

SEMINARIOS



Seminario internacional sobre avances en salud reproductiva y sexualidad

**Coordinadores: Juan Guillermo Figueroa
y Claudio Stern**

Relator: Gabriel Medina C.

301.426
R332
v.2
no.11



PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO

11

SEXUALIDAD, SALUD Y REPRODUCCIÓN

REFLEXIONES es una
publicación del Programa de Salud
Reproductiva y Sociedad
México, D.F., Año 2, núm. 11
Septiembre de 1999

Comité directivo:

*Manuel Ordorica Mellado
Luz Elena Gutiérrez de Velasco
Francisco Zapata*

Comité ejecutivo:

*Juan Guillermo Figueroa Perea
Carlos Echarri Cánovas
Irma Saucedo González
Ivonne Szasz Pianta
Claudio Stern Feitler
Susana Lerner Sigal
Nelson Minello Martini*

Si desea recibir otros
números de REFLEXIONES,
solicítelos en el Programa
Salud Reproductiva y Sociedad,
Camino al Ajusco 20, Pedregal de
Santa Teresa, C.P. 10740,
Del. Tlalpan, México, D.F.,
Teléfono: 5449 3000 exts.: 4085
y 4158, fax: 5645 0464

SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD

Coordinadores: Juan Guillermo Figueroa y
Claudio Stern
Relator: Gabriel Medina C.

INTRODUCCIÓN

Entre los días 18 y 20 de noviembre de 1996, en la Sala Alfonso Reyes de El Colegio de México se llevó a cabo el Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad como parte de las actividades del Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad que está integrado por el Núcleo de Estudios de Población de la Universidad de Campinas de Brasil (Nepo), el Centro de Estudios de Estado y Sociedad de Buenos Aires de Argentina (Cedes) y el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México (Colmex). Para la realización del seminario se contó con apoyos de la Fundación Ford, la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud, el Population Council, el Consejo Nacional de Población del gobierno de México y la Sociedad Mexicana de Demografía.

El moderador de la sesión inaugural, Juan Guillermo Figueroa (Colmex), manifestó que en este Seminario se buscó abordar la relación entre salud, reproducción y sexualidad, por medio de dos aproximaciones analíticas: la primera pretendió estimular la reflexión teórica sobre sexualidad, salud reproductiva y género, así como las dimensiones éticas y de derechos humanos subyacentes a la investigación y a los procesos de intervención en el ámbito de la sexualidad; la segunda trató problemáticas específicas con el fin de ilustrar la interacción entre estas temáticas, en diferentes grupos de población. En este segundo bloque se discutieron elementos asociados

a las preferencias reproductivas y a la interrupción del embarazo, se esbozaron algunas características sociales del embarazo adolescente, se profundizó en elementos de violencia doméstica como un problema de salud, se incursionó en los campos de salud y morbilidad ligados a la reproducción, y se sistematizaron algunas referencias sobre las enfermedades de transmisión sexual y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Finalmente, el seminario concluyó con una reflexión colectiva, a partir del planteamiento de especialistas sobre algunas problemáticas específicas del futuro de la investigación, de las políticas y de otros procesos de intervención social mediante los cuales se logre recuperar la participación específica de actores sociales organizados de maneras distintas y en contextos heterogéneos.

Aunque el encuentro no se propuso agotar las temáticas de salud reproductiva y sexualidad, trató de mostrar algunas vertientes teóricas, referencias empíricas y actores sociales que participan en el entorno de la reproducción y del ejercicio de la sexualidad, con el fin de promover una reflexión más detallada sobre el tema e identificar nuevos caminos de acción, investigación, docencia y definición política.

Palabras inaugurales

El seminario se inició con la intervención del doctor Andrés Lira, presidente de El Colegio de México, quien dio la bienvenida a los participantes, indicó que éste “tiene por finalidad aportar elementos para fortalecer la forma de comprender la relación entre salud y reproducción, desde una reflexión teórica y mediante el análisis de problemáticas específicas”.

El doctor Lira agradeció a las instituciones financiadoras el apoyo otorgado para la cele-

bración del seminario y expresó que para El Colegio de México la relación entre salud reproductiva, sexualidad y sociedad ha sido una preocupación desde hace varios años, fruto de lo cual, en marzo de 1993 —con el respaldo de la Fundación Ford— se creó el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad con la finalidad de fortalecer la capacidad de investigación y de docencia de alto nivel en la salud reproductiva, desde una perspectiva interdisciplinaria que privilegie las ciencias sociales y que permita desarrollar y consolidar el conocimiento sobre aspectos sociales de la salud entre los encargados de la prestación de servicios y de programas, tanto del gobierno como de los organismos no gubernamentales (ONG). El programa pretende, además, establecer una red de colaboración e intercambio entre investigadores de diferentes disciplinas. Con estos propósitos y mediante sus acciones se busca aportar mayores elementos para una acción más efectiva y adecuada en el mejoramiento de la salud reproductiva de la población mexicana.

Pese a las múltiples contribuciones realizadas por el programa, dijo, aún falta mucho por hacer; de ahí la necesidad de realizar estos seminarios para conocer los avances que se han logrado en investigación y las acciones que se llevan a cabo para establecer políticas sociales más adecuadas a la realidad de México. En este sentido, el doctor Lira reconoció que es significativa la participación de especialistas nacionales y extranjeros, tanto de instituciones académicas como de fundaciones y de organismos internacionales, ya que permite tener un panorama más amplio; asimismo, la participación de funcionarios del sector público enriquece el análisis y facilita vincular las acciones que desarrollan los sectores social, académico y gubernamental.

A continuación, en representación del Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud

Reproductiva y Sexualidad, tomó la palabra Juan José Llovet (Cedes), quien informó que el consorcio surge, además del apoyo de la Fundación Ford, por la confluencia de intereses y voluntades de personas de los tres organismos miembros, y por coincidencias que llevaron a la articulación de los programas del Cedes, Nepo y el Colmex.¹ El consorcio nació para contribuir a impulsar la temática que en ese momento surgía como un nicho, en torno al cual se generaban grandes debates de cambios legislativos y programáticos en la región, provocando modificaciones en los programas de salud y en el ámbito académico.

El objetivo general del consorcio es “contribuir a la formación de investigadores y al fortalecimiento de la capacidad de investigar sobre el tema en los países participantes (tratando de influir en otros)”. En un plano más específico, se busca promover el intercambio de los programas de las tres instituciones, realizar actividades de investigación conjunta y de discusión académica con investigadores de otros organismos. Estos objetivos han dado lugar al Taller de Metodologías Cualitativas del Cedes de Argentina (abril de 1994) y al Taller Regional de Capacitación y de Metodologías de Evaluación en Salud Reproductiva del Cedes —con el apoyo del Fondo de Naciones Unidas para Población— en Santiago de Chile (noviembre de 1994), entre otras actividades.

El intercambio también se ha reflejado en las visitas periódicas que los investigadores de los centros miembros están haciendo a los respectivos centros de investigación. Otro tipo de actividades del consorcio ha sido la realización

de seminarios de carácter internacional como el desarrollado sobre Aspectos Éticos en Investigación Social de la Salud Reproductiva y la Sexualidad, por parte del Nepo en Campinas, Brasil, y el que hoy se inicia. Existe, además, una línea de publicaciones de las reflexiones emanadas de los seminarios (en este caso específico está prevista la publicación de las ponencias y el debate respectivos) y para un futuro cercano se proyecta la difusión de un material sobre metodologías de investigación sobre el tema.

Finalmente, el doctor Llovet informó que las tres instituciones participantes del Consorcio tienen la intención de que éste continúe durante una segunda etapa,² en virtud de que hasta ahora la experiencia ha sido enriquecedora para todos, no sólo por el fortalecimiento de los vínculos interinstitucionales, sino por las potencialidades que ofrece en materia de intercambio de investigadores. En la nueva etapa, a las actuales líneas en operación se agregaría la conformación de un pequeño fondo para impulsar un programa competitivo de becas para investigadores de la región, que facilite su estadía por periodos cortos en alguna de las instituciones señaladas, y les permita realizar algún tipo de estudio multicéntrico.

Para terminar la sesión inaugural, la doctora Luz Elena Gutiérrez de Velasco, coordinadora del Comité Directivo del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad y del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) de El Colegio de México, resaltó la importancia del seminario al cumplir, por medio de éste, con una de las metas del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad: en efecto, el encuentro permite que “se establezcan redes de intercambio entre ...académicas y académicos y se sometan a discusión los principios teóricos y

¹ Entre otras coincidencias se menciona el hecho de que estos programas estaban insertos en instituciones con una larga trayectoria académica y de investigación en las ciencias sociales y de la población, y contaban con apoyo de la Fundación Ford para llevar a cabo y propiciar actividades en el campo de la salud reproductiva.

² En la primera etapa del consorcio se proyectaba terminar sus actividades en los primeros meses de 1997.

metodológicos que subyacen a las investigaciones, se ofrezcan los resultados de los trabajos más recientes y se elabore también un renovado análisis sobre los actores sociales y gubernamentales que influyen en las acciones y en la toma de decisiones en este campo”.

Junto a la capacidad para dar cuenta de las transformaciones de la realidad, se plantea que subsisten grandes retos futuros: desde el desafío de revisar lo logrado en forma crítica, con una valoración de los conceptos productivos en la investigación, hasta incursionar en diversos temas que deben ser explorados, generando nuevos conceptos que hagan posible un análisis más preciso de las situaciones en la vida sexual y reproductiva de las mujeres y de los hombres, en sus diversos ciclos vitales y ante nuevas condiciones sociales, económicas y culturales.

Una revisión de los avances logrados para ampliar los caminos de la investigación futura permite resaltar el incremento de investigaciones con metodologías cualitativas que añade profundidad a los análisis cuantitativos; avances que han sido enriquecidos con la perspectiva de género que busca explicitar aquellos matices femeninos y masculinos que modifican y dan especificidad a la vivencia y a la experiencia de la sexualidad, de la reproducción física y de la reproducción social de patrones de comportamiento. En opinión de la doctora Gutiérrez, sin un enfoque de género difícilmente se resolverán algunas de las preguntas de las actuales investigaciones, puesto que en las relaciones sexuales humanas subyacen las relaciones de poder, de dominio, de subordinación, que denotan la discriminación y menosprecio en contra de las mujeres.

Por último, expresó que la importancia del seminario radica en que, vía el enlace de las y los investigadores y entre éstos y las ONG —las que continuarán los debates y reflexiones con

las instancias gubernamentales—, se posibilita disminuir la brecha existente entre las investigaciones y la toma de decisiones en el ámbito político, tarea imprescindible para lograr avances en el campo de la sexualidad y la salud reproductiva de la población.

TEMA 1. ELEMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES

En esta parte, con el doctor Francisco Zapata (Colmex) como moderador, el seminario se dividió en dos sesiones para presentar cuatro trabajos. El objetivo fue motivar la reflexión acerca de los avances y desafíos teóricos y metodológicos que tiene la investigación en el campo de la salud reproductiva y sexual.

PRIMERA SESIÓN

El primer trabajo, “Los elementos sociales de la salud reproductiva: procesos macrosociales y los que involucran la inequidad observados a través de la experiencia individual”, presentado por el doctor Rodolfo Tuirán (Somed y Consejo Nacional de Población de México)³ resalta la necesidad de enfocar las ciencias sociales en los estudios y acciones en el campo de la salud reproductiva; aborda los contextos y fuerzas constitutivas de lo social que influyen tanto en los comportamientos sexuales y reproductivos de las personas, como en los discursos y acciones institucionales relacionados con la salud.

El uso del enfoque de las ciencias sociales implica dar cuenta de los presupuestos emergidos en la reconceptuación de la reproducción y la sexualidad humanas. El primer supuesto

³ El trabajo presentado fue elaborado en coautoría con la doctora Vania Salles (Colmex).

asume la reproducción humana como parte de los procesos amplios de reproducción social y cultural: es decir, la sexualidad y la reproducción están inmersas en redes de relaciones donde prevalecen asimetrías de género y de clase. En segundo lugar, los comportamientos reproductivos y sexuales pueden ser entendidos como conductas socialmente estructuradas, dotadas de significado, o sea, su estructuración social obedece a que se producen entre agentes que ocupan posiciones definidas en la estructura social y que presuponen la existencia de sistemas de representación simbólica, a través de los cuales los actores determinan la viabilidad o no de las conductas posibles. Por lo tanto, si bien ciertas instituciones sociales contribuyen a moldear los comportamientos sexuales y reproductivos de los individuos, de las familias y de los grupos, los actores no deben ser vistos como meros receptores de reglas, normas, valores, prescripciones y prácticas institucionales que determinan mecánicamente su comportamiento, ya que ellos también interpretan y reaccionan frente a los contenidos percibidos, ya sea aceptando, modificando o rechazando sus prescripciones y acciones.

Las instituciones, los agentes, los actores y los derechos constituyen un eje temático que permite explorar el proceso que conduce a la formulación de políticas públicas orientadas a la salud reproductiva.⁴ Este eje supone reflexionar acerca de las definiciones que articulan tal

⁴ Los autores han identificado, en otro trabajo, otros cuatro ejes temáticos complementarios para explorar la forma en que ciertas estructuras y procesos sociales influyen en los comportamientos sexuales y reproductivos, y en las prácticas de salud de la población: la desigualdad social, la desigualdad de género y la pobreza; la transición demográfica y la epidemiológica; la cultura, la reproducción, la sexualidad y la salud; y, el sistema de interacción y redes sociales. Véase Vania Salles y Rodolfo Tuirán, (1995), "Dentro del Laberinto: Primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico-analítica para el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México", en *Reflexiones: Sexualidad, Salud y Reproducción*, núm. 6, México, El Colegio de México.

enfoque, los agentes que lo proponen y los problemas sociales a los cuales está dirigido. Especialmente, interesa conocer i) si la institucionalización del enfoque de la salud reproductiva se ha visto acompañada del conocimiento y aceptación popular de las definiciones que aluden a los problemas de la salud reproductiva; ii) si la población las valida como discursos propios; iii) si la población conoce y acepta las soluciones propuestas; iv) si las personas recurren a interpretaciones y prácticas que resignifican las que se les proponen; v) si las soluciones propuestas son percibidas por la población como relevantes y significativas para su vida cotidiana, y finalmente, vi) se busca promover que la población comprenda lo que se define como problema de salud reproductiva y adopte las prácticas que este enfoque predica para mejorar su calidad de vida.

El campo de la salud reproductiva ha sido el resultado de la convergencia de la preocupación de diversos y variados grupos de interés y constituye un campo de disputa, en el que tiene lugar un proceso de búsqueda de contenidos, de la aplicación de los mismos y de institucionalización de las prácticas que el enfoque predica. En este proceso participan diferentes actores, agentes y discursos que por implicar puntos de vista, en ocasiones divergentes, no logran articular planteamientos y propuestas consensados, aunque sin duda se perfilan ideas y prácticas dominantes. De ahí que la concepción de la salud reproductiva trae implícitas múltiples ambigüedades y ha eludido explicitar definiciones en su formulación, lo que le ha permitido fungir como herramienta para la movilización y construcción de consensos; en consecuencia, su poder residiría menos en el rigor de las categorías que define que en su habilidad para integrar o incorporar las aspiraciones de un amplio número de grupos e intereses.

El enfoque de la salud reproductiva aborda problemas de salud de la población que por su

naturaleza, magnitud, alcances, causas y consecuencias pueden ser —aunque de maneras variadas— conceptuados como sociales; de ahí que los autores, apoyándose en los preceptos del interaccionismo simbólico, explicitan los momentos que atraviesa la formulación de problemas sociales vinculados con el tema. El primer momento se refiere al proceso de interacción social, del cual emerge la identificación del fenómeno como problema por la sociedad; es decir, los problemas sociales son fundamentalmente el producto de un proceso de definición colectiva; no hay nada intrínseco en un fenómeno que haga de él un problema social.⁵ Por lo tanto, el análisis debe centrarse en el qué, el cómo, el porqué y el para qué surgen tales definiciones, y en el proceso que conduce a la institucionalización de las respuestas para enfrentarlo. El segundo momento remite al creciente acercamiento y alternativas de respuesta social ofrecidas por los grupos de interés que intentan atacar el problema. Aquí se genera un acuerdo de que el problema existe, y se expresan propuestas de solución que habitualmente comportan fuertes desacuerdos de cómo enfrentarlo.⁶ En este contexto de debate y diálogo, no exento de controversias y de reivindicaciones, surgen movimientos sociales de diversa índole. El tercer momento alude al proceso de institucionalización de las respuestas sociales. En esta etapa se producen acuerdos básicos sobre las respuestas y soluciones más pertinentes, en torno a las cuales varias instituciones y espacios sociales tratan de instrumentar acciones para incidir, controlar o erradicar el problema social o para enfrentar sus consecuencias.

⁵ Herbert Blumer (1971), "Social Problems as Collective Behavior" en *Social Problems*, invierno, pp. 298-306.

⁶ Algunos problemas sociales atraviesan este segundo momento en medio de soluciones alternativas en abierto conflicto, lo que a veces impide el tratamiento y la búsqueda de soluciones.

De lo anterior se desprende la importancia de conocer, en el proceso de definición de un problema, a las personas y agentes que lo definen como tal y qué tanto poder e influencia tienen éstos para imponer su posición. En el proceso de definición de la problemática de la salud reproductiva participan i) actores internacionales y nacionales que impulsan la formación de espacios de reflexión en la academia, con objeto de establecer relaciones entre la práctica médica y el ámbito social; ii) expresiones de la sociedad civil que promueven la resignificación de las propuestas definidas externamente, y iii) agentes diversos que buscan institucionalizar esta práctica en los contextos burocráticos y de las políticas públicas. Cada grupo tiene intereses específicos que se dirigen a audiencias distintas, contribuyendo a definir el problema de manera diversa y a difundir diferentes tipos de discurso e información con el propósito de influir en las políticas públicas. Para cumplir su cometido, estos agentes han debido lograr relevancia en el ámbito político, conformar alianzas y coaliciones estratégicas con grupos de interés de filiación ideológica variada, lidiar con las burocracias y traducir sus críticas en propuestas viables, con el propósito de incorporar sus perspectivas e intereses a los programas de acción institucionales.

Ante la inexistencia de definiciones unívocas de los problemas sociales,⁷ es importante atender la relación existente entre una situación definida como problema social por un grupo y la situación más amplia; en otros términos, la legitimación de lo que dicen uno o varios grupos de interés requiere que la sociedad asuma su definición y la adopte como legítima. Llevado al terreno de la salud reproductiva, esto implicaría conocer si existen o no puntos de

⁷ Las personas y los grupos tienen intereses y puntos de vista que reflejan principios éticos y sistemas de valores diferentes.

coincidencia entre los planteamientos político, académico y médico, o entre cada uno de éstos y el entendimiento popular; es decir, entender cómo se establecen puentes entre estos sectores, cómo recibe la población el discurso y las prácticas que el concepto de salud reproductiva implica y qué tienen que ver aquéllos con lo que el ciudadano común entiende. La convergencia entre el sentido común y dichos discursos aún está pendiente; al menos así lo demuestran los resultados de una encuesta reciente aplicada a la población mexicana.⁸

En este contexto, los grupos interesados en promover una agenda de salud reproductiva han seguido tres estrategias complementarias para influir en la definición del problema y en la formulación de las políticas públicas. La primera ha consistido en la organización social, en redes y movimientos, de los intereses de mujeres y hombres de orígenes sociales diversos y filiaciones ideológicas variadas. La segunda estrategia ha buscado la habilitación política de los interesados y su participación activa en la toma de decisiones. La tercera apunta al establecimiento de coaliciones y alianzas coyunturales con agentes institucionales, de complejidad y duración variada, para maximizar su influencia en la formulación de políticas públicas.

El resultado obtenido después de una década de debate refleja que los esfuerzos de los sectores sociales involucrados no han incidido en los enfoques y prácticas institucionales dominantes, que siguen teniendo un fuerte sesgo biomédico y continúan enfatizando las funciones reproductivas de las mujeres, especialmente a través del acento en los programas de salud ma-

terno-infantil y de planificación familiar. En virtud del fracaso de la estrategia han surgido voces que advierten sobre el riesgo que comporta las alianzas pragmáticas: caer en la manipulación política y la cooptación que legitimen los esfuerzos hegemónicos para la reducción de la fecundidad, contra los discursos y prácticas progresistas que originan dichas alianzas.

Con todo, el discurso de la salud reproductiva ha ganado espacios en diversos ámbitos de la sociedad civil como en la burocracia y las políticas públicas. Sin embargo, para que aquél devenga en prácticas de la población, es necesario que sus definiciones y propuestas se difundan ampliamente y entren en un campo de disputa donde participe la población; de forma que ésta resignifique y reconozca las definiciones y propuestas como problemas propios y no sean definidos o impuestos unilateralmente desde arriba. Este ejercicio implica reflexionar sobre los siguientes aspectos: *i)* si la ambigüedad conceptual sobre la salud reproductiva no ha sido obstáculo para que funja como instrumento de movilización y construcción de consensos sociales y políticos, aunque ello exponga a los grupos más débiles a la manipulación política y legitime el planteamiento hegemónico, y *ii)* si la formulación del discurso de salud reproductiva desde una posición de poder deviene en un metadiscurso inquebrantable que, pese a surgir como propuesta novedosa, arriesga la petrificación o a ser un nuevo dogma. Lo cual obliga al análisis de si el grado de importancia que ha logrado dicho discurso en la formulación de políticas de población corresponde a la importancia que los individuos y las familias le asignan en su vida cotidiana.

En este sentido, se requiere reforzar la inversión en el proceso de institucionalización de la agenda de la salud reproductiva. Si bien este enfoque recoge muchas de las propuestas que emanan de las formas organizadas de la socie-

⁸ La encuesta referida corresponde a la aplicada en México por el Consejo Nacional de Población a hombres y mujeres, con objeto de conocer —entre otros temas— qué significa la noción de salud reproductiva para la población. Sus resultados indican que siete de cada diez mexicanos desconoce o no entiende de la noción de salud reproductiva o si ésta es relevante para su vida cotidiana.

dad civil, subsiste una labor incompleta toda vez que su origen guarda trazos de verticalidad. En otros términos, la legitimación del enfoque tiene que seguir un camino circular: del discurso y prácticas institucionales al discurso y prácticas de la población. De otro modo sólo se obtendrá una institucionalización vertical que reforzará la prescripción unilateral de las prácticas de salud, que según el discurso hegemónico se consideren más convenientes para la población; en consecuencia, este tipo de legitimación contribuye a reforzar la posición de poder del saber médico en su modalidad perversa, o sea, el que se ejerce ignorando las aspiraciones, expectativas, necesidades y deseos de la población.

Las carencias enunciadas revelan una contradicción: si el enfoque está dirigido a proteger los intereses, aspiraciones y derechos de las personas, entonces no será posible avanzar plenamente en la consecución del objetivo, si no se contribuye a habilitar a las personas para que manejen los problemas de salud reproductiva de manera competente. Para involucrar de un modo participativo a las personas orientadas a este fin, se requiere de organizaciones de base con amplia credibilidad que contribuyan a construir y fortalecer las condiciones que conduzcan a su *empoderamiento*.^{*} Ello significa el ejercicio del poder por parte de un individuo o grupo para un propósito específico; a diferencia del poder que se obtiene de otro (en una lógica de suma cero), en este caso sólo puede ser ejercido donde no había ninguno.

En síntesis, el "empoderamiento" estriba en el ejercicio del poder por medio de las ideas o mediante un proceso de educación para la conciencia. De esta forma, se confiere a las personas un sentido claro de cómo pueden mejorar sus vidas en forma práctica y cómo pueden ejer-

cer sus derechos. Sólo este camino hará posible que la propuesta de la salud reproductiva sea resignificada y apropiada por aquellos a quienes busca beneficiar.

En su comentario, la doctora Carolina Martínez (UAM-Xochimilco) resaltó cuatro tópicos generales del trabajo de Rodolfo Tuirán y Vania Salles. El primer aspecto se refiere a las implicaciones de tomar como problema de investigación lo que perciben los distintos grupos de la población; precisamente, es central averiguar cómo se representan los fenómenos que para los expertos tienen significados a veces tan complejos o imprecisos como ocurre con la salud reproductiva. En efecto, pese a que la discusión en la materia es un tema de expertos, la posición del científico obedece a una formación que tiende a alejarlo de su experiencia. Ello provoca que el hombre común también se encuentre, en cierta forma, alejado de su propia experiencia, ya que estructura su pensamiento considerando que los científicos tienen la función de ofrecerle soluciones a sus problemas, lo que no necesariamente es así.

Si a ello se agrega que vivimos en un país con desigualdades sociales y de género y diversidades culturales, se concluye que no existe una visión igual en los diferentes grupos sociales y que la distancia con la percepción científica de la que deriva el concepto de salud reproductiva puede ser bastante amplia. De ahí la importancia de atender las ideas que coexisten en los distintos grupos sociales de sus propias prácticas sexuales y de salud. Asimismo, es relevante investigar la forma en que se filtra el saber culto hacia la percepción del hombre de la calle: cómo se distorsiona en este fluir y cómo cada quien, según su idea del mundo, lo reestructura. Entonces, es necesario considerar que el conjunto de saberes ilustrados pasan por mentes constituidas por formas diversas y que entran en redes de significado tejidas en ámbitos culturales

^{*}Traducción libre de *empowerment*.

distintos a aquellos en los que surgen y que se mezclan con otros ingredientes, dando como resultado significados singulares en los procesos de apropiación de la población.

El segundo tópico estriba en las dificultades que ofrece el uso de conceptos médicos que requieren ser cuestionados desde las ciencias sociales. El concepto de *salud* debe ser cuestionado, ya que es una noción derivada de una percepción sistémica del hombre en su ambiente, lo que resulta insuficiente para entender las radicales diferencias entre el terreno de la salud y el de la enfermedad. Si bien en relación con esta última la medicina posee parámetros claros (vinculados, en un extremo, con la muerte y con la incompatibilidad con la vida),⁹ en el caso de la salud no existen tales parámetros, pues es un concepto moderno que no se sabe claramente lo que significa; como categoría, se abre a la diversidad de formas de vida de los humanos, pero aún no existen parámetros definidos para su análisis y aplicación.

Pese a esta imprecisión en el término salud, la doctora Martínez manifiesta su beneplácito porque, en el campo de la salud reproductiva, existe un énfasis por la vida y no por la enfermedad de la gente. Sin embargo, advierte que la falta de definición de la salud reproductiva expone al concepto a casi cualquier cosa. Ello puede ser una ventaja en el primer momento de la discusión del concepto, pero subyace el peligro en el momento en que se va a institucionalizar lo que se define como saludable.

El tercer tema es la cuestión de la utilidad de estos conceptos al bajar la reflexión al actual proceso de reforma del sector salud en Méxi-

co. En este proceso, el concepto de salud reproductiva puede ser de doble filo si se transforma de instrumento liberador en instrumento normatizador. Su adecuada operación supondría condiciones de accesos reales a un amplio abanico de opciones y libre elección para los distintos grupos de la población; sin embargo, lo que se advierte en el horizonte es básicamente planificación familiar.

Ante un panorama de diferencias por grupo social, ¿qué posibilidades de operar tendría la idea de salud reproductiva más promisorias, aun suponiendo condiciones ideales de precisión del concepto en semejante contexto? A esta posibilidad se opone el pesimista futuro que augura la reforma social en curso y la descentralización del sector salud, el cual sólo está abriendo la “caja de pandora” del ámbito local, sin la claridad de lo que puede ocurrir. No obstante, en un escenario difuso, estaría la posibilidad de que no opere la fuerza de quienes poseen el poder —caciques— por completo, generándose la oportunidad para el empoderamiento de los diferentes actores de los ámbitos más pequeños. Es decir, en tales condiciones —muy improbables por el alto centralismo mexicano— existiría un resquicio para que el concepto de salud reproductiva pudiera llegar a tener realmente especificidad en la cotidianidad de la población.

El cuarto y último tema comentado por la doctora Martínez es la dificultad para lograr la participación de la población en el debate de la salud reproductiva. Tal dificultad se explicaría en la distancia que las personas experimentan de su propia realidad, lo que obstaculiza el sentirse parte o sujeto activo de un mundo alejado y ajeno. En este sentido, la mayor preocupación radica en que el consenso que se tenga en torno al concepto de salud reproductiva incorpore un abanico suficientemente amplio de posibilidades para incluir la diversidad de sig-

⁹ No obstante, en este terreno subsisten nebulosas o sorpresas para la medicina, porque la fisiología médica es abstracta, no enraizada en los sujetos y, eventualmente, se presentan cuestiones patológicas supuestamente incompatibles con la vida pero que en ocasiones no lo son y, por tanto, escapan a los parámetros médicos.

nificados que los distintos grupos sociales le atribuyen de acuerdo con sus propias circunstancias, y en los diversos periodos que se requieren para que esos significados evolucionen en una u otra dirección. La configuración de un espectro amplio depende de la habilidad del manejo de la parte política del proceso. De alcanzarse esto, al pasar al momento más rígido de la institucionalización del concepto, se contará con un cauce lo suficientemente amplio para que el proceso global evolucione sin demasiada violencia para ninguna de las vertientes que se intenta hacer confluir, logrando armonizar la biodiversidad cultural inherente que tiene la riqueza de abrir las posibilidades y las búsquedas hacia las más variadas direcciones.

En el segundo trabajo de la sesión, "Acciones virtuosas ante la ausencia de un paradigma dominante: salud reproductiva en un mundo construido socialmente",¹⁰ el doctor John Gagnon (Universidad Estatal de Nueva York, Stony Brook) planteó una reflexión sobre los aportes del construccionismo social al campo de la sexualidad.

La elaboración de la ponencia representó una revisión de la trayectoria intelectual del autor y de las tradiciones teóricas que han dado cauce al construccionismo social. En primer lugar, permitió al doctor Gagnon repensar los supuestos sobre el funcionamiento del mundo que siempre se habían dado por sentado; su visión de asumir al mundo como hecho por individuos y grupos que luchan entre sí a fin de encontrar un conjunto de metas se vio fortalecida con la propuesta de Marx de que los hombres hacen su propia historia, pero no la hacen como quieren. En este sentido, fue natural suponer que el ámbito correcto del análisis era el de los seres humanos concretos en situaciones concretas que

trataban de forjar su camino. El autor indicó que estas premisas surgieron al seleccionar una serie de teorías sin cuestionarse sobre su procedencia; es decir, su pensamiento estaba influido por teorías cuya pertinencia asumía como obvias. Constatar este hecho lo motivó a reflexionar sobre la relación entre un enfoque de construccionismo hacia la vida social y la manera en que éste influye o no en la aplicación de las políticas o acciones sociales.

En la revisión de la historia del construccionismo social surgen tres formulaciones. La primera deriva de sus orígenes históricos: esto es, desde sus orígenes alemanes durante el Siglo de las Luces, donde es posible ubicar —entre otros— a pensadores como Herder, Hegel y más tarde, Marx, hasta llegar a la era moderna, con pensadores como los fenomenólogos, por ejemplo, Schutz, Berger y Luckmann que representan la tradición alemana dentro del construccionismo social. Otra formulación se desprende de la tradición de los interaccionistas y pragmáticos sociales y simbólicos estadounidenses (Escuela de Chicago) que, centrándose en los modos en que los individuos interpretaban y entendían sus propios mundos sociales, se ocupaban en interpretar para la sociedad dominante las vidas de las poblaciones marginadas —como las prostitutas, los delincuentes, los homosexuales—, a fin de encontrarles un sentido. La tercera formulación del construccionismo social actual es la tradición francesa del desconstruccionismo.

Todas estas tradiciones comparten la condición de ser *contrapropuestas*; es decir, maneras de criticar o de oponerse a las realidades contemporáneas dominantes, socavando lo que generalmente se cree y en algunas ocasiones reemplazándolo por algo distinto en qué creer. En este proceso de renombrar y de llegar a una nueva comprensión de las relaciones sociales —por ejemplo, entre la cultura dominante y los

¹⁰ Virtuous actions in the absence of a compelling dogma: reproductive health in a socially constructed world.

mundos marginados—, tanto desde un punto de vista estructural como desde el de la interpretación social, es posible reconstituir estas relaciones. En síntesis, la tradición del construccionismo social que se daba por sentada consistía en reubicar y criticar los saberes convencionales y, de alguna manera, reubicar la discusión de la sexualidad en una tradición intelectual de otra índole.

La reflexión sobre el construccionismo en general implicó dilucidar cuáles eran las ideas subyacentes a todas estas tradiciones que permitían, por ejemplo, vincular la sociología del conocimiento de Karl Mannheim con las nociones de Schutz acerca del mundo o las del propio doctor Gangon respecto al “estar actuando o siguiendo un guión” (*scripting*). En este plano hay cuatro elementos que todas las tradiciones comparten: *i*) que la gente hace su propia historia; *ii*) que la unidad fundamental de análisis son los actores en espacios sociales y unidades socioculturales delimitadas en que intentan seguir adelante; *iii*) que el propósito de estos análisis no es otro que el estudio de los actores, y *iv*) que los científicos sociales son un componente más de ese mundo, que proponen un modo alternativo de concebirlo; es decir, la percepción científica no es más privilegiada, importante o significativa que la que las propias personas en estudio tienen del mundo. En este sentido, el autor alerta contra los peligros que comportan las intervenciones sobre culturas locales o grupos sociales y la tendencia a priorizar a los especialistas y al conocimiento especializado.

Como ejemplo refiere la dificultad que tienen los antropólogos al definir que las culturas que estudian son unidades sociales integradas con propósitos y significados inherentes que son tan válidos como los de cualquier otra unidad social que se estudie, mientras ellos mismos carecen de propósitos. Si el sistema de conoci-

mientos doméstico de la cultura local es una manera integrada y razonable de conducirse en el mundo y el del antropólogo es otro modo de hacer lo mismo sin la capacidad de sustituir a ese mundo vernáculo, ¿hasta qué punto sus comentarios —o interpretación de los diarios de campo— constituyen también pretensiones de tener conocimiento? En esta advertencia reside uno de los aportes centrales del construccionismo social, ya que trata los conocimientos vernáculos como un sistema equivalente de conocimientos, nociones que adquieren gran importancia al pensar en el tema de las políticas sociales. Ahora bien, pese a que la tradición del construccionismo social ha sido una actitud de contrapropuesta —de crítica permanente contra lo instituido—, constituye una larga historia de retos individuales desiguales contra ideologías hegemónicas. Por tal motivo, el autor intenta elaborar una afirmación sintética, un programa del construccionismo social. Este esfuerzo, no obstante, tiene el riesgo de colonizar a los intelectuales que sigan esta tradición, ya que todas las mentes acaban siendo colonizadas por todo lo que leen, particularmente si están abiertas a ello.

Al asumir que las culturas no pueden medirse entre sí de igual forma, el conocimiento vernáculo puede ser tan válido como el científico y las intervenciones en las sociedades no son necesariamente buenas; es decir, cuestiona que sea aceptable que alguien introduzca algo que para su lugar y cultura es bueno y virtuoso, en otro lugar. Esto significa que si bien el construccionismo social es una herramienta analítica para intentar comprender la manera en que la vida social está organizada, no constituye una base para diseñar programas de intervención. En la medida en que su propósito fundamental consiste en criticar cualesquiera de las acciones de intervención en el campo de la sexualidad, no debe considerarse como algo que

pueda traducirse en un programa o una política concreta.¹¹

El doctor Gagnon señaló que su incursión como académico al campo de la sexualidad fue un hecho azaroso; debido a que este campo era considerado como el fenómeno con menor grado de construcción social, las ideas en torno a esta tradición han sido muy eficaces. En efecto, la aceptada noción de que la sexualidad era algo natural y que venía desde dentro hacia afuera, ofreció la posibilidad de demostrar que la sexualidad era una construcción social, y de persuadir a la gente para que asuma la sexualidad de forma alternativa. Y, por extensión, era una manera de demostrar que todo lo demás también es una construcción social.

