervenido en este proceso de selección y desde qué criterios; más aún, que relación existe entre este asunto y la orientación de la práctica médica. Por qué en el momento actual por el que atraviesa nuestro país, ante agudos problemas de salud pública, donde la SR ocupa un lugar central por su dimensión social, esta área se encuentra ausente salvo su abordaje ginecológico presente en el plan de estudios.

En el marco teórico abordamos el curriculum desde una perspectiva de selección cultural la cual nos permitió –más que describir el proceso de aprendizaje formal de los estudiantes- arribar a una explicación acerca del contexto que fundamenta nuestras interrogantes. Siguiendo un pensamiento relacional, en nuestro proceso analítico proponemos algunas mediaciones que conectan el

proceso de aprendizaje áulico con el entorno social cultural amplio en el que se inserta el curriculum de medicina.

Abordar las mediaciones nos permitió trabajar con el curriculum no sólo en el plano de lo explícito, de lo manifiesto como resultado de la planeación y que de ello da cuenta el documento plan de estudios, sino de lo no manifiesto, lo latente, lo vivido dentro de la academia pero que como señalamos con Apple en el capítulo anterior, no se agota en el espacio del salón de clase, sino que encuentra su lugar en la selección cultural, en el entorno social, en los sujetos que protagonizan los procesos curriculares, sujetos no siempre presentes en el interior de la escuela.

Proponemos cuatro conexiones que den cuenta de lo señalado anteriormente desde la perspectiva de género:

a) *El grupo de estudiantes.* Se trata de una población joven conformada por hombres y mujeres cuyo curso de vida puede reorientarse dado que se está en una etapa que busca configurar sus propios modelos, estilos y formas de vida.

Esta mediación articula un espacio de la vida en el que es posible reaprender valores, costumbres y creencias a través de un "contenido" curricular de tipo actitudinal y axiológico; el tránsito de estas personas por la Facultad de Medicina podría generar un proceso educativo en cuanto a su identidad genérica, ya que "...la

vivencia de los atributos de género no es uniforme a lo largo de la vida de los sujetos. En cada persona se van concretando paulatinamente, a lo largo de etapas marcadas por rituales de pasaje".⁹¹

En esta perspectiva, los estudios al respecto muestran que las y los estudiantes en esta edad no están unidos en matrimonio; se encuentran en el proceso para lograr su independencia económica y por lo tanto del encuadre familiar. Esta etapa de su curso de vida los sitúa ante posibilidades reales y conductas de carácter subjetivo, motivacional, etc., para tomar decisiones, es decir, para elegir cómo quieren y como pueden vivir en sociedad. Lo contradictorio y profundo que significa elegir, construir un proyecto de vida propio –como sujeto social- en un mundo globalizado radicalmente diferente al de hace apenas una década. Ahora se enfrentan a un mundo donde su formación tendrá que dotarlos de elementos, mecanismos, herramientas y contenidos que les permita actuar eficazmente ante situaciones sociales y económicas en constante cambio. En este sentido la salud no es un "estadio" que se pueda vivir en una separación de lo individual con lo colectivo.

En este sentido la SR se convierte en un espacio en el que los jóvenes estudiantes podrán encontrar ligazones desde ellas y ellos,

⁹¹ Cazes, D. *La dimensión social del género: posibilidades de vida para mujeres y hombres en el patriarcado*, en *Antología de la Sexualidad Humana Tomo I* CONAPO, México, 1994. 342.

desde sus motivos en vía de asumirse como actores demográficos y ciudadanos; así, dentro de este aprendizaje articular otro que es de carácter también social en el ejercicio de su profesión: otorgar servicios de SR más allá de los sesgos ginecológico y biologicista, para reconocer las diferentes connotaciones o significados de la SR para hombres y para mujeres. En este sentido, brindar a los usuarios elementos para tomar decisiones en su realidad, en sus posibilidades sociales y culturales.

El reto educativo en este caso es capitalizar las características de este grupo de edad para lograr que el estudiante se asuma en el proceso de la SR como individuo y como prestador de servicios de salud.

Por otro lado, la información de carácter empírico que presentamos en este capítulo sobre el comportamiento sexual de las personas que estudian medicina, nos muestra que constituyen un grupo de riesgo al igual que el universo de la población estudiantil del campus Ciudad Universitaria. En este sentido, cabría preguntarse cómo estos futuros médicos llevarán a cabo servicios de SR cuando parecen no haber asumido su situación de riesgo. Habría que hacer un seguimiento a lo largo de su formación en la Facultad de Medicina, que diera cuenta de posibles cambios en el transcurso de la misma.

- b) *La cultura médica dominante.* El abordaje de esta mediación nos parece central, ya que expresa la relación entre lo que históricamente se ha legitimado como “habitual, normal y característico” de la práctica médica: el autoritarismo, la rigidez de pensamiento, la sobrevalorización del ejercicio médico que se encuentra presente en el desempeño de su trabajo con los usuarios de la SR. En el apartado 3.4 a partir de las aportaciones de la antropología y la sociología médicas explicamos esta mediación.
- c) *La orientación de la práctica profesional.* En la Facultad de Medicina, el ejercicio profesional sigue el llamado modelo médico hegemónico; se trata de una práctica que define a su egresado(a) como un clínico(a) y su curriculum no contempla el área de la SR; la postura de dicha institución educativa delega a las instituciones de salud los aprendizajes al respecto.
- d) Ante la pregunta *¿Dónde se aprende SR?*, el problema es que ésta se aprende en los servicios de salud con una serie de limitaciones de concepción y de procedimiento institucional. En este sentido cabe destacar la interrelación entre la formación curricular y aquella que se adquiere en los servicios.”La definición de los prestadores de servicios de salud dentro de los programas de PF y la de sus niveles de responsabilidad, ha sido tarea sobre todo de las instituciones de salud más que de las universidades, principales encargadas de su formación curricular

original. Cabe señalar que dichas instituciones académicas no han acabado de incorporar dentro de sus programas el componente de PF. Por una parte, esto se debe a un menosprecio, académicamente hablando de los temas incluidos en él y, por otra parte, a que desde un principio las instituciones definieron los programas de capacitación tanto para las personas de nuevo ingreso como para el personal que ya llevaba varios años trabajando ahí.⁹²

⁹² Figueroa, J.G. *Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos apuntes sobre la experiencia mexicana*. COLMEX, México, 1997. 100.

4.1.1 El Plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM y la SR

El actual plan de estudios de la carrera de médico cirujano, tiene como antecedente inmediato al plan 85, mismo que retomó las experiencias de proyectos anteriores como el "Plan de estudios experimental de medicina general" (Plan A-36).

El plan vigente fue aprobado en 1993 y se denomina plan único de estudios de la Facultad de Medicina, en virtud de que durante 18 años coexistieron dos planes.

Se trata de un plan de estudios cuyas unidades organizativas son asignaturas con una duración de seis años. El apartado destinado al perfil profesional del egresado señala las características, habilidades, destrezas y actitudes, que integra el plan único".⁹³

A continuación presentamos la organización de las asignaturas del plan de estudios, por año, horas y créditos. Esta referencia gráfica nos permite ilustrar lo que ya señalamos en el apartado 3.3 sobre los procesos de aprendizaje desde la perspectiva de la Selección Cultural y el curriculum oculto.

⁹³ *Plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano, UNAM, México 1993, 13.*

PLAN UNICO (Asignaturas por año, horas y créditos)

Asignatura/Año	Horas			TP	Total	Créditos
	T	P				
1er Año						
Anatomía		120	160		280	14
Biología del Desarrollo	80	80			160	12
Bioquímica	160	120			280	22
Biología Celular	80	120			200	14
Salud Pública I			160*		160	8
Psicología Médica	120*		40*		160	14
2º Año						
Farmacología	160	160			320	24
Fisiología	160	160			320	24
Microbiología y Parasitología	120	160			280	20
Salud Pública II			160*		160	8
Inmunología	80	40			120	10
Cirugía I			160*		160	8
3er Año						
Patología			240		240	12
Psicología Médica II			80*		80	4
Propedéutico y Fisiopatología	200	300			500	35
Salud Pública III			80*		80	4
Medicina General I			600		600	30
Seminario Clínico			80		80	4
Genética Clínica			40		40	2
4º Año						
Cirugía II			240		240	12
Medicina General II			1200		1200	60
Salud Pública IV			80*		80	4
Historia y Filosofía	40*		40*		80	6
INTERNADO			4067		4067	82
TOTAL	1200	1260	7427		9887	449

En la revisión que hicimos del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la UNAM con la finalidad de ubicar algunos contenidos sobre SR, encontramos que dada la orientación de la práctica médica en esta Facultad, únicamente se aborda la dimensión biológica de la reproducción humana, la cual se inicia desde el primer año de la carrera en la asignatura de Biología del Desarrollo a través de temas como la fecundación.⁹⁴

En el tercer año de la carrera en la asignatura de Medicina General I se aborda al VIH-SIDA.

En el cuarto año en la asignatura de Medicina General II, se retoman contenidos sobre la reproducción de la *mujer*. A continuación presentamos a manera de ejemplo algunos contenidos teóricos en relación con dicha asignatura: "Anatomía y fisiología del aparato genital, pubertad, fisiología de la pubertad, fisiología del embarazo, desarrollo del embarazo, anatomía clínica de la pelvis ósea, unidad fetoplacentaria, atención del parto normal y analgesia obstétrica y puerperio fisiológico".⁹⁵

La SR corresponde al área de la salud pública, sin embargo, esta última únicamente aparece a nivel formal en el plan de estudios*,

⁹⁴ "Modificación a los planes de Estudios de la carrera de Médico Cirujano. Plan único de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano" (Proyecto) Ciudad Universitaria, agosto de 1993 UNAM Anexo 8.

⁹⁵ Programa de la materia Medicina General II. Plan de Estudios Único de la carrera de Médico Cirujano, Facultad de Medicina. UNAM. 1993, 29.

* Ver apartado 4.1.5 de este capítulo

cuando se trata de un área central en tanto alude directamente a tres de los nuevos principios en el ejercicio de la práctica médica que señala el Perfil Profesional, motivo por el cual la salud pública tendría que ocupar un lugar relevante en el curriculum de medicina.

A continuación se señalan dichos principios y algunos comentarios desde la perspectiva de EP sobre SR:

1.-“En la atención de los pacientes, además de efectuar las acciones curativas, aplica las medidas necesarias para el fomento a la salud y la prevención de las enfermedades, apoyándose en el análisis de las determinantes sociales y ambientales, especialmente el estudio de vida.

2.-Se conduce en los principios éticos y humanísticos, que exige el cuidado de la integridad física y mental de los pacientes.

3.-Conoce con detalle los problemas de salud de mayor importancia en nuestro país y es capaz de ofrecer tratamiento adecuado a los pacientes que los presentan”.⁹⁶

En el principio No.1, en lo que se refiere a la prevención apoyándose en las determinantes sociales, p.e. el VIH-SIDA en

⁹⁶ *Ibidem*, 13-14.

mujeres embarazadas, es un asunto que requiere intervenciones desde una dimensión de salud pública y de género; sin embargo, ¿dónde se aprendería este enfoque por parte del personal médico a cargo?, y consecuentemente, ¿con qué enfoque habría que diseñar las políticas de salud correspondientes?