En el transcurso de la historia del pensamiento, diversas áreas de la vida social se fueron incorporando selectivamente al espacio de la reflexión social; sin embargo, el género y la sexualidad se habían quedado fuera porque eran dos aspectos críticos para las estructuras ideológicas de la sociedad, en la medida en que su eventual reformulación conlleva el desafío de reformular las estructuras mismas. Es decir, el construccionismo en sí es una especie de contrapropuesta, en tanto consiste en debilitar la voluntad de los individuos que detentan el poder, sembrando dudas de que su accionar no es para el bien de la sociedad ni de la especie; puede beneficiar a unas personas, pero perjudicar a otras. En la actualidad, la situación del construccionismo social —y del posmodernismo en general— es de tesis, antítesis y postesis. A consecuencia de esta última, los orígenes de la voluntad y del deseo de actuar deben reformularse, no en dirección a inhibirlos

sino en basar la acción en un nivel más alto de reflexividad que la mera noción de hacer el bien.

En su comentario al trabajo del doctor Gagnon, la maestra Ana Amuchástegui (UAM-Xochimilco), reconociendo que éste ha hecho aportes centrales a la investigación sobre la sexualidad,¹² desarrolló una crítica conceptual de los argumentos referidos en la ponencia e hizo un balance de sus fortalezas y debilidades.

La revisión de las tradiciones del construccionismo social hecha por el autor afirma la utilidad de este enfoque para analizar la realidad, así como sus limitaciones para construir propuestas y alternativas políticas. En este sentido la ponencia propone dos debates.

El primero remite a los problemas políticos y éticos del construccionismo social, cuyo relativismo es compartido por muchos autores, ya que —como el posmodernismo— plantea que los discursos sociales de la modernidad son construcciones históricas, con lo cual rescata la importancia de la particularidad y la diversidad sociales. Para el doctor Gagnon la diversidad o las diferentes formas de vida son asumidas dentro de una unidad sociocultural delimitada.¹³ Ello sugiere, por un lado, la posibilidad de identificar tales unidades delimitadas y por otro, la idea de que el construccionismo social sitúa todas las formas de vida en un plano de igualdad o en una coexistencia, sin considerar jerarquía alguna. No obstante, esta idea es criticada por otros autores de la misma corriente —como Renato Rosaldo— que, afirmando la diversidad

¹¹ Las preguntas del construccionista simbólico deben ser: ¿qué van a hacer las políticas?, ¿cuáles serán sus consecuencias?, y ¿por qué cree —el interventor— tener derecho de hacerlo?

¹² La comentarista alude a que la concepción del origen social de la sexualidad ha colaborado a quitarle fuerza a una interpretación esencialista y a demostrar que las prácticas sexuales son específicas, social e históricamente, y que la teoría del doctor Gagnon sobre los guiones que organizan la conducta sexual mental, interpersonal y colectivamente, ofreció la posibilidad de teorizar la relación del sujeto con la sociedad, siendo un referente importante para cualquier estudio que pretenda comprender tal interacción en el ámbito de la sexualidad.

¹³ El doctor Gagnon identifica este reconocimiento con *el principio de nivelación*.

y particularidad de las formas de vida, consideran que éstas se dan en una relación de desigualdad entre las posiciones sociales.

La posibilidad de esta igualdad social es mucho más cuestionable en las realidades latinoamericanas, donde coexisten y se articulan tradiciones y modernidades de múltiples lógicas de desarrollo que sólo pueden pensarse como heterogeneidad; coexistencia de diferencias que no sucede en una situación de igualdad ni tampoco elimina las relaciones de poder entre culturas o grupos sociales.¹⁴ Además, el poder de los grupos dominantes se expresa en el monologismo que otorga la universalidad y la verdad a un discurso social que pretende imponerse de manera más o menos abierta a otros. La cualidad monológica de ciertas formaciones culturales ha construido “otros” desde su propia perspectiva, sin tomar en cuenta las voces de aquellos a quienes se dirige el discurso. Por ello, una manera de precisar el valor de las formas de vida sería conocer si la formulación permite a los participantes determinar de manera conjunta los términos de su existencia o si es que uno de ellos domina el proceso.

No obstante, asistimos a un desmoronamiento del mundo que fijaba el deseo a la naturaleza y se ha generado un torbellino de voces discordantes, que han llevado al comportamiento, identidad y costumbres sexuales a un plano de elección, al menos para quienes tienen la libertad de elegir. Ante tal caos de diversidades, en oposición a las soluciones totales que buscan organizar y normar la sexualidad y el deseo de los individuos, se propone un *humanismo radical* que se traduciría en el respeto a las sexualidades individuales, al mismo tiempo que el reconocimiento y fortalecimiento de la pertenencia de los sujetos a los diversos grupos so-

ciales.¹⁵ Sin embargo, esta aspiración parece muy lejana a la realidad latinoamericana, lo que torna correcto relativizar, al menos en la región, la posibilidad de la opción individual.

Lo anterior lleva al segundo debate; el de la concepción del sujeto y el problema de la autogestión. Con base en el carácter interpretativo de la interacción social y siendo el individuo al mismo tiempo producto y productor de su vida social, el construccionismo social cuestiona la concepción de que los individuos son títeres de fuerzas transindividuales como la historia, la evolución, la nación, la naturaleza, Dios o el progreso. Este enfoque evita los análisis deductivos mecanicistas en la relación entre individuos y sociedad y enfatiza las particularidades sociales e históricas. No obstante, algunos autores —como Evans— consideran igualmente importante precisar las condiciones macrosociales en que tal interacción sucede. Es decir, la sexualización de las sociedades modernas no se comprenderá cabalmente sin considerar los procesos macrosociales (por ejemplo, la dinámica material del capitalismo tardío y sus repercusiones en el Estado).

El planteamiento del doctor Gagnon apuntaría al problema de la libertad de los individuos en una configuración social dada, a partir de una visión interaccionista del sujeto; es decir, una visión dramática del individuo que participa en escenarios sociales valiéndose de identidades inestables y cambiantes.

El tratamiento del elemento subjetivo de la sexualidad se ha tornado relevante debido al debate que ha despertado su reciente proliferación en estudios sobre sexualidad. Para algunos autores —como Stanton— la historización y, por ende, la desnaturalización de la sexualidad puede verse como parte de la deconstrucción

¹⁴ Nelson García Canclini (1990), *Culturas híbridas. Estrategias para entrar y salir de la modernidad*, Grijalbo-CNCA, México.

¹⁵ Jeffrey Weeks (1986), *Sexuality*, Routledge, Inglaterra-EU.

de una subjetividad esencial que ha marcado a la modernidad y, más específicamente, a la posmodernidad. Otros autores —como Foucault— conciben la relación del individuo y la sociedad como un proceso de constitución de la subjetividad, en la cual las estructuras sociales y los discursos dominantes tienen un papel fundamental.¹⁶

En tercer lugar, en una posición crítica a la noción foucaultiana del ejercicio unilateral del poder (es decir, de las formas en que las instituciones lo ejercen), están las tesis feministas que ven la construcción del género como un proceso subjetivo¹⁷ y argumentan que el género es una opción “prerreflexiva” (no como decisión racional; es decir, como producto de un acto tácito y espontáneo de un proceso impulsivo e inconsciente que sólo puede ser reconstruido *a posteriori*). En esta línea la identidad de género no se define como una posición, sino como un proceso en el cual el individuo activamente produce significados acerca de sí mismo. Así, el concepto de mujer no sólo está definido por elementos externos que serían aceptados pasivamente por las mujeres, sino con su activa participación en él, contribuyendo a construir el contexto que define tal posición.

La maestra Amuchástegui terminó sus comentarios especificando que existen diferentes aproximaciones al problema de la libertad y la autogestión, y que en nuestra región adquieren características particulares debido a que el individualismo de las sociedades modernas no ha

predominado en la misma medida; sin embargo, pese a contar con formas de organización social que promueven la colectividad como valor fundamental, en nuestra región no existen condiciones materiales para la igualdad de oportunidades que pudieran favorecer la elección personal.

DISCUSIÓN GENERAL DE LA PRIMERA SESIÓN

En el curso del debate que siguió a las presentaciones y comentarios, panelistas y público abordaron la cuestión del poder y abundaron en diversas aproximaciones respecto a las implicaciones de los borrosos límites y contenidos ambiguos del concepto de salud reproductiva y sexual.

En primer lugar, se puso en duda la pertinencia de usar el construccionismo social para abordar los fenómenos del campo de la salud reproductiva debido a que, en tanto construcciones sociales, su apropiación subjetiva se dificulta por las muchas relaciones de poder que existen en el mundo. Ante esto, el doctor Gagnon sostuvo que es un error analítico abstraer el poder de las relaciones sociales, ya que éste es parte de ellas; es decir, el poder no es una cosa, un espíritu o una esencia, sino una práctica: es lo que uno hace para que otro haga determinada cosa. Por lo tanto, el construccionismo social trata el poder como algo inherente a las relaciones; no lo analiza como si se trasladara de un grupo social a otro.

En segundo lugar, tanto las exposiciones como los comentarios promovieron una reflexión colectiva sobre la importancia que implica la disputa en torno al concepto, sus riesgos y potencialidades, los elementos y actores que intervienen en su construcción. La importancia de la disputa estriba en la posibilidad de incorporar al concepto nuevos elementos que lo

¹⁶ Michel Foucault (1988), *Historia de la sexualidad II. El uso de los placeres*, Siglo XXI Editores, 3ª edición, México. Según este autor hay dos significados de la palabra *sujeto* que sugieren una forma de poder que subyuga y somete: por una parte, significa estar sometido a otro mediante el control y la dependencia, y por otra, representa estar atado a su propia identidad por la conciencia o el conocimiento de sí mismo.

¹⁷ Autoras como Yudit Botlars, discutiendo el concepto de identidad de género, afirman que no se nace mujer, sino que se llega a serlo, permitiendo una superación de la interpretación esencialista de la feminidad y promover una aproximación histórica al problema.

amplíen e influyan de forma renovada sobre las prácticas de los agentes institucionales y de la población, transformándolos. Por lo tanto, la disputa es relevante en tanto permite articular un discurso que tenga impacto sobre el quehacer de actores en espacios institucionales específicos. En este sentido, se torna central investigar de qué manera los discursos institucionales u otros son o no apropiados y resignificados por los actores sociales.

Algunos manifestaron la necesidad de precisar los contenidos del concepto de salud reproductiva y sexual, pues con ello se contribuiría a superar los límites biomédicos que han predominado en materia de salud de la mujer y reproducción; es decir, favorecería la configuración de una idea transdisciplinaria e intersectorial sobre los problemas del campo, que ampliara las posibilidades de respuesta. Además, la ambigüedad del concepto arriesga su manipulación en favor de las instituciones y de quienes detentan el poder, imposibilitando el empoderamiento de los grupos sociales que deberían participar en su definición.

Otros enfatizaron que, dependiendo de la restricción y ampliación del concepto, se pueden abrir o cerrar los espacios de intervención y transformación del campo de la salud reproductiva y sexual; el concepto tiene propiedades pragmáticas que lo hacen funcional para hacer converger a grupos diversos de interés, que pueden devenir en coaliciones eficaces para la acción política. A lo que se agrega que la apertura del concepto posibilitaría construir un discurso a partir de las diversas realidades sociales y culturales.

Dado que, ante el cuestionamiento que han denotado las normatividades (médicas y religiosas) el individuo concreto ha ganado cierta autoridad para redefinir su espacio reproductivo, se propone reconstruir el concepto a partir de la propia historia de sus antecedentes. Es decir, a partir de su capacidad para generar una ma-

yor comprensión de los diversos fenómenos de la reproducción (imposición, desigualdad de género, violencia sexual, etcétera), se plantea repensar la forma de construir un nuevo espacio repro-ductivo. En esta construcción del concepto es fundamental considerar el contacto de las personas consigo mismas y con su propia realidad.

Finalmente, para poder definir los objetivos de transformación inherentes a la construcción de una acepción de salud reproductiva y sexual capaz de transgredir las normatividades vigentes y que dé cauce a un nuevo tipo de relaciones más igualitario, es necesario incorporar el factor tiempo a la discusión, ya que los cambios sociales son procesos de larga duración: tanto académica como social y políticamente, se debe tener presente que habrá de pasar mucho tiempo para que los cambios se incorporen en los discursos y prácticas de los distintos actores sociales e institucionales.

SEGUNDA SESIÓN

En esta sesión, con la coordinación de Estela García de Pinto da Cunha (Nepo), se presentaron dos trabajos que abordaron el complejo tema de la ética en la investigación y el incipiente concepto de salud reproductiva, este último desde la perspectiva de la mujer.

La sesión se inició con el trabajo de la psicóloga Radhika Chandiramani (Proyecto Tarshi, Nueva Delhi), "Ética y derechos en las intervenciones, experiencias e investigaciones en el campo de la sexualidad", donde se reflexionó sobre las particularidades de los derechos y de la ética en el campo de la salud reproductiva que, en tanto forman parte de las personas reales, son restringidos por los contextos sociales donde los individuos desarrollan sus vidas. La ponencia busca ubicar la reflexión en el con-

texto del género y proponer algunas consideraciones respecto a cómo se puede ser ético en las intervenciones en el campo de la sexualidad.

Estableciendo distinciones entre la ética, la moral y los valores, se aborda la sexualidad desde la perspectiva de cómo los individuos la construyen, experimentan y expresan; es decir, desde la dimensión subjetiva.¹⁸ Ello permite una aproximación más comprensiva, tanto de lo intenso e íntimo de la sexualidad como de los distintos factores sociales, religiosos, morales y otros que inciden de modo diverso en las personas.

La reciente aparición del discurso de los derechos sexuales, que remite al derecho al goce sexual, ha trasladado el debate del campo de la reproducción al del placer sexual; sin embargo, como el acceso al placer supone la autonomía de los sujetos, su abordaje no es posible en sistemas sociales basados en la desigualdad y la inequidad; por ejemplo, los derechos sexuales no tienen sentido en la ausencia de derechos sociales que acepten la autonomía o la autodeterminación como derecho esencial. Además, la posibilidad de instituir los derechos sexuales es coartada por el propio discurso de los derechos humanos que, basándose en una concepción heterosexual, no procura la atención a la salud reproductiva de los individuos no heterosexuales. Del mismo modo, si bien el discurso sobre derechos se basa en la noción de dignidad y autonomía, en la práctica no existe la libre elección, especialmente para la mujer, ya que el albedrío sexual está mediatizado por consideraciones de pareja, familia, cultura y por diversas redes sociales que imponen sus voces y dictados. Esta situación se torna dramática cuan-

do la moralidad dominante obliga a los no heterosexuales a negarse como tales; en general, los condicionantes sociales corroen cualquier expresión de resistencia al discurso dominante o a las prácticas y roles que éste asigna.¹⁹

Un enfoque positivo de los principios de los derechos reproductivos y sexuales (integridad física, personalidad, igualdad y respeto a la diversidad)²⁰ obliga a superar la barrera de la discriminación y la violencia y a abordar la diversidad de realidades que viven las mujeres, lo cual implica dar cuenta de su subjetividad. Luego, dado que la *subjetividad* se define como los pensamientos conscientes y subconscientes y las emociones del individuo, su sentido y la conciencia de ella misma y su manera de entender su relación con el mundo,²¹ es cuestionable que la igualdad de los derechos sexuales por sí misma constituya justicia, ya que estos derechos se ejercen dentro de una matriz social que establece que hombres y mujeres tienen desigual derecho para controlar el acceso a su cuerpo (de ahí que gran parte de la violencia doméstica se expresa en las interacciones sexuales entre ambos sexos). Asimismo, la justicia como un principio básico de los derechos, precisa un tratamiento igual para todos, a menos que haya una fuerte justificación ética para un trato diferente; pero en la práctica las mujeres

¹⁹ La expositora mencionó el caso de las mujeres en la India, donde en su papel social son veneradas como diosas y valoradas como madres; pero como el sistema legal no reconoce la violación por el marido como un delito, como persona se han negado a la mujer los atributos de personalidad y autonomía para rehusar las relaciones que le impone el hombre.

²⁰ Estos principios fueron propuestos en S. Correa y R. Petchesky (1994), "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", en G. Sen, A. Germaine y L. Chen, *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Massachusetts: Harvard University Press; y en R. Petchesky (1996), "Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping an International Practice", ponencia presentada en el Re-Conceiving Sexualities-International Seminar on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, Brasil.

²¹ Definición extraída de C. Weedon (1987), *Feminist Practice and Poststructuralist Theory*, Oxford, Blackwell.

¹⁸ El trabajo relaciona los "derechos" con los privilegios y las libertades personales; la ética, con las elecciones que las personas hacen de cómo vivir bien y relacionarse de manera adecuada; la moral con un parámetro comunitario que conlleva nociones de juicio y de evaluación, y los valores personales con rangos de subjetividad personal de lo bueno y lo malo. La ética, la moral y los valores son cultural e históricamente específicos.

se encuentran despojadas de poder, recursos y respeto. Por ende, para que predomine la igualdad se requiere habilitar las condiciones sociales adecuadas que permitan considerar la subjetividad de los sujetos. En síntesis, las bases de los derechos y de la ética sólo serán posibles si se considera la subjetividad de las mujeres.

En la segunda parte de su intervención, la autora esbozó algunas reglas éticas que deberían seguirse en el trabajo de campo. En su opinión, como en el campo de la sexualidad convergen distintas disciplinas, no existe un cuerpo o código ético homogéneo; por lo tanto se hace necesario articular los derechos y la ética para garantizar que la intervención —y la investigación— se haga en función de ayudar a los individuos a alcanzar los más altos parámetros de salud y bienestar. Para ello propone poner atención en los siguientes elementos éticos:

- Valores culturales. Debido a que las intervenciones se desarrollan en un espacio y tiempo determinados, pueden concordar u oponerse con el discurso hegemónico existente; por consiguiente, la intervención puede constituir y ser tratada como una amenaza para los valores culturales prevalecientes. Esta situación contrapone, de modo falaz, los derechos personales y los derechos culturales, en el supuesto de que la ventaja de los primeros representa una desventaja para los segundos. En realidad, lo que debe tener presente la intervención es dar respuesta a las necesidades de las personas y no defender los valores culturales cuando éstos pueden perjudicar la salud de la población.

A ello se adicionan aspectos de cuidado que se refieren al propio interventor. Por una parte, como el interventor posee una subjetividad propia que puede conllevar una percepción negativa de las conductas y prácticas sexuales de la población intervenida, debe cuidar que ésta no se

exteriorice en las acciones. Es más, como existe una relación de poder en favor del interventor (el poder de la autoridad, el poder del experto, el poder médico, el poder social y el poder de las tradiciones que lo acompañan), se deben privilegiar las prioridades de los sujetos de la intervención. Si bien en la generalidad de los casos es preferible construir en la intervención un ambiente libre de valores y crítica moral, en situaciones donde existe un clima de coerción sexual se deben especificar los valores que sustenta la intervención; de otro modo ésta puede inducir a conflictos y dificultades mayores.

- Violación de límites. El campo de la sexualidad es un ámbito de acción con fronteras muy sutiles entre la intervención que busca información para el diagnóstico, la clasificación y el diseño de futuras intervenciones, y aquella que satisface necesidades de índole personal de los que intervienen en el campo o amenaza la integridad psicológica del usuario. Por tanto, es fundamental que el interventor no involucre valores personales o manifieste conductas moralistas y críticas; es decir, debe desenvolverse en armonía con sus actitudes y percibir sus propios cambios internos, evitando que éstos emerjan en el curso de la intervención.²²
- Confidencialidad. Esta regla implica, por un lado, que se debe asegurar el derecho a la privacidad del informante; se debe evitar especialmente el acceso a los registros de la información a personas que no tengan relación directa con el procesamiento y análisis de la misma. Asimismo, se debe ubicar servicios de atención en zonas que eviten la discriminación social de los usuarios, con el fin de disminuir los riesgos sociales que conlleva para las personas, en sociedades in-

²² El interventor debe cuidar de no involucrarse emocionalmente y, menos, sexualmente con los sujetos objeto de la intervención.

tolerantes, la identificación con determinados grupos estigmatizados socialmente. En síntesis, se debe velar por la dignidad de quienes proporcionan (o buscan) información en materia sexual.

- Anonimato. A diferencia de lo anterior, esto se refiere a que la persona no reve la su propia identidad; por lo tanto, la ubicación de los servicios adquiere especial importancia cuando se promete reserva y confidencialidad en la atención. Del mismo modo, se debe cuidar la forma en que se producen las interacciones cotidianas que ocurren en este tipo de programas.
- Fatiga. La ética de la intervención exige no desatender a los interventores. Por una parte, se debe procurar un ambiente distensionado de trabajo, de modo que éstos permanezcan concentrados en las acciones y puedan manejar las situaciones de tensión que surjan, eventualmente, en éstas. Por otra parte, como su labor consiste en intervenir sobre situaciones de injusticia, deben buscar respuestas positivas y enriquecedoras de la vida, evitando reaccionar en forma mecánica o defensiva. Ambos factores contribuyen al desarrollo de estrategias que disminuyan las tasas de agotamiento que dañan a las personas con quienes se relacionan, a los procesos de intervención y a las propias personas que influyen sobre otras; de este modo se restituyen las energías de los interventores y se asegura que éstos aumenten sus habilidades y su repertorio de respuestas sanas y eficaces.²³
- Los niños, los adolescentes y la educación sexual. Se hace necesario revertir la privación de educación sexual a la que el mundo

adulto —padres, sistema cultural— tiene sometidos a los adolescentes, ya que en la práctica, esta limitación a la información no se traduce en un control real sobre las prácticas sexuales de los jóvenes, cuyos comportamientos —desinformados— pueden exponerlos a los riesgos que comporta la vida sexual. Como se ha reconocido que hay una obligación social de anteponer los derechos de los hijos a las decisiones individuales de los padres, se han sentado las bases —vía documentos internacionales— para establecer que los hijos no son propiedad privada de los padres.

- Personas con discapacidades. La sexualidad en las personas con discapacidades es un terreno desierto en términos del conocimiento; sin embargo, sus derechos sexuales se violan impunemente. La sexualidad es una carga para los discapacitados y para todos aquellos vinculados a su mundo: contraparte, cuidadores y definidores de políticas. Se advierte que en el caso de las discapacidades mentales se deben considerar asuntos de comprensión, responsabilidad y conciencia de las consecuencias.

Los lineamientos éticos formulados pretenden proteger los derechos humanos de los sujetos reales, ya que como a menudo las prioridades de las investigaciones no necesariamente son las mismas que las de las intervenciones, el sujeto de investigación puede no ser la preocupación del investigador. En este sentido, las reglas referidas se insertan en los principios éticos establecidos por el Consejo para las Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (COICM) que se aplican a la biomedicina y a las ciencias sociales.²⁴ En este contexto, las

²³ La autora informa que ésta ha sido una estrategia que han seguido en el programa de ayuda sexual Tarshi, que maneja en Nueva Dehli.

²⁴ La COICM definió cuatro principios, a saber: i) el respeto a las personas; ii) el bienestar de las personas; iii) las interven-

reglas de la confidencialidad y su violación en la intervención son válidas también para la investigación en sexualidad. Esta última comporta, además, el lineamiento ético del consentimiento informado que se refiere a explicar a los sujetos investigados el propósito, implicaciones y naturaleza del estudio. Además, el investigador debe tomar provisiones ante posibles consecuencias negativas de la investigación para la población observada —informante— y para sí mismo; como es probable que el impacto del uso de metodologías de interacción prolongada y de discusiones de grupo sea mayor en el investigador, es más seguro —pese a sus alcances metodológicos— el uso de cuestionarios.

Por otro lado, se debe tener presente que como la mayor parte de los estudios enfatizan la conducta de los individuos, sus resultados constituyen “verdades científicas” poco seguras. En efecto, como estos estudios no consideran los deseos de los individuos que pueden ser una parte central de su identidad, el cuerpo de conocimientos resultante descansa sobre bases tambaleantes. Finalmente, en la medida en que los investigadores y los interventores en el campo de la sexualidad deben comportarse según los principios de la COICM, y las agencias financiadoras están directamente relacionadas con los niveles de intervención de campo, debieran crearse mecanismos —como comités de ética— para revisar, desde un punto de vista ético, los protocolos de investigación, las propuestas de proyectos y los informes sobre los mismos; de esta manera los organismos serían más eficaces en su compromiso en pos de una mayor responsabilidad en el trabajo de campo.

El trabajo de la psicóloga Chandiramani fue comentado por el profesor Juan Guillermo Figueroa (Colmex), quien mencionó que la au-

tora, en su reflexión sobre cómo ser más ético en la práctica, sostiene que a pesar de que las desigualdades de género en el ejercicio de los derechos contradice diferentes lecturas éticas, estas desigualdades son avaladas, reproducidas y sostenidas por normatividades sexistas, clasistas y, finalmente, por procesos de normatividad social que excluyen a muchas personas al definir el deber ser en diferentes ámbitos de la realidad. Por ello los académicos y trabajadores sociales pueden desempeñar un papel central, estimulando reflexiones sistemáticas y críticas sobre el entramado social, que se opongan a los diversos mecanismos de vigilancia, domesticación y sanción que las normatividades institucionales emplean para limitar las diferentes formas del actuar crítico de los individuos; de este modo, la comunidad crítica puede contribuir a enfrentar los procesos de enajenación social que experimenta la población.

Las amplias posibilidades de transformación de la realidad, como consecuencia del trabajo de investigadores y de activistas en el ámbito de la sexualidad, obligan a procurar rigor en la configuración de perspectivas y en el proceso de generación de conocimiento y formas de intervención para no violentar la vida cotidiana de la población observada o atendida; además, hace necesario explicar los compromisos que éstos adquieren con las personas con quienes trabajan y con sus derechos en el proceso de brindarles información; esto es, lo que les rodea, sus posibilidades y potencialidades y sus fragilidades y puntos vulnerables. Esto reviste mayor urgencia porque tiende a darse cierta dependencia entre el agente externo y la persona investigada o intervenida, pues puede convertirse a esta última en sujeto de manipulación.

Debido a la importancia que tiene la ética en las intervenciones o investigaciones, es necesario desarrollar un debate al respecto que abar-

ciones sin malicia o sin daño, y *iv*) la justicia o igualdad en el trato.

que los derechos en el ámbito de la sexualidad.²⁵ En este sentido, resalta la reflexión de la ponente en torno al principio *del ejercer como persona* que, entre otras características, incluye el respeto a la diversidad y el desarrollo de las propias potencialidades para negociar en los posibles conflictos de derechos. Según el profesor Figueroa la ética permite mostrar diferentes características sociales que en la práctica hacen complejo el proceso de respeto a la autoridad moral de los individuos y, a la vez, sistematiza los conflictos que pueden generarse en procesos de intervención e investigación sobre la sexualidad. Ello se vuelve más complejo en contextos de intolerancia, donde la mayor parte de las veces la diferencia es interpretada como desvaloración y como motivo de rechazo, más que como un proceso de aprendizaje mutuo. Por lo anterior, se debe tener en cuenta el criterio básico de toda investigación o intervención: el respeto a la confidencialidad y al anonimato. Su efectiva consideración implica hacer explícitos los compromisos que adquiere el investigador y el que interviene en la vida de otros por medio de su conocimiento. Es decir, en este compromiso no se trata únicamente de no identificar a aquel que brinda cierto tipo de información, sino que el investigador debe explicar para qué generó la información, qué recursos utilizó para convencer a su informante de brindar tal información y qué compromiso adquiere con la realidad conocida; incluso, en qué tipo de ilícitos puede llegar a incurrir por silenciar el conocimiento adquirido o bien por manipularlo o darlo a conocer a quienes pueden actuar dolosamente sobre la persona investigada. El para qué investigar implica, a su vez, exponer cuáles son los

posibles riesgos y beneficios de aquello que se va a investigar, a fin de justificar el proceso de generación de conocimiento, en la eventualidad de que éste violenta el espacio cotidiano de las personas. Las ventajas de la investigación pueden ir desde la manifestación de sexismos hasta la documentación de desigualdades de género, vía lo cual se contribuye al trabajo por la equidad en la relación entre hombres y mujeres. Sin embargo, también puede tener consecuencias negativas como generar más elementos para manipular esta realidad o para incrementar las desigualdades y ocasionar conflictos a las personas sin contribuir en absoluto al proceso de facilitar su manejo.

Paradójicamente, el proceso puede no ser violento para la persona investigada, sino para el propio investigador, ya sea porque los temas lo pueden cuestionar o porque las reacciones de las personas lo lleven a retomar conflictos personales o enfrentar situaciones complejas que resalten su incapacidad de hacer algo al respecto.

En opinión del comentarista, la autora destaca la necesidad de considerar este riesgo como parte de los aspectos normativos y del entramado de derechos que participan en los procesos de intervención e investigación en el tema de la sexualidad. De ahí que no sea extraño que algunos códigos éticos sugieran la necesidad de que sólo investiguen los investigadores; es decir, aquellos que tienen una comunidad de apoyo mutuo para manejar, cuestionar, acompañar e interpretar de manera colectiva el tipo de situaciones que se enfrentan por medio de la generación del conocimiento y de los procesos de intervención. Tales códigos se refuerzan por el hecho de que estos riesgos son mayores en las poblaciones consideradas vulnerables, como los menores de edad y las personas con algún tipo de discapacidad, pues en estos grupos, pese a que los investigadores o interventores sigan con rigor los códigos éticos aquí señalados, es evi-

²⁵ El profesor Figueroa menciona que en esta materia, Sonia Correa y Rosalind Petchesky han hecho una contribución importante, al plantear cuatro principios éticos del trabajo en la sexualidad y al retomar la subjetividad como un referente analítico en la discusión sobre sexualidad y reproducción.

dente que el proceso puede generar la reproducción de relaciones de dependencia, de autoritarismo, de control, e incluso llegar a impedir la emergencia de procesos de transformación de normatividades y de documentar propuestas alternativas para mejorar nuestro entorno social. Si bien el Informe Belmont²⁶ propone respetar la autonomía de los individuos y apoyar a aquellos que se identifican como menos autónomos, ese apoyo es muy manipulable si no se define y acota, ya que se da en contextos de relaciones desiguales de género.

Por ello cabe precisar el para qué investigar sobre sexualidad y documentar desigualdades por medio de una entrevista que llega a cuestionar a una persona más allá de las relaciones que puede manejar. En este sentido, se deben atender las posibles consecuencias del proceso de investigación social, que deconstruye, desestructura y saca a relucir elementos del inconsciente y de la subjetividad de los individuos y que muchas veces no ofrece a cambio más que el agradecimiento por la información obtenida.

Lo anterior sugiere diversas interrogantes sobre la forma de delimitar la responsabilidad del investigador que busca transgredir las normatividades, sobre su compromiso con las situaciones opresivas de la población investigada y sobre su lealtad con los códigos de investigación. Tal ha sido el caso del trabajo de las feministas y de los recientes estudios sobre la masculinidad: si los varones que buscan replantear su masculinidad y documentar las contradicciones de ser hombres tuvieran que pedirle permiso a las instituciones machistas, seguramente las desigualdades serían todavía mayores; asimismo, si las ONG necesitaran del permiso de

las burocracias para poner en práctica intervenciones alternativas que muchas veces recuperan el poder de la población y obligan a las políticas institucionales a reconocer la autoridad moral de ellas, seguramente el panorama de las relaciones sociales sería más pesimista de lo que puede ser en este momento.

Con base en lo anterior, el profesor Figueroa terminó planteando diversas preguntas sobre cómo investigar e intervenir en el campo de la sexualidad para lograr transgredir las normas, respetar los derechos de los otros y, en el proceso, evidenciar al sujeto investigado a partir de una lectura crítica de la realidad, la intención subversiva de la intervención. Estas interrogantes abordan la difícil labor de deslindar la responsabilidad de la investigación o intervención, tema para el cual el trabajo de Radhika Chandiramani tiene la virtud de ofrecer ideas que permiten analizar el proceso de búsqueda de mayores equidades en el espacio de la sexualidad.

El segundo trabajo, “Definiendo la salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres”, presentado por la doctora Joanne Leslie (Pacific Institute for Women’s Health, Los Angeles),²⁷ constituye un intento por superar la definición ambigua y abierta de la salud reproductiva. Para ello se propone distinguir entre *salud reproductiva* y sus términos asociados: *salud materna* y *salud de la mujer*.²⁸ El argumento central del trabajo es que el concepto representa un avance importante en el campo de la salud de la mujer, pero su utilidad será mayor si existe el cuidado de no definirlo de

²⁶ El Informe Belmont contiene “los principios éticos y normas para la protección de los seres humanos durante investigaciones científicas”.

²⁷ El trabajo presentado fue elaborado en coautoría con Jane Rubin-Kurtzman y Ana María Goldani, ambas de The Pacific Institute for Women’s Health, Los Ángeles, California.

²⁸ De acuerdo con la doctora Leslie, los términos asociados mencionados hacen evidente que la reflexión propuesta está restringida a examinar la salud reproductiva dentro del contexto de la salud de la mujer.

una manera demasiado abierta ni demasiado cerrada, y como un continuo entre la salud materna y la de la mujer. Por un lado, la salud reproductiva es más amplia que la materna, y por otro, abarca menos que la de la mujer, ya que ésta cubre todo el curso de vida; es decir, se extiende más allá de los años reproductivos.

Los elementos de los que se valió la autora para arribar a esta propuesta son las influencias históricas que dieron origen al concepto de salud reproductiva, su contenido y la distinción entre éste y el de salud de la mujer.

1. Una revisión de la historia revela que los grandes cambios demográficos y epidemiológicos ocurridos en la segunda mitad de este siglo han influido en que se haya puesto mayor atención en la salud reproductiva pública. Pese a que los programas de salud materno-infantil y de planificación familiar contribuyeron al descenso de la fecundidad y de la maternidad (fundamentalmente en Asia, América Latina, África y el Subsahara), se ha reconocido que ello no basta para satisfacer las diferentes necesidades de desarrollo y salud de la mujer.²⁹

El abandono del enfoque unilateral de la salud materno-infantil y de la planificación familiar obedeció también a las crecientes críticas del movimiento feminista. Si bien inicialmente —años veinte y treinta— en Estados Unidos el control de la natalidad era promovido por las feministas para facilitar la mayor autonomía de la mujer en la familia y en la sociedad, esto cambió cuando aquél se transformó con el tiempo en un control sobre la población, valiéndose de programas de “planificación familiar” más profesionalizados, medicalizados y socialmente coercitivos para las mujeres (principalmente del

hemisferio sur). Esto provocó la oposición del movimiento feminista y promovió la búsqueda de un enfoque orientado hacia la mujer y más sensible a las cuestiones de género.

A dicha búsqueda contribuyó el éxito feminista en su esfuerzo de insertar los derechos de la mujer como un componente central de los derechos humanos, logrando así que el movimiento por los derechos humanos fuera fundamental para el surgimiento del concepto de salud reproductiva. En el nuevo escenario, se plantea que toda transgresión a las elecciones reproductivas es atentatoria contra los derechos humanos; de este modo las mujeres adquieren a los ojos de las normatividades internacionales el derecho a contar con información y servicios no coercitivos en materia de planificación familiar, incluyendo su capacidad de interrumpir un embarazo no deseado y de decidir cuándo y cuántos hijos tener.

La autora precisa que, no obstante que existe una complementariedad entre salud reproductiva y derechos reproductivos, son categorías distintas; mientras la primera remite a la atención a la salud, la segunda está más relacionada con los cambios legales y el papel del Estado. Por lo tanto, se requieren enfoques teóricos, metodológicos y políticos distintos para abordar sus respectivos objetivos.

2. La autora argumenta también sobre los contenidos del concepto de salud reproductiva, que representan avances significativos en materia programática y de políticas de salud. En tanto este enfoque se centra en las intervenciones, provoca la convergencia de los programas de atención prenatal, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual, rompiendo de este modo su anterior falta de coordinación, y logrando una mayor eficacia y calidad en la prestación de servicios para la mujer.

Asimismo, la salud reproductiva constituye un salto significativo respecto a los programas

²⁹ La expositora recuerda que dichos programas pretendían mejorar la salud de la mujer centrando sus esfuerzos en la salud materno-infantil y en su papel reproductivo, con base en sesgos culturales acerca de los roles de género.

tradicionales de salud materno-infantil y de planificación familiar, ya que ahora las intervenciones no sólo procuran mejorar la salud de los niños; también buscan proteger a la madre y, sobre todo, permiten a la mujer acceder a una gama de posibilidades anticonceptivas y lograr la satisfacción de diversas necesidades en materia reproductiva (es decir, ahora lo importante es la salud de la mujer y no el control de la población). Además, se ha logrado el reconocimiento de que la sexualidad abarca más que la procreación, pues incluye el placer y la orientación sexual. En este sentido, la salud reproductiva incluye cuatro áreas programáticas de atención: *i)* manejo de la fecundidad, *ii)* cuidado materno, *iii)* sexualidad y *iv)* protección y tratamiento.

En el contexto de estos cambios, el aspecto más destacado en la exposición es el reconocimiento que se ha generado entre investigadores, formuladores de políticas y planificadores, de la importancia de la morbilidad reproductiva para lograr una percepción del impacto total de las causas vinculadas a la salud reproductiva para la salud del individuo. Esto se ha traducido en la necesidad de no centrarse exclusivamente en los datos sobre mortalidad reproductiva (obviamente clave para el diseño de las políticas de salud), ya que la morbilidad afecta la calidad de vida de las mujeres en una proporción muy superior.³⁰

La morbilidad reproductiva, además de la sexualidad, la violencia sexual y las enfermedades de transmisión sexual, contempla otras áreas que pueden ser desatendidas, como la necesidad y el derecho a recibir buenos servicios de planificación familiar, que evitaría gran parte

de la morbilidad asociada a los efectos colaterales de la anticoncepción. Asimismo, se deben atender los aspectos nutricionales de la salud reproductiva, ya que las deficiencias en la dieta (energética y proteínica) son una de las causas del síndrome de agotamiento materno y de sus respectivas secuelas.

3. En tercer lugar, la autora se refirió a que la salud de la mujer, al igual que la *salud reproductiva*, se basa en realidades demográficas. Es decir, su emergencia obedece a que en los países que se encuentran en una etapa de transición demográfica y epidemiológica, la obstetricia y la ginecología han sido insuficientes para dar respuesta a las singulares necesidades de las mujeres en materia de salud, ya que una parte importante de las pacientes rebasa la edad de la reproducción activa. Así, el surgimiento del concepto de *salud de la mujer* planteó la meta social e individual de extender la vida activa y productiva después de la menopausia, poniendo de relieve las necesidades de las mujeres de mayor edad. También puso énfasis en las importantes diferencias entre hombres y mujeres en el diagnóstico y tratamiento de problemas de salud no reproductiva (enfermedades del corazón y mentales, hipertensión y SIDA). De este modo, este concepto reconoce que la salud de la mujer es distinta de la del hombre, no sólo por las diferencias biológicas entre ambos, sino por las diferencias en sus roles, los cuales son determinados social y culturalmente.³¹

En adelante se debe buscar la complementación de los enfoques de salud materna, salud

³⁰ La autora, con base en un informe reciente del UNICEF, detalla que ante 600 000 muertes maternas documentadas al año, se estimó que 18 millones de mujeres sufren alguna enfermedad, lesión o discapacidad asociada al embarazo y al parto.

³¹ Para resaltar las diferencias en materia de salud entre ambos sexos, se menciona que la mujer presenta peculiares condiciones de salud específicas por su naturaleza, frecuencia, gravedad, manifestación, factores de riesgo o tratamiento, las cuales caben tanto en el área de la salud reproductiva como fuera de ésta. Este es el caso de la obesidad, los trastornos en la forma de alimentarse y por deficiencias de yodo, la violencia doméstica, la osteoporosis, la artritis, la depresión y la diabetes, entre otros.

reproductiva y salud de la mujer, ya que según las distintas realidades sociales y nacionales que coexisten en el mundo, uno u otro puede dar cuenta de la diversidad de necesidades de la mujer. En determinados contextos, donde persisten altos niveles de fecundidad y de mortalidad infantil y materna, es pertinente concentrar los recursos disponibles en la aplicación de programas de salud materna. En cambio, en contextos de transición demográfica y epidemiológica temprana (países del sur), el enfoque de salud reproductiva presenta mayor utilidad, ya que abre la posibilidad de agregar nuevos servicios para la mujer. En contextos donde la fecundidad es baja, existe un acceso fácil a métodos de control e interrupción segura y sana de los embarazos no deseados, además de que la vida de las mujeres se ha extendido a dos o tres décadas después de la menopausia; por ello son preferibles los programas que surjan de un enfoque de salud de la mujer.

Hacia el final de su intervención, la autora planteó que la diferenciación conceptual propuesta ha surgido de la definición de dos áreas de trabajo en el Pacific Institute for Women's Health: el Programa de las Américas y el Programa de Vínculos para la Salud Adolescente. Éste se caracteriza por privilegiar una perspectiva de la salud en esta etapa de la vida; asume que como el adolescente está inmerso en el desarrollo activo de su autoimagen, en el que mantiene interacciones (intensas y multifacéticas) en diferentes ámbitos,³² es importante explorar las vinculaciones que se producen entre los distintos elementos que coadyuvan al proceso de construcción de la identidad (género, clase, raza, edad, otros). De esta forma, se tendría una idea de cómo el cumplimiento o no de sus propias

expectativas (o de las de sus familiares o comunidades) puede tener consecuencias profundas y perdurables, tanto para su conducta en diversos escenarios, como para su autoimagen y confianza en sí mismo. Con tales supuestos, el programa ha tratado de intervenir en estos aspectos de su identidad para contribuir de modo indirecto a que presente comportamientos más sanos en ámbitos tales como la fecundidad y el abuso en el consumo de sustancias tóxicas.

Los comentarios del doctor Carlos Echarri (Colmex) a la ponencia de la doctora Leslie se centraron en los vacíos o debilidades de la ponencia. Opinó que el trabajo, al enfatizar una posición pragmática, transita por un lugar distinto del que utilizan quienes se inclinan por posturas más idealistas. En efecto, la autora homologa salud reproductiva con salud de la mujer, excluyendo al hombre, lo cual elimina la importancia que tiene la salud reproductiva en su intento por acabar con las desigualdades de género y cambiar las ideas de los médicos e instituciones y el propio *statu quo* de la sociedad. En su opinión, la autora no considera las estrategias que intentan transformar la sociedad convirtiendo la salud en un bien de toda la población, que posteriormente se han transformado en medidas parciales sin desafiar la visión tradicional de la sociedad respecto de la salud, que reduce el ámbito de la mujer a la reproducción y al cuidado de la salud.³³ Dichas medidas, que pasaron de un estadio temporal a constituir la actividad permanente del ámbito médico, produjeron descensos en la fecundidad que se veían irreversibles, provocando un cuestionamiento de la validez de los programas de planificación familiar. En ese momento se inicia un debate que ha provocado el cambio

³² El programa identifica en la vida de los jóvenes cuatro ámbitos conductuales principales: el trabajo, la educación, la salud y la nutrición.

³³ El doctor Echarri se refiere a la "Estrategia para alcanzar la salud para todos" y a la "revolución en favor de la sobrevivencia infantil" que corresponden a iniciativas propuestas por la Organización Mundial de la Salud.

del concepto de planificación familiar por términos como la “sobrevivencia infantil”, la “maternidad sin riesgos” y, finalmente, la salud reproductiva.

Por lo anterior, el doctor Echarri inquirió si los cambios conceptuales no son simplemente frases que perpetúan el control sobre la mujer mediante el control de la fecundidad, ya que en muchos casos, como en México, tales cambios se han traducido en meras formalidades, al modificar el nombre de las instituciones de salud sin alterar su funcionamiento.³⁴ Ello obliga a pensar sobre el rol de los actores en el cambio conceptual, a lo que lamentablemente el trabajo no hace una gran contribución, pues no usa las definiciones surgidas en el encuentro de Pekín³⁵ para determinar quiénes deben participar en el manejo, tratamiento y mantenimiento de la salud reproductiva. Esta limitación persiste al definir la salud de la mujer sólo desde la mujer misma, lo que es peligroso en un contexto en que la información y las opciones de las personas son reducidas ante la ausencia de posibilidades reales de escoger entre diferentes alternativas. En este sentido, el trabajo requiere de una mayor reflexión sobre quiénes y cómo deben participar, no sólo en la provisión de servicios de salud reproductiva sino en la definición de este concepto, como también sobre qué es la salud y qué es el bienestar. Del mismo modo, el trabajo carece de un desarrollo del componente educativo de la salud reproductiva, que constituye un aspecto importante del campo de los derechos, ya que la gente necesita conocer sus derechos para exigirlos.

Finalmente, el comentarista señaló que la definición de salud reproductiva propuesta por

la autora llevaría a una reorganización no sólo de los roles entre hombres y mujeres sino de los servicios de salud y del sistema educativo, pero su implantación en México entraña riesgos en la eventualidad de que el proceso de descentralización en curso se tradujera en delegar a los municipios la responsabilidad de otorgar la atención en salud, lo que implicaría empeorar la situación.

DEBATE GENERAL DE LA SEGUNDA SESIÓN

En el debate de la sesión se profundizó en aspectos teórico-prácticos de la definición de la salud de la mujer y se abundó en torno a la importancia que el aspecto ético reviste para la investigación y la intervención.

Se generaron dudas respecto al énfasis que la doctora Leslie puso en la definición de la salud de la mujer; fundamentalmente debido a que, en el marco de las críticas que ha recibido el concepto de salud reproductiva porque se ha delimitado a la edad reproductiva de las mujeres (15 a 49 años), el análisis sería más útil si se centrara también en los primeros años de la mujer (0 a 15 años). Sin duda, un mayor conocimiento de los procesos de socialización, educación, cuidado, económicos y culturales que las mujeres experimentan en su fase temprana —que tendrán una influencia en las edades reproductivas y en las posteriores—, posibilitaría orientar los esfuerzos para modificar la perspectiva educativa, de socialización, de cuidado y de autoatención en esas edades. La doctora Leslie respondió que cabría preguntarse si la salud de la mujer cubre todo el ciclo de vida de las mujeres o sólo a partir de una edad —determinada de modo arbitrario— o de un punto biológico como la menarquía, ante lo cual reconoce no tener respuesta, pues es una cuestión de difícil solución en la que cabría distinguir

³⁴ En México, por ejemplo, la Dirección General de Planificación Familiar y de Atención Materno Infantil cambió a la de Salud Reproductiva por medio de un simple decreto.

³⁵ IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 1995.

entre lo pragmático y lo idealista. En términos teóricos o conceptuales es posible y quizás necesario considerar todo el ciclo de vida de la mujer. Desde una perspectiva pragmática implicaría la existencia de una pediatría sensible a cuestiones de género, lo cual, dada la organización de las prestaciones de salud, sería muy improbable.

Por otro lado, respecto a la discusión generada sobre la cuestión de la ética, una parte de las intervenciones puso énfasis en los posibles dilemas éticos de la investigación y de la intervención. Para unos, éstos estriban en cómo determinar sus límites considerando las diferentes prioridades de ambas tareas y el derecho de los sujetos observados a ejercer una sexualidad determinada; para otros, el riesgo no estaría en la generación misma del conocimiento sino en su desigual distribución en favor del poder.³⁶

De acuerdo con la expositora Chandiramani, vale la pena destacar que como resulta imposible evitar que la intervención provoque algún tipo de daño en los sujetos, éste se debe minimizar en el proceso de documentación. El problema, entonces, estriba en la delimitación de los derechos de los individuos, ya que de acuerdo con la definición de la autonomía de un individuo, en términos de poder escoger lo que quiere hacer, sus derechos pueden extenderse hasta interferir en los derechos de los otros. Es decir, los derechos individuales comportan costos sociales, por lo que la cuestión radica en qué tan amplios son los derechos de los individuos objeto de una intervención. El segundo aspecto resaltado por la autora es la necesidad de estar conscientes de que los riesgos de la intervención y la investigación obedecen a la brecha y circularidad existente entre los marcos interpre-

tativos de la realidad y la realidad misma; es decir, la academia tiende a insertar las experiencias de las personas en plataformas teóricas desvinculadas de la realidad, generándose una dicotomía entre un “nosotros” y un “ellos”; mientras que las intervenciones acceden a mucha información de primera fuente que tiene la ventaja de ser muy útil para las investigaciones, pero como requieren un marco de referencia para su acción, surge de nueva cuenta el problema de la interpretación.

Una parte del público se centró en proponer rutas que permitieran superar los riesgos que comporta establecer los límites de la investigación y la intervención en el campo. Una forma sería la generación de un espacio de encuentro entre lo que la investigación busca (cosa que implica explicar los objetivos, resultados y aportes del trabajo) con lo que está dispuesto a informar la contraparte o sujeto de análisis, procedimiento que debe establecerse desde la fase de diseño. Otro planteamiento advierte que esta tarea no tiene una respuesta única, aunque existen formas para buscarla, ya sea vía el consentimiento informado, los modelos de las disciplinas médicas, o un proceso permanente de devolución de la información.³⁷ En esta misma dirección, es relevante dar cuenta del respeto de quienes intervienen hacia el individuo intervenido y de que la conciencia de dicho respeto es un proceso de continuo crecimiento. También se debe considerar que en el trabajo de campo, los investigadores y activistas tienen la responsabilidad de aportar elementos para la salud y el bienestar; es decir, no deben

³⁶ En el primer camino se avanza “hasta donde la persona lo permita”, pero supone que éste comprende lo buscado en la investigación o intervención; la segunda vía permite ir evaluando si el conocimiento generado tiene mayores beneficios que riesgos; y el tercer camino da la posibilidad de percatarse hasta donde se puede avanzar, pero asegurando que los individuos investigados tienen acceso a los resultados de los proyectos en los que han participado.

³⁷ Esta distribución desigual torna central la función de la academia de contribuir con información a los movimientos de resistencia de los sujetos usuarios.

limitarse a tratar de eliminar de las enfermedades o cosas negativas de la sexualidad; ello contribuiría a minimizar muchos efectos potencialmente dañinos.

Finalmente, surgieron voces de alerta en el sentido de no llevar al extremo el supuesto de que todo uso de la información representa una violación a la privacidad del sujeto investigado, ya que sólo accediendo a la información por medio de las propias personas es posible mejorar el mundo.

TEMA 2. NUEVAS APROXIMACIONES Y HALLAZGOS

En la segunda parte del seminario se presentaron trabajos que, dando cuenta de los desafíos pendientes en el campo de la salud reproductiva y la sexualidad, constituyen un esfuerzo propositivo para continuar la investigación futura.

TERCERA SESIÓN

En esta sesión, moderada por Lucille Atkin (Fundación Ford, México), se presentaron tres trabajos que presentaron reflexiones en torno al aborto, el embarazo en adolescentes y los riesgos que comportan las prácticas sexuales.

La sesión se inició con el trabajo “El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro”, de la profesora Silvina Ramos (Cedes),³⁸ quienes propone —a partir de la revisión de la bibliografía existente— aportar elementos para una discusión renovada sobre el tema. Si bien el aborto inducido ha concitado un gran interés académico, profesional y político que ha generado una vasta bibliografía, ésta se ha limitado

a los enfoques biomédico, sanitario y demográfico,³⁹ permaneciendo aún importantes vacíos en el conocimiento sobre la temática; por ejemplo, sobresale la ausencia de trabajos que revelen la evidencia etnográfica respecto de las disímiles percepciones y experiencias del aborto entre las mujeres, en el marco de sus particulares circunstancias vitales y del contexto sociocultural que moldea sus decisiones reproductivas.

Estos vacíos se reflejan en la agenda de investigación futura que ha sido elaborada en las diversas actividades de intercambio entre investigadores sociales y sociomédicos realizadas en los últimos años, donde resaltan los siguientes temas: *i)* la estimación de la incidencia del aborto inducido con cobertura para todos los países de la región y el desarrollo de técnicas innovadoras que permitan mejorar la calidad de la información; *ii)* la problemática del aborto en la población adolescente, especialmente los aspectos relacionados con la decisión de abortar y el impacto sobre el proyecto de vida y la morbilidad de la población; *iii)* la relación entre el aborto y la anticoncepción; *iv)* el papel del hombre en las decisiones reproductivas, en particular frente al aborto, así como las representaciones y los valores que guían sus comportamientos; *v)* la atención hospitalaria del aborto inducido: en especial, el cálculo de costos y la evaluación de la calidad de la atención, y *vi)* los cambios en la oferta de servicios y en las técnicas abortivas; su impacto sobre la seguridad y la eficacia de las prácticas, y la satisfacción de las mujeres.

En la elaboración de la agenda, la discusión metodológica se ha centrado en los problemas de estimación de la magnitud del aborto, debi-

³⁸ El trabajo presentado fue escrito en coautoría con el doctor Juan José Llovet, investigador del mismo centro.

³⁹ La ponente manifiesta que con dichos enfoques, vía los estudios de caso descriptivos y encuestas comparativas internacionales, se ha logrado un panorama global respecto a las políticas macrosociales, la magnitud del fenómeno y las prácticas del aborto en varios países.

do a que su ilegalidad conlleva una práctica clandestina con implicaciones directas sobre las principales fuentes de información: los registros hospitalarios y las propias mujeres. Es decir, excepto algunos casos, las agendas no han considerado los problemas metodológicos de los estudios en otros ámbitos del aborto inducido. Por ello, con la intención de considerar algunos de los últimos avances teóricos en los estudios sobre este campo, de reducir las desigualdades en la producción de conocimiento sobre este fenómeno y de estimular el tratamiento de algunas facetas del problema del aborto inducido, se propone reflexionar sobre tres temas que abordan cuestiones de índole teórica, ética, metodológica y de políticas de investigación.

1. El proceso de decisión de interrumpir el embarazo

En primer lugar, la investigación social sobre el aborto inducido ha destacado la importancia de describir y analizar el proceso de decisión que lleva a las mujeres a realizar un aborto. En esta materia existe un escaso conocimiento de las diferencias entre los países de la región, y entre realidades sociales particulares, como el mundo rural o los sectores medios. No obstante, algunos estudios han revelado la presencia de evidencias transculturales en ese proceso de decisión en diversos contextos nacionales o sociales. La primera evidencia sería el consistente despliegue de acciones variadas en las cuales se articulan y comprometen recursos de muy diferente naturaleza.⁴⁰ Este encadenamiento de pequeñas con grandes acciones es clave para comprender la lógica del proceso (y las consecuencias más o menos riesgosas que puede te-

ner), ya que es habitual que las mujeres no procedan de una manera lineal o unidireccional, sino que ejecuten un conjunto de acciones complejo y heterogéneo, y no todas con el sentido inequívoco de producir un aborto. El segundo elemento transcultural es la influencia en el proceso de decisión de los llamados “otros significativos”, es decir, las personas que son social, cultural y afectivamente relevantes para las mujeres en estos procesos. La última evidencia transcultural es la coexistencia de principios y normas morales sobre el aborto que actúan en planos diferentes; ambos elementos axiológicos orientan a la mujer *ex-ante* la decisión y racionalizan *ex-post* la acción realizada con más matices axiológicos.

Dado que las evidencias trazan pistas para identificar los supuestos que han guiado el análisis de las mujeres en el proceso de decisión de un aborto inducido, existen motivos para el ensayo de nuevos enfoques conceptuales que cuestionen dichos supuestos para avanzar en la comprensión del fenómeno en nuestra región.

Tal cuestionamiento implica reconocer que los estudios sobre el aborto inducido están permeados por la idea de que el aborto y el embarazo son experiencias percibidas, identificadas y connotadas de la misma manera por todas las mujeres. En otros términos, no se ha incurrido en su significado cultural, ni se ha inquirido por la singularidad cultural del universo cognitivo y simbólico a partir del cual las mujeres interpretan sus condiciones corporales y sus situaciones de vida. Las consecuencias de esta homologación o generalización son múltiples, siendo la más crítica la dificultad de comprender la lógica de las acciones desde el punto de vista de los sujetos involucrados y, consecuentemente, caer en la elaboración de una certeza falaz debido a que se mide el mismo fenómeno en todos los contextos y en diversos tipos de mujeres.

⁴⁰ El proceso de decisión puede implicar desde pequeñas acciones que se van sustituyendo o superponiendo progresivamente unas a otras, como ingerir brebajes caseros, consumir productos farmacéuticos, reguladores menstruales o abortivos de eficacia presunta o real, levantar cargas pesadas y someter al cuerpo a esfuerzos extraordinarios.

Relativizar el todo o una parte de estas premisas no implica negar la realidad biológica de los procesos de concepción y gestación, sino destacar que estos procesos, así como el propio aborto, son percibidos e interpretados de forma múltiple y variada, y que tales variaciones se explican, tanto por las creencias sobre la fisiología de la reproducción como por el significado social y cultural del embarazo, de la maternidad y del aborto, en una comunidad y cultura específicas. Esta distinción es relevante, ya que permite conocer, además de los factores biológicos, los implícitos en el contexto social y cultural que inciden en el proceso de interrumpir el embarazo.

Por otra parte, el cuestionamiento de las creencias fisiológicas de la reproducción permitiría superar la noción de que el proceso de decisión es guiado por una lógica secuencial y posible de ser preestablecida. Según esta lógica el embarazo se anuncia con el retraso de la menstruación, y siguen sucesivas etapas: se sospecha el embarazo, se confirma, se decide interrumpirlo, se buscan, consiguen o negocian los recursos para realizar el aborto, y se efectúa la maniobra abortiva. Como indica cierta bibliografía etnográfica, en algunos contextos culturales este proceso es mucho más sinuoso y complejo.

Del mismo modo, nuevos enfoques podrían atender a los “otros significativos” del proceso de decisión, no como se les ha visto generalmente —la influencia de un agente individual que suministra o niega recursos emocionales, materiales y sociales—, sino desde el valor social que los otros significativos tienen para la mujer; es decir, la red social que conforman las personas cercanas a la mujer que se sospecha embarazada, en la cual se proveen los mecanismos dentro de los cuales las personas aprenden, interpretan, enfrentan y comparten las dificultades de la vida cotidiana. De ahí que se-

ría provechoso cambiar el foco de atención desde una decisión individual hacia patrones de decisión moldeados socialmente; este cambio haría posible captar cabalmente que las interacciones y los vínculos entre la mujer y los “otros significativos” son constitutivos de ese proceso y representan sistemas. Esto considera que la naturaleza intuitiva de la mayor parte de los procesos de decisión de la vida cotidiana está sostenida por el hecho de que el contexto social y cultural dicta la orientación de las acciones y determina cuán explícito debe ser este proceso.

La importancia de los factores socioculturales también se refleja en el hecho de que las decisiones de las mujeres de interrumpir el embarazo están orientadas por normas y valores asociados a dominios culturales distintos al aborto; es indudable que la feminidad, la familia, el casamiento y la maternidad suelen jugar un papel central en la interpretación de la situación y en las justificaciones que acompañan las decisiones, contrabalanceando o neutralizando las prescripciones morales respecto del aborto.

2. La medición de la incidencia de la magnitud del aborto inducido

A la determinación de la frecuencia y distribución del aborto se oponen enormes escollos, debido a que las metodologías empleadas adolecen de serias deficiencias y restricciones en términos de validez, confiabilidad y representatividad. En efecto, la principal fuente para hacer los cálculos sobre el aborto inducido son los registros hospitalarios que, en la región, adolecen de subregistro, clasificación errónea y naturaleza incompleta o imprecisión temporal de datos.⁴¹ Otra fuente son las encuestas que

⁴¹ La autora menciona que los problemas más frecuentes de esta metodología son: i) no todos los establecimientos repor-

recaban información por la vía de la entrevista o interrogatorio a mujeres hospitalizadas por aborto y a muestras representativas de la población femenina en edad reproductiva (o de segmentos seleccionados), metodología que a pesar del diseño de mecanismos que logren información veraz, presenta problemas de subdeclaración, negación y escasa confiabilidad. Estos problemas obedecen a que, además de las eventuales implicaciones legales y punitivas, el aborto está atravesado por vetos morales, éticos, religiosos y sociales que inhiben la declaración y el reconocimiento de las mujeres.

De lo anterior se desprende que, pese a los diversos caminos metodológicos transitados —tradicionales y originales— en América Latina todavía no se ha encontrado uno que garantice o denote precisión. Debido a las dificultades para la medición rigurosa de la magnitud —que implica la construcción de series consistentes—, se propone reubicar con realismo el problema de medición del fenómeno, desplazándolo de la órbita científica para mirarlo desde su impacto y productividad social más amplia. Este desplazamiento se justifica aún más en virtud de la mayor centralidad que ha adquirido la ética en el campo de la salud reproductiva; obviamente, la medición de la ocurrencia del aborto obliga pensar hasta dónde, a través de qué medios es legítimo, justo, ético intentar averiguar algo, sabiendo que no todas, pero sí muchas mujeres quieren negarse a revelarlo al sentir que esa negación las autopreserva.

3. La cuestión política y pública del aborto

Pese a que este elemento es imprescindible para lograr una visión integral del fenómeno, sólo reciente y esporádicamente ha recibido atención en las investigaciones sociales. Este vacío obedecería a dos factores: *i)* la ausencia de la ciencia política en el cauce interdisciplinario que ha participado en la construcción de conocimiento sobre el aborto inducido, y *ii)* el carácter instrumental y político de los diagnósticos realizados en el movimiento de mujeres que responde principalmente al debate ideológico y a la lucha política. En esta línea sería importante avanzar en el conocimiento acerca de la aceptabilidad y el rechazo social del aborto, por medio del desarrollo de más y mejores encuestas de opinión.⁴²

Para finalizar, en virtud de los vacíos descritos en su ponencia, la profesora Silvina Ramos propone las siguientes líneas de trabajo futuro: *i)* cuestionar el campo con los enfoques de otras perspectivas disciplinarias; en especial, se requiere incluir los aportes de la comunicación social y la ciencia política; *ii)* reenfocar viejos problemas a la luz de nuevas perspectivas teóricas; particularmente, se debiera evaluar la eficacia de la contribución de la perspectiva construccionista, las recientes elaboraciones de la teoría de la elección racional y los aportes de los modelos de las redes sociales; *iii)* reducir las desigualdades en el conocimiento sobre el fenómeno del aborto inducido, entre las distintas realidades nacionales de la región; *iv)* abordar en cada país investigaciones sobre realidades sociales particulares que han sido poco o nada investigadas, como el medio rural y los sectores medios, y *v)* estimular el análisis de las coordenadas ideológicas y políticas, ya que su

tan sus datos; *ii)* existen errores en la imputación de los códigos sobre aborto de la clasificación internacional de enfermedades; *iii)* hay dificultades para discriminar entre abortos espontáneos e inducidos; *iv)* existe un sobrerregistro de abortos espontáneos y no especificados, y *v)* hay serios problemas en la determinación de los criterios para establecer los multiplicadores que estimen lo que está pasando con el aborto extrahospitalario.

⁴² La mayor parte de las encuestas aplicadas en la región son de *marketing* social o electorales, que adolecen de serios problemas en la formulación de preguntas.

comprensión de cara a una estrategia de producción de conocimiento refuerza las iniciativas que diversos actores sociales han promovido para contribuir a un cambio social y político, en dirección a un mejoramiento en materia de la libre determinación y de la atención integral de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

La doctora Adriana Ortiz-Ortega (Centro para el Análisis Crítico de la Cultura Contemporánea, Nueva Jersey) inició su comentario manifestando que el aporte de la ponencia de la profesora Ramos estriba en resaltar asuntos relevantes para la investigación en el campo, como ¿cuál es el universo cognoscitivo y simbólico desde el cual las mujeres interpretan sus condiciones corporales y su situación de vida, para comprender cuál es su lógica frente al aborto?, ¿cuáles son las relaciones posibles entre jurisprudencia y cambio legal, en especial, respecto a las reacciones de la sociedad civil al aborto?, y ¿cuáles son las dinámicas sociopolíticas que matizan las investigaciones sobre el aborto?

La doctora Ortiz-Ortega sostiene que un salto cualitativo en las aproximaciones teórico-metodológicas en el estudio del aborto, obliga a una reflexión sobre la correlación entre la manera en que se ha estudiado el problema del aborto y los paradigmas que han predominado en el estudio de la población, la demografía y la salud reproductiva. En su opinión, cuando prevalecía un enfoque fundamentalmente demográfico, estos estudios adquirirían relevancia por su cuantía e incidencia en ciertos sectores sociales. En los años noventa este modelo se agota debido a que las mujeres no asumen la anticoncepción de acuerdo a lo esperado, obligando a la investigación a considerar a la mujer como un sujeto histórico. Ello anuncia la emergencia del nuevo paradigma de salud sexual y hace surgir el tema de la subjetividad de la mujer.

En el nuevo abordaje del tema ha habido importantes cambios conceptuales y ético-filosóficos, que suponen la existencia de dos paradigmas en la forma de estudiar el problema del aborto, lo que plantea el dilema de cuál de éstos usar: desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva o desde la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos. Sin duda, el creciente cuestionamiento del tema implica responder ¿quién y cómo se toma esta decisión?, ¿cuáles son sus implicaciones conceptuales, si ambos paradigmas han empezado a circular en el ámbito internacional como formas de reconocimiento, como problemas médicos y sociales y que, en consecuencia, suponen distintos tipos de abordaje? Como no son contradictorios, sino que uno evoluciona para llegar al otro, las formas de su apropiación son muy diversas en cada contexto nacional.

Las potencialidades de esta propuesta se reflejan en la ampliación del campo de discusión y reflexión sobre el tema. La sustitución del enfoque demográfico por el de salud reproductiva abre la posibilidad de asumir a la mujer como un sujeto de decisión, entender sus procesos subjetivos y trazar diversas formas de conectar la acción política y la investigación. Luego, con el paradigma de derechos sexuales y reproductivos⁴³ surgen nuevas preguntas que obligan a abordar la responsabilidad social de distintos sectores frente al aborto y a superar el tratamiento que toma a la mujer como sujeto central de preocupación.

Por último, la comentarista advierte que el nuevo paradigma, más que solucionar los problemas abre nuevas interrogantes y obliga, por ejemplo, a colocar junto a la mujer al sector médico como foco de estudio del aborto, ya que

⁴³ Este paradigma surge en la Conferencia Mundial de la Mujer de El Cairo (1994), después de generarse importantes debates previos como el de derechos humanos en Viena (1993).

éste tiene mucha incidencia porque existe una educación antiaborto; de ahí que cuando éste se ha legalizado, los servicios son marginados por la institución médica. En tal contexto cabe preguntarse quién y cómo decidir dónde ubicar el problema del aborto, si cuando es abordado en el nivel del accionar sigue siendo un lastre de práctica social. Del mismo modo, pero en un plano más general, ¿quién decide que esta problemática debe ubicarse en un paradigma de salud reproductiva o de derechos sexuales y reproductivos? Ante cualquiera de las dos opciones que se adopte, ¿qué efecto tiene sobre la metodología y la aproximación que se debe hacer sobre el tema?, lo cual no sólo constituye una opción ética y filosófica sino también se traduce en un accionar que va a influir en las políticas públicas.

El segundo trabajo, "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente", presentado por el doctor Claudio Stern (Colmex),⁴⁴ propone elementos para configurar un nuevo enfoque con mayores propiedades comprensivas y analíticas en el estudio del fenómeno del embarazo en adolescentes. El autor afirma que pese a la mayor preocupación que ha concitado este fenómeno en los últimos años, ha sido insuficientemente comprendido como problema social, debido al uso de tres argumentos equívocos o incompletos de los que se parte en los enfoques tradicionales.

1. Dichos enfoques argumentan incorrectamente que existe un incremento del embarazo adolescente: las cifras disponibles indican que en términos relativos (número de embarazos que ocurren en la población definida como adolescente: 15 a 19 años de edad) ha disminuido

notablemente en los últimos 15 años, al menos en México.⁴⁵

2. También es incorrecta la afirmación de que el embarazo adolescente contribuye desmedidamente al crecimiento de la población que se procura reducir. Si bien es cierto que los embarazos a edades tempranas devienen en un mayor número de hijos a lo largo de la vida reproductiva y a un menor espaciamiento intergenésico, el peso que tiene este fenómeno en el crecimiento de la población es relativamente modesto. Se trata de un fenómeno que se da predominantemente en los sectores más pobres de la población, donde la maternidad temprana es aceptada como un hecho común ante la ausencia de otras opciones reales y en los que la fecundidad es muy elevada, independientemente de la edad del primer embarazo. Por ende, es importante distinguir entre los tipos de población para la definición de políticas eficaces. Actualmente se tiende a insistir en diseñar programas de educación sexual para la anticoncepción y facilitar el acceso a estos métodos, lo cual resulta inoperante en poblaciones que no tienen alternativas; en estos casos, se requieren cambios sociales para postergar la unión y la reproducción; entre otros, se debe procurar extender la escolarización y ofrecer otras opciones de vida para las mujeres, además de la maternidad.

3. El tercer argumento equivocado ubica la edad a la que ocurre el embarazo como factor de los daños a la salud que suelen asociarse con éste: la morbilidad y mortalidad materna, neonatal e infantil, el bajo peso al nacer, etcétera. Otra vez, pese a que hay una relación entre la edad en que ocurre el embarazo y el riesgo

⁴⁴ El trabajo presentado fue elaborado en coautoría con la licenciada Elizabeth García (Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México).

⁴⁵ Las cifras aludidas por el autor se desprenden de la Encuesta Mexicana de Fecundidad de 1976, la Encuesta Nacional Demográfica de 1982, la Encuesta Nacional sobre Fecundidad y Salud de 1987 y la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 1992.

para la salud, los riesgos tienen más que ver con las condiciones sociales previas al embarazo (mala nutrición, bajo peso y talla, ausencia y deficiencia en el cuidado prenatal) que no han sido suficientemente consideradas en los enfoques tradicionales. Este argumento sólo se justifica en embarazos realmente precoces, en términos biogestacionales (embarazos anteriores a dos años posmenarca, es decir, antes de los 14 ó 15 años), pero como más de 80% de los llamados embarazos en adolescentes se dan después de los 15 años de edad, esta situación no tiene mayor relevancia en el conjunto del fenómeno.