Cuando refiere el segundo principio 'se conduce en los principios éticos', ya señalábamos en el apartado 3.3 que la noción de derechos reproductivos no está presente en los servicios de salud. Por lo que respecta al 'cuidado de la integridad física y mental' cabe preguntarse si el(la) que estaría a cargo del cuidado de sí mismo, no es más bien el usuario(a).

Y en cuanto al tercer principio 'conoce con detalle los problemas de salud de mayor importancia...', ¿no es la SR un asunto vital que en la actualidad atañe a hombres y mujeres en las diferentes etapas de su curso de vida, incluido por supuesto la del personal médico?

La formación curricular de las y los estudiantes de medicina tendría que posibilitar aprendizajes donde la SR no se convierta en un contenido aislado o un agregado de información sino que formaría parte de un enfoque de salud pública de la práctica profesional en medicina.

Por un lado queremos subrayar que la ausencia de la SR en los fines curriculares, en la orientación de la práctica profesional médica, en los contenidos mismos del plan de estudios aunado a la cultura médica dominante, actualmente, imposibilita a las y los estudiantes manejar herramientas no solo de carácter conceptual y analítico, sino prácticas-estratégicas para actuar en los servicios.

Un asunto que nos interesa destacar, es que la incorporación de la perspectiva de género en el curriculum de medicina es fundamental para el proceso de enseñar-aprender SR de manera significativa. La argumentación en relación con la relevancia del género en la formación curricular de las y los estudiantes de medicina, se desarrolla en el apartado 3.2.

Quisiéramos subrayar con relación al área de la SR, que la Facultad de Medicina tendría que dar una respuesta en la línea de educación médica y como institución con una función social, a graves problemas de la población como el incremento de la mortalidad materna, embarazos adolescentes y VIH-SIDA, más aún si se considera el papel que el Estado Mexicano ha asignado al sector salud respecto de las políticas de población.

4.1.2 Un grupo de población de hombres y mujeres jóvenes, en la transición de su curso de vida de la formación universitaria a la práctica profesional

El propósito de este apartado es relevar la condición de ser joven en la población estudiantil universitaria, específicamente en el caso de los que pertenecen a la Facultad de Medicina.

En esta etapa de su curso de vida la persona es susceptible de reaprender, afirmar, revalorar e incorporar nuevas pautas y normas de comportamiento; nos interesa especialmente por su vinculación con la reproducción, la salud y la sexualidad. En el caso de las mujeres y los hombres en formación médica se encuentran con este ámbito, por sus propias vivencias y a través de los servicios de salud, es decir en el ejercicio de su profesión.

En la primera parte llevamos a cabo un acercamiento general a la población joven del campus C.U. a través del proyecto extracurricular que la propia UNAM lleva a cabo, ya que en él se contemplan algunas actividades que tocan a la SR.

Posteriormente se presenta un estudio empírico que explora el comportamiento sexual de los hombres y las mujeres de primer ingreso a la Facultad de Medicina.

En este apartado se abordará la conexión entre los sujetos de aprendizaje y la naturaleza del material por aprender. En los primeros, la condición de juventud que les brinda su curso de vida como espacio favorable y con posibilidades de responder y redefinir pautas de comportamiento y adoptar nuevas como propias se articula con el contenido de la SR, en tanto ésta ocurre en un ámbito de relaciones, de interacciones y sus contenidos aluden a las creencias, a los mitos y valores socialmente reconocidos en una sociedad determinada. En relación con las expresiones del curriculum oculto actual tales como los aprendizajes que sugieren las relaciones jerárquicas al interior de la Facultad, las y los estudiantes tendrían que aprender y reaprender a la par del personal docente a resignificar estos procesos, pues lo contrario hace muy difícil p.e. pasar a la noción de los derechos reproductivos no sólo en el concepto sino fundamentalmente el ejercicio de la profesión.

A continuación presentamos algunos aspectos de los programas que se desarrollan con los estudiantes del campus C.U., —y que podrían enmarcarse en un abordaje de SR desde la EP—, pero que se llevan a cabo como eventos separados de la formación curricular y que por lo tanto las y los universitarios pueden cursarlos o no.

Estas actividades son coordinadas por la Secretaría de Asuntos Estudiantiles (SAE) en la Dirección General de Servicios de Salud. A

través de las actividades extracurriculares la SAE lleva a cabo tareas como:

- Servicios básicos. Se ofrecen becas, estímulos, atención a la salud, servicio social, y bolsa de trabajo.
- Necesidades y preocupaciones juveniles. Aquí encontramos actividades vinculadas con los derechos humanos, el medio ambiente, la sexualidad, problemáticas sobre adicciones, autovaloración y protección civil.
- Tiempo libre. Se contemplan actividades artísticas, prácticas deportivas y recreativas.

El plan de trabajo de la SAE, en tanto su carácter extracurricular, se lleva a cabo fuera del aula, lo cual nos llevaría a preguntarnos si intereses relacionados con enfermedades de transmisión sexual, la conducta sexual y sus repercusiones en la vida nacional e individual únicamente tendrían que permanecer en lo no formal, es decir, fuera de los planes y programas de estudio de la UNAM.*

La UNAM atiende a la *juventud en una etapa de la vida en la que el individuo moldea sus valores, construye sus pautas de conducta y aprende una forma de convivencia social.*

* Esta dimensión no se encuentra incorporada a la vida "académica" o de aprendizaje legitimado en los planes de estudio, más aún, consideramos que aludiría –por su práctica profesional- a un caso concreto, el de la carrera de médico cirujano de la Facultad de Medicina.

La Universidad es un espacio privilegiado para el aprendizaje de los valores fundamentales de la ciudadanía.

Es dentro de este marco que habría de operar el sentido de ser universitario(a) y más concretamente, el significado que las personas que estudian medicina otorgan a su papel social. "Por ello no es de extrañar que el estudiante adquiera una personalidad propia como representante de un sector de la sociedad y que se proyecte más allá de la institución."⁹⁷

Ahora bien, una de las principales características de la educación superior, es la diversidad de pensamientos, por lo que a nivel institucional se declara que el ejercicio y difusión de valores de libertad, igualdad cultural, libertad religiosa y de pensamiento, así como el respeto a la naturaleza y el autocuidado de la salud, son valores que se desarrollan dentro de la misma Universidad.

El tema de la salud es considerado como una labor formativa que se adquiere a través de enterar y capacitar al estudiantado mediante diversas estrategias de aprendizaje respecto al conocimiento de problemas de salud más frecuentes, el desarrollo de hábitos

⁹⁷ UNAM, *Gua de la Universidad*, Secretaría administrativa, México 1993, 202.

saludables, la eliminación de tabúes, y la adquisición de hábitos de moderación, de prevención y de responsabilidad, hacia su persona pero también hacia su pareja, su familia y sus amistades. Sin embargo, los aprendizajes relativos a las actitudes y los valores operan en el ámbito de lo afectivo, lo subjetivo y de las creencias, más que en el intelectual; por lo que en este sentido cabría preguntarse por la efectividad sólo de los eventos de carácter informativo. Constituye un avance que la Universidad desarrolle a través de instancias como la SAE eventos relacionados con la salud y la sexualidad; no obstante, estos trabajos podrían articularse con una estrategia educativa más amplia, p.e., con el trabajo curricular al interior de las diferentes escuelas y facultades.

La preocupación sobre la salud de las y los universitarios también nace de un diagnóstico de factores de riesgo con esta población; se trata de un grupo con edades comprendidas entre los 17-25 años, y que corresponde al 71.5% del total de la población atendida, es particularmente vulnerable a los accidentes, violencia, infección por VIH-SIDA y otras ETS, así como embarazos precoces.

Ante esta situación y considerando que la población en riesgo es de alrededor de 70,000 universitarios, se establecen acciones entre los pares: estudiantes-estudiantes, es decir, se trata de convertir a los propios universitarios en promotores de su salud y la de sus compañeros.

La población estudiantil recibe el apoyo de 17 diferentes especialidades médicas para mejorar la salud del individuo, así como el apoyo de organizaciones de jóvenes dentro de la misma Universidad. En este contexto cabe preguntarse por la orientación que se le da al trabajo sobre SR.

El discurso anterior nos permite ver que lo escolar no sólo va a tratar de responder a las necesidades de la población joven, sino que, a través de actividades extraescolares trata de dar una “respuesta puntual, instrumental de la formación de los jóvenes”, valiéndose para ello del tiempo que pasan fuera de las aulas; como ya se comentó en los párrafos anteriores, esta estrategia en el abordaje de la salud es limitada, ya que la simple información que de manera abierta se ofrece al estudiantado puede quedar diluida en un cúmulo de recomendaciones.

Ahora bien, los discursos o lineamientos que en materia de “juventud” se han formulado responden a toda una caracterización que a nivel institucional se hace. Por ejemplo, en la SAE y Plan Nacional de Desarrollo, se aborda a la juventud como el elemento sustancial al cual las acciones y programas deben atender con prontitud, pues de ella depende en gran medida el sustento y mantenimiento del modelo político-económico del país.

¿Será posible que las acciones, por ejemplo, en salud reproductiva, llevadas a cabo en la UNAM respondan a las proyecciones de los

próximos años?, ¿se puede desentender la UNAM de su papel protagónico en una sociedad que demanda respuestas concretas en materia de salud?.

Como un primer acercamiento al curso de vida de las y los alumnos de medicina respecto a la SR, recuperamos un estudio de carácter empírico que realizó la Dirección General de Servicios Médicos en C.U. acerca del comportamiento sexual* de estas personas.

El objetivo de la SAE al realizar dicho estudio, fue valorar el riesgo ante las ETS incluido el VIH-SIDA de la población estudiantil del campus C.U. Los resultados permitirían a dicha instancia universitaria, incorporar a su programa de actividades estudiantiles proyectos y líneas de acción encaminadas a la prevención.

Para llevar a cabo el estudio señalado, se diseñó una encuesta que fue aplicada a un total de 298 personas que incluye hombres y mujeres estudiantes de primer ingreso a la carrera de medicina en el año de 1996.

A través del instrumento mencionado, se exploró la edad de inicio a la actividad sexual, el uso de los métodos anticonceptivos en el inicio de la vida sexual, los métodos más usados en las relaciones

* No existen estudios realizados con el estudiantado en una perspectiva de salud reproductiva, lo que se tiene son encuestas e investigaciones sobre planificación familiar; p.e. el uso de anticonceptivos.

Se observa que se usa equivocadamente el término PF como sinónimo de SR.

posteriores, y también se indagó acerca del conocimiento de métodos efectivos para evitar el embarazo.

En seguida se presentan los resultados de la encuesta en términos de porcentajes:

CUADRO No. 1

EDAD DE INICIO DE LA ACTIVIDAD SEXUAL	HOMBRES (216)	MUJERES (378)
MENOS DE 14	1.85%	0%
ENTRE 15-18	26.85%	6.61%
ENTRE 20-25	2.31%	2.12%
TODAVIA NO	68.98%	91.27%
TOTAL %	100.00%	100%

De un total de 594 personas que respondieron a esta pregunta, casi una tercera parte revela ejercer su sexualidad; aquí cabe abrir una interrogante respecto a cuáles son las condiciones de tal ejercicio.