Estos argumentos han prevalecido en las investigaciones desarrolladas en los campos de la psicología social, la demografía y la epidemiología, los cuales parten de la premisa de que el embarazo en adolescentes es un problema creciente; por lo tanto, se debe ver cuál es su incidencia y qué factores están vinculados con este fenómeno que no debería ocurrir y que se busca evitar. Con esta lógica, se han determinado las características individuales y familiares asociadas con el embarazo adolescente para concluir que algunos problemas tienen que ver con la estructura de la familia y con la dinámica de las relaciones familiares, así como con las características de la personalidad de las jóvenes.⁴⁶

En otros términos, en los enfoques tradicionales el marco valorativo determina qué buscar; además, como sus investigaciones pocas veces han sido de carácter interdisciplinario o multidisciplinario,⁴⁷ suelen tomar a la adoles-

cencia como un periodo de la vida genérico y universal. De ahí que las metodologías usadas —positivistas con un modelo deductivo— tiendan a buscar y a establecer generalizaciones. Al no considerar que la adolescencia es un concepto historizado y socialmente construido, no se pueden detectar las diferentes connotaciones que este concepto tiene, según se trate de una comunidad indígena o rural autosuficiente o un medio urbano; las adolescencias en estos ámbitos son totalmente distintas y, generalmente, tienen poco que ver con las edades en las que supuestamente se dan ciertos procesos de maduración biológica o psicológica.

Otra insuficiencia de estas posturas estriba en que al priorizar en el nivel del individuo (la madre adolescente), la familia y, eventualmente, los pares, quedan fuera del análisis otros actores sociales tan importantes como el progenitor, los padres, los maestros, los medios de comunicación de masas, etcétera. Del mismo modo, al considerar al adolescente como un actor pasivo, no se contempla su subjetividad.

Dichas carencias comprensivas del fenómeno tienen consecuencias en el diseño de los programas. A partir de que se define el problema como asociado a una determinada edad, los programas son universales y en función de la determinación de ciertas edades de la población como grupos de riesgo. A ello se agregan medidas institucionales mal dirigidas como lo demuestra el caso mexicano, donde el sector salud, junto con procurar en las mujeres ya embarazadas la postergación de nuevos embarazos o ampliar el espacio intergenésico de los subsecuentes embarazos, también tiene la responsabilidad de prevenir el embarazo en adolescentes, acción que, de acuerdo con el autor, debiera recaer predominantemente en otros actores sociales.

⁴⁶ Entre otras características, se pueden mencionar la baja autoestima, *locus* de control externo, poca capacidad de planeación, poca comunicación con los padres, y familias incompletas.

⁴⁷ Ello explicaría por qué los enfoques biomédico y epidemiológico hacen énfasis en conocer las diferencias en las consecuencias en el embarazo o el parto relacionadas con la edad, y prestan escasa atención a las condiciones sociales en que ocurren éstos, como el contexto cultural, la inexistencia de atención prenatal y las condiciones de nutrición de la mujer.

Emergencia de un nuevo enfoque

Una vez establecidas las imprecisiones de los enfoques tradicionales y sus problemas para comprender adecuadamente el embarazo en adolescentes, el doctor Stern planteó seis argumentos que explican por qué ahora —más que antes— se puede definir este fenómeno como un problema público y creciente: *i)* el crecimiento de la cohorte de adolescentes (10 ó 15 años a 19 ó 24 años) que, producto de la transición demográfica, se ha producido en los países de la región en los últimos 15 ó 20 años;⁴⁸ *ii)* la creciente medicalización del embarazo y el mayor acceso de los sectores pobres de la población a los servicios de salud; *iii)* la menor disminución de la fecundidad que presentan en la región las mujeres menores de 25 años, en comparación con mujeres mayores, lo cual obedecería a la persistencia de condiciones que las llevan a unirse y a tener hijos tempranamente;⁴⁹ *iv)* la extensión del periodo de riesgo de que ocurran embarazos anteriores a la unión o al matrimonio;⁵⁰ *v)* los cambios en el contexto normativo y cultural en el que se da el embarazo temprano, que conllevan una sanción negativa y un cuestionamiento del mismo mayores que en el pasado, y *vi)* las distintas condiciones sociales en las que se produce: cambios en la estructura familiar (incremento de las madres solteras, persistencia de la pobreza, etcétera).

Con base en esta redefinición del fenómeno, el doctor Stern finaliza su alocución invi-

tando a los investigadores del tema a asumir el desafío de trabajar en el futuro en torno a las siguientes líneas de acción y reflexión: *i)* avanzar en la construcción de un nuevo enfoque crítico con preguntas que implican una redefinición del embarazo adolescente como problema: ¿por qué es un problema?, ¿para quién es un problema?, ¿quién debería estar ocupándose de él?; *ii)* poner más interés en la comprensión e interpretación del fenómeno que en juzgarlo valorativamente; es decir, tratar de conocer cómo se da el ciclo vital en distintos grupos sociales y qué lugar ocupa el embarazo en la constitución de la familia, qué otras opciones existen, etcétera; *iii)* reforzar los estudios interdisciplinarios, donde se incorpore a la reflexión, investigación y acción del problema a la historia, la antropología, la sociología, el psicoanálisis, la administración y las ciencias jurídicas y políticas, y *iv)* aprovechar la riqueza del nivel microsocial, los procesos interaccionales cotidianos y la subjetividad, para dar sentido a los hechos motivo de análisis.

Indudablemente, estas nuevas prioridades orientarán las investigaciones hacia otras cuestiones, como la desigualdad social y de género, el papel de las instituciones, de los actores sociales, etcétera, y las obligarán a partir de otros supuestos que permitirán reinterpretar y criticar los datos y resultados existentes.

En opinión de Xóchitl Castañeda (Instituto Nacional de Salud Pública de México), el trabajo del doctor Stern obliga a emprender una relectura de las implicaciones del embarazo adolescente, ya que efectivamente los estudios realizados hasta ahora han analizado aisladamente las partes que componen este complicado universo, sin tener una mirada integradora que permita contextualizarlo como un problema público. La redefinición del fenómeno, lejos de eximir del análisis sus repercusiones en otros campos, permite tener una mejor percep-

⁴⁸ En México, entre 1970 y 1992, las mujeres de 15 a 19 años de edad pasaron de ser un poco más de 2 millones a cerca de 5 millones.

⁴⁹ El hecho de que los médicos tengan la impresión que ahora llegan a las clínicas y hospitales más jóvenes embarazadas con problemas obedecería en gran parte a estos cuatro argumentos.

⁵⁰ En función de la disminución de la edad de la menarquía, por una parte, y la extensión de la escolaridad y la dependencia familiar, por otra.

ción de su impacto. La comprensión de la magnitud social del fenómeno puede traducirse en una desmedicalización cuando ésta no es necesaria, en una redistribución de los recursos en términos de costo beneficio, y en una conducción multisectorial de las iniciativas públicas (con el sector educativo, con los medios masivos de comunicación, etcétera).

La comentarista coincide en relativizar la contribución del embarazo adolescente al crecimiento acelerado de la población. Con base en los resultados de una encuesta reciente, corrobora los argumentos del doctor Stern de que el elevado nivel de fecundidad en los sectores más pobres de la población y, sobre todo, en áreas rurales, es independiente de la edad del primer embarazo, que tiende a ser temprana debido a las limitadas opciones de estas mujeres.⁵¹ Ello es propiciado, además, porque la permisibilidad en hombres y mujeres respecto a las relaciones premaritales parte de puntos distintos: a diferencia del hombre que tiene libertad de comenzar a una edad temprana y antes del matrimonio el ejercicio de su sexualidad, la de las mujeres se encuentra fuertemente vinculada a la reproducción y al matrimonio; de ahí que la virginidad real o simbólica sea un requisito para casarse.

Del mismo modo, secunda la reflexión sobre la inadecuada concepción de la adolescencia; pese a la heterogeneidad de México, los estudios se han inclinado por definiciones afines a realidades urbanas que, por ende, son inadecuadas para el medio rural. Aquí la doctora Castañeda abunda en argumentos que delatan el escaso conocimiento de este medio, donde la palabra adolescente casi no es utilizada; más

bien se habla de juventud, denominación que va cambiando de acuerdo con las etapas que pasa el individuo.⁵² Cuando los individuos llegan a la condición de solteras y solteros, acceden a nuevas atribuciones: para los hombres el cambio representa su iniciación sexogenital e incorporación a las actividades económicas; y para las mujeres simboliza su disponibilidad para el matrimonio y, en menor medida, implica su mayor responsabilidad en las actividades domésticas.

Por otro lado, disiente del cuestionamiento que parece plantearse en el trabajo, respecto a la noción generalizada de que se ha agudizado el problema; si bien valora el esfuerzo por constituir una posición polémica e intelectualmente saludable, critica el argumento subyacente de no considerar que el embarazo adolescente es un problema social porque ha existido siempre; asimismo, las cifras pueden mostrar que el fenómeno ha disminuido, pero ello no permite afirmar que el impacto también ha decrecido, ya que las transformaciones socioeconómicas han afectado la estructura familiar, mermando las redes de apoyo para la madre soltera.

En el tercer trabajo de la sesión, "Prácticas sexuales, enfermedades de transmisión sexual y SIDA entre los jóvenes", el doctor Peter Aggleton (University of London) propone una reflexión en torno a las imágenes que la academia ha elaborado de la juventud, la forma en que ellas han sido utilizadas en relación con el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) y el SIDA y las implicaciones que estas imágenes han tenido en materia de educación y promoción de la salud entre los jóvenes.

⁵¹ Una encuesta del IMSS realizada en áreas rurales de Morelos y Chiapas, muestra que la edad de inicio de la vida sexogenital activa de las mujeres en estas comunidades fue de 13 años en promedio, que es significativamente menor a la edad promedio detectada en zonas urbanas: 17 años en el DF.

⁵² En la primera etapa (12 a 14 años) se habla de muchachos y está marcada con la llegada de la menarquía en las mujeres y con el cambio de voz para los hombres; la segunda etapa (entre los 15 y 17 años) sería una confirmación de la condición joven, la cual se vincula con la educación formal que es una credencial simbólica de ésta; y la tercera es la etapa de salida: la señorita se convierte en la soltera y el varón en el soltero.

Imágenes académicas de la juventud

La sexualidad y la conducta sexual han despertado un renovado interés académico debido a los riesgos asociados al sexo no protegido —el SIDA— y a la legitimación de este tema como campo de investigación. Sin embargo, los estudios sobre juventud y SIDA adolecen de una “letanía ritual” de supuestas verdades del comportamiento sexual en esta etapa de la vida. Se da por sentada una imagen de los jóvenes⁵³ y sus necesidades que los sitúa en una época de transición entre la infancia y la edad adulta; un periodo tormentoso y estresado que requiere de un manejo cuidadoso para que se llegue a ser un adulto maduro y responsable. La configuración de esta “verdad” ha uniformado las acciones de los formuladores de políticas, proveedores de servicios e investigadores en todo el mundo.

Esta generalización es sorprendente debido a que la adolescencia y la juventud son periodos completamente variables, histórica y culturalmente. En efecto, a mediados del siglo XIX era muy probable que la adolescencia no existiera o la transición entre la infancia y la adultez fuera superada con rapidez y a una edad mucho más temprana que ahora; en cambio, en la actualidad los jóvenes y los adolescentes son compelidos a tomar responsabilidades económicas y familiares. Esto refleja que ambas categorías son construcciones sociales y constituyen “artefactos culturales” en momentos específicos de la historia, que han sido creados para lograr propósitos concretos. Como dichos artefactos están imbuidos con significados más asociados a los adultos que a los propios jóvenes, y como las experiencias juveniles pueden variar de acuerdo con sus contextos socioculturales y

⁵³ Pese a que el autor precisa que, en reemplazo del concepto de “jóvenes”, los demógrafos acostumbran utilizar el concepto de “adolescentes”, no ofrece mayores elementos en dirección a diferenciar ambas categorías.

expectativas de vida, las generalizaciones tienden a ser inapropiadas. El hecho de que muchachos de distintas realidades sociales compartan la misma edad cronológica, no implica que sus experiencias, esperanzas y aspiraciones sean homologables.⁵⁴

La idea en que han caído los investigadores —en especial, los psicólogos— de uniformar las experiencias juveniles tendría dos orígenes. El primero estaría vinculado a las ideas difundidas en el trabajo de Stanley Hall.⁵⁵ Este libro, publicado a principios de siglo, caracteriza a la adolescencia como un periodo tormentoso y estresado, sentando las bases para que se le atribuyan cualidades emocionales y de identidad incorrectas (desasosiego emocional, volubilidad e inconstancia).⁵⁶ El otro origen proviene de los estudios desarrollados en Estados Unidos (investigaciones clínicas a pequeña escala y encuestas a universitarios), que tendían a establecer generalizaciones sobre los jóvenes; entre estos estudios destaca el trabajo de Erick Erickson, que refuerza la idea de que los jóvenes poseen un sentido de identidad logrado mediante de la experimentación con roles, conductas y relaciones.⁵⁷

SIDA e imágenes juveniles

Obviamente, la normatividad de estos marcos analíticos engloba todas las conductas de los jó-

⁵⁴ Por ejemplo, es inapropiado sugerir que son similares las experiencias, preocupaciones y necesidades de muchachos de igual edad que vivan en un barrio adinerado, de otros que habiten en un barrio pobre o de aquellos que residan en una zona rural.

⁵⁵ El doctor Aggleton se refiere al libro de dicho autor titulado *La adolescencia: su psicología y sus relaciones con la fisiología, la antropología, la sociología, el sexo, el delito, la religión y la educación*. Nueva York Appleton and Co., 1905. El título original es *Adolescence: Its Psychology and Its Relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education*.

⁵⁶ Los trabajos de Coleman en los sesenta, (v.g. Coleman, A. *The Adolescent Society*, Glencoe, Illinois, Free Press, 1961) consolidan la noción de que los adolescentes tienen valores y actitudes diferentes a los adultos y, por ende, entre ambos existe “una brecha generacional”.

⁵⁷ Erick Erickson (1968), *Identidad: juventud y crisis*, Norton, Nueva York.

venes y adolescentes dentro de parámetros creados —por los adultos— en occidente después de los cincuenta, que niegan la posibilidad de otros acercamientos a las diversas experiencias y vidas de los jóvenes según su género, etnia, estado civil y estrato social, entre otros factores. Esto explica las imágenes estereotipadas que aún es posible encontrar en la bibliografía sobre el SIDA, entre las que sobresalen las siguientes: *i)* el adolescente poco o mal informado (el que no sabe lo suficiente); *ii)* el adolescente en alto riesgo; *iii)* el adolescente trágico que cae víctima de las acciones de otras personas o de fuerzas que están fuera de su control; *iv)* el adolescente muy seguro de sí mismo; *v)* el adolescente optimista pero poco realista; *vi)* el adolescente servilmente conformista; *vii)* el adolescente que no posee una conciencia previsor, que no se anticipa a lo que puede suceder; *viii)* el adolescente que se vale de mitologías sexuales y creencias equivocadas, y *ix)* el adolescente que tiende a seguir normas sociales de grupos de referencia que fomentan las conductas de riesgo (la antiprevención).

Pese a que son muchas y variadas las causas que llevan a los jóvenes a correr mayores riesgos, en las descripciones mencionadas hay dos factores que se repiten. Por un lado, la mayor parte de los trabajos sostiene que ello obedecería a la existencia de deficiencias y a patologías en el funcionamiento personal y social de los jóvenes. Por otro, ningún análisis propone descripciones diferenciadas de los jóvenes según su clase social, género, cultura y necesidades en salud sexual y reproductiva. Más bien, todos los estudios consideran que la edad es un factor que vincula experiencias y predicamentos variados.⁵⁸ Del mismo modo, hay pocos enfoques que aborden los deseos, motivaciones o conduc-

tas sexuales de los adolescentes; los estudios contemporáneos tienden a suponer que todos los jóvenes son heterosexuales y a reducir el comportamiento sexual a factores biológicos, de socialización o aprendizaje, etcétera. Es frecuente que enfatizan las consecuencias negativas del comportamiento sexual —embarazo no deseado o adolescente, ETS (enfermedades de transmisión sexual)—, lo cual es inadecuado porque restringe la comprensión de los jóvenes y de sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, y porque predispone al investigador —y a la sociedad— a fijar su atención en los aspectos negativos de la sexualidad juvenil, y no en su capacidad de ofrecer el placer, la realización y el crecimiento de los individuos.

Implicaciones para la educación y promoción de la salud sexual y reproductiva

Ahora bien, cuestionar las tradicionales y limitadas imágenes sobre los jóvenes y el SIDA, abre ventanas para desarrollar nuevas estrategias de educación y promoción en materia de salud sexual. Como lo demuestran los estudios que han priorizado lo que los jóvenes dicen sobre el sexo y sus experiencias sexuales, y no las suposiciones que los adultos hacen sobre la temática, la promoción de la salud sexual y reproductiva tiene mayor sentido para los jóvenes cuando se relaciona con sus vivencias.⁵⁹ Es decir, una estrategia efectiva debe ocuparse de la sexualidad que los jóvenes construyen (creen cierta), de las confrontaciones y dilemas de su vida cotidiana; en síntesis, debe atender la salud sexual desde las propias vivencias de los sujetos.

En la medida en que una promoción de la salud sexual y reproductiva no parta del reconocimiento de que las experiencias de los indi-

⁵⁸ Llama la atención que en la bibliografía sobre adultos y SIDA existan distinciones de acuerdo con estos mismos factores.

⁵⁹ El autor participa en un programa de la OMS y las Naciones Unidas sobre el SIDA y jóvenes en Costa Rica, Chile, Papua Nueva Guinea, Filipinas, Camboya, Zimbawe y Camerún.

viduos varían según los factores mencionados en los párrafos precedentes, será una promoción retórica.⁶⁰ En este sentido, una promoción significativa parte de la prioridad de conocer las circunstancias y necesidades de los jóvenes y de reconocer que los seres humanos desarrollan sus vidas en contextos específicos, los que junto a darle sentido a lo que se hace, fijan sus límites. De este modo, el ambiente que surge de la situación y su contexto determinan lo que se acepta como “sexo”, las expresiones legítimas, las oportunidades para expresar o reprimir los deseos sexuales, etcétera. Esto explica por qué en algunos países determinadas prácticas sexuales son proscritas y sancionadas y en otros son aceptadas o fomentadas.⁶¹ En síntesis, una promoción significativa que incentive “las buenas prácticas sexuales” debe tener en cuenta que el entorno y la situación son factores determinantes de la salud, ya que delimitan o enmarcan nuestras acciones y capacidad de elegir estilos de vida saludable. De esta forma queda de manifiesto que la salud y el bienestar son afectados por factores políticos, económicos y sociales.

Por lo general las actividades que promueven la salud sexual y reproductiva han privilegiado la escuela, y si bien los enfoques han recurrido a técnicas variadas que van desde la instrucción formal hasta formas de aprendizaje más participativas y vivenciales, existen algunos principios comunes entre los enfoques con ma-

yores probabilidades de éxito, a saber: el suministro de información relevante, actividades para fomentar que el individuo evalúe los riesgos que corre, la capacitación en habilidades para la negociación sexual y el uso de condones, y el acceso a recursos para la prevención y la atención en salud. El énfasis en el espacio escolar para la promoción en salud obedece, entre otros motivos, a que ofrece la oportunidad de encontrar a jóvenes reunidos en números relativamente grandes y, en consecuencia, posee un potencial para la educación masiva en una escala difícil de encontrar en otros contextos. Empero, debido a que en estos espacios las relaciones entre profesores y alumnos, y entre éstos últimos, siguen un orden jerárquico y de poder, la escuela es apropiada para formas de promoción relativamente didácticas y formales, pero opone dificultades para otras (por ejemplo, para las vivenciales).

Sin embargo, como la modificación de actitudes requiere estilos educativos participativos, los planteamientos de uso escolar tradicional han devenido en propuestas insuficientes; cometen el error de suponer que los individuos cambian sus actitudes al obtener mayores antecedentes sobre su sexualidad; es decir, acostumbran basarse en la información, que traspasan vía conferencias, videos y presentaciones. De ahí que se hace necesario asumir el desafío de la aplicación de enfoques menos formales y más participativos, que obligan a una preparación adecuada, tanto de maestros como de alumnos, para el tratamiento de los sentimientos personales acerca de temas delicados como el sexo, la sexualidad y las expresiones sexuales. En las propuestas participativas, se debe evitar la tendencia a suponer que la habilidad adquirida en un contexto es, automáticamente, transferible a otros; es obvio que dentro y fuera de la escuela las presiones y significados que conlleva, por ejemplo, el sexo seguro, son distintas.

⁶⁰ Ejemplos de promociones retóricas son: a) la necesidad de volver a los valores tradicionales de la castidad y la monogamia; b) la propuesta de ofrecer a los jóvenes habilidades para negociar el sexo en condiciones más seguras, sin cuestionar las circunstancias patriarcales tradicionales; y c) las propuestas que se ocupan de los deseos y prácticas heterosexuales en contextos en que las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo pueden ser una práctica frecuente.

⁶¹ Algunos ejemplos son las experiencias sexuales a temprana edad, las relaciones entre jóvenes y adultos, entre personas del mismo sexo, etcétera.

El creciente reconocimiento de este hecho ha estimulado el desarrollo de promociones fuera de la escuela, que hasta ahora, frente a la acción espontánea de los trabajadores y líderes de la juventud, han sido adventicias y oportunistas. Es decir, para que los adultos puedan responder en forma positiva y apropiada en esta manera adventicia, necesitan una preparación cuidadosa. Como se desprende de la confusión teórica y metodológica en torno a la llamada "educación coordinada por pares" o "educación entre iguales" (*peer-led education* o *peer education*), en esta materia queda mucho por hacer. A pesar de sus virtudes (el hecho de que algunos jóvenes pueden ser más capaces de comunicarse con sus compañeros, o que poseen mayor credibilidad que los adultos, y que este tipo de educación puede ser relativamente barata), este enfoque comporta una gran confusión conceptual y metodológica, expresada en el uso de una vasta gama de estrategias y técnicas. Entre otras, incluye: *i*) la comunicación entre iguales, que generalmente consiste en actividades en que se proporciona información; *ii*) la orientación entre iguales, que habitualmente se centra en la solución de problemas personales, y *iii*) considera a los jóvenes participantes como educadores, modelos de roles, organizadores y líderes en la toma de decisiones. La bibliografía sobre estos enfoques, aunque de modo confuso, va *in crescendo*; al menos así lo demuestra la existencia de planteamientos análogos: "la influencia de los iguales" y "la participación de los mismos".

Por último, el doctor Aggleton sostuvo que para un trabajo futuro eficaz es urgente una apreciación más realista de los jóvenes y sus necesidades; en especial, hace falta una comprensión menos estereotipada de su comportamiento sexual y del tipo de salud sexual y reproductiva que requieren. Esta nueva imagen debe partir de las constantes que se pueden encontrar en la diversidad de las experiencias,

y de la variedad de necesidades que surgen de ellas (no de las necesidades individuales mismas). Por lo tanto, las intervenciones deben descansar en las necesidades que se detecten en evaluaciones realizadas localmente, en contextos específicos y a grupos determinados, lo cual significa que, a pesar de los riesgos que esto comporta, las acciones para una salud sexual segura deben privilegiar las voces de los jóvenes: sus deseos, ansiedades, temores, placeres y sentimientos en materia sexual.⁶² En este sentido, la clave para promociones futuras eficaces radica en establecer "un nivel productivo de complementariedad y conmensurabilidad entre las intervenciones" y no, como han pretendido las recientes conferencias internacionales sobre el SIDA, procurar una solución única y global, transferible de un contexto nacional y sociocultural a otro.

En síntesis, el autor propone un enfoque que busque la complementariedad entre distintas tesis y métodos y un nivel mínimo de conmensurabilidad que, dando cuenta de la variedad temporal y circunstancial de las experiencias juveniles, ofrezca un *menú* de opciones que, sin limitarse a ello, confiera recursos a los jóvenes para que se protejan a sí mismos y a sus parejas contra los riesgos asociados a las prácticas sexuales (VIH, SIDA, otros). Indudablemente, esta propuesta exige humildad y respeto de los académicos y promotores en salud para que no tiendan a buscar e imponer soluciones universales a problemas específicos en contextos determinados.

En su comentario, el doctor Mario Bronfman (Instituto Nacional de Salud Pública de México) expresó que el trabajo del doctor

⁶² En este sentido el autor aboga por una superación de las intervenciones sustentadas en los resultados de encuestas nacionales de conocimientos, actitudes y prácticas (GAP) y por abandonar las tesis que ven a la adolescencia como una etapa de la vida.

Aggleton opone a las visiones simplificadoras y con pretensiones generalizadoras del campo de la sexualidad que ven a la adolescencia como un universal cultural frente al cual sólo queda actuar de manera unívoca, la posición que asume la adolescencia como una construcción cultural. Sin embargo, en el intento por delimitar el universo de reflexión, el autor cae en una indefinición, ya que utiliza indistintamente los conceptos de adolescente y gente joven, que son categorías distintas y su uso como sinónimos confunde.

En la discusión que el autor desarrolla ignora a interlocutores cuyas posiciones van desde las más románticas hasta las más técnicas. Entre los planteamientos excluidos se encuentra, en un extremo, la difundida tesis de Meghan Daum que sostiene que las campañas de prevención del SIDA llevan a desconfiar de los demás lo que, pese a su debilidad, puede inducir a una respuesta autoritaria. En el otro extremo, existen planteamientos metodológicos relativistas que abordan especificidades que deben ser tomadas en cuenta y enfatizan la diferencia, lo que es saludable tanto desde la perspectiva ideológica como desde la metodológica.

El doctor Bronfman destaca el aporte que hace el autor para evitar caer en el exceso de tener teorías para cada intervención en la población adolescente. No obstante, la división entre campañas retóricas y campañas con sentido (promociones significativas) requiere desarrollar mayor contenido conceptual y empírico. La propuesta, por un lado, se apresura al dotar a la primera categoría de todas las connotaciones negativas, y a la segunda de todas las positivas, perdiendo la posibilidad de que la calidad de la campaña sea consecuencia de los tipos seleccionados para tener una identidad casi unívoca con ellos. Por otro lado, su propuesta es rica en cuanto clasifica las intervenciones, al ordenarlas de acuerdo con diversos parámetros:

i) el ambiente en que se realizan; ii) el grado de planificación o eventualidad; iii) el tipo de técnica predominante que utilizan; iv) el grupo al que van dirigidas, y v) la concepción que tengan sobre lo sexual. Aunque se puedan agregar otros parámetros y se deba avanzar en el terreno conceptual, la propuesta constituye una herramienta analítica útil tanto para clasificar y evaluar las intervenciones como para planificarlas. Lamentablemente, tiene la debilidad de desarrollar sólo algunos de los tipos de intervenciones insinuadas, y por el uso de la tipología todavía inconclusa, la restringe al campo de la intervención y limita su mayor elaboración en el campo académico, lo que haría de la propuesta un instrumental de enormes potencialidades.

En materia del SIDA, las intervenciones en jóvenes (sobre todo los muy jóvenes) deben tomar en cuenta las posibles reacciones de otros grupos, en especial de los padres. Como las culturas son entidades dinámicas y heterogéneas, los programas educativos deben diseñarse desde su interior, ya que éstas poseen elementos que pueden apoyar la prevención de contagio, y así desafiar los valores culturales que ponen a la gente en riesgo de infectarse.

Finalmente, el doctor Bronfman destaca la necesidad de tomar en cuenta el problema de la desigualdad y la inequidad en la identificación de grupos objetivo, ya que esto permite tomar conciencia de que para ciertos sectores de la población, el SIDA ocupa, entre los riesgos, un lugar no preponderante. Asimismo, valora el reclamo de que las campañas contra el SIDA deben ser parte de un contexto más amplio en el que se le preste mayor atención a las necesidades más generales de bienestar y salud.

Las ponencias y comentarios de la sesión dieron cauce a un amplio y rico debate en torno a las contribuciones de los nuevos enfoques en los campos del embarazo, el aborto y postaborto, el placer y los cambios en la valoración de los fenómenos de la salud reproductiva y la sexualidad.

En cuanto a los aportes de los nuevos enfoques se reconoce la pertinencia de insistir en las viejas preguntas ¿para qué se investiga?, y ¿por qué la investigación se ha atorado en el tema? La primera daría cuenta del afán por construir un mundo mejor, en el cual hombres y mujeres tuvieran más opciones de desarrollo; la segunda obedecería a las fuertes presiones que experimenta el campo por la dinámica política que, en el abandono de una producción de conocimiento para realidades futuras, se obliga a responder a exigencias de una agenda de problemas contingentes.

Por otro lado, persistir en estas interrogantes ha permitido modificar el punto de partida de las investigaciones que antes asumían los fenómenos de la sexualidad como problemas, lo que ha permitido incorporar al análisis otros factores que intervienen en la derivación de los fenómenos en problemas, como las condiciones sociales y los nuevos actores. En otros términos, los nuevos enfoques han replanteado los temas de estudio y ampliado los referentes en las investigaciones sobre los distintos fenómenos del campo. En el embarazo en adolescentes se han incluido aspectos como la atención prenatal, el apoyo familiar y de la pareja; además, el propio investigador participa como un actor más en la construcción del fenómeno como problema social. En el aborto, en virtud del enfoque de la salud reproductiva, a los antiguos referentes de la mujer y su médico se ha agregado la cuestión pública, el cuerpo normativo, el esta-

mento médico en su conjunto y otros; a lo cual, a partir del enfoque de derechos reproductivos y sexuales, se han adicionado los grupos fundamentalistas y los movimientos feministas que abrieron rutas a nuevas preguntas sobre las soluciones al aborto.

Sin embargo, en el contexto de los aportes de los nuevos enfoques —necesidad de considerar las condiciones sociales y a nuevos actores—, llamó la atención que no se mencionara “a los grandes constructores de las desigualdades económicas, sociales, de salud y sexuales, como el mercado, las políticas económicas, las jerarquías eclesiales, las normas, las asociaciones de padres, entre otros”, ni se propusieran iniciativas para “estudiarlos o intervenir sobre ellos”.

Otro aspecto relevante en el debate general fue que, en el tema del aborto, las investigaciones se abocaran a comprender cómo los distintos tipos de población —urbana, rural, indígena, etcétera— se apropiaban de la permisividad del fenómeno, o cuál es su percepción sobre otras opciones distintas a la legalidad del aborto, ya que su legalización tendría implicaciones disímiles en cada grupo de población.⁶³ En torno a la situación de la intervención en el postaborto en América Latina, se mencionó que subsisten diversos y grandes problemas para la evaluación de la eficacia de los servicios, debido a que se trata de intervenciones de naturaleza heterogénea y con diseños diferentes.

El tercer tema destacado en la discusión colectiva se refiere a la ausencia del mundo de los deseos y del placer en los estudios sobre sexualidad, ya que pese a la emergencia de nuevos enfoques, hasta ahora la investigación sólo ha

⁶³ Según estudios en comunidades indígenas, las mujeres reprueban la legalización del aborto debido a que poseen cierto grado de permisividad sustentada en una serie de creencias y mitos que tienen relación con la apropiación del cuerpo: si no se tiene panza no hay embarazo y, por ende, es permitido interrumpir el proceso de gestación.

enfaticado sus peligros. La inclusión de la mirada del placer en la agenda académica enfrenta grandes obstáculos, debido a que en la formación de los individuos prevalece una noción negativa de lo sexual y, además, porque la dimensión del placer varía de una persona a otra. Ello explicaría las once descripciones negativas que la bibliografía ha desarrollado sobre los jóvenes; es decir, enfatizar lo negativo dice mucho sobre las obsesiones de los propios investigadores. En realidad el mayor problema radica en que la academia ha eliminado en la discusión sobre la sexualidad el léxico que denota *placer y gozo*; a ello han contribuido la demografía, la salud pública y la psicología conductista, que han generado una terminología exenta de sexo y deseo; por ejemplo, “primera unión” y otros. Esto plantea la necesidad de realizar un encuentro para retomar la discusión sobre los conceptos, el vocabulario y la terminología del sexo, a lo cual las agencias financiadoras —Ford, MacArthur, otras— pueden contribuir.

El último tema del debate fue la valoración negativa que existe de las ETS, el SIDA, el embarazo en adolescentes y el aborto. Por un lado se manifiesta que es muy propositivo —en lo relativo al embarazo adolescente— cuestionar la etiqueta de problema que se le ha atribuido al fenómeno; este planteamiento que recupera una imagen positiva de la fecundidad adolescente, se inserta en la discusión de vanguardia que se desarrolla actualmente en Estados Unidos.⁶⁴ Por otro lado, la valoración negativa de la sexualidad premarital y adolescente en general se inscribe en un proceso sociocultural de

largo plazo, y modificarla es una tarea que implica mucho tiempo; de ahí que la academia puede ser muy útil si centra sus esfuerzos en conocer qué pasa en el ciclo de vida de los individuos, con todo el proceso de opciones de salud reproductiva y sexual.

CUARTA SESIÓN

En esta sesión fungió como moderadora la doctora Susana Lerner (Colmex) y se presentaron dos trabajos que abordaron la temática del proceso de institucionalización de los conceptos asociados al campo de la salud reproductiva y sexual y de la violencia que sufren las mujeres en distintos contextos culturales.

La sesión se inició con el trabajo “Coerción sexual y salud reproductiva de las mujeres”, de la profesora Lori Heise (The Health and Development Policy Project); contiene diversas reflexiones sobre el problema de coerción sexual que afecta a las mujeres en el campo de la salud reproductiva, con el objeto de contribuir a la formación de un nuevo paradigma para abordar esta cuestión. De acuerdo con la autora, el hecho de que la comunidad internacional de la salud no tome en cuenta la prevalencia de la violencia dentro de las relaciones intergenéricas ha puesto en riesgo la consecución de los objetivos de salud pública de las propias mujeres.⁶⁵ Además manifestó que el enfatizar la “perspectiva biomédica” de la violencia, puede reforzar imágenes negativas de las mujeres como víctimas y justificar el abandono en que se encuentran sus necesidades; a la vez, puede fomentar la noción popular de la sexualidad como un impulso biológico y, a pesar de lo que indican

⁶⁴ La doctora Leslie alude a la discusión que ha inaugurado el libro *Concepciones dudosas* de Kristin Luker, que argumenta contra la opinión generalizada de los grupos mayoritarios dominantes de Estados Unidos, al sostener que los altos niveles de reproducción entre adolescentes de los grupos minoritarios se explican por la pobreza y la educación deficiente, y no al revés.