Cuadro No. 2

METODOS ANTICONCEPTIVOS EN EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL	PRESERVATIVO	OTRO	NINGUNO
HOMBRES (72)	52.78%	8.33%	38.89%
MUJERES (36)	36.11%	25.10%	38.79%

Casi un 40% de hombres y mujeres que inició su vida sexual deja al azar la posibilidad de involucrarse en situaciones de embarazos no deseados, de contraer enfermedades de transmisión sexual, o de morir por contraer el VIH-Sida, lo cual sitúa a esta población en un grupo de riesgo. El reto educativo sería que todos los estudiantes de la Facultad de Medicina incorporaran a su vida conductas sexuales seguras, no sólo para aludirlos individualmente sino en cuanto a la posibilidad de promover aprendizajes sobre salud reproductiva en los servicios de salud. Cabría preguntarse si el porcentaje que aquí se presenta en los alumnos de primer ingreso se modifica a lo largo de la carrera, en qué sentido y obedeciendo a qué condiciones.

Cuadro No. 3

METODOS MAS USADOS EN LAS RELACIONES POSTERIORES	PRESERVATIVO	OTRO	NINGUNO
HOMBRES (71)	70.42%	14.09%	15.49%
MUJERES (34)	52.94%	26.47%	20.59%

De acuerdo con estas respuestas, en el caso de las mujeres parecería mostrar que su condición de género las ubica en una situación de riesgo mayor respecto a los hombres en el ejercicio de su sexualidad, en la medida que el preservativo hasta hoy parece ser el instrumento con mayor grado de efectividad, pero únicamente lo usan el 50% de las mujeres; el uso de este método implica llegar a una negociación con la pareja, pues son los varones los que lo usarían.

Cuadro No.4

CONOCIMIENTO DE METODOS EFECTIVOS PARA EVITAR EL EMBARAZO.	PRESERVATIVO	OTRO	NINGUNO
HOMBRES (224)	39.29%	55.80%	4.91%
MUJERES (399)	23.81%	62.91%	13.28%

Los estudios del CONASIDA han mostrado que la información o el conocer cómo se emplean los métodos anticonceptivos no es equivalente a un cambio de comportamiento. Si los varones emplean casi en un 40% el preservativo y la vasectomía en esta etapa de la vida estaría descartada, nos preguntaríamos si el 60% restante deja a la mujer la decisión de usar un método anticonceptivo o ese grupo de población no toma medidas preventivas.

Estos datos a pesar de que únicamente nos muestran aspectos de actividad sexual en las y los estudiantes, y que la SR no sólo contempla la actitud ante el ejercicio de la sexualidad, muestra cómo el papel tanto de hombres como de mujeres jóvenes, debiera abarcar algo más que un comportamiento seguro; se recomendaría una verdadera adquisición de valores en torno a la salud integral del propio sujeto.

Es importante señalar respecto a la información del estudio empírico aquí presentado, que en tanto que se refiere al alumnado de nuevo ingreso de la carrera de medicina y éste forma parte del universo del campus CU, parecería que los y las alumnas de medicina deberían ser diferentes (mejores) al resto, lo cual no es así. Lo que interesa

destacar es que en el inicio de la carrera de médico cirujano, este grupo de población constituye también un grupo de riesgo respecto al ejercicio de su sexualidad. Proponemos realizar un seguimiento acerca de los comportamientos sexuales de dichas personas a lo largo de la carrera, donde se esperaría una participación más abierta y responsable con su propia sexualidad en tanto que esta será una dimensión que estará presente para abordar la SR de otros(as) que piensan y actúan de modo distinto a ellos(as).

A través del concepto de SR entendemos que el joven universitario es un sujeto que se afecta a sí mismo y a los demás, por medio de un ejercicio sexual irresponsable, que se manifiesta a través de: embarazos no deseados, ETS, contagio de VIH, menor bienestar hacia su persona y hacia su familia, lo cual origina en muchos casos un deterioro en el área afectiva que se manifiesta en una baja autoestima.

Si aunado a esto se le agrega que dicho fenómeno no es un caso aislado, se observa que los recursos de una comunidad destinados al bienestar común se verán disminuidos de una manera significativa.

Lo anterior nos obliga a reflexionar sobre la adquisición necesaria de valores, hábitos y formas de comportamiento que contribuyan no sólo a un bienestar en lo sexual—visto como un asunto individual—,

sino donde la persona en tanto sujeto social determina con su conducta la calidad de vida de su comunidad.

Cuando hablamos de sujeto social en la SR queremos enfatizar también que los procesos y los contenidos que configuran la identidad genérica son distintos en los hombres y en las mujeres. Estos procesos y contenidos se encuentran profundamente vinculados a la posibilidad de vivir en una dimensión de SR, por lo que tendrían que ser objeto de trabajo para la educación formal e informal.

4.1.3 Los rituales de la cultura médica en el curriculum oculto de la Facultad de Medicina

Cuando nos referimos a la cultura médica, aludimos en el orden simbólico a los modos de actuar y pensar, el saber y la práctica médica aceptados socialmente —incluido el propio gremio— que generalizan y universalizan la experiencia.

En este sentido el curriculum de la Facultad de Medicina en el campus C.U. forman parte de esta cultura médica —aun cuando no es privativa de esta institución educativa.—

“En general, la universidad tiende a recuperar exclusivamente las formas culturales dominantes y a presentarlas como las únicas legítimas”.⁹⁸

Pero el principio supremo del funcionamiento escolar, como apuntaba Marx, es “quién educa a los educadores”. Si los profesores de las escuelas han sido formados e instruidos dentro de una concepción y una técnica que corresponden a una práctica específica de la profesión, ellos actuarán en la cátedra como reproductores eficaces de la misma práctica.⁹⁹

⁹⁸ Guevara, N. “*La Universidad Alternativa*”: Ponencia presentada en la Universidad Autónoma de Sinaloa, 1986:5.

⁹⁹ *Ibidem*, 55.

Se enseña tanto con lo que se dice como tanto o más con aquello que se oculta y especialmente con lo que se hace. Los mensajes que se aprenden cuando se oscurece, por ejemplo, la dimensión de género respecto a la SR, implica que las personas que estudian medicina incorporen valores y actitudes únicamente en la versión biomédica, que es una versión masculinizada, la cual adoptarán también las médicas tanto en su formación como en su ejercicio profesional.

En tanto el cuerpo humano es objeto de estudio de la medicina, resulta ilustrativa desde la perspectiva de género la siguiente referencia de Lagarde sobre el papel de las instituciones —en nuestro caso las de salud y la Facultad de Medicina—: "Las instituciones controlan y reproducen los cuerpos a través de procesos pedagógicos en los que se enseña, se aprende, se internaliza, se actúa, se rehusa, y se cumple o no se cumple con los deberes corporales genéricos... Deberes que, mítica e ideológicamente, no se consideran sociales sino naturales y deben vivirse como mandatos irrenunciables. Está en la naturaleza de las mujeres ser mujeres, de los negros ser negros, de ser conforme a la manera inherente al sujeto".¹⁰⁰

El alumnado aprende también por los modos, los ritos y las pautas de comportamiento en que los conocimientos formales ocurren. De

¹⁰⁰ Lagarde, M. *La regulación social del género: el género como filtro del poder*. Antología de la sexualidad humana. Tomo I, CONAPO, México, 1994. 400.

tal modo que aquéllos aprenderán por ejemplo de la relación maestro-alumno tanto en el aula como en el servicio un modo de establecer relaciones con los usuarios.

Para develar el sentido y el significado de las relaciones entre el conocimiento sobre SR y los sujetos sociales de la escuela y de las instituciones, abordamos un enfoque que trata de descubrir los modos concretos por medio de los cuales los acuerdos estructurales dominantes invaden la vida cultural, los modos básicos por los que se organizan y controlan las instituciones ... el conocimiento abierto y encubierto que se enseña en las escuelas, los principios de selección y organización de ese conocimiento, así como los criterios y modos de evaluación utilizados para "medir el éxito" de la enseñanza ... Nuestros problemas básicos en cuanto que los educadores son seres políticos, consiste en empezar a captar modos de entender cómo los tipos de símbolos y recursos culturales que las escuelas seleccionan y organizan están dialécticamente relacionados con los tipos de conciencia normativa y conceptual "requeridos" por una sociedad estratificada" .¹⁰¹

En el "Perfil académico profesional del egresado" correspondiente al plan de estudios anterior de la Facultad de Medicina¹⁰² se encuentran implícitamente, elementos que reflejan la valoración que

¹⁰¹ Apple, M. *Ideología y Curriculum*, Op cit: 12.

¹⁰² *Plan de estudios de la Carrera de Médico Cirujano*, UNAM, México 1985. Manual del estudiante, 8.

hace el personal médico de su quehacer con relación a otros saberes; al respecto se señala:

“Hay problemas que requieren sólo de unas cuantas características muy señaladas para facultar su ejercicio; otras, como la medicina, exigen muy diversas cualidades que determinan un perfil muy complejo”.¹⁰³

La sobrevaloración de la medicina es un elemento que muestra el manejo del poder y del control sobre otros sujetos sociales y otros saberes. Esta “característica” de la práctica médica se observa con claridad en el manejo de los usuarios, por ejemplo, en el caso del embarazo interrumpido.

La interpretación del embarazo como parte de la SR es un problema de salud pública, no obstante los médicos y las médicas en general actúan al respecto bajo los siguientes referentes:

A partir de una consideración legal constituye un delito:

- a) Culturalmente atenta contra el atributo esencial de las mujeres,
- b) En el encuadre de las políticas demográficas: disminuir las tasas de fecundidad, y de las políticas de salud: aplicación masiva de métodos anticonceptivos,

¹⁰³ *Ibidem*, 12.

c) En su formación universitaria aparece como un infanticidio.^{104*}

En este sentido, "... el aborto pone en funcionamiento una serie de reacciones profundamente enraizadas en la subjetividad de los agentes de salud, fundadas en modelos ideológicos referidos a la maternidad y la sexualidad, a la vez que reactualiza prejuicios de clase y refuerza relaciones de poder propias de la atención médica en nuestra sociedad. En este sentido, la intervención técnica está ligada a una función de control social, de modo que la función punitiva no ha sido, ni es ajena a la práctica médica".¹⁰⁵

En el documento Plan Único de Estudios de la Carrera de Médico Cirujano sobre el estado de la salud de la población mexicana se dice:

"... la población mexicana que requiere atención de su salud se caracteriza por ser predominantemente joven, con altos índices de natalidad, con un incremento paulatino de la esperanza de vida y consecutivamente, de la población mayor de 60 años, dispersa en el área rural, y con tendencias a la hiperconcentración en las ciudades.

¹⁰⁴ González de León. "Los médicos y el aborto" *Ensayo salud pública*, UAM-X, 1985 229-230.

* En el plan de estudios de la Facultad de Medicina, en la asignatura de Medicina General II se puede observar esta perspectiva de abordaje en cuanto a la interrupción del embarazo, 43

¹⁰⁵ Citado por González de León: 231

En ella predominan pobreza, desnutrición, bajo nivel de escolaridad y malos hábitos de higiene, trabaja y vive en medios insalubres”¹⁰⁶

Las condiciones de vida de la población, según este diagnóstico, revelan las escasas probabilidades que tienen las personas para alcanzar un estado de salud -tanto física como emocional-. En esta perspectiva, una vez más reiteramos que alcanzar un estado de bienestar físico y mental no ocurre como un logro que depende únicamente de la información o de la “voluntad”. Diríamos que se trata de un proceso que desarrolla y se alcanza en el entramado de las posibilidades y por lo tanto de los condicionamientos económicos, políticos y culturales del entorno social más amplio.