⁶⁵ Por ejemplo, esta situación cuestiona la efectividad de la estrategia mundial contra el VIH, debido a que ésta se basa mayormente en la promoción del condón, cuyo uso escapa al control de las mujeres.

estudios de diferentes culturas, puede promover la idea de la sexualidad del varón como “inherentemente predatoria”.⁶⁶

Antes de exponer los argumentos del nuevo paradigma, la autora revisó sucintamente los discursos que, desde fines del siglo pasado, se han disputado el dominio de la experiencia sexual humana. El primer discurso, “la sexología”, surge a fines del siglo XIX y ve a la mujer como agente de su propia vida sexual, dando por sentado su derecho al placer; por estas razones, se ocupó principalmente de la función sexual, la disfunción sexual y la fisiología de la respuesta sexual. No obstante, las feministas han criticado este discurso porque veía a la sexualidad desde la perspectiva del privilegio masculino y porque olvidaba el lado “peligroso” del sexo para las mujeres.⁶⁷ Asimismo, cuestionan este discurso porque no aborda ni trabaja contra las diferencias de poder basadas en el género, lo que según los sexólogos se ha evitado porque sería “politizar” un tema considerado esencialmente “científico”, neutral; sin embargo, sus detractoras feministas alegan que estos profesionales pueden *apoyar* las normas institucionales que ignoran el punto de vista de las mujeres (es decir, apoyar el *statu quo*) o pueden *subvertir* tales normas.

El segundo enfoque, con datos más recientes, proviene del propio sistema político establecido y está asociado con el “control de la población” y la salud internacional. Este discurso enfatiza casi exclusivamente las conductas sexuales que tienen implicaciones para la demografía o para las enfermedades. En este sentido, a

menudo se considera a las mujeres como un medio para un fin y no como individuos con necesidades, como el derecho a la autodeterminación y al placer sexual. Esto explicaría por qué la salud pública prioriza el peligro sobre el significado, el contexto y el placer de las prácticas sexuales.

La tercera postura, que la autora identificó como “el feminismo antipornográfico”, promueve un debate sobre los confines “apropiados” del comportamiento sexual humano; plantea analizar los fenómenos de la pornografía, el sadomasoquismo, la prostitución, y la manera en que la sociedad debe enfrentarlos. Mediante este discurso las feministas abogan por la intervención, pues en la medida en que la sexualidad femenina se comercialice y se equipare el placer sexual con la dominación y explotación económica, las mujeres jamás lograrán una igualdad de género. Si bien la autora reconoció que comparte algunos planteamientos de este paradigma, en especial lo referente a resaltar las inequidades de poder basadas en el género y asumir una posición activa, disiente de su tono pesimista y del retrato de las mujeres únicamente como víctimas de la actividad sexual; esto último, sobre todo, porque obvia la parte placentera del sexo. También rechaza este discurso por su contribución a la satanización de los hombres y de la sexualidad masculina.

Pese a ello, convencida de que el activismo contra la violencia debe orientarse a transformar el discurso y las investigaciones en materia de salud pública fomentando un mayor énfasis en el contexto social, el significado, los diferenciales de poder y el género, la autora, apoyándose en este movimiento feminista a favor de la salud de las mujeres, propone un nuevo paradigma que denomina “enfoque feminista integrado”. De un modo esquemático, la propuesta de Lori Heise contiene las siguientes características: reconoce los peligros pero reclama

⁶⁶ Cuando en realidad el comportamiento sexual de los varones es agresivo en ciertas culturas debido a que la sexualidad expresa relaciones de poder basadas en el género.

⁶⁷ El privilegio de lo masculino alude a la narrativa sexual asociada a la erótica y al rendimiento: el coito, la excitación, la erección y el orgasmo. Y lo peligroso del sexo se refiere al abuso, los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual, la humillación y las violaciones.

el derecho al placer sexual de las mujeres; lucha contra el poder desigual basado en el género; se centra en contextos y significados, pero reconoce realidades pragmáticas; ve a las mujeres como agentes que operan dentro de opciones restringidas; también las ve a sí mismas como activistas y practicantes de sus derechos; busca estrategias para el “empoderamiento” de las mujeres y promueve cambios prolongados en términos sociales, mientras las mujeres se agrupan en torno a sus necesidades inmediatas.

La coerción y la salud sexual y reproductiva de las mujeres

Como una forma de argumentar a favor del vínculo que existe entre la coerción y el abuso con otros fenómenos de la salud reproductiva,⁶⁸ se presentó un breve análisis del conocimiento alcanzado sobre la frecuencia y la prevalencia de la coerción en las vidas de las mujeres y las niñas.

En materia de la prevalencia de la coerción se destacan tres áreas de investigación: las investigaciones cualitativas en torno al VIH, las de corte feminista sobre la violencia contra las mujeres, y las investigaciones en las ciencias sociales acerca del abuso sexual de los niños y la violencia intrafamiliar. Debido a que el análisis refiere a la prevalencia de las relaciones sexuales que ocurren bajo coerción en el mundo en vías de desarrollo, de lo cual existen escasos estudios, la autora advirtió que algunos datos se construyeron a partir de estudios con propósitos diferentes.

No obstante, la información disponible es preocupante en el sentido de que, conforme lo ha documentado un número creciente de estudios, la coerción sexual es una realidad común

a lo largo del ciclo de vida de las mujeres, lo que se expresa en el abuso sexual durante la infancia, en el sexo obligado en la adolescencia, en el hostigamiento sexual en la escuela o en el lugar de trabajo y en las relaciones sexuales bajo coerción durante la edad adulta, ya sea por allegados o por desconocidos.⁶⁹

Las altas tasas de sexo obligado en la adolescencia resaltan el papel de la coerción en la iniciación sexual y en el embarazo entre adolescentes; por lo tanto, si los estudios demográficos que preguntan sobre la edad de la primera relación sexual atendieran al grado de coerción sexual asociado, los resultados serían sorprendentes. Al menos así lo han demostrado algunas investigaciones realizadas en Sudáfrica y Kenia: en efecto, en una muestra de madres adolescentes en los alrededores de Cape Town, se detectaron altos porcentajes de coerción sexual en la iniciación sexual y durante la relación de pareja;⁷⁰ asimismo, un estudio sobre una población de varones adolescentes en Kenia detectó que éstos contemplan la coerción como parte normal de su repertorio sexual.

Lamentablemente esta situación no es exclusiva de las parejas jóvenes, ya que, como lo han demostrado los estudios asociados al VIH, el sexo forzado también presenta una frecuencia importante en los matrimonios entre adultos.⁷¹ En

⁶⁹ Para ejemplificar esta realidad, la autora mencionó, entre otros estudios sobre el contacto sexual obligado, el caso de Jamaica, donde 17% de una muestra adolescente ha sufrido intentos o realización de violación antes de los 12 años de edad; y el caso de Kenia, donde 41% de una muestra nacional de jóvenes sexualmente activas de 12 a 24 años de edad, han sido engañadas u obligadas a tener relaciones sexuales.

⁷⁰ De las madres adolescentes sudafricanas encuestadas 30% declaró haber sido obligada en su primera relación sexual; 61% manifestó haber tenido relaciones sexuales contra su voluntad; y 60% de ellas reconoció haber sido golpeada por su pareja masculinas.

⁷¹ Un estudio sobre los riesgos de contraer el VIH entre mujeres de catorce países demostró que muchas mujeres mantienen relaciones sexuales bajo coerción sexual y que lo aceptan por temor a sufrir consecuencias más graves, como la pérdida de apoyo económico, acusaciones de infidelidad o incluso el abuso físico.

⁶⁸ Los fenómenos aludidos son el embarazo entre adolescentes, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, y el dolor pélvico crónico.

culturas donde las mujeres no tienen ningún papel social o económico importante fuera del matrimonio, muchas de ellas no consideran más opción que acceder a las exigencias de su pareja; es decir, para muchas mujeres el sexo constituye más una obligación social que un espacio de gozo personal. Si bien no todas viven el sexo de forma negativa, ya que sienten placer, para algunas el sexo sólo representa otro espacio de expresión de la dominación masculina.

Las consecuencias para la salud reproductiva

De lo anterior se puede deducir que el abuso del poder en el ámbito sexual tiene efectos sobre la salud de las mujeres en general, y sobre su salud sexual y reproductiva, en particular.⁷² En términos de la salud en general, algunos efectos, como el daño físico, son el resultado directo del abuso sexual y, por tanto, son inmediatos; otros, en cambio, como el dolor pélvico, son consecuencias de largo plazo, y pueden manifestarse y perdurar varios años después de la experiencia traumática que los origina.

Por otro lado, muchos de los resultados de la coerción sexual para la salud reproductiva—incluido el embarazo no deseado y las ETS—están vinculados, directa o indirectamente, con el abuso. Tal como lo han demostrado algunos estudios,⁷³ esta relación se puede ver, por ejemplo, en las causas del embarazo no deseado: es

decir, el abuso puede ser causa directa de un embarazo no deseado, ya sea por una violación o porque afecta la capacidad de la mujer para negociar el uso de métodos anticonceptivos; también puede ser causa indirecta de un embarazo no deseado al provocar “conductas de riesgo” como el uso del alcohol, la iniciación sexual temprana o la no utilización de algún método anticonceptivo. Del mismo modo, la coerción, sobre todo en la iniciación sexual, tiene gran influencia en la transmisión de enfermedades y, en general, en la salud reproductiva y sexual de las mujeres. Para la autora, es evidente que estas complejas e inquietantes asociaciones merecen un estudio más profundo.

Algunas reflexiones sobre las implicaciones de estos hallazgos

La autora rechazó la visión pesimista sobre la sexualidad masculina que se desprende de estos datos, la cual concluye que las mujeres carecen de poder y que los hombres son sexualmente agresivos por naturaleza, especialmente porque ello sólo conduce al inmovilismo frente al problema de la coerción sexual. En este sentido, no comparte la lectura “esencialista” del sexo y del género, pero como estas nociones están fuertemente arraigadas en la cultura popular (y, por ende, tienen grandes implicaciones políticas), reconoce que cualquier idea que surja en el seno del discurso hegemónico debe asumir una responsabilidad respecto a la manera que ella pueda ser utilizada. Con estas consideraciones, Lori Heise ofreció una interpretación diferente de los datos presentados sobre sexualidad y violencia.

En primer lugar, en su opinión las mujeres no son totalmente impotentes frente a la obediencia y al control que produce la violencia. En realidad, éstas han demostrado ser muy hábiles para realizar acciones que implican poder, incluso bajo condiciones sociales difíci-

⁷² Entre otros efectos para la salud física, se pueden mencionar: el dolor de cabeza, el dolor pélvico, la hipertensión, la obesidad y el VIH; del mismo modo, para la salud mental, se pueden señalar: la depresión, la ansiedad, el estrés postrauma y la disfunción sexual; finalmente, como efectos mortales, cabe indicar: el suicidio, el homicidio y la mortalidad materna.

⁷³ Algunos de los estudios aludidos por la autora son los trabajos de I. Rosas (1992), *Violencia sexual y política criminal*, Cladem, Perú; y D. Boyer y D. Fine (1992), “Sexual abuse as a factor in adolescent pregnancy and child maltreatment”, en *Family Planning Perspectives* 24, (1), p. 4.

les.⁷⁴ A pesar de que merecen mayores y variadas alternativas, se debe valorar y afirmar su capacidad creativa e inventiva en todo momento; de otro modo se daría sustento al fatalismo, lo que puede socavar el sentido de identidad de la mujer, perdiéndose el “empoderamiento” asociado a dicha creatividad.

De acuerdo con la autora, las críticas a las posiciones pesimistas⁷⁵ han develado que el dilema que enfrentan los activistas en contra de la violencia estriba en el riesgo de ganar visibilidad a costa de promover la imagen de la mujer como víctima, y de la noción que identifica el sexo con el peligro. Para superar este escollo se deben resaltar las formas creativas de la mujer para enfrentar la tenacidad patriarcal y alimentar los discursos de la antiviolencia, con las razones reales por las cuales las feministas han levantado esta lucha.

En segundo lugar, el trabajo contra la coerción sexual, al enfatizar la prevalencia de la violencia de género, conlleva el peligro de alimentar las nociones populares del esencialismo sexual. La vigencia actual de estas nociones populares se sustenta en viejas interpretaciones esencialistas de la psicología que representan una poderosa justificación para el *status quo*. Estas interpretaciones consideraban a la agresión y a la sexualidad como “impulsos” o “instintos” a los que había que darles salida periódicamente para evitar que se “descargaran” destructi-

vamente. Aunque actualmente los psicólogos rechazan esta teoría y se inclinan a proponer que la violencia de los hombres puede ser superada por medio de la socialización, subsisten quienes publican escritos que están fuertemente imbuidos por el determinismo, y sus análisis sobre la violencia retoman conceptos de la biología, la psicología freudiana y la ética.

Debido a la responsabilidad que conlleva la interpretación popular de estas afirmaciones, la autora advirtió que las feministas, al desensamblar la prevalencia de la violencia, deben cuidar de no promover la imagen de que la agresión es parte inmutable de la sexualidad masculina. En realidad, no se debe enmarcar este tema en la masculinidad, interpretada como algo que tiene raíces biológicas; más bien se debería abordarla indagando qué es lo que tiene la construcción de la masculinidad en diferentes culturas que promueve el comportamiento sexual agresivo y qué cualidad tienen la construcción de la femineidad y la estructura de las relaciones de poder económico y social en las sociedades, que permite la continuación de tales conductas. Ello daría lugar a resaltar el conocimiento elaborado en algunos estudios, que abordando diversas culturas, han develado que la violencia masculina en contra de las mujeres no es universal,⁷⁶ aunque reducidas en número, la existencia de algunas culturas no afectadas por este tipo de violencia demuestra que

⁷⁴ La autora menciona el caso de las mujeres hindúes pobres que para ejercer control sobre su vida sexual recurren a ayunos prolongados, lo que inhibe la acción del hombre; también existen antecedentes de que las mujeres golpeadas adoptan estrategias complejas para enfrentar y manejar su situación, como una forma de aminorar el impacto de la violencia sobre ellas y sobre sus hijos.

⁷⁵ La autora alude a la polémica entre la feminista Catherine Mackinnon, quien sostiene que la mujer es sexualmente pasiva y el hombre hegemoníamente abusivo, y Suzanne Rhodenbaugh, quien se opone a la visión que niega la capacidad de la mujer para definir su propia sexualidad (véase *Michigan Quarterly Review*, vol. XXX (1), pp. 1-11 y vol. XXX (3), pp. 415-422.

⁷⁶ Entre otros estudios, la autora alude al trabajo de P. R. Sanday (1981) “The Socio-cultural Context of Rape: A Cross Cultural Study”, en *Journal of Social Issues*, núm. 37 (4), pp. 5-27), el cual, en un conjunto de 156 sociedades tribales, clasificó a 47% de las culturas como esencialmente “exentas de violaciones” o que no han sido seriamente afectadas por los abusos basados en el género; también se refiere al trabajo de D. Levinson (1989) *Violence in Cross-Cultural Perspective*, Sage Publishers, Newbury Park), el cual, al analizar el abuso sobre las esposas, revisa etnográficamente a 90 sociedades campesinas, entre las que identifica a 16 que se pueden describir como “esencialmente libres de la violencia intrafamiliar, o no aquejadas por ella”.

ella no es resultado inevitable de la biología, la sexualidad o las hormonas masculinas; el problema, más bien, radicaría en el “condicionamiento del varón” y no en “la condición de ser varón”.

Apoyándose en varios autores,⁷⁷ Lori Heise argumentó que la hombría, lejos de ser un producto espontáneo de la maduración biológica, es un estado precario o artificial al que se accede en condiciones desfavorables; también señaló que, a la vez, representa un “estatus logrado” en oposición a la noción de femineidad; y, finalmente, sostuvo que esta inseguridad de los hombres acerca de su masculinidad promueve su conducta abusiva hacia las mujeres, lo que en parte es sustentado por el sistema de género que asigna el poder y el estatus de lo masculino, denigrando o subordinando lo femenino.

En la medida en que el género es una construcción social, el estatus de varón debe ser actualizado mediante la acción y la sensación, evitando las cosas que dejan lugar a dudas; esta sensación (o impulso) no surge de la anatomía sino de las ideas que le atribuyen un significado social, es decir, éstas determinan qué sensaciones se deben perseguir; de ahí que una forma de manifestar este sentimiento de masculinidad sea la de dominar a las mujeres con el influjo de la agresión. En este contexto de presión para los varones, la conquista y la potencia sexuales aparecen como elementos recurrentes en muchas definiciones culturales de la hombría.

Conforme los ideales masculinos se asocian con la violencia, la virilidad y el poder, es comprensible que el comportamiento sexual de los hombres se presente como predatorio y agresivo, ya que junto con ser un medio para es-

tructurarlo las relaciones de poder de género, es una manera de establecer relaciones de poder entre los hombres. En consecuencia, para avanzar en este camino la cuestión radica en redefinir el significado de ser varón; es decir, en torno a qué ideales se construye la masculinidad y, por extensión, la hombría. Ello no es tarea fácil, ya que como los hombres tienen un interés colectivo en la perpetuación de las jerarquías de género, el comportamiento del varón individual es vigilado de cerca por la comunidad masculina (o por las madres), y cuando alguien se aleja del ideal masculino, se le reprocha aludiendo a la imagen de otro símbolo de género: el de ser homosexual que, como estigma, ayuda a estructurar y a perpetuar las normas sexuales y de género de los varones.

Afortunadamente la bibliografía etnográfica ofrece ejemplos que demuestran que ésta no es la única forma de construir el mundo y, por lo tanto, de construir la masculinidad. Si bien los ideales descritos son muy comunes en diversas culturas del orbe y en diferentes grados, al parecer no son absolutamente universales. En efecto, existen culturas en las que la hombría es poco relevante para los varones y donde hay pocas presiones sociales para comportarse “como hombres”: por ejemplo, las culturas de los semai de Malasia, de los pigmeos mbuti de Zaire y de los habitantes de Tahití y de Tailandia central.⁷⁸ En estos casos no hay la presencia de un ideal masculino que enfatiza el dominio, la dureza o el honor masculino. A pesar de que en estos ejemplos no se puede demostrar una causalidad, sugieren factores que predicen las tasas altas de la violencia de género, como la violencia interpersonal en la solución de conflictos, la inequidad económica entre

⁷⁷ D. Gilmore (1990), *Manhood in the Making: Cultural Concepts of Masculinity*, Yale University Press, New Haven; Stoltenberg J. (1989), *Refusing to Be a Man: Essays on Sex and Justice!*, Breiten Bush Books, Portland, Oregon, entre otros.

⁷⁸ De acuerdo con Gilmore (*op. cit.*), en Tahití no hay roles de género estrictos; tampoco hay un concepto de honor masculino que defender ni una expectativa social de “desquitarse”.

hombre y mujer, el ideal masculino de dominio, la rudeza y honor varoniles, y la economía masculina y autoridad en la toma de decisiones en la familia; asimismo, sugieren factores que predicen las tasas bajas de violencia, como el poder femenino fuera del hogar, la interferencia activa de la comunidad en la violencia de género, la presencia de grupos de trabajo de mujeres (grupos solidarios) y la disposición de un santuario (refugio entre los vecinos, amigos o la familia). Es decir, estos factores se correlacionan, positiva y negativamente, con los niveles de violencia que enfrentan las mujeres.

Quizás lo más importante es que estos ejemplos corroboran el argumento feminista de que las relaciones jerárquicas de género —perpetuadas por medio de la socialización de género y las desigualdades socioeconómicas en la sociedad— están fuertemente vinculadas con la violencia de género.

Lori Heise terminó su intervención manifestando que la existencia de estas sociedades, donde las mujeres no son objeto de violencia, sugiere que es posible alcanzar la fantasía de un mundo exento de violencia de género; sin embargo, los movimientos sociales, en sus acciones, deben tener juicio y responsabilidad ante quienes viven en los contextos actuales. Esto implica trabajar en dos frentes: para cuestionar seriamente las inequidades y creencias basadas en el género que perpetúan la violencia masculina, y para proporcionar servicios y apoyo a las personas que intentan sobrevivir, pese a las fuerzas sociales que se unen en su contra. En este sentido, es preciso que la salud pública, la planificación familiar y las investigaciones en materia de sexualidad desempeñen un papel importante, ya que deberían canalizar sus recursos para ayudar a desenmarañar la compleja red de fuerzas sociales que fomentan el comportamiento violento; además, deberían diseñar programas para “empoderar” a las mu-

jerer e iluminar a los hombres; y, finalmente, deberían identificar servicios útiles y referir a las mujeres a los mismos.

En sus comentarios al trabajo de la profesora Heise, la maestra Irma Saucedo (Colmex) sostuvo que la autora logra fijar el contexto, los interlocutores y espacios con los que desea establecer la discusión, ubicándose dentro de una trayectoria cuya preocupación es iniciar una interlocución con la comunidad internacional y los grupos de trabajo en salud, en función de asumir la reflexión sobre el tema de violencia hacia la mujer o de violencia de género. Del mismo modo, el trabajo expresa un interés por elaborar o conjuntar recursos, experiencias y conocimientos que, a su vez, ayuden a grupos de mujeres especializados en atención a la violencia. Si bien es un doble camino, es interesante cómo se pueden alimentar ambos espacios con un trabajo muy sistematizado para acumular la información existente, haciendo un análisis y un trabajo especializado de diseminación.

En los espacios en que se empieza a dialogar con los interlocutores, hay ciertos argumentos que tienen que ser elaborados y que poseen una validez importante, sobre todo porque están relacionados con la manera en que se inicia el diálogo, en qué espacios, con qué discursos y, finalmente, cómo se debe trabajar en los espacios de intervención. Además, en un mismo documento se intenta dialogar con dos interlocutores que se busca unificar: el movimiento feminista y las organizaciones que trabajan en torno a violencia, y los investigadores, científicos y especialistas que necesitan conocer estos debates.

El trabajo constituye un aporte para la investigación y elaboración de políticas y programas con la propuesta de *enfoque feminista integrado*, que establece una consistente relación entre violencia y sexualidad. Sin embargo, por la estructuración del trabajo surgen algunas pre-

guntas y observaciones. Se argumenta que el problema del esencialismo tiene que ver con una visión biologicista de la sexualidad es muy difícil cambiar la sexualidad porque está determinada biológicamente; por ende las intervenciones que se hagan serán poco eficientes), lo que lleva a preguntar si el esencialismo sólo pertenece al espacio del enfoque biologicista o también habría esencialismo en los enfoques culturalistas, siendo éste el principal problema que se enfrenta actualmente: es decir, pareciera que discursivamente ya ha ganado espacio el argumento culturalista y ahora la investigación y el quehacer sobre el fenómeno se enfrentan a un diferente argumento. En los setenta, efectivamente, se necesitaba el argumento culturalista, pues había que demostrar que biología no era igual a destino; que éste estaba influido por muchas cosas y que podía cambiar. Es decir, en ese momento el argumento culturalista se vincula con la propuesta de que hay posibilidad de cambio y hay formas de cambio. No obstante, ahora la investigación se enfrenta a un problema grave, ya que por los avances en las tecnologías reproductivas, en todo lo que se conoce como vientres subrogados, etcétera, las posibilidades de manipulación técnica de la reproducción muestran la posibilidad o el umbral de posibilidad de que el modificar la biología sea más real que modificar patrones culturales y comportamientos enraizados en tradiciones muy antiguas, en sociedades heterogéneas como México. En este sentido, también los discursos culturalistas tienen un fuerte engranaje esencialista que habla sobre la dificultad de cambiar la sexualidad, porque lo que no manda Dios lo mandan la biología o la cultura y la tradición. En cualquiera de esas circunstancias es muy difícil, complicado y riesgoso para quienes hablan o tratan de intervenir en ello, o bien son demasiadas las responsabilidades para quienes lo intentan.

Un aspecto que hace falta analizar en el trabajo es la fuerza del discurso religioso y de la burocracia religiosa, que tienen un poder de influencia quizás mayor que la del Estado, las instituciones de salud o el discurso médico. En otras palabras, en la percepción que las personas tienen de su salud, el discurso y la burocracia religiosas tendrían mayor incidencia que el discurso médico, y este tema se ha abordado muy poco, pese a que tiene que ver con la violencia, pues muchas mujeres la sufren y toleran por posiciones religiosas.

En todo caso, visiones esencialistas como la religiosa han sido poco discutidas, y al abordar la forma de construcción de identidades femeninas y masculinas, contribuyen a crear normas sociales que castigan de diferente manera a hombres y mujeres cuando llegan al momento de ejercer su sexualidad. Es decir, a las mujeres que ejercen su sexualidad de manera libre, placentera y abierta se les sanciona de múltiples maneras; por ejemplo, etiquetándolas —la mujer suelta, mala mujer—, golpeándolas, expulsándolas de la comunidad, etcétera. También hay sanciones específicas para los hombres que no controlan la sexualidad de sus mujeres, no las vigilan, no se aseguran de que no tengan hijos fuera del matrimonio o antes de casarse, etcétera. En cierto sentido, tales sanciones se relacionan con las formas, los contextos y los momentos de ejercer la sexualidad, de tal modo que quedan fuera todas las posibilidades vistas como problemáticas, lo que tiene que ver además con una manera de reprimir opciones sexuales variadas como la bisexualidad, la homosexualidad y otras.

Al pensar en los discursos y los contenidos con que se argumenta para cada público interlocutor en la temática, es pertinente incluir en la discusión sobre salud reproductiva, como argumento de elaboración teórica, el concepto de los derechos sexuales, lo cual permitiría una li-

beración de elementos que están amarrados o entrelazados. Al hablar de la sexualidad, desde la perspectiva de la masculinidad, emerge algo muy contradictorio: la idea de que la sexualidad femenina es pasiva y no placentera, mientras la masculina es activa y placentera, cuando lo que estaría más cercano a la realidad es la “miseria sexual” que hombres y mujeres viven en esta época, con la diferencia de que cada uno la sobrelleva de forma diferente y también de que tiene repercusiones disímiles para unos y para otros. En general, en los trabajos sobre construcción de la masculinidad se ve que la carga que la normativa impone para tratar de ser el hombre es tal, que el varón también suele experimentar sensaciones de baja autoestima, lo que habitualmente se asocia a las mujeres. Esto se refleja en el hecho de que los hombres sientan que no pueden cumplir con tales expectativas y deban sobreactuar en algunos ámbitos respecto al número de mujeres con las que tienen relaciones sexuales, las maneras en que las tienen, etcétera.

En opinión de la maestra Saucedo, los estudios de masculinidad están aportando elementos que obligan a repensar el concepto y la relación entre la violencia y la salud reproductiva, enfatizando que la importancia de plantearse el tema tiene que ver con el ejercicio de la sexualidad, el contexto en el cual se ejercita y las opciones que existen para que sea ejercida de modo placentero y sin los riesgos asociados con las problemáticas de la salud reproductiva. El discurso acerca de los derechos sexuales puede alumbrar sobre temas que no se tratan cuando sólo se aborda la salud reproductiva. Además, con la relación entre la violencia y la salud reproductiva se crea un problema grave para quienes trabajan en los espacios de salud, quienes se consideran incapaces de asumir el desafío de abordar el problema, ya sea porque no disponen de los conocimientos necesarios o por-

que el espacio en que se desempeñan no es el apropiado.

Cuando se detecta que el problema subyacente a los mencionados es el ejercicio de la sexualidad, empieza a reconocerse que el diseño e instrumentación de políticas requiere espacios mucho más amplios de los que tradicionalmente existían. Por un lado, hace falta un acercamiento multidisciplinario o el uso de los conocimientos elaborados por las diferentes disciplinas, pero también debe haber un reconocimiento del lugar que le corresponde a cada actor social para la instrumentación de programas (instituciones de salud, ONG, investigadores); con ello es posible descargar a cada uno de la responsabilidad que se le atribuye cuando temas tan difíciles como éstos se quieren introducir en los espacios de salud.

Otro problema que se advierte al trabajar con estos temas en los espacios de salud es la incapacidad del personal clínico u hospitalario para tratar explícitamente el aspecto de la violencia. De ahí que el Estado, como proveedor de servicios y recursos para la población, esté delegando paulatinamente esta función en otros actores específicos: ONG y académicos. En este sentido, habría que plantear que la sexualidad es la base de los problemas de la salud reproductiva, y el de los derechos sexuales el tema que discursivamente ayudaría a ampliar el espacio con nuevos acercamientos a la problemática. Así, se abandonarían las interrogantes de cuáles son los hogares o mujeres que sufren violencia y se abordarían los hogares y las mujeres que se han salvado de ella, o se reemplazaría la preocupación por las chicas embarazadas y por qué interrumpieron el proceso, por la de aquellas que ejercen su sexualidad de forma protegida. Es decir, se buscaría la otra parte que tiene que ver con la salud, con la buena calidad de vida, con el placer, con la satisfacción, que serían las que informarían sobre la mejor manera

de hacer las preguntas o de diseñar los programas.

El segundo trabajo de la sesión, “Género, sexualidad y salud reproductiva”, presentado por la maestra Sonia Correa (Nepo), propone reflexiones sustentadas en la premisa de que *salud reproductiva*, *género* y, en menor medida, *sexualidad* son términos, hasta hace poco marginales en el medio académico y en los movimientos sociales, que actualmente atraviesan un franco proceso de legitimación discursiva; esto plantea nuevos retos, pues en la medida en que constituyen nuevas formulaciones, se corre el riesgo de tender a su aplicación simplificada, y sobre todo porque como cualquier proceso de legitimación, ubica al investigador frente a interrogantes sobre el quehacer ajenos a su campo; es decir, el investigador es compelido a responder a lo que significan salud reproductiva y género, y también debe dilucidar hacia dónde van estas agendas temáticas.

El trabajo se ha organizado en dos grandes bloques; en el primero se trata de rehacer la historia de la legitimación del concepto de *salud reproductiva*, de los términos que se han construido a partir de él y se continúa con un intento de interpretar la agenda en términos políticos. El segundo bloque es un esfuerzo de reelaboración del uso de los conceptos de *género* y *sexualidad*, considerando las teorías utilizadas en el campo y sus implicaciones políticas, finalizando con la propuesta de aislar los sistemas de género y de sexualidad.

1. La idea central de la legitimación del concepto de salud reproductiva es que lo que se está legitimando discursiva y políticamente es mucho más que la salud reproductiva. Hoy día los conceptos de salud sexual, derechos sexuales, y derechos reproductivos son ideas y definiciones muy complejas que, hasta hace poco, estaban bajo el gran paraguas de la salud reproductiva. En estos momentos cada concep-

to tiene identidad propia aunque se siguen empleando indistintamente, pero, por efecto de la vulgarización de la legitimidad —en su uso y aplicación política—, existe el riesgo de que se empiece a tratar a la salud reproductiva como derechos de salud sexual o derechos sexuales. Un síntoma de esto es el hecho de que el documento brasileño post Beijing aborda los derechos reproductivos en el segmento salud y no hace referencia a ellos en la sección de derechos humanos.

Por lo tanto se torna fundamental recuperar la genealogía de los conceptos; hacer una historia de las ideas. La conclusión evidente es que la salud sexual y la salud reproductiva tienen una historia más bien institucional, mientras los derechos sexuales y los reproductivos tienen una trayectoria de construcción ubicada básicamente en el plano político de la sociedad civil. Mientras “salud reproductiva” es un término firmado, una definición de la Organización Mundial de la Salud, “derechos reproductivos” ha sido creado dentro del movimiento de mujeres; su legitimación se hizo en un encuentro feminista y los grupos siguieron debatiendo sus implicaciones hasta llegar a la reunión de El Cairo. La comprensión del concepto de derechos reproductivos, articulada con una perspectiva de desarrollo y de derechos humanos, ancló el consenso de El Cairo que permitió cambiar el paradigma de las políticas de población.

El término “derechos sexuales” apareció mucho más tarde en el proceso de legitimación. La autora se refiere a que a pesar de que en su texto —elaborado conjuntamente con Petchesky y publicado en 1994— no desarrolló con profundidad el carácter social de estos derechos, tres años después están legitimados. En El Cairo se peleaba por la noción de integridad corporal, mucho más que por la de derechos sexuales. En este sentido es sorprendente que el

término haya sido aceptado en Beijing, pese a que su formulación enmarcada en la relación heterosexual y de pareja, fue una noción elaborada dentro del movimiento de mujeres. De ahí que su existencia en el documento de Beijing obedezca a una combinación de una matriz institucional (la idea de salud sexual de la OMS), el movimiento de mujeres y el movimiento homosexual.

La recuperación de esa trayectoria tiene implicaciones. Por un lado, era insuficiente en ese estadio haber revisado los términos *género* y *sexualidad* exclusivamente en relación con la sexualidad y la salud reproductiva; era necesario hacerlo también respecto a la salud sexual, los derechos reproductivos y los derechos sexuales. Por otro lado, la trayectoria híbrida de los conceptos ha permitido que sigan existiendo tensiones entre una vertiente institucional y otra más social o sociocultural. Hasta ahora los términos *salud sexual* y *salud reproductiva* no han generado problemas, mientras que los términos *derechos sexuales* y *derechos reproductivos* son un poco radicales. Esto se refleja en cómo se han traducido después de Beijing; por ejemplo, en Bolivia, la campaña de maternidad segura, que se enmarcaría en los programas de salud reproductiva de El Cairo, sirve para alejar y discriminar a las mujeres que llegan a los servicios de atención con abortos incompletos.⁷⁹

En función del momento que se vive, expresado en una lucha cognitiva por los significados de los conceptos, es importante preguntarse ¿por qué se están utilizando estas definiciones? Recientemente se ha realizado un gran debate sobre el estatus epistemológico de salud reproductiva. ¿Qué es?, ¿un concepto, un campo o un recorte?

⁷⁹ Susan Rance (1996), "Maternidad segura, aborto inseguro: impacto de los discursos en las políticas y en los servicios", (mimeo), ponencia presentada al seminario Salud reproductiva en América Latina y en el Caribe: temas y problemas, Caxambu, Brasil.

Para la maestra Correa no es tan importante definir con precisión los conceptos, sino la claridad del proyecto contenido en ellos. Es decir, las definiciones de salud reproductiva, salud sexual, derechos reproductivos y derechos sexuales son palancas de un quehacer académico que tiene una perspectiva de emancipación. Obviamente, esto supone que todas las personas que trabajan en este campo lo hacen con la intención de cambiar las relaciones desiguales de poder en todas las esferas en que son aplicables estas definiciones. En ese sentido existe una serie de complejidades, por ejemplo, algunos autores consideran que *la salud* es un término multivalente; es decir, que sirve un poco para todo: desde el ámbito moral y de las instituciones hasta el que piensa que es un derecho humano básico.⁸⁰ En consecuencia, a partir de una perspectiva de salud o de "empoderamiento" se hace necesario fijar la definición que se quiere resaltar.

La noción de *derecho* resulta más simple, pues tiene un sentido preciso, que es la posibilidad de tomar decisiones autónomas, asumir responsabilidades, superar necesidades, ya sea en el ámbito individual o colectivo. El tener derechos presume un reequilibrio de las relaciones de poder y un horizonte de justicia. La noción de derecho está ontológicamente referida a relaciones entre individuos, sociedades-individuos, sociedades-mercado, sociedades-Estado-mercado, etcétera. Esta comprensión permite arribar a algunas conclusiones preliminares; esto es, la salud y los derechos reproductivos y sexuales, en su fase inicial, tienen una agenda clásica que demanda cambios en el Estado nacional y en los grandes aparatos de regulación que tam-

⁸⁰ Carol Vance (1996), "Thinking Sex, Gender and Health", ponencia presentada en el seminario Re-Conceiving Sexualities-Internacional Seminar on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, Brasil.

bién son formas estatales: Banco Mundial, Naciones Unidas, etcétera.