En relación con la cultura médica referimos algunos ensayos en la perspectiva de la medicina social que han llevado a cabo los propios médicos a nivel internacional.

Respecto a los problemas de salud pública, Feinstein, profesor de medicina en la Universidad de Yale, señala en su artículo titulado “Twentieth Century Paradigms that Threaten Both Scientific and Humane Medicine in the Twenty-First Century”, que los errores en conceptos etiológicos y terapéuticos dependen de los paradigmas, que son las creencias dominantes desde las cuales se derivan los principios y las estrategias respecto a la salud de la población.

¹⁰⁶ *Plan de estudios de la carrera de médico cirujano. Op cit '16.*

Continúa diciendo que el problema central en la formación de quien estudia medicina —en general— son los mensajes donde no cuestiona y no se atreve a desafiar el poder académico del que enseña, ya que se da por hecho que éste a su vez lo sabe incuestionablemente porque así lo aprendió.

Este asunto nos parece grave si consideramos que los estudios sobre SR más bien tienen al centro la preocupación demográfica en detrimento de lo que los usuarios puedan pensar, querer o sentir.

Finalmente el autor señala que tal vez el cambio más importante para la medicina clínica, sea hoy un nuevo paradigma que rescate al usuario más que a la enfermedad, lo que involucra tratar temas aparentemente reservados a la justicia; "... los médicos clínicos deben darse cuenta de su responsabilidad y usar sus capacidades para articular el juicio y la intuición".¹⁰⁷

En cuanto al papel social de la escuela Guevara señala que "La universidad pública ha fracasado en la tarea de impulsar un desarrollo cultural, sometida al mercado de trabajo formal, reaccionando pasivamente ante las contradicciones generadas por el desarrollo capitalista dependiente del país".¹⁰⁸

¹⁰⁷ Feinstein, R. "Twentieth Century Paradigms that Threaten Both Scientific and Humane Medicine in the Twenty-First Century", en: Elsevier Science, United States, 617.

¹⁰⁸ Guevara, G. La universidad alternativa. Op cit : 58

político-académico incluye establecer –a través de la orientación actual de su práctica profesional-, una vinculación Universidad-Sociedad en el sentido de impulsar un desarrollo cultural y social más que su compromiso político con el sector salud.

En este sentido habría que examinar el carácter de la práctica médica actual.

El ejercicio profesional de la medicina es de corte liberal, lo cual dicho rápidamente, no logra afectar la función cultural, sino que por el contrario tiende a favorecer el espíritu de ghetto de grupo cerrado.

Sobre el quehacer médico y la categoría de género, González de León subraya que: "El que los estudiantes de medicina tengan posturas más conservadoras frente al aborto tiene, sin duda, una vinculación estrecha con la interiorización de los patrones y estereotipos culturales aceptados sobre las mujeres y la maternidad.

Lo que a grandes rasgos indican los datos recabados, es que el hecho de *ser mujer* no implica necesariamente una visión más clara sobre la problemática del aborto, o una actitud más comprensiva y solidaria hacia quienes deciden interrumpir el embarazo".¹⁰⁹

¹⁰⁹ González de León. "Los médicos y el aborto" Ensayo salud Pública, UAM-X, 1985 : 234.

Ya en páginas anteriores señalábamos que las médicas y las estudiantes de medicina acaban por adoptar las actitudes, los roles y las creencias generadas por sus compañeros varones, como parte de la cultura médica.

4.1.4 La orientación de la práctica profesional de corte clínico. La salud pública y el código ético.

En los antecedentes de la medicina social se encuentran las bases que definen con toda claridad la raíz económica y social de los hechos de salud así como de sus implicaciones políticas a nivel preventivo. La contribución que realizó Sigerist en el área de la epidemiología marcó un hito en la historia médica. Alan Gregg señala al respecto: "La práctica de la medicina es parte de la sociología, y es producto de los actores sociales. No éramos conscientes de ello (antes de Sigerist) como tampoco de las *perspectivas que nos abre esta visión más vasta*".¹¹⁰ La relación de sentido y de significado que Sigerist establece entre el saber biomédico y el entorno social aparece claramente explicado cuando señaló ya desde 1960 que "... el problema fundamental de la práctica médica actual es su falta de atención a la situación en que vive el paciente ... y su tendencia a tratarlo como un objeto más que como un sujeto, un ser humano que debe entender la enfermedad que lo aqueja para participar inteligentemente en su tratamiento"¹¹¹.

Las posibilidades y los retos educativos se establecen en la vinculación de la universidad y el entorno: la formación de quienes

¹¹⁰ Citado por Terris M. *La revolución epidemiológica y la medicina social*, 199.

¹¹¹ *Ibidem*, 202.

estudian medicina con las formas y estilos de vida de los hombres y mujeres que acuden a los servicios de salud. La SR como espacio de interacciones no puede dejar de lado esta vinculación.

Szasz, médico del Suny Health Science Center, en Nueva York, explica en un breve pero significativo análisis histórico, el deseo del hombre por obtener el dominio y el control de la naturaleza incluido el propio hombre. En la búsqueda de ese dominio, empieza a poner atención en ciertas regularidades del medio ambiente, por lo cual cada núcleo de personas posee conocimientos y técnicas especializadas que le permiten controlar a otros, "... por ejemplo, los científicos atribuyen la infelicidad a los genes neurotransmisores con lo que nulifican la intencionalidad y la culpa, consecuentemente negamos el libre albedrío y la responsabilidad y lo reemplazamos por la ciencia o (pseudo) ciencia del determinismo psicológico como lo llamaba Freud". ¹¹²

Las implicaciones del deseo de dominio y de control en el caso de los profesionales que ejercen la medicina son graves, en tanto, que en nombre de ésta se lleva a cabo una serie de acciones "libres de responsabilidad", dice "... asignamos responsabilidades a un hombre no para que diga que pudo haber actuado diferente, sino para

¹¹² Szasz, T. "A Brief History of Medicine's War on Responsibility" en Elsevier Science, United States. 1996, 611.

hacerlo diferente". Curiosamente es en la muerte, más que en la vida, que la medicina y la ética se encuentran como adversarios, como eventos biológicos pasivos, como resultado de la enfermedad, daño, la muerte es objeto de la medicina.

Finalmente Szasz alude a Skrabanek para señalar que éste protestó contra los abusos y las arrogancias del poder médico; lo que este último llamó de modo tan elegante "arrogancia" en sus colegas, constituye todo un estilo del ejercicio profesional que determina la relación médico(a)-usuarios(as) en un sentido de dependencia; una persona que no merece y que no entiende explicaciones, para lo cual habrá que tomar decisiones por él —en nombre de su bienestar— por supuesto.

Por otro lado, Szasz hace una dura crítica en cuanto al "uso" del conocimiento científico, libre de una carga moral y ética; y en este sentido, el actuar médico aparece como aséptico de toda ética. Lo anterior se muestra tanto en el discurso como en la práctica. Respecto al primero, p.e., el plan de estudios de la carrera de médico cirujano, dice: "se conduce según los principios éticos y humanísticos, que exige el cuidado de la integridad física y mental de los pacientes"; ¹¹³ no obstante parecería que es una especie de

¹¹³ *Plan de estudios de la Carrera de Médico Cirujano*. UNAM, México 1993, 13.

“cualidad” que ya cada alumno posee y que no requiere desarrollar, aprenderse, y confrontarse pues en las unidades temáticas este código no aparece desarrollado e instrumentado en el plan curricular. Un estudio realizado sobre el aborto con 96 personas en *formación médica de la UAM-Xochimilco*, señala que: “...desde que ingresan a las escuelas de medicina, los futuros profesionales adquieren o refuerzan conceptos prejuiciados en relación al aborto y su formación universitaria no les proporciona los elementos para ubicarlo como problema social y de salud pública, ni para comprender sus aspectos legales y sus repercusiones psicológicas...No es extraño que en las aulas universitarias y en los *servicios de salud el tema se trate desde perspectivas cargadas de conceptos y juicios morales.*”¹¹⁴

No obstante que en el perfil se base un señalamiento acerca de los principios éticos, no encontramos en los contenidos del plan de estudios elementos que le permitan al alumno consolidar comportamientos en este sentido más allá de las intenciones.

“El *curriculum alternativo de la Facultad de Medicina* no supone necesariamente la adopción de nuevos objetos de trabajo; es decir; no se trata de que los futuros médicos se conviertan en sociólogos, por ejemplo.

¹¹⁴ González de León. *Los médicos en formación y el aborto: opinión de los estudiantes de medicina en la Ciudad de México*. Ensayo salud pública, Río de Janeiro, 1997 230.

La formación de un nuevo tipo de trabajador intelectual supone actuar dentro y fuera del entorno del mercado de trabajo formal, pero siempre sobre el precepto de formar a los estudiantes de medicina con una nueva conciencia, una conciencia crítica y activa sobre su desempeño social.

Lo anterior implica *enriquecer la función escolar a fin de ofrecer al estudiante una sólida educación moral y una amplia educación política, con lo cual no se está "sugiriendo" diseñar materias con contenidos que desarrollen el tema de política o ética en abstracto, sino a partir de los problemas éticos y políticos que históricamente han determinado su práctica.*"¹¹⁵

En el caso de la SR, ésta involucra un problema concreto de carácter ético: las condiciones para el ejercicio de los derechos reproductivos de la población. En el capítulo II señalamos algunas contradicciones entre la política de salud y de población respecto a la dimensión social de la SR.

El personal médico forma el grueso de los prestadores de servicios de salud en cuanto a SR se refiere; sin embargo, en su formación académica como hemos señalado, la salud pública es un área que

¹¹⁵ Guevara, N. La Universidad Alternativa. Op cit. 56.

tendría que estar presente no sólo como vertiente analítica sino como un organizador contextual de la práctica médica; sin embargo en el plan de estudios de la Facultad de Medicina pareciera que se considera incorporada por estar en su estructura (contenidos teóricos), lo cual puede observarse en el siguiente cuadro en el que se muestra la relación por departamentos y asignaturas al interior del plan de estudios de la Facultad de Medicina.

RELACION DE DEPARTAMENTOS Y ASIGNATURAS

Embriología	Biología Celular y Tisular	Anatomía	Psicología Médica Psiquiatría y Salud Mental	Bioquímica	Salud Pública
Biología del Desarrollo	Biología Celular y Tisular	Anatomía	Psicología Médica I	Bioquímica y Biología molecular	Salud Pública I
Genética Médica			Psicología Médica II	Inmunología	Salud Pública II
200 hrs 24 créditos	200 hrs 14 créditos	120 hrs 14 créditos	240 hrs. 18 créditos	400 hrs 32 créditos	Salud Pública III
Farmacología	Fisiología	Microbiología y Parasitología	Cirugía	Secretaría de enseñanza clínica, Internado y Servicio Social	Salud Pública IV
					480 hrs. 24 créditos
Farmacología	Fisiología	Microbiología y Parasitología	Cirugía I	Patología	Departamento de Historia y Fisiología de la Medicina
			Cirugía II	Propedéutico y Fisiopatología	
320 hrs. 24 créditos	320 hrs. 24 créditos	280 hrs 20 créditos	400 hrs 20 créditos	Medicina General I	Historia y Filosofía de la Medicina
				Medicina General II	
				Seminario Clínico Internado	80 hrs 6 créditos
				6687 hrs 223 créditos	

Al interior del plan de estudios se encuentran cuatro asignaturas correspondientes al área de salud pública, las cuales se cursan una por año a partir del primero de la carrera. En relación a los contenidos de dicha asignaturas quisiéramos señalar lo siguiente:

En el primer año la asignatura se refiere a un nivel de información: el proceso salud-enfermedad, la metodología científica, la estadística aplicada y la alimentación y nutrición humana.

En el segundo año los contenidos se dirigen a los aspectos histórico-conceptual de esta área, aluden al médico como educador y a los principales problemas de salud pública en México. Entre sus objetivos señala la utilización de la metodología epidemiológica para el estudio de la salud y la enfermedad como fenómenos poblacionales.

En el caso de salud pública, tres los objetivos señalan la participación del estudiante en investigaciones en el área.

En el cuarto año de la carrera el contenido está enfocado a la salud en el trabajo y al anciano.¹¹⁶

Los contenidos y sus objetivos arriba señalados podrían *articularse* alrededor de problemas relevantes de salud en este momento. La

¹¹⁶ Programa de las asignatura de salud pública I,II, III y IV del Plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano. Facultad de Medicina, UNAM.1993.

SR podría constituir uno de los ejes ordenadores para lograr dicha articulación.

Mucho han insistido algunos investigadores del área de las ciencias sociales sobre la SR. "La gente debe ser informada de la naturaleza del riesgo en términos absolutos y relativos. La información debe ser honesta ... con relación a la investigación biomédica, las mujeres son comprometidas a ser objeto de estudio sin suficiente información de los posibles riesgos o beneficios potenciales de tales investigaciones".¹¹⁷

En cuanto a la salud pública, el autor señala que ésta ha sido dañada a causa de haber generado expectativas irreales respecto a la medicina, así como a la sobrevaloración del sentido que se ha hecho de la misma "... el imperativo ético ha sido ignorado y como resultado la salud de la población ha sido dañada en vez de mejorarla".¹¹⁸

Finalmente quisiéramos señalar lo que Menéndez refiere en cuanto a la formación del personal médico en una vertiente de salud pública; y en este sentido, a los recursos analíticos y propositivos con que cuenta según su formación curricular.

¹¹⁷ Mc Cormick "Medical Hubris and the Public Health: The Ethical Dimension", en Elsevier Science:620. Además Véase Figueroa J.G. Aproximación al estudio de los derechos reproductivos, Serie Reflexiones.COLMEX. 1995.

¹¹⁸ *Ibidem*, 619.

"La mayor parte, por no decir la totalidad, de las principales causas de mortalidad en México remiten nuclearmente, tanto en términos de causalidad estructural como de prevención, a procesos económico-políticos y culturales. La pregunta inmediata de hacernos es si los médicos y los epidemiólogos, en particular, tienen la capacidad técnica y teórica para describir, analizar, explicar y encontrar soluciones estructurales para dichos problemas.

Quiero recordar que el modelo preventista más utilizado plantea para su descripción y análisis lo que denomina historia natural de la enfermedad. Es decir que por definición explícita la historia de la enfermedad aparece naturalizada, cuando lo que se requería es un modelo que implicara la historia natural, pero también social, de la enfermedad. Esta concepción refleja la orientación biologicista dominante, que a su vez se evidencia en la formación profesional y académica del médico. Su formación en la universidad a nivel del grado y de posgrado *no lo habilita científicamente* para manejar variables y estructuras sociales, políticas, económicas, culturales, referidas a los procesos de salud/enfermedad. Es su *poder* sobre los procesos biológicos, y no su saber científico social, el que permite imponer su jurisdicción técnica. En México, en 1987, los alumnos de la carrera de medicina de la UNAM reciben escasos conocimientos sistematizados en el área científico-social. En la maestría en salud pública de la Secretaría de Salud sólo se imparten veinte horas de clase de estas disciplinas en el currículum ordinario. (Esto implica inclusive un retroceso, ya que en 1981 se dictaban alrededor de 90

4.1.5 El Plan de Estudios. Los servicios de Salud y la política demográfica

En el Plan de Estudios, de la Facultad de Medicina, en la asignatura denominada Medicina General, II el tema "La mujer sana , patología y clínica de los padecimientos más comunes", es el único espacio temático que se refiere a una parte de la SR, en este caso a la PF.

HRS	CONTENIDOS TEORICOS	A	B	C	D
1	Planificación familiar: <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de los aspectos demográficos mundiales • Concepto de planificación familiar y papel del médico en esta labor • Metodología anticonceptiva 	X			
1	Climaterio: <ul style="list-style-type: none"> • Fisiología del climaterio, cambios endocrinos somáticos y psicológicos • Cuadro clínico y metodología de estudio • Higiene • Fisiología genital de la mujer senil 	X X X X X X			

El plan señala cuatro niveles de profundidad de acuerdo con el dominio que el médico general debe tener y son los siguientes:¹²⁰

¹²⁰ Plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano, UNAM, México, 1993.

Nivel A: Realizará las acciones necesarias para la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico oportuno o la sospecha diagnóstica; iniciará el tratamiento cuando el caso lo requiera y referirá al paciente al nivel de atención correspondiente.

Nivel B: Realizará las acciones que sean necesarias para la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno, solicitando apoyo especializado para su atención.

Nivel C: Realizará las acciones que sean necesarias para la promoción de la salud, la protección específica, el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la rehabilitación.

Nivel D: Establecerá el nivel de salud del individuo, la familia, y realizará las acciones necesarias para la promoción de la salud, su *atención y control*.

Como se observa, "aprender" sobre PF ocupa en la escala el nivel "A" o sea el nivel más general y superficial, quedando la atención más allá del individuo fuera de su espectro de intervención.

En relación con la ausencia de formación sobre SR en los egresados de la Facultad de Medicina, a continuación citamos el caso de un proyecto de capacitación en dicha área.

En el estudio y en los contenidos mismos se refuerza un enfoque ginecológico de la SR. Este asunto es objeto de reflexión en términos de que se trataría de 'capacitarlos' respecto a la ausencia de dicha área en su formación curricular.

'Los contenidos de SR' son: servicios básicos de salud, atención prenatal, del parto y puerperio, planificación familiar y vigilancia de la nutrición. Este paquete se lleva a cabo en comunidades rurales y núcleos periurbanos marginales.

Dichos contenidos son trabajados por pasantes durante un año de servicio social después de haber concluido un año de internado rotatorio de pregrado, ya que "... no poseen los conocimientos actualizados sobre riesgo reproductivo, anticoncepción y atención a la salud de mujeres y niños contenidos en las Normas oficiales mexicanas".¹²¹

El objetivo de este programa es fortalecer la capacidad resolutive de los internos de pregrado para que durante su servicio social ejerzan acciones de SR de calidad.

El proyecto tiene dos partes: una estrategia educativa elaborada a partir de un cuestionario y un taller dirigido a los responsables de la

¹²¹FNUAP. Informe final del Proyecto Mex 95/P10: *Capacitación en SR para estudiantes de medicina que realizan internados de pregrado en hospitales de la Secretaría de Salud, México*, feb-dic, 1996.

coordinación de internado de pregrado en el Hospital General de México tendiente a explorar las necesidades y propuestas para capacitar a las y los estudiantes en SR.

Algunos resultados relevantes del instrumento aplicado son los siguientes:

- El 80% manifiesta que el material de apoyo didáctico para la impartición de los temas de SR no está disponible por no existir.
- El 80% indica que desconoce lo que los alumnos deben saber de SR al término del programa de enseñanza de internado de pregrado.
- El 60% señala que los textos básicos de consulta, revistas médicas actualizadas y/o acceso a sistemas electrónicos de consulta no está disponible.
- El 40% manifestó como obstáculo para llevar a cabo su labor docente la falta de conocimiento de SR.

Como podemos observar, los alumnos(as) y profesores(as) carecen de información actualizada sobre SR. Específicamente aquellos que abordan esta área en los campos clínicos, no cuentan con los sistemas de información y desconocen que tendrían qué saber sus alumnos sobre SR para llevar a cabo el Programa de Salud Reproductiva, quedando en los egresados(as) una laguna al respecto.

CAPITULO 5 LA SR; UN ÁREA DE LA EP EN LA PERSPECTIVA DE GÉNERO QUE RECLAMA DEVELAR LAS MEDIACIONES SOCIOLOGICA Y EDUCATIVA EN LA FORMACIÓN CURRICULAR DE LAS PERSONAS QUE ESTUDIAN MEDICINA

5.1 Argumentos para un cambio de paradigma

Hoy en día ante los profundos cambios de carácter político-social, económico y tecnológico que experimentan las naciones en todo el mundo, y frente a la recomposición de las sociedades, el papel de la educación también se posiciona de una manera distinta en cuanto a sus fines de cara al siglo XXI.

En las últimas décadas hemos visto que la política educativa en México se ha orientado hacia el fortalecimiento de un desarrollo fundado básicamente en el crecimiento económico. Haber sostenido una "visión económica" de lo educativo coloca a este ámbito en el papel de medio para alcanzar un desarrollo basado en un modelo productivista, lo cual habría que revisar en el contexto más amplio de la sociedad mexicana. El problema es que los beneficios del auge económico sólo alcanzarían a los poseedores del capital que sólo representan una minoría de la población "... el crecimiento económico a ultranza no se puede considerar ya el cambio más fácil hacia la conciliación del progreso material y la equidad, así como el respeto de la condición humana".¹²²

¹²² Delors, J. *La educación encierra un tesoro. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la educación para el Siglo XXI*: 69.

Sin embargo, aun los países poseedores del capital económico, y que han logrado un desarrollo en este sentido, han mostrado que en el plano cultural no se ha dado un avance semejante, y es que dicho auge económico no garantiza el desarrollo cultural y humano.

¿Cómo podrían las políticas económicas no sentirse aludidas por los desafíos de la educación –y en nuestro caso de la EP- en cuanto a los retos que plantea la SR? El compromiso efectivo de la Escuela y del Estado en este sentido exige una respuesta en el nivel macro social y micro social.

En este trabajo abordamos a la SR a través de la formación de las mujeres y los hombres que estudian medicina.

Los argumentos que justifican un cambio de paradigma en el abordaje curricular de la SR en la Facultad de Medicina de la UNAM, se encuentran referenciados por:

1. El discurso oficial sobre salud reproductiva carece de un abordaje social.

Las contradicciones y ausencias importantes que se encuentran en el programa de salud reproductiva, en el Plan Nacional de Población y en el Programa de reforma al sector salud no contemplan la *formación social* desde la academia, de los médicos como actores traductores y ejecutores de las políticas de salud y de población.