En otro plano, tanto la salud reproductiva, como los derechos reproductivos y sexuales, contienen una agenda política que sostiene una pelea cognitiva persistente frente a la naturaleza disciplinaria de la perspectiva médica, la lógica instrumental de las mediciones y metas demográficas, y la dogmatización de la teoría jurídica. En este sentido, hay una acción pendular entre una política clásica y una política posmoderna (de las áreas disciplinarias de la sociedad), cuyas implicaciones van desde el manejo de áreas de disputa diferenciadas hasta implicaciones teóricas y metodológicas. Los instrumentos que deben manejarse en cada una de ellas son específicos; por ejemplo, en la determinación de la incidencia que se desee hacer sobre el Estado se requiere la elección de ciertas teorías y metodologías, donde no se puede obviar la importancia de las ciencias políticas; en cambio, cuando se opera en salud reproductiva y sexual, los instrumentos son otros.

2. Entrando en el segundo bloque del trabajo, la maestra Correa aborda las implicaciones en el tema de las relaciones entre género y sexualidad. ¿Por qué es necesario articular género, sexualidad, salud reproductiva, derechos reproductivos y derechos sexuales? Una respuesta simple sería: porque es imprescindible, dado que la reproducción está mediada por la sexualidad e involucra la relación entre hombres y mujeres. Si bien ésta es una descripción correcta, es insuficiente, ya que, tal como se encuentra formulada, los sujetos, los cuerpos, las experiencias, los procesos, las representaciones y las relaciones, aparecen como resultados subsumidos en un círculo tautológico, y la solución requiere de una respuesta más compleja. Para evitar quedar atrapado en la descripción, se hace necesario volver a la idea de que la reflexión y la investigación están motivadas por

una perspectiva de emancipación. Si esto es así, se requiere saber qué ideas, qué marcos teóricos, qué referencias se deben utilizar en un esfuerzo de emancipación y de “empoderamiento”.

Por un lado, se sabe que los sistemas normativos —religiosos, biomédicos— hablan de género y sexualidad, a lo que se agrega la convergencia que tienen la religión y la medicina (pese a que se suponga a la ciencia como secularizante) en la naturalización de las relaciones de género, de la sexualidad y de la reproducción.⁸¹ Por otro lado, en la historia de estos estudios se ubican las teorías del psicoanálisis y del marxismo, que en los últimos diez años fueron insuficientes para elaborar categorías comprensivas de los fenómenos relacionados con el tema. La convergencia conceptual más consistente, en *género y sexualidad*, fue posible en los años setenta como parte de una afinidad electiva con las teorías posestructuralistas. Esta corriente ayudó en la comprensión de los problemas de la salud sexual y reproductiva; las otras tradiciones teóricas presentaban un vacío para explicar las desigualdades entre hombres y mujeres y los meandros de la sexualidad.

Antes de los instrumentos del posestructuralismo (abordados principalmente por Foucault), se seguía con la idea de que la sexualidad se puede ver y medir precisamente; tampoco se había deslindado adecuadamente lo masculino y lo femenino de sus cápsulas anatómicas. Estas teorías han ayudado a deshacer subjetividades colosales como son el Estado, las clases, los pobres, esos grandes sujetos donde estaban incorporadas las mujeres y otras diferencias. Lo más creativo hecho en género y sexualidad vino del posestructuralismo; el concepto *género* se engendró en esta bisagra teórica, pero se deben considerar las interrogantes

⁸¹ Carol Vance (1996), *op. cit.*

que se dirigen actualmente hacia el posestructuralismo, ya que es un instrumento importante en el quehacer del campo. A Foucault se le han atribuido dos ideas contradictorias: por un lado, una alerta contra la adopción de soluciones simples para problemas difíciles; por otro, que su teoría contiene una premisa fuerte en cuanto a la futilidad de la acción humana en relación con el cambio social.⁸²

Si existe una búsqueda del cambio social se debe interrogar el sustrato filosófico de los instrumentos utilizados en las investigaciones, sobre todo porque se trabaja en contextos de profundización de crisis social y económica y en contextos de exclusión. En estos casos, el uso acrítico de los instrumentos posestructuralistas corre el riesgo de caer en la trampa de juegos de lenguajes, significaciones y ambigüedades; ello es muy problemático en estos contextos, donde las diferencias de poder y la inequidad no se pueden resolver en los discursos. En el caso exclusivo del ámbito académico, la interacción con el mundo real interpela constantemente a la desigualdad entre hombres y mujeres, la coerción sexual, el SIDA, la mortalidad y el aborto. Una forma de no quedarse en la trampa de estos juegos es recuperar el diálogo con un marxismo renovado, sobre todo en lo que se refiere a la división sexual del trabajo y a la relación entre producción y reproducción, en donde se ha avanzado muy poco. En este sentido algunos autores, en un intento por reconceptuar la sexualidad, plantean que la tendencia internacional del movimiento de mujeres ha sido enfatizar los horrores de la sexualidad, como la mutilación genital y el tráfico de niñas, producto de lo cual se ha capitalizado la idea de las mujeres como víctimas. La fuerza de estos dis-

curso ha hecho que no sea accidental que en Beijing el espectro de los cuerpos sexualizados abonando el placer, haya permanecido oculto atrás de los debates y que las palabras cuerpo y derechos sexuales hayan estado ausentes, lo cual es muy sugerente para un debate.⁸³

En opinión de la maestra Correa, la aprobación del texto de Beijing es sorprendente, pero las dinámicas de negociación de las Naciones Unidas son insuficientes para explicar por qué están ausentes en los textos, literalmente, los derechos sexuales y el cuerpo. Su ausencia obedece, además, a que en el discurso político y teórico feminista se ha trabajado con una perspectiva de fusión entre sistema de género y sistema de sexualidad que no permite sacar la sexualidad de un entrapamiento de las razones de poder. En realidad, es falso que "la fusión cultural entre sexualidad y género... [haya hecho] emerger la noción de que una teoría de la sexualidad podría derivar de la teoría de género";⁸⁴ es más, la integración de ambos sistemas se torna más problemática en esta era post Beijing y post Cairo, ya que el género y la sexualidad constituyen la base de dos ámbitos distintos de las prácticas sociales.

La distinción de estos sistemas se fundamenta en la idea de que el quehacer académico tiene una perspectiva emancipadora, con lo cual no se pretende un retorno a las premisas esenciales del liberacionismo sexual de los años sesenta (es decir, la libertad sexual como la revolución y la salvación de la humanidad), pero es necesario reconocer que la academia se ha visto atrapada en espirales de luchas políticas y

⁸² Joanne Scott (1993), *O Género como Categoria Útil para a Análise Histórica*, SOS Corpo-Gênero-Cidadania, Recife, Brasil.

⁸³ R. Petchesky (1996), "Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping an International Practice", ponencia presentada en el seminario Re-Conceiving Sexualities-International Seminar on Gender, Sexuality and Health, Río de Janeiro, Brasil.

⁸⁴ G. Rubin (1975), "The traffic in Women: Notes on the Political Economy of Sex", en R. Reiter (comp.), *Toward an Anthropology of Women*, Monthly Review Press, Nueva York.

cognitivas, alejándose del imaginario en cuanto a la posibilidad de una sexualidad placentera, que estaba en el origen de la movilización feminista. La distinción entre género y sexualidad puede contribuir a identificar, aceptar, explicar y agenciar el erotismo y el placer de las mujeres. Asimismo, ayudaría para romper con el monolitismo de percepciones de los discursos sobre la sexualidad.

La maestra Correa terminó su ponencia declarando que es necesario hablar en plural; en la línea iniciada por Parker⁸⁵ y Gagnon, ya no basta hablar de sexualidad sino de sexualidades; no sólo cabe pensar en relación con términos de la hetero u homosexualidad, sino en sexualidades distintas según contextos sociales y según la etapa de la vida. Sin duda es distinta la sexualidad infantil de la adolescente, la sexualidad en la edad reproductiva y la sexualidad en las personas de la tercera edad. En síntesis, la pluralidad es fundamental para desentrañar los sistemas de género y de sexualidad. Ello se debe complementar con una estrategia discursiva, en el plano político, que promueva la aplicación de la noción de *justicia erótica*, tanto en el dominio de la corporalidad personal como en el de la esfera pública. Al igual que cuando se comenzó a hablar de derechos reproductivos, se requiere un ambiente favorable para que pueda ser ejercida una sexualidad placentera; es decir, ésta necesita de un ambiente cultural, político y social adecuado.

La sesión fue cerrada con la intervención del doctor Nelson Minello (Colmex), para quien la separación del sistema sexo-género es un punto a discutir, por lo que, previamente, se debe profundizar en la conceptualización propuesta i) sobre sistema sexo-género; ii) sobre género, y iii) sobre sexualidad. A la luz de esa discusión

cabe pensar si lo que sucede es que el género oculta algo porque está junto a la sexualidad o porque todavía no se ha llegado a la profundidad teórico-política de lo que constituye el sistema sexo-género.

En segundo lugar, la propuesta de hablar de sexualidades es muy saludable, debido a que la pluralidad aclara muchos de los falsos problemas teóricos que se han venido planteando en la academia, y ofrece posibilidades de respuesta a diversas preguntas, no sólo teóricas. En este sentido se puede ampliar la propuesta y hablar de una diversidad de géneros, y no sólo de un género masculino, un género femenino y uno homosexual. Habría que discutir que hay más cuestiones de géneros en las comunidades que los mencionados. Del mismo modo, masculinidades y feminidades también debieran estar en plural, ya que evidentemente son muchas las diversidades que se encuentran en la realidad.

Además, la posición de género de una persona puede cambiar con el tiempo; es decir, el sexo biológico masculino o femenino puede cambiar de género a lo largo de la vida. Esto significa que tener una actitud social de género distinta no tiene que ver ni con la cuestión biológica ni con la preferencia sexual; el hecho de que una persona tenga una preferencia homosexual no lo filia necesariamente a un género, sino que habría que ver cómo está actuando. Si el género es una construcción social y estas masculinidades, feminidades y sexualidades son construcciones sociales, la posibilidad está en que se tenga más de una. Entonces, cuando se investigue habrá que ver en qué lugar, en qué momento de la vida del sujeto y en qué momento de la sociedad se está haciendo la investigación, ya que las tres cosas se interrelacionan y pueden variar mucho si se usa el simple singular que se tenía antes.

Por otra parte, es interesante la propuesta de volver al marxismo, ya que por la caída del

⁸⁵ R. Parker (1990), *Bodies, Pleasures and Passions: Sexual Culture in Contemporary Brazil*, Beacon Press, Boston.

muro y otros acontecimientos, se ha olvidado que hay un marxismo en el que se puede encontrar una serie de reflexiones, sugerencias y posibilidades. Evidentemente, este cuerpo teórico no fue sensible a los problemas de género y sexualidad, pero en tanto éstos sean construcciones sociales, las herramientas del marxismo permiten, a partir del feminismo, hacer una relectura crítica para poder innovar mucho más y explicar una totalidad que se está construyendo pero que al mismo tiempo se ha dejado de lado.

El doctor Minello manifestó su coincidencia con la necesidad de cargar teóricamente de sentido los términos de salud reproductiva, género y sexualidad, manteniendo al mismo tiempo su inestabilidad y apertura conceptual, pero con rigurosidad científica. Este juego entre la cristalización y la generación de dudas es uno de los principales méritos del trabajo. Coincide también con la premisa de la indivisibilidad de los derechos humanos y la noción de un ambiente favorable para su ejercicio (condiciones sociales y políticas). Esto lleva a la noción de la totalidad marxista que se debe tener presente, debido a que aún prevalece una idea algo funcionalista al recortar demasiado el campo de estudio; es decir, profundizar en el individuo, olvidando que está inserto en una realidad social, en la que si no se tienen en cuenta los aspectos sociales, económicos y políticos, sólo se asimila una parte de la explicación o del conocimiento. A estos puntos habría que agregar los ámbitos simbólico y cultural.

Es importante que la autora alerte sobre el hecho de que las investigaciones en salud reproductiva en América Latina aún no involucran con la intensidad necesaria a las instituciones productoras del conocimiento en el campo del derecho, ya que habitualmente se ha olvidado el derecho, renunciando a saber qué significa la cristalización en los códigos y leyes en este punto. Esta importancia radica en que

elaborar teóricamente y actuar en salud reproductiva y sexual, así como en derechos reproductivos y sexuales, significa sostener una pelea cognitiva persistente frente a la naturaleza disciplinaria de la perspectiva biomédica, la lógica instrumental de las medidas y metas demográficas y la dogmatización de la teoría jurídica y legal

como lo menciona la autora en su trabajo.

Cabe destacar que no se debería establecer un marco teórico único para los estudios de sexualidad y género, pues los diálogos transdisciplinarios y transteóricos son fértiles y necesarios. Aunque en esta dirección hay que cuidarse de no caer en un simple eclecticismo pragmático, es decir, en un pragmatismo en función de fines inmediatos, sino realmente trabajar con una integración y discusión interna. En este sentido, en el análisis del campo de la sexualidad y el de la relación de poder —que hace falta desarrollar en el trabajo— se requiere un uso crítico de los instrumentos del posestructuralismo.

Por otro lado, el doctor Minello discrepa con la poca importancia que se da a la necesidad de definir con precisión el estatus epistemológico y disciplinario de cada uno de los términos, en favor de una claridad en el proyecto que éstos contienen, si bien ello no implica abandonar el esfuerzo conceptual. Asimismo, disiente con el hecho de suponer una relación de necesidad entre la esfera política y la investigación; bien se podría hacer una investigación de tipo teórico sin incluir necesariamente un planteamiento político, como también se puede hacer un planteamiento político sin necesariamente fundamentarlo en la investigación; una tarea es tan importante como la otra. La búsqueda del estatus epistemológico y teórico es absolutamente necesaria para llevar a buen puerto la segunda, de tipo más político. En otras palabras, la investigación científica, tanto en ciencias sociales como no sociales, se hace con arreglos a va-

lores, con una opción libre de cada investigador frente a esos valores, pero no puede hacerse sin ellos. Sin embargo, el ámbito de la investigación y el de la política son distintos: la primera exige una rigurosidad teórica, metodológica y técnica distinta de la segunda.

DISCUSIÓN GENERAL DE LA CUARTA SESIÓN

El debate colectivo giró en torno a las nociones de justicia erótica y de derechos sexuales y sobre los cuestionamientos que ameritan las generalizaciones de los análisis, lo que permitió profundizar en cada uno de estos temas.

En primer lugar, ante las inquietudes generadas por el significado y aplicabilidad de la noción de justicia erótica en sus dimensiones individual y sociocultural, la maestra Correa mencionó que ésta debe asumirse como una idea reguladora de la igualdad y, por ende, no es factible su aplicabilidad en lo inmediato porque se refiere a escenarios que aún no existen, que se deben construir. De este modo, su implantación en la esfera sociocultural requiere un ambiente ético-moral favorable; al igual que los derechos reproductivos, su ejercicio depende de que existan condiciones económicas, sociales, políticas y culturales que lo permitan. Distinta y más compleja es la situación en el ámbito individual o interpersonal, ya que su diferencia respecto a la sexualidad y el erotismo es fundamental; por lo tanto, no procede el establecimiento de homologaciones.

También se requirieron precisiones sobre la idea de emancipación que subyace al debate entre las categorías de salud reproductiva (de trayectoria más institucional) y de derechos reproductivos (de trayectoria más política y de origen feminista), ya que tal idea contiene vacíos respecto de qué o de quién se busca tal liberación. Aquí la maestra Correa aclaró que el

trabajo contiene la idea clásica de emancipación que se refiere a la dolorosa, larga y compleja emancipación de todos los poderes, representaciones y desigualdades. En este escenario, el derecho funge como protección y resistencia, como lugar de autodeterminación, de capacidad de decisión y de responsabilidad.

Asimismo, se sostuvo la idea de que el concepto de los derechos sexuales abre la posibilidad de un nuevo campo de estudio; de un espacio discursivo con altas potencialidades de traducirse en prácticas. Como la relación interpersonal es un encuentro que conlleva cierto grado de conflicto, surge la necesidad de una negociación, que resulta en la posibilidad de que cada sujeto del encuentro nombre sus derechos. Esta posibilidad discursiva puede desatar una escalada, que va desde nombrar los derechos hasta exigirlos y ejercerlos.

Por último, otras intervenciones cuestionaron los análisis que proponen generalizaciones en los fenómenos abordados. Especialmente se critica el tratamiento de la violencia como un fenómeno universal; si bien se entiende que esta postura sea pertinente ante políticas de corte internacional, no se pueden inferir, a partir de este planteamiento general, las condiciones específicas de la violencia en cada cultura; en otros términos, para que las intervenciones en esta materia sean apropiadas a cada realidad local deben construirse dentro del contexto del propio microambiente local. Además, se considera que la interpretación de la conducta del varón como expresión de ansiedad, que corresponde a cierto sesgo euroamericano, es muy discutible. En este sentido, debido a que las masculinidades son una construcción social, no se pueden comparar —a fin de buscar una base estructural que uniforme las masculinidades— culturas que son evidentemente distintas. Como respuesta a estos cuestionamientos, se reconoce la necesidad colectiva de diseñar las inter-

venciones a partir de análisis y enfoques que den cuenta de la especificidad de cada lugar y cultura. En realidad, la intervención se orienta a un público diferente, más pragmático y proveedor de servicios. En cuanto a la masculinidad, pese a reconocer la existencia de una diversidad masculina, se objetan los alegatos en contra de estudios homologadores del discurso masculino en torno a la violencia hacia la mujer, ya que la bibliografía sobre distintas realidades muestra un alto grado de uniformidad en los pretextos y las palabras usadas por los hombres en situaciones muy diferentes.

TEMA 3. EL ESTADO, LA SOCIEDAD CIVIL Y OTROS ACTORES RELEVANTES

En la tercera parte del seminario, que contó con la participación del doctor Claudio Stern (Colmex) en la moderación de la sesión, se presentaron reflexiones para contribuir al conocimiento sobre la forma en que inciden algunos actores sociales, como el Estado, el cuerpo médico y los medios de comunicación, en la salud reproductiva y la sexualidad.⁸⁶

QUINTA SESIÓN

La sesión se inició con la intervención del doctor Juan José Llovet (Cedes), cuya reflexión se orientó a resaltar el insuficiente conocimiento que existe sobre el papel de las distintas esferas del Estado, del cuerpo médico y de los medios de comunicación en relación con la salud reproductiva y la sexualidad. Opinó que en la medida en que no se aborde este asunto con rigor, sistematicidad y continuidad no se ten-

drá una comprensión integral del tema, lo que además, podría dar la clave para romper el estancamiento de la investigación que ha sido reclamado en este seminario.

1. Hay estudios que definen al Estado como algo compacto, monolítico y homogéneo, y esto no corresponde a la realidad, ya que se trata de un dispositivo enormemente heterogéneo, multifacético, plagado de fracturas, intersticios y tensiones internas. El análisis del Estado se torna más complejo debido a que frente a los aspectos que abordan la salud reproductiva y la sexualidad —el aborto, el SIDA, la planificación familiar, entre otros— puede adoptar posiciones y disposiciones puntuales que no necesariamente están en la misma sintonía. En otras palabras, un mismo Estado puede ser muy progresista y avanzado en materia de SIDA y atrasado y cavernícola en materia de aborto, o viceversa.

Para abordar un análisis que dé cuenta de la diversidad de problemas del campo de la salud reproductiva y las aristas del Estado, se propone una matriz que ubique en los reglones los problemas o dimensiones de la salud reproductiva y sexual (ETS, SIDA, embarazo no deseado, anticoncepción, parto, puerperio, etcétera), y en las columnas, las políticas del Estado, las cuales pueden o no estar a cargo de distintos segmentos del mismo. Con la matriz se puede saber lo que el Estado hace respecto a la salud reproductiva y sexual contrastando la política de salud y otras políticas sectoriales (en educación, población y criminalidad)⁸⁷ con los diversos problemas de salud reproductiva y sexual.

⁸⁶ A diferencia de las sesiones precedentes, esta parte no se basó en ponencias escritas sino en reflexiones elaboradas con pocos días de antelación al inicio del seminario, razón por la cual tampoco se contó con comentarios formales a las presentaciones.

⁸⁷ Valiéndose de la política educativa se puede determinar si existe o no educación sexual, el contenido de ésta, las cargas y sesgos sexistas de los currículos ordinarios de educación general básica y, dentro de la política universitaria, el perfil de la educación médica y el tipo de médico que produce la universidad. La política criminal se refiere a la prevención y represión del delito, bajo la cual pueden estar operándose cambios que incrementen o suavicen la persecución del aborto, el tráfico y consumo de drogas, la prostitución, etcétera.

La hipótesis del doctor Llovet es que al llenar la matriz se encontrarán algunos mínimos denominadores y, simultáneamente, existirán matices y contradicciones entre las celdas. Estos últimos constituyen los espacios y márgenes de maniobra de la sociedad civil para plantear e impulsar sus reivindicaciones, de ahí que su identificación deba ser el objeto de la investigación.

Hay que tener presente que el Estado está compuesto, además de los planos ejecutivos y administrativos, por el parlamento, que ha sido escasamente estudiado y representa amplias posibilidades analíticas, desde las dinámicas de las coyunturas en que se debaten proyectos de ley sobre algunos de los problemas de nuestro campo de estudio, y el grado de permeabilidad del parlamento a las presiones de otros actores sociales (Iglesia, movimiento de mujeres, comunidades profesionales, etcétera), hasta las actitudes que tienen los parlamentarios o parlamentarias frente a la salud reproductiva y sexual y sus diversas facetas. Asimismo, es parte del Estado la administración de justicia (jueces y tribunales), sobre lo que persiste un déficit de estudios de las casuísticas que operan en los distintos tipos de procesos en torno al aborto, su penalización y autorización. Estos estudios permitirían, mediante el conocimiento de la evolución de la jurisprudencia, establecer la existencia o no de cambios en la administración de la ley por parte de la administración de justicia, independientemente de que los marcos normativos se hayan modificado.

2. Por otro lado, la importancia que tiene el análisis del cuerpo médico se fundamenta en que, según el doctor John Gagnon, las grandes representaciones y posiciones sociales son meras simplificaciones de la complejidad inherente a los individuos, y que dichas categorías no dan cuenta de la variación que se puede encontrar en el ámbito individual. Por lo tanto, mientras la academia siga manejando imágenes

inerciales y anacrónicas respecto a la biomedicina, habrá una sobresimplificación de lo que es la profesión médica. La imagen hipercrítica tuvo, en los años sesenta y setenta, una utilidad heurística y política, erosionando la palabra y el poder médico; pero en la actualidad es poco beneficioso partir de la premisa de que la biomedicina es un ente compacto y una suerte de conspiración en contra de la salud y los derechos de las mujeres. En efecto, la satanización de la medicina es algo poco serio porque no da cuenta de las formidables transformaciones que, en las últimas dos o tres décadas, han operado en torno y dentro del campo médico. Entre otros cambios, se pueden mencionar: *i)* la mutación habida en la relación médico-paciente; *ii)* la parcial declinación de la autonomía médica como consecuencia, entre otras cosas, de la tecnoburocratización de la gestión y asistencia en los servicios de salud; *iii)* la profunda segmentación interna de la profesión médica en términos de prestigio, estatus e ingresos; *iv)* la creciente valoración de la autonomía del paciente y de la asunción de responsabilidades de los sujetos respecto del mantenimiento y recuperación de su salud; *v)* la emergencia de mecanismos de regulación del Estado sobre la profesión, y *vi)* la feminización de la profesión médica, sobre la que cabe plantear si está provocando alguna alteración en los patrones, valores, criterios masculinos o si las mujeres que se han incorporado a ella se adaptan a dichos patrones masculinos a fin de tener posibilidades de competencia con sus pares varones. Es indiscutible que en conjunto estas transformaciones derriban la idea de un modelo médico hegemónico.

3. El último actor destacado fue el de los medios de comunicación, sobre el que, pese a su centralidad, aún no existen estudios que hayan abordado los mensajes, los discursos y las imágenes que proyectan en relación con las di-

versas facetas de la salud reproductiva y sexual. De acuerdo con el doctor Llovet, el análisis de este actor debiera hacerse en tres planos: *i*) la línea editorial que a veces asume posiciones explícitas frente a los fenómenos de la salud reproductiva y sexual; *ii*) el discurso de grado cero de los medios, es decir, cuando el medio es asimismo un sujeto de enunciación plano, presentándose como un emisor objetivo de noticias o de información, y *iii*) los medios, en tanto vidriera o escaparate o caja de resonancia de las voces de todos aquellos que toman la palabra respecto a la salud reproductiva y sexual.

A continuación intervino la doctora Viviane Brachet (Colmex) quien, con el objeto de dar a conocer algunas de las dificultades para establecer efectivamente los principios y las prácticas sociales de la salud reproductiva, presentó un panorama de las transformaciones del Estado, inserto en el desarrollo histórico de las políticas sociales en México.

La idea generalizada de que el desarrollo y las prácticas de las políticas sociales responden al principio de ciudadanía (como en el caso inglés y el chileno) o al del Estado (o de reforma desde arriba, como en la mayoría de los países de América Latina) es demasiado estática y no da cuenta de la dinámica de las políticas sociales, que son producto de la evolución del Estado dentro de circunstancias históricas específicas.

En la trayectoria histórica de la política mexicana, donde la consolidación corporativista siguió a la consolidación revolucionaria, la aprobación de una ley no implica el establecimiento simultáneo de prácticas asociadas; la ley sólo establece el derecho del Estado a intervenir dentro de un ámbito. De acuerdo con lo demostrado en un libro recientemente publicado,⁸⁸

las leyes sociales mexicanas se han transformado en prácticas por presiones de la propia sociedad (desde abajo); por lo tanto, dichas leyes surgen como concesiones del Estado en periodos de desestabilización. En otros términos, hasta fechas recientes los únicos actores políticos eran corporativistas —en su mayoría hombres— y el desarrollo de las políticas sociales obedecía más al cumplimiento de la agenda social establecida en la Constitución Política para responder a las demandas de los obreros industriales y campesinos, que a satisfacer las necesidades de las familias.

Debido a que en 1971 cambió el ambiente político internacional y en México se produjo una crisis fiscal, económica y política, adquiriendo centralidad pública la estrategia de desacelerar el crecimiento poblacional, tres años más tarde se comenzó a legislar en planificación familiar. Esto rompe con la lógica corporativista, ya que se legisla en una materia donde todavía no se ha desarrollado un actor social;⁸⁹ la planificación familiar, además, se empieza a asentar antes de aprobar la ley. Luego, como producto del desarrollo de una serie de hilos, tanto en las esferas institucionales (desde arriba) como sociales (desde abajo) que convergen entre sí, la familia y la mujer se transforman en un ámbito político y social de mayor peso. En el terreno institucional, desde 1979 se impulsa la unificación del fragmentado sector salud, proceso que concluye en 1983; a ello se agrega un año después la inclusión en la Constitución del derecho a la salud, que abre una nueva esfera institucional y legal donde la Secretaría de Salud es un actor principal. En el plano social, se debilitan las fuerzas políticas que habían sostenido al Estado corporativo: los trabajadores regresan a los barrios y se incorporan a los

⁸⁸ Viviane Brachet-Márquez (1996), *El pacto de dominación. Estado, clase y reforma social en México (1910-1995)*, El Colegio de México, México.

⁸⁹ En ese momento ni la mujer ni la familia se habían constituido en actores sociales.

movimientos sociales basados en la familia, cuyas demandas son principalmente familiares y de los barrios. Este proceso fue facilitado por la nueva importancia que la mujer adquiere internacionalmente, provocando que México sea la sede de la primera reunión internacional sobre la mujer y que se excluyan de la Constitución algunas disposiciones que permitían injusticias contra ella.

En los años siguientes, aunque los movimientos sociales contestatarios surgidos bajo el alero de las crisis de los años 1982 y 1988 se apaciguan (con gran ayuda del Programa Nacional de Solidaridad o Pronasol), no disminuye la importancia de la ciudadanía, en términos de que la mujer trata de emanciparse de la familia, debido a la proliferación y efectividad del trabajo de las ONG. De este modo, en el último periodo hay una suerte de convergencia entre la transformación en la estructura del Estado y sus prioridades políticas, y las transformaciones en la sociedad, que desplazan el peso político de los organismos corporativos a los organismos ciudadanos. Al mismo tiempo, las reuniones internacionales apoyan y estimulan esos tipos de desarrollo: a la reunión de México sigue Nairobi y después Beijing, y se logra una dinámica externa que sostiene al desarrollo interno. En este contexto, se crean escenarios propicios para que la salud reproductiva adquiera una importancia y una urgencia que no había tenido anteriormente.

Hacia el final de su alocución, la doctora Brachet advierte que las políticas sociales se ven limitadas —además de las restricciones fiscales que acompañan a todas las medidas sociales y que son parte de toda noción del rol redistributivo de un *Estado de bienestar*—, por la tendencia del Estado a restringir las medidas sociales y los presupuestos, mientras que en el ámbito de la sociedad los impulsos van en sentido contrario. Esta oposición de lógicas implica que la tran-

sición política mexicana está íntimamente ligada a las demandas sociales, que ya no son organizadas desde los grupos del Estado; son demandas desagregadas, pero también más generalizadas, pues se recogen de la vida cotidiana, de la vida de los barrios y de la vida de las familias. En consecuencia, puede no existir un terreno fértil para hacer efectivos los derechos, pero sí hay materia prima para ejercer la ciudadanía.

DEBATE GENERAL DE LA QUINTA SESIÓN

Las reflexiones desarrolladas en el debate general sobre los temas abordados en la sesión ahondaron en las implicaciones de la normatividad en la lucha por el “empoderamiento” institucional del campo de la salud reproductiva y sexual y del papel que en ello juegan los académicos; asimismo se subrayó la necesidad de buscar las especificidades del área médica a partir de sus transformaciones recientes.

Para buena parte de la audiencia, los derechos, en el marco de la salud reproductiva y sexual, tienen especificidades propias que se expresan en el gran obstáculo que representa la tradición latinoamericana positivista, consignada en un cuerpo jurídico, para avanzar en la lucha cognitiva del campo. Sin embargo, otra parte sostuvo que los problemas no residen en la normatividad misma,⁹⁰ sino en otros planos. En primer lugar, las dificultades surgen en la diferenciación entre una ley y su reglamentación. A ello se agrega la utilización que el Estado hace de los instrumentos de política para aplicar la ley. Estos instrumentos, los organis-

⁹⁰ El Sistema de Derecho Romano, con su tradición positivista y escrita, es compartido por países que han generado leyes en el campo de la salud, las cuales promueven un mayor bienestar en la población.

mos con presupuestos y los espacios que aplican la reglamentación son, un paso intermedio entre la legislación y las presiones políticas, pues el ejecutivo los administra respondiendo a la presión social, las restricciones presupuestarias y otros factores de política contingente. Las dificultades también radican en los principios de litigación que operan en México. A diferencia de otros países con similar marco jurídico, el peso de la responsabilidad para hacer ejercer la ley recae en la propia población; es decir, el Estado no tiene la función de perseguir por cuenta propia a los infractores; más bien los individuos victimados deben acudir al tribunal y gestionar el acto de litigación.

Este punto lleva a tratar sobre el papel que pueden asumir la academia y las organizaciones civiles para incrementar el bienestar colectivo y construir ciudadanía. Si bien los principios de litigación en boga representan la mayor debilidad del sistema jurídico, ofrecen la posibilidad de ejercer el principio de ciudadanía, de hacer presión. En otros términos, dado que los votos no se regalan y que las mujeres representan más de la mitad de la población mexicana, las organizaciones de mujeres pueden elaborar una agenda que reclame el cumplimiento institucional de los compromisos asumidos a cambio del voto otorgado. Obviamente, en todo este proceso la academia puede cumplir una función importante.

Otra temática que concitó la participación del público fue la necesidad de involucrarse en las especificidades del campo médico a partir de las transformaciones que ha experimentado en los últimos años y que estarían desperfilando la otrora homogeneización de su discurso. En esta dirección, a los cambios señalados por el doctor Llovet se agregan la pérdida del estatus social de las profesiones liberales —entre otras, los médicos— y la creciente restructuración de los servicios de salud —mayor estratificación,

especialización y jerarquización del área de salud—, que se ha traducido en la tecnificación de la actividad y, por ende, en la incorporación de técnicos de disciplinas no médicas.

Respecto a la especificidad del espacio médico, se plantearon dos posiciones. Por una parte, se afirmó que, como producto de la importancia que actualmente han adquirido otras disciplinas como la enfermería, la psicología y el trabajo social, se debiera superar la satanización del campo de salud y reproducción como homogéneo y, al igual que las ciencias sociales, asumir un enfoque de las ciencias de la salud. Ello posibilitaría establecer distinciones dentro del espacio médico, diferenciando el discurso oficial de quienes toman decisiones, otro discurso de los mandos medios y un tercero en el ámbito de la operación. Además, en una perspectiva histórica y comparativa, la supuesta homogeneización del espacio médico presenta, en la región, diferencias entre las distintas realidades nacionales, ya que el poder político de las corporaciones médicas varía según el país; en unos hegemoniza el diseño de las políticas de salud, pero en otros no. Aun en los establecimientos de salud, el médico ha perdido el control de la administración de los recursos cediéndolo los economistas y administradores. En cambio, otros sostuvieron que las políticas de salud han sido medicalizadas (diseñadas con fuerte ascendencia de médicos) debido a que en el debate de las políticas el actor relevante es el médico; las otras disciplinas son consideradas paramédicas y útiles para aplicar la política diseñada, pero no son componentes de su diseño. Esta predominancia del médico en el sector salud se refleja también en que en las clínicas de primer nivel en la seguridad social los médicos han sido una fuerza importante de resistencia al cambio.

Para concluir las actividades del seminario se llevó a efecto una sesión final que fue moderada por la profesora Susana Lerner (Colmex), donde intervinieron dos especialistas que hicieron una reflexión sobre toda la discusión que se desarrolló en las sesiones precedentes.

En primer lugar hizo uso de la palabra la doctora Jane Rubin-Kurtzman (Pacific Institute for Women's Health, Los Angeles), quien planteó que el Seminario representa el microcosmos del trabajo de quienes expusieron los elementos teóricos y conceptuales, en el sentido de que se habló de procesos y elementos sociales de la salud reproductiva que se fueron discutiendo a lo largo de él. Por ejemplo, se habló de la definición de parámetros conceptuales, de la relación entre los procesos de la salud reproductiva y de los contextos sociales, de los actores sociales y sus divergencias, y también se habló del proceso de institucionalización de la salud reproductiva.

El debate se puede agrupar en cinco esferas. La primera es la cognitiva, donde se legitimaron definiciones, conceptos, espacios, campos y procesos. La segunda es la institucionalización del espacio de la salud reproductiva por medio de procesos legislativos y jurídicos, de políticas públicas y de la instrumentación de programas de salud. La tercera esfera se refiere a las relaciones, tensiones, conflictos y resoluciones entre actores, principalmente entre académicos de diferentes disciplinas, de grupos o representantes de diferentes movimientos sociales, los responsables de la toma de decisiones, la institución médica y los individuos, desagregados más como mujeres y hombres que como familia; es decir, se ha puesto interés en la experiencia vivencial de los individuos y en su conocimiento de los procesos que los afectan. También se abordó la manera en que estos

actores tratan de representar y de crear coaliciones entre sus diferentes intereses. La cuarta esfera de discusión ha sido la problemática metodológica, los limitantes de la información sobre problemas específicos. La última esfera alude a la discusión de temas concretos, como el aborto en América Latina, el embarazo en las adolescentes, las prácticas sexuales, el SIDA y, los adolescentes, la mortalidad y morbilidad de la mujer, la salud de la mujer, la violencia intradoméstica contra la mujer y varias facetas de la sexualidad.

La lucha por lograr definiciones precisas y crear campos y procesos en torno a la salud reproductiva ha concitado un esfuerzo excesivo, ya que la creación del conocimiento es un proceso dinámico que no logra arribar a un momento de la verdad absoluta. En este proceso, se ha tratado de definir tanto el concepto de la salud reproductiva, como los de la salud y el bienestar, las relaciones de género y sexualidad, el aborto y el embarazo interrumpido voluntariamente, los adolescentes y la gente joven, y los espacios de construcción social e individual. Asimismo, se ha tratado de delimitar los ámbitos sociales y culturales, distinguir los antecedentes históricos que han llevado a la conceptualización de la prostitución en determinado momento, y a su redefinición como sexo comercial, en otro.

En la discusión sobre la institucionalización del espacio de la salud reproductiva se ha hecho énfasis en los antecedentes históricos y en la complejidad de los aspectos contextuales; en las epistemologías variadas, en términos de servicios, de los sistemas legales, de la militancia de distintos grupos y de la importancia de la libertad; se ha resaltado la necesidad de hablar con distintos públicos, que determinan en gran medida las ideas planteadas por la academia, la información impartida, los recursos disponibles para la investigación y la capacidad de ser eficaz en los objetivos que se persiguen.

Finalmente, la doctora Rubin-Kurtzman sugirió ocho líneas de investigación futura, mediante las cuales intentó incorporar a aquellas áreas con mayores lagunas en el desarrollo de la discusión realizada en el Seminario, y que son:

1. Ante la ausencia de casos específicos, propone una perspectiva de elecciones compartidas, es decir, que los casos específicos no sean exclusivos de un grupo o país, ya que se puede aprender mucho mediante la difusión entre los académicos de sus particulares investigaciones y perspectivas. Obviamente, el intercambio de experiencias ofrece grandes posibilidades de aprendizaje para el conjunto de la comunidad del espacio de la salud reproductiva.

2. Como los contextos macroestructurales en nuestros países obedecen a lógicas múltiples, sugiere investigaciones futuras sobre crisis económica y salud reproductiva; privatización y salud reproductiva; sobre las distintas dimensiones de la globalización y la salud reproductiva; la integración económica y la salud reproductiva; las identidades de género, de clase, de grupo, de país y la salud reproductiva; y la descentralización y la salud reproductiva.

3. La problemática de la libertad y la acción. Nuestras sociedades tienen diferentes historias de democracia, de represión, de dictaduras y autoritarismos, que adquieren gran importancia debido a la influencia que tienen sobre nuestros conceptos legales y de cumplimiento de la legalidad. Todo lo cual es central en la forma en que la población vive y percibe sus prácticas de salud y sexuales, ya que las posibilidades y expectativas de cumplimiento de las leyes varían entre los países del continente.

4. Cómo las dimensiones sociales, macrosociales y macroeconómicas se relacionan con prácticas específicas de salud. Pese al cuestionamiento que ha recibido el cómo establecer este vínculo, propone como una vía factible el

uso del enfoque de los modos de vida que deriva de la sociología francesa de Daniel Bertaux y Francisco Dar, ya que dan elementos específicos. Los modos de vida vinculan las políticas y las condiciones macroestructurales con prácticas de vida; varían según la política, el tema y el objeto de estudio, y requieren especificaciones de cada contexto; sin embargo, ofrecen ejemplos muy útiles como la práctica conceptiva, la mujer en el empleo, el valor social de la familia, etcétera.

5. La ética como dimensión metodológica. La discusión realizada sobre esta temática reflejó cierta angustia respecto a cómo hacer el trabajo, ya que en la investigación o intervención en el campo se buscan códigos o maneras de hacer más rigurosa la práctica profesional. Ésta es una línea de investigación y reflexión muy importante.

6. La combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. En el seminario se han discutido diversos temas de manera poco precisa y en este sentido cabe retomar la importancia del dato como una herramienta del conocimiento, y la importancia de enfoques interdisciplinarios que utilizan los datos de distintas maneras. Pese al rechazo que hubo hacia la demografía, no se puede olvidar el aporte que puede hacer vía su marco teórico y capacidad de contextualizar. Se debe evitar ir hacia una división de la investigación por causas metodológicas.

7. El embarazo en adolescentes, que debe agregar a la necesidad de distinguir entre los diferentes tipos de adolescentes, los aspectos de estigma: anteriormente, como estigmas asociados al embarazo adolescente, se hablaba de la vergüenza, de la pérdida de virginidad, del pecado, de la promiscuidad; en cambio ahora los estigmas son diferentes; son la falta de oportunidades económicas y sociales y las diferencias en la aplicación de los estigmas, lo cual implica un cambio en el marco del debate.

8. En los derechos sexuales y placeres se deben retomar las diferencias por edad y género. ¿Por quién están determinados los derechos? En el caso de los adolescentes, el derecho sexual está negado porque habitualmente se considera que no están listos, y la pregunta es: ¿listos para qué? Para mucha gente, la respuesta estriba en estar preparados para la formalización de relaciones, pero en realidad el placer sexual no tiene nada que ver con este proceso de formalización, de ahí que los supuestos daños psicológicos de relaciones sexuales prematuras están más vinculados a la idea de los adultos de convertir el encuentro sexual en una relación estable, lo cual es algo absolutamente diferente al propio placer sexual.

Por su parte, la doctora Cathy Greenblat (Rutgers University, Nueva Jersey), aludiendo a la metáfora del espejo, explicó que su reflexión es un reflejo de la discusión desarrollada durante el seminario. En este sentido, sus comentarios tienen el sesgo de su condición de ser un espejo con determinadas características de género, formación y experiencia profesional.⁹¹ Desde esta perspectiva aborda tres aspectos del encuentro: la creciente utilización y valoración del enfoque de las ciencias sociales, en especial del construccionismo social, para el estudio de los temas de la salud reproductiva y la sexualidad; la importancia de insistir en el análisis de preguntas centrales como ¿dónde estamos ahora, dónde estuvimos y hacia dónde vamos?, y

¿cuáles serían algunas limitaciones de la investigación realizada y los rumbos que se podrían seguir en el trabajo futuro?

1. Resalta el hecho de que haya una mayor comprensión de las contribuciones de las ciencias sociales —en particular del construccionismo social— a la sexualidad. Recuerda que tres años atrás, en un taller sobre sexualidad en Río de Janeiro, descubrió que en América Latina existía un gran avance en el uso de estos enfoques. De ahí que en este seminario se hayan discutido diversos temas desde esta perspectiva, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes: *i*) el examen del discurso en distintos ámbitos dentro de los campos de la sexualidad y la salud reproductiva; *ii*) la identificación de diferentes actores y de sus papeles, metas, recursos y limitaciones; *iii*) la importancia de comprender la perspectiva de los actores y no limitarse al deber ser; *iv*) destacar la inmersión social de los actores, es decir, verlos como individuos en contextos y redes sociales que moldean sus decisiones y a su vez inciden en los puntos de vista, actitudes, comportamientos y respuestas de otros individuos de tales redes; superando, de este modo, la apreciación del psicólogo, que ve al sujeto que toma decisiones dentro de su mente, desconectado de su entorno; *v*) la negociación en materia de sexualidad, donde se resaltó que las acciones son producto de negociaciones y no decisiones; y, en el caso de que así sea, son procesos decisionales y no meras elecciones entre una opción y otra; *vi*) se habló de procesos de redefinición y procesos de legitimación de las aplicaciones y de los diseños de las intervenciones, en la búsqueda de nuevas formas de entendimiento que puedan contribuir no sólo a acrecentar los conocimientos científicos en nuestros campos, sino como base para la formulación y reformulación de las políticas públicas; *vii*) aunque no se profundizó demasiado sobre el modo en que nuestras for-

⁹¹ Es decir, sus reflexiones surgen en su condición de mujer de una determinada edad; socióloga con una formación inicial positivista (estudió en la Universidad de Columbia), que posteriormente cambia su forma de abordar los fenómenos de estudio; una persona que originalmente quería ser antropóloga, pero que optó por la sociología para poder formar una familia; investigadora y docente en las temáticas de curso de vida, relaciones familiares, sexualidad, sida y políticas públicas; con escasa experiencia en intervenciones de campo, a excepción del diseño de programas educativos sobre sida y sexualidad; y con una vasta experiencia en ambientes que rechazan el trabajo en el campo de la salud sexual y reproductiva.

mas de entendimiento sobre la salud reproductiva y la sexualidad han incidiendo en otras esferas, se reconoció que ha faltado llevar nuestros esfuerzos y concepciones a otros ámbitos, y *viii*) por último, se abordó a los individuos como intérpretes de las normas y no sólo como receptores pasivos.

En síntesis, la discusión da cuenta del consenso al que hemos arribado, en tanto investigadores, respecto de algunos modos en que se deben realizar las aproximaciones analíticas y problemáticas de la sexualidad y la salud reproductiva, lo cual ha sido muy reconfortante, ya que es normal que al tratar estas cuestiones con académicos de otras áreas surjan interrogantes sobre los impulsos, los instintos y lo supuestamente natural de los comportamientos sexuales.

2. Un segundo orden de ideas se refiere a la importancia que se otorgó a debatir respecto del propio campo; es decir, reflexionar sobre la definición de los problemas, la justicia, la ética y las intervenciones de campo, en tanto que estos aspectos varían constantemente y, en consecuencia, obligan a buscar respuestas pertinentes sin recurrir a nuestro propio repertorio de respuestas. Aquí cabe destacar los esfuerzos destinados a reformular la noción de “el problema”. Nos hemos percatado de que algunos fenómenos de la sexualidad han sido catalogados como problemas porque la gente no los entendía; por lo tanto, estos fenómenos han sido problematizados equivocadamente.

La corrección de estas aproximaciones hizo evidente la necesidad de contar con información más precisa y de enfoques no estereotipados. Esto implicó desechar categorías viejas en la definición de los problemas vinculados a la sexualidad; es decir, en vez de enmarcar los problemas de los adolescentes de manera tradicional —que enfatiza el tormento y el estrés sexual que se traduce en una simplificación de

la definición problemática—, se buscó reformular la noción del problema al inquirir para quién son los problemas y quiénes los originan. Por ejemplo, en el debate se planteó si el embarazo entre adolescentes es problema para el adolescente, para los padres o para la institución que proporciona atención en salud, o si constituyen el problema las jóvenes adolescentes cuando se embarazan, o si bien el problema son los hombres mayores que las embarazan y, por lo tanto, determinar hacia quién se debe dirigir la atención. Del mismo modo, se cuestionó si el aborto es un problema de la mujer, si la mujer es el problema, lo es el médico o lo son ambos, o si el problema es otro.

3. Las limitaciones de los temas y enfoques desarrollados en el seminario, por una parte, habrían obedecido al poco tiempo que se tuvo para el debate; en dos días es imposible tratar la vastedad de temas de importancia que comprende el estudio de la salud reproductiva y la sexualidad. Por otra parte, dichas limitaciones surgen de la etapa de desarrollo de las investigaciones y de la colaboración entre los investigadores de esta área. Los estudios sobre sexualidad y salud reproductiva son de data reciente y no se puede esperar que en corto tiempo se cubra todo de manera amplia, y se logre compartir los conocimientos y aprender los unos de los otros. En este último punto, se mencionó el grado de aislamiento en que trabajan los investigadores latinoamericanos respecto de los estadounidenses y europeos, y entre sí mismos. El hecho de que este seminario sea la segunda oportunidad en que investigadores del consorcio reflexionen conjuntamente sobre su trabajo, es una demostración de que estamos en una primera etapa en el desarrollo de este campo. En tercer lugar, otras limitaciones del encuentro provienen del financiamiento. En la medida en que la actividad académica responda a las exigencias de financiamiento que definen

las prioridades de la investigación, los mayores esfuerzos se dedicarán a las áreas identificadas como “problemáticas”, relegando la posibilidad de profundizar en enfoques distintos para conocer nuevas formas de abordar los fenómenos generales. Otro factor de las limitaciones estriba en la situación sociopolítica en que se realizan las investigaciones que, dado que nuestras preocupaciones apuntan a revisar las relaciones de poder, de las estructuras institucionales y de las personas con poder, no es un área fácil de abordar. En quinto lugar, aunque se considera que los métodos cualitativos dan lugar a enfoques muy fructíferos, no se pueden abandonar los aportes que provienen de las técnicas cuantitativas y de los profesionales formados en esa tradición.

Finalmente, la doctora Greenblat abogó porque en el futuro se dé mayor atención a los médicos y a la profesión médica; a los que detentan el poder y limitan la profundización en los estudios sobre la salud reproductiva al restringir los recursos o impedir las intervenciones; a los problemas inherentes a la transferencia del poder hacia las mujeres en su toma de decisiones; más atención a las parejas sexuales; a la cuestión política, etcétera.

DISCUSIÓN GENERAL DE LA SESIÓN DE CLAUSURA

El debate de la clausura constituyó un esfuerzo por contribuir a las propuestas que se plantearon en las distintas sesiones del seminario y, a la vez, señalar los aspectos débiles de la reflexión desarrollada durante el encuentro.

Por una parte, sorprendió que existiera una ausencia significativa de intervenciones de la comunidad médica. En este sentido, se valoró que hubiera una defensa de los aportes que esta comunidad ha hecho al desarrollo del concepto de salud reproductiva y, con ello, se haya

minado la tendencia que existe en los círculos de las ciencias sociales a satanizar al espacio médico y a los enfoques biomédicos. Sin duda sería un error que la emergencia del enfoque de las ciencias sociales se tradujera en un olvido de la perspectiva biomédica, ya que la fuerza de unir ambos podría resultar en un mayor impulso del actual conocimiento sobre esta temática. En esta dirección, también se consideró como una insuficiencia del seminario el que no existiera un equilibrio entre la discusión sobre cómo seguir avanzando y el aprendizaje de las nuevas teorías o enfoques, y la información que se está generando conforme se aplican las nuevas aproximaciones. Es decir, las reflexiones se centraron demasiado en las contribuciones epistemológicas, discutiendo extensamente cuestiones del proceso de recopilación de información, de las metodologías y sus limitaciones y de los marcos conceptuales y sus limitaciones, pero sin corroborar estos aportes con información real —producto de investigaciones concretas— o con el establecimiento de alianzas con personas, instituciones o movimientos que integraran en sus programas de trabajo las nuevas perspectivas.

En segundo lugar, se reconoció el ambiente autocrítico que prevaleció durante todas las sesiones, ya que dada la complejidad del campo y los precarios avances logrados, existe un juego muy democrático en la apertura a nuevos conceptos; pero en este proceso de reconceptuar para otorgar mayor especificidad a las categorías analíticas —como género y sexualidad— se arriesga perder las fronteras borrosas que suele haber entre ellas, lo que se opondría al planteamiento matemático de la “lógica difusa” que es muy útil para el análisis cualitativo. En esta discusión teórica, le sorprendió que haya prevalecido un discurso doble —y limitante— del concepto de salud: por un lado se dijo que no estaba definido y que no era claro y, por otro,

se le usó como si existiera. Esta dualidad no da cuenta de que el concepto de salud es evolutivo, y en torno a él no hay un acuerdo universal; además, es un concepto valorativo que tiene implicaciones éticas, sociales y culturales vastas, ya que surge del deseo humano de vivir más y mejor, lo cual es decidido por los individuos.

En otra temática, en virtud de la constructiva experiencia que ha resultado de la colaboración entre los investigadores y quienes llevan a la práctica modelos de intervención (ONG, movimiento de mujeres), se propuso establecer una alianza de carácter estratégico entre ambas partes que, no obstante que implica buscar formas de acuerdo en torno a los objetivos buscados, los modos de operación y los papeles que deben desempeñar tanto investigadores como interventores, sería muy provechosa para todos los interesados en el campo. Aunque esta colaboración no asegure un trabajo de mayor calidad, permite encontrar las maneras de desarticular las relaciones de poder establecidas entre los diferentes actores, en el propio espacio en que éstas se producen.

Finalmente, la discusión colectiva de la clausura aportó nuevas líneas temáticas para la investigación en el futuro. En el marco de una relación más estrecha de la academia con otros sectores sociales, se hace necesario saber qué significan las investigaciones inter o multidisciplinarias en términos de los grados en que la investigación puede beneficiar a todos los actores involucrados. También se propone profundizar en los estudios sobre la sexualidad masculina, no tanto en el hombre en sí mismo, sino en la construcción de las identidades genéricas; además, en la vertiente de transformación de los marcos normativos, se requiere identificar la emergencia de los nuevos actores y el rol de los actores ya consolidados. Otra línea propuesta se inserta en la articulación de las esferas macrosociales y microsociales y alu-

de al mapeo y análisis del proceso de legitimación del campo de la salud reproductiva; es decir, en qué medida y cómo estos conceptos y definiciones están o no siendo absorbidos por los distintos actores y sistemas institucionales. Esta tarea puede ser un puente entre la academia y los movimientos sociales, especialmente el femenino.

PALABRAS DE CLAUSURA

Las palabras de clausura del seminario estuvieron a cargo de la doctora Susana Lerner (Colmex), quien mencionó que en el encuentro se desarrolló una discusión variada y compleja, donde se abordaron problemáticas teórico-metodológicas sobre diversos conceptos del campo de la salud reproductiva y su articulación con lo político; asimismo, problemáticas específicas consideradas relevantes en la búsqueda de un avance en la reflexión.

Las diversas propuestas de investigación para el futuro hablan del amplio espectro que abarca el campo de la salud reproductiva, como tiempo atrás fue en América Latina el campo de los estudios de población. En el seminario se han hecho aportaciones muy ricas que permiten dar cuenta de la seriedad del trabajo realizado en torno a un concepto; la riqueza del encuentro no reside sólo en los avances mostrados; también en señalar el camino por andar. En este sentido, se han puntualizado dilemas, retos y riesgos cruciales del campo de la salud reproductiva; asimismo, se han mencionado ambivalencias, diferentes discursos y abordajes, diversidad de espacios y modalidades de intervención, sus similitudes y diferencias, preocupaciones teóricas y metodológicas y problemas muy concretos para ser considerados en el futuro. Todo ello reafirma la idea de que la investigación es un proceso evolutivo y

que no existen respuestas simplistas y universales que sean válidas. Por lo tanto, sigue siendo pertinente plantearse las preguntas de cómo, por ejemplo, establecer los puentes entre la academia y los movimientos sociales.

Otro de los puntos muy rescatables en la discusión es la constatación de la brecha existente entre los resultados de la investigación y la toma de decisiones políticas que, en otros términos, remite a los avances alcanzados y los riesgos inherentes a la intervención política.

Una evaluación rápida del trabajo realizado en estos días permite plantear que el seminario ha cumplido con creces los objetivos que se propuso, aunque queda la sensación de que faltó más tiempo para continuar la reflexión a fin de profundizar en los temas abordados. Esto hace necesario que el consorcio de las instituciones organizadoras contemple dentro de su agenda la promoción y realización, en conjunto con instituciones nacionales, regionales e internacionales, de seminarios sobre algunas temáticas concretas que aquí se han señalado o

que se deriven de las preocupaciones expuestas en estas sesiones. El nivel de la discusión desarrollada impone el desafío de programar una conferencia latinoamericana con esta temática.

Sin duda, este tipo de actividades son relevantes en términos del intercambio de experiencias entre los distintos centros de investigación y, principalmente, por el fortalecimiento de los programas de formación de recursos humanos; al menos así lo indica la tradición latinoamericana en el campo de los estudios de población, que de 1970 a la fecha ha realizado cuatro conferencias latinoamericanas, posibilitando diversas contribuciones en el avance de los conocimientos teóricos y metodológicos al respecto, a la forma en que se ha abordado el objeto de estudio, etcétera. En definitiva, iniciativas de este tipo son una aportación que contribuye a satisfacer la necesidad que existe en América Latina, como en otras partes del mundo, de discutir y conocer el resultado de vivencias empíricas, de hacer el mapeo del proceso de legitimación.

SEMINARIO NACIONAL SOBRE
POLÍTICAS SOCIALES, MARCOS,
NORMATIVIDAD Y ACTORES SOCIALES
VINCULADOS CON SEXUALIDAD
Y SALUD REPRODUCTIVA

Coordinadores: Juan Guillermo Figueroa y
Claudio Stern
Relator: Gabriel Medina C.

INTRODUCCIÓN

Como parte de las actividades del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, entre los días 20 y 21 de noviembre de 1996, en la Sala Alfonso Reyes de este centro de estudios se llevó a cabo el Seminario Nacional sobre Políticas Sociales, Sexualidad y Salud Reproductiva. De acuerdo con el moderador de la sesión de apertura, doctor Claudio Stern (Colmex), la organización del encuentro constituyó un esfuerzo por realizar una reflexión en torno a tres ejes temáticos: en primer lugar, los cambios estructurales que han experimentado las instituciones y las políticas públicas, incluyendo el “achicamiento” del Estado, la descentralización de instituciones, el proceso de privatización de la economía y la disminución de los presupuestos de las políticas públicas; en segundo lugar, el análisis de distintos marcos normativos que regulan la vida sexual y reproductiva de los individuos, el de la Iglesia católica, el de los derechos humanos y el de las ciencias médicas, y finalmente, presentar la perspectiva de algunos actores sociales vinculados al campo de la salud reproductiva y la sa-

lud, específicamente, sobre los movimientos de mujeres, el conservadurismo y los movimientos pro derechos humanos. En este escenario, el objetivo del seminario fue mostrar de qué manera estos aspectos han incidido en el campo de la salud reproductiva y la sexualidad.

El encuentro se inició con la participación de la profesora Elena Urrutia (Colmex), quien manifestó que desde los años setenta, en que la salud de la mujer era considerada como instrumento para el control del crecimiento demográfico y para mejorar la salud infantil, se ha producido un gran avance en el interés por los estudios de la mujer y de la sexualidad. Ello ha sido fruto de diversas iniciativas mundiales que han colocado a la mujer en primer plano, desde la década de la mujer —a partir de 1975— determinada por las Naciones Unidas y la estrategia de una maternidad sin riesgo de 1987, hasta la Conferencia de Beijing en 1995. En este contexto se constituyó el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México, que surgió como un proyecto conjunto del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, del de Estudios Sociológicos y del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, todos ellos de El Colegio de México, y gracias al apoyo de la Fundación Ford.

La profesora Urrutia afirmó que los cambios sociodemográficos de los últimos años han demostrado que los programas desarrollados en torno a la planificación familiar y la salud materno-infantil tenían una perspectiva estrecha para abordar todos los aspectos de la salud humana. De ahí que, entendiendo por salud el estado de completo bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relativos a la reproducción, la salud reproductiva implica la capacidad para reproducirse de modo seguro; es decir, dar a luz a un niño sano que crezca en buenas condiciones y, a su vez, regular la fecundidad sin riesgo y tener una vida sexual satis-

factoria y libre de enfermedades. En este marco, el encuentro es un intento de profundizar en la relación entre los ejes temáticos mencionados que conforman y han ido moldeando el entorno de la sexualidad, la reproducción y la salud.

En función de este objetivo, el seminario se dividió en tres sesiones en que se abordaron los distintos temas.

TEMA 1. CAMBIOS ESTRUCTURALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS

De acuerdo con la moderadora de la primera sesión, Ivonne Szasz (Colmex), los trabajos que se presentaron en esta parte enfatizaron el vínculo entre, por una parte, la lucha por el bienestar en la sexualidad y en la reproducción humana y, por otra, las bases sociales y materiales que posibilitan el ejercicio de los derechos y la construcción de relaciones más igualitarias; lo cual reviste especial importancia en la discusión intelectual y política que actualmente existe en torno a la salud reproductiva y la sexualidad. La centralidad de esta discusión radica en que las políticas no son meros tecnicismos neutrales, no representan ni benefician los intereses de todos; más bien responden a los intereses de determinados grupos en desmedro de otros. De ahí que sea vital conocer, en el marco de los procesos macroestructurales de transformación de la sociedad mexicana, cuáles son los grupos de interés que se benefician con las políticas, qué responsabilidad tienen estos grupos en la generación del bienestar en el campo de la salud reproductiva y la sexualidad del conjunto social y, respecto a la construcción de la ciudadanía, cómo y hacia dónde deben presionar las organizaciones sociales.

En el primer trabajo, "El caso de las políticas de población", el doctor José Gómez de León (Consejo Nacional de Población de Méxi-

co) centró su argumentación en la relación entre las políticas sociales y los cambios estructurales en materia de población. A partir de una revisión de las crisis económicas mexicanas en los últimos años (1982, 1985, 1987, 1992-1993, 1995), el autor sostiene que efectivamente éstas han repercutido en la dinámica del crecimiento demográfico en el país. Sus efectos se pueden ver en la disminución de la fecundidad provocada por las caídas en las transiciones intergenésicas (es decir, entre cada hijo): hacia 1982-1984 y 1993, ésta fue muy evidente entre el primero y el segundo hijos; en 1987, el impacto fue mayor en la transición entre el segundo y el tercero; y en todos los periodos de ajuste, existió entre el tercero y el cuarto hijos.¹ Todos estos procesos fueron más notorios en el medio urbano.

Asimismo, el doctor Gómez de León mencionó que el índice de nupcialidad en las mujeres tuvo movimientos oscilatorios en los periodos de crisis. Un análisis de varios factores que inciden en la formación de núcleos familiares indica que el embarazo y la posesión de un trabajo son potenciadores; en cambio, una unión de convivencia libre y la mayor escolaridad disminuyen el riesgo de formalizar un matrimonio. Es decir, el índice de nupcialidad ha disminuido en favor de las uniones de convivencia libre consensuadas, las que no presentan grandes alteraciones producto de las crisis. Esto indicaría que la permanencia de las uniones libres tiene dos funciones: como preludio y como selección de la pareja definitiva, lo cual puede o no concluir en una formalización de matrimonio. Durante la primera parte de la unión —preludio—, la ocurrencia de una des-

¹ El análisis se desarrolló con base en la presentación de acetatos que muestran los resultados de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar de 1995, que llevó a efecto el Consejo Nacional de Población.

cendencia tiende a promover el término de este tipo de vínculo; pero si el embarazo se presenta una vez hecha la selección de la pareja definitiva, un hijo no tiene mayor incidencia para la formalización matrimonial de la pareja.

Un tercer ámbito influido por las crisis es el divorcio, ya que éste se redujo drásticamente en diversas crisis del periodo.

Pese a carecer de un análisis más profundo, para el autor estos antecedentes demuestran que las marcadas transformaciones macroestructurales experimentadas por la sociedad mexicana han tenido un impacto en los procesos demográficos del país.

El trabajo del doctor Miguel Ángel González Block (Fundación Mexicana para la Salud),² “La salud reproductiva en la industria maquiladora de exportación de México. Diagnóstico y retos para las políticas de salud”, propuso, en el contexto de la reforma a los servicios de salud en México, una reflexión en favor de que el sector empresarial invierta en la salud reproductiva y la sexualidad de las trabajadoras, sobre todo por su atractivo en términos de costo-efectividad. El autor empieza por establecer la creciente vinculación entre el desarrollo nacional y la salud, debido a los altos niveles del gasto en servicios médicos,³ y a la incidencia de la salud en el capital humano y, por extensión, en la productividad. De ahí la importancia de invertir, de modo eficaz, en la salud de la fuerza de trabajo.

Su planteamiento se sustenta en el estudio realizado en algunas maquiladoras de Tijuana, de ahí que el doctor González Block justificara su propuesta en la importancia económica del sector maquilador de exportación, en su alta

concentración del recurso laboral femenino⁴ y en que constituye un intento de contribuir a fijar políticas y evaluar el influjo que tendrá la industria maquiladora sobre la salud reproductiva de sus trabajadoras. El argumento se sustenta en un enfoque elaborado a partir de la confluencia de las intervenciones que enfatizan el aumento del potencial de salud y el modelo ecológico de apoyo social desde el cual se puede ver al sector maquilador como “comunidad de riesgo”.⁵ Además, el análisis de los riesgos de la salud asociados a la industria maquiladora considera el perfil sociodemográfico de las mujeres y la situación de diversos fenómenos de la salud reproductiva.⁶ Este enfoque llevaría al “empoderamiento” de las mujeres, incrementando su autoestima y bienestar generales.

El autor sostiene que un nuevo modelo para atender las necesidades de salud reproductiva de esta población debe tomar en cuenta sus características específicas: su juventud, el alto grado de inmigración reciente y su mayor nivel educativo. En esa población predomina la pér-

⁴ En 1994 este sector concentró 60% de la fuerza laboral femenina nacional, y se caracteriza por estar compuesto por jóvenes (en Tijuana más de la mitad es menor de 25 años) inmigrantes recientes, de baja sindicalización, alta rotación laboral y arraigados en pequeñas ciudades carentes de servicios.

⁵ El primer componente del enfoque se desprende de la *Declaración de Ottawa sobre Promoción a la Salud* (1986), y el segundo, propuesto por Langer et al. (1993), “Psychosocial support in pregnancy as a strategy to promote the newborn's health”, *Revista de Investigación Clínica*, julio-agosto, pp. 317-328, ha contribuido al diseño de intervenciones que han revertido situaciones perjudiciales para la salud, como el reforzamiento de las redes sociales de apoyo y otros.

⁶ En el perfil sociodemográfico incluye datos de edad, escolaridad, inmigración, unión conyugal, paridad, experiencia laboral, enfermedades crónicas, accidentes, tabaquismo, actividad sexual, embarazo, aborto, prematuridad y bajo peso al nacer, lactancia materna, parto, anticoncepción, detección oportuna del cáncer cervicouterino, enfermedades de transmisión sexual y agresión, acoso sexual y violación. En materia de servicios de salud se consideran los datos de la institución que brinda la atención, accesibilidad, elección de servicios, calidad interpersonal y promoción de la salud. Por otro lado, los fenómenos analizados son el embarazo y el parto, la anticoncepción, la detección del cáncer cervicouterino, las enfermedades de transmisión sexual y la agresión, el acoso sexual y la violación.

² El trabajo fue elaborado en colaboración con Ricardo Ramírez, también de la Fundación Mexicana para la Salud y expuesto por Ana Luisa Liguori por ausencia del autor.

³ El gasto público en 1992 representó 2.76% del PIB y, en términos aproximados, el gasto privado osciló entre 2.06% y 2.97% del PIB.

dida de sus redes sociales de apoyo, ocurren menos embarazos entre las solteras y se proporciona una mayor lactancia a los bebés, hay más nacimientos prematuros y de bajo peso, desconocimiento del SIDA y mayor exposición a la agresión.

Si bien el ingreso a las maquiladoras permite un mayor acceso a los servicios de salud y de control de la fecundidad, genera nuevas necesidades ocasionadas por accidentes y enfermedades laborales crónicas. De ahí que se torne importante integrar programas de salud ocupacional con los de salud reproductiva.

El estudio destaca varios problemas de la salud reproductiva de las trabajadoras, como son: la atención prenatal de baja calidad; la inexistencia de una oferta de diversos métodos de anticoncepción, provocando una tendencia al uso de inyecciones sin vigilancia médica; la deficiente detección oportuna del cáncer cérvicouterino; la alta prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y de violencia doméstica;⁷ una cobertura insuficiente de la promoción a la salud del IMSS. En este contexto, las empresas tendrían una importante participación en la atención a la salud de las trabajadoras, ofreciéndoles prestaciones atractivas. La mayor presencia de la medicina privada es propiciada por la ineficacia de los servicios de salud del IMSS (largas esperas, baja atención de las ETS y del parto).

Esta situación permitiría, en opinión del autor, concluir que los cambios que se incorporarán —en enero de 1997— a la legislación social contribuirán a configurar un modelo de atención más adaptado a las necesidades, posibilidades y preferencias de las trabajadoras de las maquiladoras, diseñado por las mismas empresas. El atractivo que este esquema tiene para el

sector privado radica, por un lado, en que la prestación de servicios será financiada por la cuota de los propios trabajadores; además, se trata de una población joven, sana y con baja fecundidad; por otro lado, permitirá estabilizar la fuerza laboral (*i.e.* reducir la rotación laboral) e incrementar su productividad. El establecimiento de modelos de servicios médicos competitivos se verá facilitado, en la franja norte del país por la amplia experiencia que tienen las empresas estadounidenses en el ramo.

Las empresas que adopten estos modelos, que permitirían disminuir los índices de morbilidad en la salud reproductiva de las mujeres, deberían fomentar la participación de los trabajadores mediante la identificación de sus problemas más importantes, proporcionar consejería, facilitar el acceso a los servicios médicos y velar por la calidad de los mismos. La ventaja de este modelo es la integración de los servicios que actualmente prestan las empresas en forma individual, logrando mayor eficiencia, calidad en la salud y productividad. Finalmente, el doctor González Block afirmó que para el éxito del nuevo modelo son clave tanto el control financiero y sanitario que deben ejercer las autoridades públicas, como disponer de información sociodemográfica y de salud para el diseño de programas de seguimiento del mejoramiento de la salud de la población.

En tercer lugar, en el trabajo “Cambios estructurales y políticas públicas. El caso de las políticas de empleo”, la doctora Clara Jusidman (Programa Nacional de la Mujer de México) presentó algunas reflexiones en torno a cuatro ejes: 1) algunas relaciones entre empleo y salud reproductiva; 2) la operación de políticas de empleo y salud reproductiva en distintos modelos de política social; 3) el espectro de políticas de empleo posible, y 4) una distinción entre las políticas de los modelos neoliberales y los que han entrado en programas de ajuste y reestructuración.

⁷ A ello se debe agregar que los datos no permiten concluir si la violación constituye un problema para estas mujeres.

La autora destacó seis relaciones entre empleo y salud reproductiva: *i)* los roles sociales asignados a hombres y mujeres; *ii)* las crecientes tensiones de la doble jornada femenina, que supone un tipo de contrato social donde el hombre sigue siendo el proveedor. Este doble papel de la mujer influye en sus decisiones y se enfrenta al mundo del trabajo masculinizado; *iii)* el empleo asalariado protegido, como vía de acceso a servicios de salud reproductiva de mejor calidad; *iv)* la incipiente experiencia social de asunción de los costos sociales de la reproducción; *v)* la generación de autonomía de la mujer, producto de un empleo e ingreso adecuados, que supone su mayor autoestima y libertad para tomar decisiones en materia de salud reproductiva y sexualidad, pero sin concretarse a causa de la persistencia de los estereotipos y porque la mayor participación laboral femenina responde a los periodos de crisis y no constituye una alternativa a la actividad doméstica; *vi)* las tensiones de los roles de la mujer, el problema de salud mental y el equilibrio en la calidad de vida de las mujeres.