2. La perspectiva curricular y de SR abordada en el marco teórico nos lleva a situar la SR *en una concepción social y de género*, desde donde se destaca lo siguiente:
 - El carácter socialmente construido de lo que en una determinada cultura se entiende por “femenino” y “masculino”.
 - El análisis de la sexualidad, la salud y los procesos reproductivos en el contexto de las relaciones hombre/mujer y no en cada persona —por sus capacidades, atributos y actividades— como entidades separadas.
 - Las relaciones señaladas son a un tiempo constitutivas y constituyentes del conjunto de las relaciones que producen y reproducen en las sociedades.
3. Los estudios empíricos que dan cuenta en un primer acercamiento del curso de vida de las personas en formación médica respecto al ejercicio de su sexualidad, aun cuando exploran con un enfoque médico el comportamiento sexual de los futuros profesionales, nos muestran que este grupo de población y de edad constituye un grupo de riesgo.
4. El curriculum de la Facultad de Medicina no aborda la SR. El Plan de Estudios presenta contenidos de carácter biomédico que se ubican en un nivel de aprendizaje que con relación a otros

parecen periféricos o accesorios (se clasifican en el nivel 1 que corresponde a los contenidos con menor número de horas clase).

Los contenidos de salud pública formalmente incluidos en el plan de estudios, no constituyen una herramienta analítica para explicar e intervenir graves problemas de salud que ocurren en el plano del ejercicio de la sexualidad de hombres y mujeres, en los procesos reproductivos y por lo tanto en la salud.

Los servicios de salud que son los espacios en que el personal médico aprende salud reproductiva, tienen como eje de sus acciones sólo una preocupación de carácter demográfico. Por otro lado, la aplicación de métodos anticonceptivos y las acciones preventivas respecto de las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH-SIDA, están dirigidas a la mujer. El sesgo de género y la visión de que la SR se asocia a las enfermedades de las mujeres, adelgaza cualquier acción respecto a la SR como un espacio de interacciones.

En esta perspectiva nuestra justificación para un cambio de paradigma adquiere significado en la articulación de un ámbito estructural social, con otro institucional-educativo. El primero está dado por el compromiso social que tendría que asumir el Estado ante problemáticas graves que atañen a la ciudadanía en términos de salud y crecimiento demográfico. El segundo está referido a la

función transformadora de la Universidad en el entorno al que pertenece.

5.2 La necesidad de situar a la salud reproductiva en un contexto social

En este sentido, el curriculum de la Facultad de Medicina es una propuesta educativa que promueve la UNAM siguiendo sus principios rectores; es decir, en su encuadre académico-administrativo en general. Sin embargo, dicha propuesta adquiere sentido y significado en la interrelación de la Facultad con su entorno social.

De este modo, las instituciones de salud, la industria farmacéutica, las políticas demográficas y lo que hemos denominado rituales de la cultura médica, actualmente se articulan a la formación médica en un proceso amalgamado, sin conflictos aparentes, y sin una participación política; se trata de un proceso academicista en la formación de las y los estudiantes.

El trabajo conceptual, analítico y estratégico que hemos llevado a cabo, requirió -desde una perspectiva pedagógica crítica, social y cultural-, develar en la formación de las personas que estudian medicina, las mediaciones curriculares presentes en un proceso que no es como su apariencia lo mostraría, ajeno a determinantes culturales y políticas como dimensiones claves que se articulan a lo disciplinario del saber y la práctica médica. En esta perspectiva, la modificación de la relación jerárquica entre los géneros podría

alterar las relaciones no sólo en el aprendizaje curricular —en términos de lograr aprendizajes significativos sobre SR—, sino respecto a las relaciones sociales en general, que en nuestro caso, implicaría aprender a negociar entre hombres y mujeres respecto a los procesos de reproducción y el ejercicio de la sexualidad.

Si bien se ha dejado claro en el discurso formal del currículum que las y los egresados son ante todo clínicas(os), esta orientación de la práctica médica lejos de excluirlos de una responsabilidad social amplia con los usuarios, los compromete con un ejercicio profesional que tiene sentido sólo en el marco de la salud pública, no como discurso sino como práctica efectiva.

En este sentido, la SR es un área de atención de la medicina que se vuelve central en una perspectiva de salud pública.

La SR constituye un *espacio social* clave en el cual tendría que mostrarse, *entre otras aportaciones de las ciencias sociales*, el compromiso de una institución de carácter educativo como la Facultad de Medicina de la UNAM.

La Facultad tendría que dar una respuesta a problemas de salud pública, en este caso, respecto al ejercicio de la sexualidad, la reproducción y la salud. Esta respuesta implicará un abordaje que no puede ser unidisciplinario, como el tratamiento ginecológico que actualmente se muestra en la relación médico-usuario, el cual crea

un vínculo de dependencia donde el médico toma decisiones sobre la regulación de la vida sexual del usuario. En este planteamiento subyace la concepción del modelo médico-hegemónico, en la cual la mujer es la que se reproduce y por lo tanto la atención está centrada en ella.

Por otro lado, también habría que sacar a la SR de una perspectiva de enfermedad, en donde también las causantes de este "problema" son mujeres. En todo caso el deterioro de la salud ocurre dada la carencia de condiciones para ejercer los derechos reproductivos.

Lo señalado anteriormente está ligado fuertemente a las políticas de población y de salud. En esta perspectiva, la Facultad de Medicina contribuye a un proceso de legitimación de las acciones realizadas en los servicios de salud dada su cobertura y por el papel que hasta ahora el Estado mismo ha asignado al sector médico.

El Estado Mexicano ha señalado a través de su política en materia demográfica y de salud, la necesidad de disminuir la tasa de fecundidad y atender el incremento de la mortalidad materna, de los embarazos adolescentes, etc., en la cual la mujer es la que se reproduce y la relación entre hombres y mujeres está desaparecida.

El asunto clave en estas políticas estatales tendría que ser el acto de "*situar*", es decir, explicar y trabajar sobre las condiciones estructurales y personales que constituyen el marco que le daría

sentido a tales políticas; entonces nos daríamos cuenta que este "situar" es social; creemos que la política demográfica y de salud tendría que tratarse en un encuadre donde la fecundidad es un asunto no sólo demográfico, sino que exige un abordaje cultural y educativo.

Si las políticas estatales al respecto se sitúan en una perspectiva de las condiciones, y por lo tanto, p.e. de las posibilidades para disminuir el número de hijos por pareja y de la marginación y condición de pobreza en que surgen los ETS y específicamente del VIH-SIDA, podríamos hablar de articular o de apoyar efectivamente una formación médica educativa con una práctica profesional crítica y en sentido social-estructural.

Actualmente, la SR en las acciones, se aborda en los servicios de salud con sentencias o normas que vienen de fuera y pretenden insertarse en la vida de las personas mediante "información" actualizada. La información veraz ocupa un lugar importante en la SR; sin embargo, su función es totalmente periférica si le asignamos una especie de papel mágico en cuanto al cambio de comportamientos sexuales o de reproducción.

Como señalamos en el capítulo 3, los aprendizajes, las conductas y los encuadres en que estos ocurren no se explican en una lógica intelectual sino en la perspectiva de la cultura dominante: de valores y de principios reconocidos o sancionados socialmente y que

requieren condiciones objetivas para resignificarse; por lo tanto, aprender o reaprender pautas de conducta en este sentido además de información veraz, requiere básicamente de que el sujeto considere el problema como suyo, de tal manera que se constituya en su necesidad el ejercicio de la SR para mejorar su calidad de vida.

La salud reproductiva como espacio de interacciones y el ejercicio del poder.

Si entendemos que la SR ocurre en el espacio entre personas, entre hombres y mujeres con diferentes expectativas, cargas culturales y lenguajes, entonces encontramos que el *poder* media en sus interacciones. En una búsqueda constante por acomodar el código de su interlocutor, esta negociación no pasa por una lógica del razonamiento, sino que más bien se deja al *deseo*.

En este sentido se abren interrogantes tales como: *¿cómo se aprende sobre SR, ¿en dónde?, ¿cómo se aprende a negociar?*. Se trata de códigos y claves cargados de juicios de valor. Aborda entonces una dimensión subjetiva.

En este trabajo se examina la estructura y el proceso del llamado dominio de la Escuela en la perspectiva del curso de vida de las y los estudiantes de medicina en una de las áreas de la EP: la SR.

Con una lectura del concepto de curso de vida y de selección cultural, el potencial formador y transformador del currículum de medicina en SR está configurado por el tránsito que realiza el alumno entre una serie de espacios clave que lo forman como médico. Dicho tránsito puede guiar a modificar, redirigir o aprender contenidos disciplinarios, valorales y actitudes que respondan a una formación sólida y crítica.

CONCLUSIONES

El abordaje de la SR desde una perspectiva de EP, nos obliga en principio a reconocer en los niveles explicativo y estratégico, la presencia de dos componentes para nuestro análisis: lo poblacional y lo educativo.

Buscamos crear entre los ámbitos demográfico y educativo una especie de puente o pasaje conceptual donde pudieran articularse los “hilos especializados” de estas dos áreas del conocimiento, teniendo en el centro a la *persona* en el sentido de actores demográficos y ciudadanos (as).

El concepto de curso de vida nos permitió construir una articulación de sentido y de significado entre la dimensión social-cultural de la SR y el campo educativo, particularmente en lo que dicho concepto refiere sobre el llamado Dominio de la escuela; en cuanto a éste último lo abordamos en el nivel superior.

Elegimos el curriculum de la Facultad de Medicina en el campus C.U. por su tradición académica, legitimación en el campo de la salud y por su cobertura.

El concepto que propusimos de EP y el contenido para la noción de Necesidades Básicas de Aprendizaje (NBA) en SR bajo la

perspectiva de género, constituyen la base para un cambio de paradigma en la formación curricular de las y los estudiantes de medicina.

En los capítulos precedentes analizamos a la SR en un marco de educación en población. Encontramos que en tanto se trata de un concepto nuevo, las acciones de SR en nuestro país no dan cuenta de la conceptualización lograda en la reunión de Población y Desarrollo en 1995, como tampoco de las recomendaciones para abordar la SR desde una perspectiva de género señaladas en aquel momento. Más aún, si consideramos que la SR tiene como antecedente una práctica de planificación familiar desde una visión feminizada y biológica de los procesos reproductivos y que ha sido delegados por el Estado mexicano al sector salud y cuya preocupación fundamental es reducir las tasas de fecundidad, el trabajo no sólo conceptual, sino fundamentalmente de carácter político y estratégico que habrá que desarrollar, se enfrenta diversas problemáticas. Una de éstas es la formación curricular de las y los profesionales que ejercen la práctica médica, los cuales como ejecutores de la política de salud y de población, brindarán los servicios de SR.

Desde esta perspectiva propusimos abordar en el ámbito de la educación formal, al curriculum de la Facultad de Medicina. Trabajamos lo que denominamos, mediaciones o conexiones curriculares en el contexto de la cultura médica para explicar e

intervenir la formación del estudiantado de medicina, no sólo en una óptica formal administrativa o técnico-pedagógica; motivo por el cual no nos referimos únicamente al plan de estudios. Abordamos al curriculum desde la perspectiva de la Selección Cultural en una vinculación Escuela-Sociedad, y por lo tanto respecto al compromiso social de la Universidad. Se trata de un enfoque social y antropológico que nos permitió analizar las mediaciones relevantes que sesgan y orientan la formación universitaria de las mujeres y los hombres que estudian medicina.

En este sentido aludimos no sólo a los contenidos curriculares —que en el caso de la Facultad de Medicina sólo abordan la dimensión biológica centrada en la mujer de la SR—, sino también a los rituales de la cultura médica que se hacen presentes cuando se aprende medicina; este modelo luego se reproduce en los servicios de salud. Para realizar una lectura del curriculum oculto de la Facultad de Medicina —aun cuando no es privativo de esta Facultad—, nos apoyamos en los estudios realizados desde la antropología y la sociología médica en una lectura analítica del saber y la práctica médica y en otros referentes trabajados por el propio sector médico, los cuales consideramos fundamentales en la formación curricular de las y los médicos tales como la dimensión ética que nos lleva al concepto de derechos reproductivos.

En esta tesis abordamos a la SR como un espacio social que ocurre a través de interacciones entre hombres y mujeres, y entre estos y

las instituciones. Alude a contenidos valorales y actitudinales que se explican y se tendría que intervenir educativamente en una perspectiva de género, en donde la sexualidad tendrá que verse en una doble dimensión en cuanto al placer y con relación a la posibilidad de no reproducción.

Reconocemos que el capital cultural ha validado relaciones o interacciones entre desiguales; entre hombres y mujeres, donde las mujeres se encuentran subordinadas en las decisiones sobre la procreación o el ejercicio placentero de la sexualidad.

Retos educativos

Frente a contenidos de corte valoral y actitudinal, a lenguajes cuyos códigos difieren por la condición de género y de clase presentes en la salud reproductiva que ocurren en un marco de interacciones, presentamos a continuación lo que llamamos *retos educativos curriculares* en la formación de las personas que estudian medicina.

Uno de los retos educativos es capitalizar las características del grupo de las mujeres y los hombres jóvenes que estudian medicina, para lograr que se asuman en el proceso de la SR como ciudadanos y actores demográficos, que den cuenta en los servicios de salud de un abordaje de la SR que previamente haya cuestionado: la idea

feminizada de la reproducción, la relación jerárquica entre el profesional de la salud y los usuarios y que les permita abordar la dimensión relacional y de género de la SR.

El curriculum de la Facultad de Medicina representa un espacio educativo cuyas posibilidades de resignificar, reorientar y aprender SR en el área médica en el momento actual, se tendría que enfrentar un cuestionamiento de carácter social acerca de la orientación de la práctica médica en el sentido tradicional, ya que ante los profundos cambios que implica un mundo globalizado y de libre mercado de cara al siglo XXI, habrá que retomar un enfoque educativo de desarrollo humano al mismo tiempo que de una formación para el ejercicio de la práctica profesional médica que ocurre en un contexto de constantes cambios políticos y económicos que requieren que las y los médicos clínicos(as) sean capaces de interpretar, explicar e intervenir efectivamente los procesos de salud en este marco.

En este sentido se requiere un abordaje médico de carácter social y de salud pública en la perspectiva de género que se enfrentaría desde el estudio realizado para esta tesis a lo siguiente:

1. Un nivel de lo manifiesto señalado en el Plan de Estudios

- Un proceso de selección cultural que se hace presente en los contenidos del modelo médico-hegemónico del Plan de Estudios:

contenidos del área de gineco-obstetricia. Aquí la salud pública es un área de conocimiento marginada, es decir, sin una articulación de sentido y de significado en la práctica y el pensamiento médico.

2. Un nivel de lo latente, lo no documentado

- Las normas, los valores, los rituales, que determinan los procesos de aprendizaje en la escuela y que constituyen en buena medida los parámetros para establecer relaciones con los usuarios en el sentido de desmitificar la profesión médica.

3. El curriculum fuera del claustro académico

- Los servicios de salud: una visión feminizada de los procesos reproductivos que se desarrolla en las reglas de las instituciones de salud y su política demográfica al centro: aplicación masiva de métodos anticonceptivos.

En esta perspectiva proponemos Necesidades Básicas de Aprendizaje (NBA) en SR para los estudiantes de medicina:

A. Para el nivel de lo manifiesto del curriculum

1. El punto de partida tendría que ser un cuestionamiento acerca de cuál es el compromiso social que tiene la Facultad de Medicina

en el área de SR en este país ligado a la política demográfica del Estado.

2. Enseguida habría que enfrentar a la SR en un reto de salud y de educación si se le dimensiona más allá de lo biológico. Si se logra entender que la SR opera en las interacciones entre hombres y mujeres, entonces quienes estudian medicina podrán interrogarse acerca de si ambos piensan, sienten, quieren y desean lo mismo y desde la misma racionalidad, los y las estudiantes de medicina tendrían que interrogarse acerca de cómo viven ellos la SR, qué significado tiene para sus propias interacciones, donde la sexualidad está en el centro, bien sea para la reproducción y/o para el disfrute placentero.

Desde la perspectiva de género, las personas en formación médica tendrían que incorporar lo que Hierro llama formación de la conciencia de grupo para lo cual esta autora señala tres etapas: la afiliación, la ruptura de la imagen tradicional y, finalmente, la conciencia de género democrático. "La filiación se comprende como el reconocimiento de la pertenencia a un grupo del cual se comparten los intereses. ...La ruptura de la imagen tradicional femenina en donde las mujeres, como grupo, han tenido que aprender a rechazar las definiciones tradicionales de lo femenino, basados sólo en explicaciones de su biología...han debido comprender que su ser significa la posibilidad de alcanzar la calidad de persona, como cualquier ser humano. ... La conciencia feminista-

humanista se deriva de una variedad de impulsos tales como, la creencia en la justicia social y en la igualdad...todo lo que da sentido a la necesidad de los cambios sociales que conformen el desarrollo personal y social.”¹²⁰

En esta perspectiva la presencia de los varones significa avanzar en la dimensión relacional de la sexualidad, los procesos de reproducción y de salud, para lo cual en principio es necesario investigar y documentar lo que ocurre con las vivencias de los hombres en los procesos mencionados.

El proceso anterior aunado a un aprendizaje menos ritualizado en la escuela y no contenido por las instituciones de salud podría conducir al personal médico a asumirse como parte del proceso de SR.

3. Dentro de la orientación clínica de la práctica médica actual, habría que *incorporar* una dimensión de lo social-estructural como encuadre para el ejercicio profesional cambiante ante el siglo XXI; es decir, como un componente básico del saber y la práctica médica con el sentido y significado, y no como un paquete de información.

4. Una línea curricular transversal en Salud Pública donde la estadística sea un instrumento para acercarse al objeto de estudio y no un elemento con sentido en sí mismo le brindaría al estudiante algunas posibilidades para interactuar con otros

¹²⁰ Hierro, G. *Humanismo y género*. Mimeo, Julio de 1994, México 10-13.

profesionistas ante la urgente necesidad hoy en día de renunciar a una lectura de la SR unidisciplinaria y en el sentido de ghetto.

5. Lo ético no se posee; se actúa en un sentido de ética médica, respecto al ejercicio de los derechos reproductivos de los usuarios y de los propios médicos.

En relación con los principios éticos —que señala el Plan de Estudios—, los alumnos de medicina parecería que poseen una especie de “cualidad” que los llevara a tener actitudes y comportamientos éticos, ya que dicho plan no contiene elementos que les permitan consolidar comportamientos bajo un principio ético más allá de las intenciones. Habría que ofrecer a nivel curricular una sólida formación moral y una amplia educación política.

B. Dentro de lo que aparece documentado en el plan de estudios:

El reto central es:

- Hacer una lectura de los procesos de salud bajo la herramienta analítica de la salud pública.
- Para eliminar el sesgo biológico en el abordaje de los problemas de salud más importantes en este momento —como los derivados del ejercicio de la sexualidad—, habrá que incorporar una visión desde la sociología y la antropología médica.

C. Respecto a los servicios de salud.

Las jefaturas de enseñanza en los hospitales representan un enlace con un gran potencial de aprendizaje real y concreto. Las necesidades básicas de aprendizaje en SR tendrían que abordarse en este espacio de los servicios de salud en una confrontación diaria con los usuarios de la SR.

Finalmente queremos subrayar que frente a un espacio social tan complejo como la SR, *el reto pedagógico que se refiere a enseñar-aprender en esta área está alejado de enviar información, y más información* en el curriculum de Medicina, más bien habría que considerar lo siguiente:

En el aprendizaje la perspectiva constructivista señala un principio básico con Piaget: conocer en él, un proceso de acomodación a la lógica del objeto y de asimilación a las estructuras previas del sujeto. En el caso de la SR el reto educativo tiene como mediador –entre el sujeto y el objeto- a un contenido de carácter axiológico, subjetivo cuya raíz es social y cultural.

Las necesidades básicas de aprendizaje en SR no operan en él información biomédica que en ocasiones sigue una lógica de “recomendaciones” destinadas a la mitad del objeto (las mujeres), o de sentencias e intimidaciones como en el caso de las ETS

especialmente el VIH-SIDA separadas del acto de *situar* la vida de hombres y mujeres. *Se requiere redefinir criterios de evaluación, prioridades, repensar acompañamiento y desfeminizar los servicios de salud.*

Los aprendizajes en SR integran los mundos subjetivos de las personas en los que residen afectos, reconocimientos y creencias con los pensamientos y la racionalidad del conocimiento. A menudo el mundo interno opera como límite para el conocimiento y para el reaprendizaje pues se constituye en un mundo autorreferenciado; el cual es excluyente del otro -entre personas y entre éstas y las instituciones-. Este asunto es de vital importancia para el abordaje educativo del área que nos ocupa, aprender a vivir en una dimensión de SR implica establecer “puentes”, interacciones, relaciones con el mundo de lo otro (a).

Las necesidades básicas de aprendizaje en SR requieren de la formulación de una didáctica que reconozca a nivel del plan de estudios, a los sujetos protagónicos de los aprendizajes: profesores, contenidos, alumnos, a la cultura y al entorno en un sentido de establecer conexiones entre estos.

Por lo anteriormente señalado no creemos que sea significativo abrir materias, contenidos o sesiones dentro del curriculum sobre género, comportamiento ético y respecto de la responsabilidad médica de manera aislada. Las valoraciones éticas y sociales habría que

tratarlas en los problemas que reclaman respuesta en el ejercicio de la profesión médica.

El docente requiere una formación en el área de la SR para abordar en el aula *problemas* que se viven en los servicios de salud, de tal modo que sea un facilitador de aprendizajes significativos como producto de un trabajo relacional que las y los alumnos tendrán que establecer a nivel del curriculum, para lo cual éste más que tener casillas separadas de información, tendría que abordar a la SR de una manera transversal la orientación social integradora del sentido ético de la medicina.

En el alumnado, en los profesores y en las instituciones de salud habría que desmontar los esquemas autorreferenciales donde se hablan sólo para encontrarse a sí mismos.

La formación curricular de las personas que estudian medicina tiene implicaciones estructurales. Habría que preguntarse acerca del *por qué de la orientación actual de la carrera*, de si el curriculum de medicina posibilita a las y los profesores llevar a cabo el examen de su actividad en un nivel ético, político y económico del papel de los protagonistas del curriculum como sujetos sociales, y de la relación entre este asunto y las políticas de población. Enseguida presentamos algunos criterios pedagógicos a manera de encuadre curricular:

- En primer lugar, hay que tomar en cuenta a los destinatarios de la SR como demandantes activos y no receptores de la misma.
- Al planificar las acciones educativas es necesario articularlas a las necesidades sentidas, identificadas en el micronivel y no solamente derivadas de las políticas poblacionales y de salud.
- Para la formulación de los objetivos de los programas educativos hay que partir de la identificación de las necesidades básicas de aprendizaje de los grupos específicos, más que tratar de adecuar contenidos generales, fijados previamente, a las condiciones particulares de cada grupo.
- Hay que diseñar programas diferenciados para los distintos grupos de población y regiones del país.

En este sentido, la institucionalización de la SR a través de su incorporación al curriculum de la carrera de medicina abriría un *espacio académico reconocido socialmente*, con lo cual se requeriría que los objetivos y los contenidos de SR se incorporaran en una estrategia curricular transversal, de tal manera que no se convirtieran en asignaturas o eventos desarticulados en el contexto del plan. Se trataría de fortalecer una formación social de la medicina en un marco de salud pública.

Por último apuntamos hacia nuevos análisis a partir del estudio realizado para esta tesis; consideramos que se podrían abrir por lo menos dos líneas de investigación en una perspectiva de género:

1. Analizar y documentar en los procesos curriculares de la Facultad de Medicina, las condiciones que posibilitan a los y las profesores(as) propiciar aprendizajes significativos sobre SR en sus estudiantes, lo cual requiere partir de examinar a la docencia en medicina en el plano ético, político y económico en el contexto de la cultura médica.

El concepto de curso de vida articulado al de NBA para la docencia en el área de SR, constituye una veta de análisis que apuntaría hacia la formulación de un modelo educativo donde las y los alumnos(as) y las y los docentes sean los protagonistas de procesos de aprendizaje pertinentes, relevantes :significativos.

2. En relación con la visión feminizada y biológica de los procesos reproductivos en constante tensión con una postura que intenta no fragmentar la realidad, a través de un abordaje social-cultural de la SR, incorporar la perspectiva de género es fundamental, para lo cual habría que capitalizar los avances logrados por los grupos de mujeres que tanto a nivel académico como estratégico han realizado en este sentido.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apple, Michael. *Ideología y currículo*. Madrid, España. Akal, 1986.
2. -----. *Política, economía y poder en educación*. México Universidad Autónoma de Hidalgo. Biblioteca Universitaria. 1990.
3. -----. *Política cultural y educación*. Madrid Morata, 1996.
4. -----. *Maestros y textos*. Temas de Educación. Paidós. Madrid 1989
5. Arredondo, M. et. al. *Propuesta de vinculación de contenidos de educación en población en los programas de educación de adultos*. México, AZIMUT CONSULTORES, 1995.
6. Castro, R. y Bronfman, M. *Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión*. en: Figueroa, J. (Coordinador) *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. COLMEX. México, 1998.
7. Cazés, D. "La dimensión social del género: posibilidades de vida para mujeres y hombres en el patriarcado", en: *Antología de la Sexualidad Humana*. Tomo 1, México, CONAPO, 1994.
8. Coloquio Nacional de Filosofía 3 Puebla. *La naturaleza femenina, tercer ...*, México, Colegio de Filosofía, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México. 1979.
9. Comisión Interinstitucional de la WCEFA. *Satisfacción de Necesidades Básicas de Aprendizaje: Una visión para el decenio de 1970*. UNESCO. UNICEF y Banco Mundial. Jomtiem, Tailandia 1990.
10. De Barbieri, Teresita. *Sobre la categoría de género. Una introducción teórica, metodológica*, (Versión escrita y corregida de la conferencia realizada en el marco del taller sobre derechos

reproductivos, por PRODIR, Sao Pablo, del 3 al 7 de diciembre de 1990).

11. ---- *Movimiento Feministas*. Coordinación de Humanidades, UNAM, México, 1986.
12. ---- *Comentarios a la ponencia Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión*. en: Figueroa, J. (Coordinador), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. COLMEX. México, 1998.
13. Delors, J. *La educación encierra un tesoro*. Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. UNESCO, 1996.
14. Diario Oficial. *Decreto por el que se aprueba el Programa de Reforma al Sector Salud, 1995-2000*. México, 11 de marzo de 1996.
15. Dogan M.y Pahre R. *Las nuevas ciencias sociales*. México, Grijalbo 1991.
16. Elder H. "Family History and the Life Course", en: *Transitions. The Family and the Course in Historical Perspective*. Academic Press, Inc. London 1978.
17. Falconier de Moyano, Martha. "La educación en población, objeto, métodos y estrategias", en la serie: *Información, Educación y Comunicación en Población*, Documento No.1 EAT-FNUAP/UNESCO,. Santiago de Chile, 1994.
18. FNUAP. *Informe del Foro Internacional sobre la Población en el Siglo Veintiuno*; Amsterdam, 6-9 de nov. 1989.
19. ----. *Informe final del Proyecto Mex95/P10: Capacitación en SR para estudiantes de medicina que realizan internado de pregrado en hospitales de la Secretaría de Salud*. (feb-dic. 1996)

20. Freire, P. *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI. 1970.
21. Fundación Mexicana Cambio XXI, Luis Donaldo Colosio, A..C. *Retos y propuestas. Población y desarrollo*. México, 1994.
22. Hierro, Graciela. (compiladora) *Filosofía de la educación y género*. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM, 1997.
23. ---- *Ética y libertad*. Mimeo, PUEG, UNAM, 1995.
24. ---- *Humanismo y género*. Mimeo. Julio, 1994.
25. ---- *Género y poder*. En perspectivas feministas (antología). Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Puebla, 1993.
26. Lagarde, M. "La regulación social del género: el género como filtro de poder", en Antología de la sexualidad humana. T.1, México, CONAPO, 1994.
27. Lamas, M. *El problema de la igualdad entre los sexos*. Antología de la sexualidad humana. T. III, México, CONAPO 1994.
28. Lerner, S. B. "Globalización, neoliberalismo y política social", en: *Las políticas sociales de México en los años noventa*. Instituto Mora et.al. México 1996.
29. Mckeown, Thomas, *El papel de la medicina. ¿sueño, espejismo o némesis?*. México, Siglo XXI, 1982.
30. McLaren, Peter. *La vida en las escuelas. Una introducción a la pedagogía crítica en los fundamentos de la educación*. México, Siglo Veintiuno, 1984.
31. Menéndez, L. Eduardo. *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transiciones*. Cuadernos de la Casa Chata 179. México, Secretaría de Educación Pública, 1990.

32. Millan R. y Valdes F. "La reforma del Estado: Reflexiones sobre la política social", en: *Las políticas sociales de México en los años noventa*. Instituto Mora et al., 1996.
33. Morales, L. *Marco de referencia de educación en población*. Dirección de Educación en Población. CONAPO. México, 1995.
34. OREALC/UNESCO. *Seminario Regional sobre Programación de Educación en Población*. Informe Final.
35. ONU. *Informe de la Conferencia Mundial de Población de las Naciones Unidas*, Nueva York, 1975.
36. ----- *Plan de acción Mundial*. Organización de las Naciones Unidas, CONAPO. México, 1974.
37. Poder Ejecutivo Federal. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000*. Secretaría de Salud. México, 1995.
38. ----- *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000*, México, 1995.
39. ----- *Programa Nacional de Población 1995-2000*. Consejo Nacional de Población. México, 1995.
40. ----- *Tercer Informe de Gobierno*, 1º de septiembre de 1997.
41. Salles, V y Tuirán, R. *Familia, género y pobreza*. en *El Cotidiano*, núm. 68 UAM-A., México, marzo-abril 1995.
42. Sánchez, V. "Introducción a la ética", en: *Ética y salud reproductiva*. Programa Universitario de Estudios de Género, UNAM. México, 1996.
43. Scott, Joan W. "El Género una Categoría Util para el Análisis Histórico" en *Historia y Género: las Mujeres en la Europa Moderna y Contemporánea*. Intitució Valenciana D' Estudis I Investigació, Valencia, España. 1990.

44. Secretaría de Asuntos Estudiantiles. Informe 1993-1996. Dirección General de Servicios Médicos, UNAM, México, 1996.
45. ---- Agenda Juvenil 1995. Dirección General de Servicios Médicos, UNAM, México, 1996.
46. Simonen, M., O.J. Sikes y J. Palacios. "La educación en material de población en la acción en pro del desarrollo", en: *Perspectivas de la UNESCO*. Vol. 20, No.4, París, 1990.
47. Szasz, I. y S. Lerner. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. Centro de estudios demográficos y de desarrollo urbano. El Colegio de México, 1996.
48. Terris, Milton. *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México, Siglo XXI, 1980.
49. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. "*Plan de estudios de la Carrera Médico Cirujano 1985*" México, 1987.
50. ---- Facultad de Medicina. "*Plan de estudios de la Carrera Médico Cirujano 1993*" México, 1987.
51. UNESCO/SIEP. "Programa Regional de Educación en Población". *Boletín Informativo "ENLACE"*, No.1 Organización de las Naciones Unidas para la Población, la Ciencia y la Cultura. Venezuela, enero 1981.
52. UNESCO, *Educación sobre población: Una perspectiva contemporánea*, (ISCOPE). Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. París, 1978.
53. Williams, Raymond. *Marxismo y literatura*. Barcelona, Península, 1980.

HEMEROGRAFIA

54. Charlton, Bruce G. "The Scope and Nature of Epidemiology" en: Elsevier Science, United States, 1996, Vol. 49, No.6, pp. 623-626
55. Fax, Robin. "Petr Skrabanek and The Lancet": Elsevier Science: United States, 1996, Vol. 49. No.6, pp.607-608
56. Feinstein, R. Alvan . "Twentieth Century Paradigms that Threaten Both Scientific and Humane Medicine in the Twenty-First Century" en: Elsevier Science, United States, 1996, Vol. 49. No.6, pp.615-617
57. Figueroa, J. G. *La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones*. México, El Colegio de México, 1996.
58. ---- *Elementos para interpretar la relación entre la salud, la reproducción y la sexualidad en la especificidad de los varones*. El Colegio de México, México, 1996.
59. ---- *Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud: algunos aspectos sobre la experiencia mexicana*. México, El Colegio de México, 1996
60. ---- *Aproximación al estudio de los derechos reproductivos*. Revista Reflexiones, México, Colegio de México, 1995.
61. Guevara Niebla, Gilberto. "La universidad alternativa" en: Antologías de Actualización de los Profesores de Enseñanza Media Superior. México, UNAM-Porrúa, 1998, pp.111-118.
62. González, D. "Los médicos y el aborto". Ensayo, Salud Pública. México, UAM-X 1995.

63. González, D. y A. Salinas. "Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México". Artículo publicado en Revista de Salud Pública, Río de Janeiro, 1997.
64. Mc Cornick, "Medical Hubris and the Public Health: The Ethical Dimension", en: Elsevier Science, United States. 1996, Vol.49, No.6, pp. 619-621
65. Scott, Joan W. "Los usos de la teoría" en *Debate Feminista*, Madrid, Año 3, Vol.5, marzo 1992.
66. Szasz, Thomas, "A Brief History of Medicine's War on Responsibility" en: Elsevier Science, United States. 1996, Vol.49, No.6, pp.609-613.
67. Tuiran, Rodolfo. "Dominios institucionales y trayectorias de vida en México", Ponencia presentada en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, México, 1995.