En el análisis de las políticas de salud y de empleo a lo largo del siglo xx se destacan tres modelos. El primero es el “modelo de enfoque integrado”, en donde el Estado organiza de manera integral la provisión de empleo y de bienestar, y tiene dos expresiones: la socialista y la del estado de bienestar. Este tipo de enfoque no contempla políticas de empleo, ya que se asegura a la población el empleo pleno o un seguro de desempleo. Sin embargo, son modelos burocratizados y en quiebra, que en su preocupación por la justicia han coartado la libertad de elección y han generado disgusto y rechazo popular. El “modelo del enfoque sectorial” se caracteriza por una participación parcial del Estado en la definición de las políticas sociales, que tienen carácter sectorial. En este escenario el empleo no constituye una meta del de-

sarrollo y sólo los asalariados tienen asegurada la protección de su salud. Este enfoque, muy extendido en América Latina, conlleva el desarrollo de algunas políticas de empleo y de salud con coberturas muy dispares, y una parte de la población carece de acceso a la salud. El tercer modelo es el “enfoque plural”, que presenta una fuerte reducción de la presencia del Estado y una multiplicidad de actores en la provisión de los servicios; la responsabilidad del empleo se traslada al mercado y existe una amplia oferta de servicios de salud, pero con una fuerte restricción en su cobertura. En este caso hay un retorno a la familia y al individuo en la responsabilidad de proveerse protección a su salud.

De acuerdo con la doctora Jusidman, la preferencia por uno de estos modelos responde a una interpretación respecto a dónde y por qué se originan los problemas (por ejemplo, la pobreza). Una interpretación sostiene que éstos surgen de la incapacidad de los propios individuos para generarse recursos (flojera, escasa formación por falta de oportunidades), lo que provoca un modelo asistencialista y no de construcción de derechos. La otra interpretación argumenta que la falta de oportunidades, los problemas de empleo, pobreza y carencias de los individuos obedecen al mal funcionamiento de los sistemas; por lo tanto, se busca cambiar el sistema o distribuir socialmente la responsabilidad del mal funcionamiento sistémico para que se traduzca en mecanismos que atenúen las insuficiencias referidas.

En el marco del proceso de ajuste estructural y transición económica y tecnológica, en curso en muchos países latinoamericanos como México, se estaría dando un cambio desde los enfoques integral y sectorial hacia el enfoque plural.⁸ Hipotéticamente, la emergencia de este

⁸ Este cambio se refleja en los siguientes procesos: la re-tracción del Estado, el traspaso de diversas prestaciones de servicios sociales en favor del sector privado y grupos voluntarios

modelo respondería a demandas diversificadas y plurales originadas en sociedades heterogéneas; posibilitaría una mayor adecuación y flexibilización de la oferta de servicios sociales y mejoraría su calidad con un menor costo (en virtud de la mayor eficiencia en condiciones de libre competencia). En la práctica estos cambios se han traducido en la destrucción de empleos protegidos en los sectores formales, la carencia de suficientes oportunidades alternativas de empleo, la reducción de los ingresos personales y familiares, la pérdida en la calidad de vida de amplios sectores de la población, una disminución en la disponibilidad y calidad de los servicios de atención para la salud y, consecuentemente, un aumento de la violencia y las tensiones entre grupos sociales, que pone en riesgo la paz social. En síntesis, se ha producido una deconstrucción de las instituciones que tenían la responsabilidad de proveer el bienestar en los anteriores modelos y no han surgido nuevas instituciones en su remplazo. Como para la población este fenómeno ha representado la pérdida de su seguridad, ha dado lugar a las llamadas “sociedades en riesgo”.

En una rápida revisión de las diversas políticas de empleo, la doctora Jusidman enumera las siguientes: *i*) las que atienden a la demanda; es decir, aquellas que crean empleos que fueron centrales en la etapa keynesiana de los estados, pero que hoy no representan una propuesta viable;⁹ *ii*) las que inciden en la oferta;¹⁰ *iii*) las de

intermediación entre oferta y demanda, y *iv*) las políticas de capacitación de los trabajadores, no de los empresarios ni de la población en general. El énfasis en la fuerza activa obedece a que se atribuye a las incapacidades individuales de los trabajadores las dificultades de la economía nacional para entrar, de modo competitivo, a los mercados internacionales. Como la reestructuración del modelo económico —producto de la crisis— se ha traducido en la destrucción de un aparato productivo y en el montaje de uno nuevo, la principal preocupación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social ha sido recalar la mano de obra para la nueva estructura productiva.

La tesis central del modelo plural es que el empleo se genera a partir de la desregulación del mercado del trabajo; es decir, liberar la determinación de los precios de las imposiciones de la legislación laboral que impide la flexibilidad.¹¹ Este objetivo se ha traducido en la caída de las remuneraciones y en la desregulación o flexibilización *subterránea* de las normas del trabajo; o sea, sin modificar la ley federal del trabajo se ha impedido el ejercicio de los derechos que ella comprende en materia de contratos colectivos y movimientos de huelgas para exigir beneficios, lo cual ha devenido en una pérdida generalizada de las garantías que otrora tenían los trabajadores (por ejemplo, ha disminuido la fuerza de trabajo asalariada con protección social). En definitiva, este esquema ha traspasado a las familias y a las personas la responsabilidad de financiar los servicios de atención que requieren, como una forma de mantener en el mercado a la salud reproductiva.

(ONG), la descentralización de responsabilidades hacia los gobiernos locales, la focalización de intervenciones públicas en grupos vulnerables, el fomento de iniciativas individuales y a pequeña escala para el empleo y la desregulación de los mercados de trabajo.

⁹ Expresiones contingentes de este tipo serían las políticas que incentivan el autoempleo, pero éstas responden a una lógica distinta, ya que es el propio individuo quien debe generar su fuente de trabajo, no el Estado.

¹⁰ De acuerdo con la autora, la planificación familiar es una política de este tipo, ya que en el largo plazo logra que una menor cantidad de personas demande trabajo.

¹¹ En otros términos, esto implica eliminar las alteraciones a las relaciones de los precios de la mano de obra introducidas vía la fijación de salarios mínimos, de contratos colectivos y de imposiciones para la seguridad social, que crean relaciones equívocas de los precios reales del factor trabajo; con estas modificaciones se lograría la definición del precio de la mano de obra ajustado a la oferta y la demanda.

El maestro Alfonso Sandoval (Fondo de Población de las Naciones Unidas) planteó que abordar el análisis de las intervenciones precedentes, por una parte, implica dar cuenta de dos campos de comportamiento o conducta social y sociodemográfica, que son la sexualidad y la salud reproductiva; y por otra, conlleva asumir que, dado lo diverso y cambiante del universo de las políticas sociales, se trata de una tarea de gran dificultad debido a que no hay un bagaje suficientemente probado para llevar a cabo este análisis.

En virtud del énfasis conferido a las políticas sociales en el concierto de las políticas públicas, el comentarista se preguntó en qué medida está justificado destacar el papel de las políticas sociales. Si bien, efectivamente, en algunos casos las políticas de empleo, de salud y de población tienen impactos más directos que otras políticas sobre los fenómenos planteados, éstas tienen cada vez menor peso dentro de los cambios estructurales de la sociedad y del Estado. Por lo tanto, el análisis debiera centrar su atención en la política de desarrollo en su conjunto, en cuyo marco las políticas sociales parecen ser una débil secuela como paliativo. Similar sería el razonamiento respecto al carácter público de las políticas. En este sentido la caracterización del modelo plural o competitivo es un eufemismo que refleja un proceso más grave: la disolución de lo público, esto es, ¿qué tan públicas siguen siendo las políticas públicas?

Siguiendo con una intervención inquisitiva, el comentarista planteó: ¿en qué medida las políticas de población son únicamente políticas sociales o más bien son políticas de Estado o que rebasan el ámbito estrictamente social?

En este contexto matizado es donde el maestro Sandoval ubica su alocución en la perspectiva del estudio y crítica de las políticas públicas

actuales y no respecto a su incidencia en el ámbito de la sexualidad y la salud reproductiva. Ya en este plano, el comentarista sostiene que el trabajo del doctor González Block permite vincular el análisis del perfil sociodemográfico y de salud —de las trabajadoras de las maquiladoras— con el análisis de distintos modelos de atención en salud, particularmente en salud reproductiva; lamentablemente el análisis adolece de un salto metodológico al abordar las conclusiones a partir de un tratamiento muy específico del perfil sociodemográfico de este grupo de población, sin incluir consideraciones de otros trabajos en contextos homologables que permitan arribar a conclusiones más consistentes.¹² En este sentido las conclusiones esbozadas son más bien hipótesis para líneas de investigación operativa. Por otro lado, las ventajas y la viabilidad de este modelo competitivo en el campo de la salud reproductiva de las mujeres maquiladoras es una propuesta interesante, pero muy discutible. La tesis del trabajo transmite un optimismo respecto al modelo, pero no se acompaña de una fundamentación adecuada, a partir del análisis de experiencias similares en distintos contextos.¹³

La ponencia de la doctora Clara Jusidman está mucho más referida a la temática de los cambios estructurales y plantea un marco analítico crítico muy útil para ubicar las actuales políticas sociales —no sólo de empleo—; el acercamiento propuesto entre el campo laboral y la salud reproductiva es claro y ordenador de hipótesis de trabajo. En opinión del maestro Sandoval, faltaría desarrollar las posibles vin-

¹² Además, se requiere un análisis más detenido del acceso, uso, calidad y otros aspectos de los servicios que tiene este grupo de mujeres.

¹³ El comentarista menciona que los resultados de las experiencias de algunas ONG —como Mexfam— para promover estos modelos en el sector empresarial no son tan optimistas sobre la receptividad de los empresarios.

culaciones que se pueden derivar de ambos marcos de análisis —la relación entre las políticas de empleo y la salud reproductiva, y las políticas de empleo como tales— a fin de iniciar reflexiones que permitan visualizar distintas alternativas de políticas a futuro. Del mismo modo, el planteamiento de los tres enfoques de políticas sociales es muy ilustrativo, pero faltaría ver cómo se refleja en el campo de las políticas de salud reproductiva y de población. También quedaría pendiente ver cuál ha sido la respuesta al proceso de desregulación general de la dinámica económica y social —no sólo de los mercados de trabajo— en otros campos de las políticas sociales.

Finalmente, como el eje central del trabajo del doctor Gómez de León remite a la relación entre los cambios estructurales y los procesos demográficos, estructurada prioritariamente en torno a las grandes crisis (macro)económicas, cabe la duda de qué tan estructurales han sido esas crisis; al parecer existiría una homologación entre cambio estructural y crisis relativamente coyunturales. Otro aspecto que resalta en esta ponencia es que el esquema propuesto sugiere interrogantes sobre cómo han incidido las políticas de población en el campo de la salud reproductiva durante el periodo analizado: ¿hay maneras de saber su incidencia?, ¿qué incidencia se busca ahora como consecuencia de esa experiencia?, y ¿cómo se espera lograr esa incidencia, dados los cambios en el contexto de las políticas sociales y de población?

El maestro Sandoval terminó su intervención mencionando las inquietudes que subyacen a estos espacios de reflexión: *i)* continúan las profundas diferencias entre los distintos acercamientos analíticos al tema de las políticas públicas y, por tanto, sigue latente la falta de sistematización y acumulación efectiva de conocimiento en la materia; *ii)* persiste *el medio camino* en el discurso técnico y académico, re-

flejado en que los análisis se quedan a medio camino —por un énfasis en la parte operativa del análisis en función de proponer soluciones útiles para problemas específicos, o por el hecho de poner la atención en un enfoque crítico y de búsqueda de una opción transformadora—, lo que obliga a indagar cuáles serían las exigencias para arribar a conclusiones, ya sea en uno u otro enfoque.

A continuación la doctora Brígida García (Colmex) sostuvo que la doctora Jusidman logró elaborar un marco conceptual para observar la relación entre cambios estructurales y políticas públicas; centró su crítica en la relación entre empleo y salud de la mujer, y sólo falta una reflexión sobre empleo y salud infantil, que también es un campo atingente a esta temática. El trabajo representa un avance en el conocimiento sobre políticas de empleo, ya que aborda el tema dentro del marco general del modelo económico. Asimismo, es muy sugerente la afirmación de que las políticas de empleo más vinculadas a la salud reproductiva son las referidas al entorno de trabajo (guarderías, acoso sexual, facilidades de horario); no obstante, el marco conceptual elaborado permite establecer conexiones más finas entre empleo y salud reproductiva que aluden al tipo de empleo que se está creando —o dejando de crear— debido a la reestructuración económica y su incidencia sobre la salud de la mujer y de los niños. ¿Cuál es el tipo de empleo nuevo y cómo incide en la autonomía de las mujeres? En este plano, la doctora García solicitó una mayor reflexión sobre la aplicación del modelo neoliberal —que restringe la intervención del Estado en áreas tan cruciales como el empleo— en contextos distintos (principalmente, si se avizoran cambios en el actual panorama económico mexicano) y sobre qué posibilidades de transformación ofrecen, en el marco de las estrategias de sobrevivencia, los esfuerzos para el fortalecimiento de

las microempresas como manera de intervenir en el modelo desde abajo.

Por otro lado, según la doctora García, el trabajo del doctor González Block es un intento por abordar de un modo sugerente las ventajas de la privatización de los servicios de salud en el sector de las maquiladoras. En este sentido, esta ponencia se inscribe en un escenario donde la salud radica en el capital privado. La parte más rica del trabajo es la información recabada en la encuesta sobre el estado de la salud de las mujeres; no obstante, es preocupante que: *i*) supedite la importancia de la salud de la mujer al logro de mayores niveles de productividad; *ii*) promueva la inversión empresarial en salud, en función de una positiva relación costo-efectividad, y *iii*) resalte lo atractivo que esto sería para los empresarios, sin indicar los caminos que permitirían la concreción de tales. En efecto, ante las diversas informaciones sobre las limitantes que se imponen a las trabajadoras de las maquiladoras para evitar hijos o tener una vida sexual no opresiva, no existe una interpretación crítica del eventual interés del sector empresarial por invertir en salud.

Por último, en relación con la ponencia del doctor Gómez de León, la profesora García considera que se trata de un esfuerzo por establecer una relación entre las crisis económicas y las variables demográficas; en este sentido, sería productivo para el análisis establecer distinciones entre las relaciones directas e indirectas. Finalmente, apunta que en dicho trabajo también sería conveniente incluir una reflexión en torno a la relación entre las crisis y la mortalidad infantil.

exposiciones, especialmente aquellos tópicos que generaron controversias y que ofrecieron la oportunidad de profundizar en las reflexiones propuestas.

En relación con el trabajo del doctor Gómez de León, se cuestionó que en el análisis de las relaciones entre las crisis económicas y las políticas de población se obvian factores sociales. Además se indicaron imprecisiones que no contribuyen al trabajo concreto en el campo de la salud. En especial, se consideró que la estructura del planteamiento de riesgo no aporta claridad a los programas educativos de la población.¹⁴ También se sugirió relativizar el esquema usado para observar la relación entre las crisis económicas y las políticas de población, ya que tiende a un reduccionismo en el análisis; en este sentido, un ejercicio ilustrativo sería observar el comportamiento de varios sectores de la población para investigar cómo han respondido a los periodos de crisis y en qué sectores ha recaído el mayor peso de las crisis. Al parecer, el problema metodológico central sería que el análisis se centra en la medición del efecto directo de la crisis en las variables demográficas, cuando en realidad lo que ocurre es un efecto indirecto (*lag effect*), ya que los cambios responden básicamente a las políticas de planificación familiar, de ahí que probablemente sería más atingente conocer cuáles han sido los efectos de los cambios estructurales en el financiamiento de los programas de planificación familiar. Asimismo, tomando en cuenta que el enfoque de salud reproductiva está en conflicto con el enfoque demográfico —en tanto no busca la disminución de la fecundidad, sino que introduce conceptos de derechos— y que las políticas de

DEBATE GENERAL DE LA PRIMERA SESIÓN

La discusión general que siguió a las ponencias y comentarios abordó diversos aspectos de las

¹⁴ En primer lugar se usa de modo incorrecto el concepto riesgo, al asimilarlo a toda probabilidad de ocurrencia de un daño; en segundo, erróneamente, se han catalogado en la condición de daño aspectos de la propia vida como el matrimonio y la unión.

población promueven el control de la natalidad, dicho trabajo no ayuda a esclarecer qué se puede hacer en relación con estas políticas en el nuevo contexto y con el enfoque de la salud reproductiva.

Por su parte, el doctor Gómez de León aclara que en el estudio se usó el modelo de riesgos proporcionales que, por el traspaso de terminología, genera confusión; es un modelo que pretende controlar los diferentes factores que intervienen en estas relaciones complejas y múltiples. No obstante, reconoce que su intervención no fue tan concreta y apropiada como la reflexión de este encuentro exigía. En otro orden de cosas, sostiene que es muy difícil determinar hacia dónde se inclina la balanza entre el peso de lo contextual o estructural y el peso de las políticas de población, específicamente de las políticas de planificación familiar y de salud reproductiva, debido a que no se dispone de instrumentos conceptuales para hacer un análisis que sitúe en un plano de igualdad ambas esferas y así lograr una lectura precisa. Es decir, pese a la relevancia que tiene esta información tanto en la definición de las políticas como en el propio discurso público, lamentablemente este asunto es un problema no resuelto. En este escenario, el trabajo expuesto, aunque es un pequeño paso, representa un esfuerzo propositivo dirigido a solucionar este dilema. Respecto a cuál es la orientación de las políticas de población, el autor afirmó que el gobierno se ha propuesto aplicar una política social no restringida al control demográfico ni a la planificación familiar; es decir, se postula una política más inclusiva que contenga la promoción del estatus de las mujeres dentro de las dinámicas de las familias; también se ha procurado incidir en los operadores de las políticas para que asuman esta postura. En suma, se trata de inducir, en materia de salud reproductiva, un cambio en la situación de las mujeres.

En relación con el trabajo del doctor González Block se comentó que en la mayor parte de los casos las mujeres de las maquiladoras son pilares de grupos familiares formados por personas de la tercera edad que reciben atención del Instituto Mexicano del Seguro Social, lo cual invalida la afirmación de que los servicios de salud contratados por la empresa darían cobertura a una población joven y sana.

También, por varias razones, se advirtió contra la promoción optimista de los modelos de servicio de salud privatizados. En primer lugar, es engañosa la imagen del servicio de las élites de ahora, ya que no sería igual a la de los servicios privados que tendrían los trabajadores de bajos ingresos. Estos modelos violentan los derechos humanos de los trabajadores, pues imponen cláusulas de exclusión de la atención en salud en los casos de padecimientos graves, o motivan a la empresa a despedir a los trabajadores que presenten problemas económicos; es decir, el sistema se protege contra casos de enfermedad o con problemas financieros, cuya inclusión arriesga la rentabilidad del negocio.¹⁵ Esto adquiere mayor relevancia en el caso de las maquiladoras, donde se asimila el concepto de salud a no estar enfermo; es decir, se contrata gente no enferma que no dé problemas ni se incapacite, lo que dista mucho de tener salud, de ser una persona potencialmente activa, creativa, transformadora, etcétera. También surgieron dudas respecto a la metodología empleada en la encuesta que se aplicó a las maquiladoras y sobre sus resultados, ya que, entre otras cosas, muestra muy bajas tasas de violencia sexual.

Entre las intervenciones que ahondaron en las temáticas expuestas, la doctora Jusidman sostuvo que para saber qué modelo de los descritos responde mejor a las necesidades de la salud

¹⁵ A partir de la experiencia en el sector bancario se sabe que los trabajadores están de acuerdo con estos servicios, y esto obedece a su desconocimiento del funcionamiento del sistema.

reproductiva de la población habría que hacer un análisis comparativo de la forma en que los modelos económicos se reflejan en políticas concretas y ver qué pasó en los países socialistas, en Suecia y en Estados Unidos. Especial importancia reviste este último caso, ya que corresponde al modelo abierto, competitivo y plural al que se dirige la situación mexicana.

Antaño, la generación de empleo obedecía a la necesidad de proporcionar ingresos a la gente para que participara en el mercado y por esta vía dinamizar y hacer crecer la economía; en la actualidad los mayores niveles de crecimiento no van acompañados de nuevos empleos. Esto ha generado una situación de incertidumbre, tanto que algunos expertos en pobreza —Atkinso— han recuperado la idea de otorgar a los desempleados un ingreso mínimo como una forma de hacerlos participar en la economía y, principalmente, permitir su sobrevivencia. En realidad, para generar empleo se requiere inversión productiva, que puede provenir del espacio público, del espacio privado nacional o del internacional. En este dilema hay que tener presente que las políticas de promoción de empleo —subsidios a la mano de obra— están en abierta contradicción con la apertura creciente de las economías, que privilegia la competencia. A ello se agrega que las tecnologías competitivas provienen de economías viejas, que están muy avanzadas en la sustitución de mano de obra, ya que su estructura de población es distinta a nuestras realidades latinoamericanas. En este escenario, la autora desconoce las posibilidades de encontrar alternativas de solución al problema, sobre todo porque la experiencia en el esquema de las microempresas no es una salida.¹⁶

¹⁶ Este esquema ha fungido como solución a la pobreza, cuando en realidad los pobres de México están aislados no sólo en términos económicos sino en el manejo de códigos, educa-

En suma, con el esquema de la libertad, de la posibilidad de elegir y del desarrollo individual se ha corroído el antiguo, que al menos daba a la población la esperanza de tener seguridad. De ahí que ni el estatismo a ultranza ni el libre mercado total garantizan que todo individuo, independientemente de su nivel social, tenga acceso a un piso básico de seguridad y salud. El desafío radica, entonces, en encontrar una fórmula que satisfaga estas exigencias mínimas. En este sentido es un error privatizar la salud, porque la consecuencia de este proceso sería que bajara la calidad de la atención.

Finalmente se sugirió la incorporación de una perspectiva de género en el diseño de las políticas de empleo, lo que implicaría cambiar desde el modelo de organización de la estructura productiva hasta modificar la idea de que el ámbito afectivo y doméstico es dominio del género femenino y el espacio de lo productivo y competitivo es dominio de lo masculino. Obviamente, todo ello implica cambios culturales importantes, que se podrían inducir a partir de una política de empleo fina, distinta a la política agregada.¹⁷ En opinión de la doctora Jusidman, es en este campo de política fina donde cabe todo lo referente a la salud reproductiva.

ción y comunicación, lo que los lleva a no tener el concepto de ser ciudadanos mexicanos con derechos. En estas condiciones, es imposible que se conviertan en microempresarios capaces de enfrentar mercados de materias primas y productos, funcionar en una sociedad de mercado, etcétera. Por lo tanto, las posibilidades de desarrollo de estos mercados son muy precarias, lo que obstaculiza su acceso a sistemas de seguridad y salud para sus grupos familiares.

¹⁷ Estos cambios se traducen, en la práctica, en alterar la concepción masculina de la organización del trabajo, vía la flexibilización de su normativa, lo que plantea nuevos problemas para las mujeres. También habría que avanzar en la institucionalización de la responsabilidad compartida de los padres para el cuidado y crianza de los hijos; promover cambios en las relaciones de poder dentro de las empresas, en las organizaciones que intervienen en el mundo del trabajo y en las estructuras que tradicionalmente han sido privativas de los hombres, otorgando cargos de mayor jerarquía a las mujeres; finalmente, habría que revalorar el trabajo doméstico.

Según el moderador de la sesión, Eduardo Liendro (Pueg), las exposiciones cuestionaron los diferentes complejos normativos, formales e informales, que contextualizan las diversas conductas y problemas de la salud reproductiva y la sexualidad. En la medida en que las normatividades ofrecen el orden, los códigos y formas de comportamiento que marcan los deslindes en las diversas esferas de la vida en sociedad,¹⁸ cubren los marcos legales obligatorios para la población en su conjunto. También abarcan los códigos grupales que aglutinan cosmovisiones, creencias y valores compartidos de instituciones o grupos comunitarios, regionales, corporativos, militantes o religiosos que tienen obligatoriedad para todos sus asociados; y comporta códigos normativos invisibles que se aprenden en los modos de vida y en las prácticas de quienes los comparten, que están arraigados en las tradiciones y hábitos de vida y que perduran a través del tiempo, dialogando con las normas escritas y obligatorias.

Si bien los códigos normativos —ya sean leyes o preceptos religiosos, educativos, de la tradición o que surgen por las modas— estructuran las subjetividades y las prácticas de las personas, éstas son creativas y dinámicas, y siempre negocian entre el deber ser y las necesidades de sobrevivencia, entre las restricciones y las posibilidades de libertad, y entre el dolor y el placer. En consecuencia, las normatividades constituyen un campo de estudio dinámico que incluye desde el ámbito de su propia creación, en el cual cabe inquirir sobre quiénes intervienen en esa creación, a través de qué mecanismos se producen y cuáles son los discursos que

les dan cuerpo, pasando por el ámbito de la circulación y difusión de los códigos normativos, que remite a cuáles son sus posibilidades de impacto y su radio de influencia, hasta cómo estos códigos interfieren y afectan las prácticas de las personas en su vida cotidiana; es decir, las formas de lectura, de reinterpretación y de transgresión.

En este estadio problemático, las ponencias que aquí se desarrollan pretenden avanzar en el conocimiento de quiénes producen las normas, cómo circulan, se enseñan y se dan a conocer, y cuáles son los marcos religiosos, legales y reguladores de la vida cotidiana que legitiman a las normatividades.

En la presentación del trabajo “Normas y valores de la Iglesia católica en la sexualidad y la reproducción: nuevas perspectivas”, la maestra María del Consuelo Mejía (Católicas por el Derecho a Decidir) hizo una reflexión sobre los aspectos negativos y positivos de la normatividad que se deriva de la doctrina católica. Expresó que, de acuerdo con los principios del probabilismo, los católicos tienen el derecho a disentir de las enseñanzas de la Iglesia que no han sido declaradas infalibles,¹⁹ entre las que se encuentran las referentes a sexualidad y reproducción, sobre las cuales no ha habido una declaración de infalibilidad, debido a las diferentes interpretaciones teológicas que al respecto se han suscitado a través de la historia. En todo caso, en su opinión, la conciencia bien informada tendría primacía sobre las enseñanzas de la Iglesia.

A partir del Concilio Vaticano II (1963-1965) se modifica la estructura jerárquica de la Iglesia; el pueblo católico es llamado a participar

¹⁸ En la práctica, los marcos normativos delimitan las fronteras entre lo puro y lo impuro, lo permitido y lo sancionable, lo sagrado y lo profano, lo legal y lo ilegal, lo moral y lo inmoral, y las buenas y las malas costumbres.

¹⁹ Para la infalibilidad de una enseñanza o posición de la Iglesia debe haber una declaración solemne tocante a los temas de la fe y la moral, que descansa en el magisterio extraordinario de la Iglesia y que está dirigida a toda la Iglesia *ex cátedra* como artículo de fe.

más activamente en sus orientaciones y diseños y surge la necesidad de compatibilizar las experiencias cotidianas de los fieles con las guías morales que proporciona la Iglesia.²⁰ Esto permitió el surgimiento, en el seno de la comunidad parroquial, de un proyecto de salvación que, como propuesta alternativa, concibe a los seres humanos dotados de libertad, voluntad y autodeterminación para construir su bienestar y felicidad en este mundo, lo que rompe con el mensaje tradicional de sufrimiento y sacrificio. Este discurso alternativo ha generado diversos debates teológicos y movimientos por la justicia; en América Latina, la Teología de la Liberación y la Teología Feminista —aunque ésta es de origen europeo— han dado sustento a las perspectivas liberadoras y afirmadoras de la capacidad moral de las mujeres para participar en la toma de decisiones y en la orientación de las políticas que les afectan. Ambas teologías han devenido en cuerpos teóricos que sustentan posiciones alternativas a la jerarquía eclesial, rescatan otros parámetros y proporcionan guías y normas diferentes para el comportamiento de los feligreses.

Sin embargo, la jerarquía de la Iglesia, a partir de proclamarse poseedora de la verdadera y única moral, ha transmitido un mensaje negativo respecto a la sexualidad y al control de la capacidad reproductiva de las mujeres, estableciendo normas coercitivas, prohibiciones y tabúes. Estas enseñanzas y normas, que han trascendido todas las fronteras ideológicas y políticas, han causado un gran daño a las conciencias, a la vida física y espiritual de millones de hombres y mujeres católicos y no católicos. En los países de la región las implicaciones de estas enseñanzas son aún más profundas debi-

do al entramado invisible que tienen con la cultura, lo que sumado a la importancia política de la Iglesia católica, explica su enorme peso en la normatividad relacionada con la salud sexual y reproductiva. Indiscutiblemente, estas enseñanzas tienen una gran responsabilidad en los obstáculos que deben salvar hombres y mujeres para controlar su capacidad reproductiva, y en la posición de subordinación que se ha asignado a las mujeres en la sociedad (con las consecuentes limitaciones a su libertad de elección).

Conforme la legitimación simbólica de la ideología católica radica en su imbricación con la cultura, el orden patriarcal católico está profundamente arraigado en ésta y no requiere justificación.²¹ Ello ilustra que la normatividad, por un lado, no se establece mediante la definición escrita de las reglas o los mandamientos, ya que por medio de mecanismos “subliminales”, la ideología católica ha adquirido un grado de legitimidad tal que parece inscrita en el subconsciente colectivo; es lo dado, lo lógico, lo correcto. Su profundo arraigo en la cultura torna su transformación en una tarea ardua y de largo plazo. Por otro lado, la normatividad también comparte el nivel de las reglas explícitas, que en el caso de la ideología católica están contenidas en diversos documentos con postulados normativos, aunque no todos poseen el mismo peso y autoridad. Ello obliga a distinguir entre la autoridad que emana de los documentos que produce un concilio —la máxima autoridad de la Iglesia católica—, y la que puede deducirse de una encíclica o una carta pastoral.²² El desconocimiento de esta distinción

²⁰ Este concilio establece una nueva eclesiología que concibe a la Iglesia como una comunidad de iguales, en la que el pueblo católico tiene tanta importancia como los ministros de culto, los jerarcas y el Papa.

²¹ Marta Lamas (1995), “Desconstrucción simbólica y laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos”, ponencia presentada en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica, El Colegio de México, p. 6.

²² Si lo planteado por un Papa en una encíclica está en contradicción con los lineamientos que han surgido de un concilio, prevalece este último.

conviene al interés de la jerarquía, ya que lleva a los feligreses a considerar cualquier pronunciamiento de un ministro de culto como la palabra de Dios.

La normatividad escrita se ha traducido en una serie de preceptos y reglas que toman a la naturaleza humana como un bien, como un don otorgado por Dios y, por ende, como parte integrante de la capacidad de amar de hombres y mujeres para la reproducción, pero negando la posibilidad del placer, del goce y de la pasión. Es decir, estas normas abogan por que todo acto sexual deba estar abierto a la procreación —que redime el pecado del placer— como fin único de la relación y sobre lo cual los seres humanos no deben intervenir.

La relatividad histórica de las enseñanzas católicas se refleja en que diversas razones han llevado a la jerarquía a variar en el tiempo las concepciones y las normas en cuanto a la sexualidad, el matrimonio, la anticoncepción y el aborto; siempre han existido diferentes creencias y prevalecen aquellas que han sido definidas por factores humanos; por lo tanto, las enseñanzas sobre la sexualidad y la reproducción no son infalibles. En suma, en la Iglesia católica no hay tradición clara y continua que considere a la sexualidad pecaminosa, así como no la hay sobre el uso de anticonceptivos ni sobre la calificación del aborto como homicidio.

Los fundamentos actuales de la moral católica tradicional en torno a la sexualidad establecen que los padres deben dar a sus hijos una positiva y serena explicación de los puntos más sólidos de la moral cristiana; esto es, la indisolubilidad del matrimonio, la relación entre el amor y la procreación y la inmoralidad de las relaciones premaritales, del aborto, de la anticoncepción y de la masturbación.²³ Estas inmo-

ralidades indican que los dos componentes de la unión conyugal —el unitivo y el procreativo— no deben separarse; ello rige especialmente para la anticoncepción y la procreación artificial, ya que en la primera se busca el placer sexual interviniendo para evitar la concepción, y en la segunda se busca la concepción sustituyendo el acto conyugal con una técnica. Estos fundamentos, a fin de contribuir a evitar la mentalidad hedonista de la juventud que induce a la anticoncepción, enfatizan lo maravilloso de la procreación y el profundo significado de la virginidad. En síntesis, pese a los avances que presentan estos planteamientos, reiteran los mitos tradicionales que las enseñanzas de la Iglesia asocian a la sexualidad y a la reproducción: sexo-pecado, sexo-reproducción, la condena al placer, la heterosexualidad como norma, las virtudes de la castidad y la virginidad.

Los orígenes de la hostilidad de la Iglesia católica hacia la sexualidad y las mujeres se remontan a los primeros católicos.²⁴ Esta hostilidad se refleja en las normativas de algunos emperadores romanos (por ejemplo, Justiniano en el siglo vi), que establecen diversas prescripciones para la vida sexual, y en las reglas establecidas por obispos y papas en la Edad Media, sobre los distintos momentos en que se prohibía a las parejas casadas tener relaciones sexuales. Así se fue asentando la creencia de que todos los actos sexuales deben vincularse a la procrea-

²³ Estos fundamentos fueron publicados en 1995 en el documento "La verdad y el significado de la sexualidad humana".

²⁴ Las influencias aludidas por la autora se refieren a las tradiciones hebrea y griega y al rechazo de los ritos sexuales del pueblo de Canán, proscritos por el pueblo de Israel y considerados paganos. En este mismo sentido cabe mencionar que la contradicción entre las concepciones monistas e igualistas del ser humano, aunada al desprecio estoico por el placer y el cuerpo, fueron determinantes en las normas establecidas en la época. Y, respecto a la historia y evolución religiosa del pueblo judío, el Antiguo Testamento es un testimonio de las diversas teologías y actitudes que ha tenido Israel frente a la sexualidad. Aunque en realidad, la normativa que se enseñó en el cristianismo primitivo se alimentó de las necesidades económicas y políticas concretas del pueblo israelí.

ción, la que ha nutrido tanto las enseñanzas morales como las posiciones políticas de la Iglesia católica. En suma, esta creencia guía las posiciones de la Iglesia con relación a las diferentes acciones que se promueven desde el enfoque de la salud reproductiva y sexual.²⁵

En defensa de la sexualidad placentera y los preceptos y valores congruentes con los derechos de las mujeres que también forman parte de la doctrina católica, la autora aludió a los cambios que se inician en el discurso eclesial a partir del Concilio Vaticano II²⁶ y al rescate que ha hecho la teología latinoamericana de aspectos de la sexualidad que permiten ampliar el marco normativo de este campo. El concilio señala que todas las realidades humanas son intrínsecamente buenas porque Dios creó al hombre y, por consiguiente, los diferentes ámbitos de la sexualidad —la genitalidad, las estructuras biológicas, fisiológicas, físicas, materiales, corporales e intramundanas— también son buenos en sí; es decir, todo el funcionamiento orgánico y psíquico del ser humano posee bondad intrínseca; por ende, el placer —incluido el sexual— tiene esta virtud. Tal posición ha sido sustentada por algunas teólogas feministas que sugieren repudiar esa concepción que divide a las personas entre aquellas que tienen un alma hermosa, eterna y espiritual y las de un cuerpo corrupto, pecaminoso y temporal, ya que las personas no son un alma que tiene un cuerpo sino que son un espíritu encarnado, un cuerpo espiritual.²⁷

²⁵ Estas acciones aluden a las que se realizan en pro de la despenalización del aborto, de la anticoncepción, de la investigación anticonceptiva, la esterilización, las técnicas de reproducción asistida, la educación sexual, las campañas contra del SIDA y a las políticas de población.

²⁶ En especial cabe señalar el planteamiento que en torno al sexo marital y a la reproducción hace el documento “*Gaudium et Spes*”, que invierte lineamientos eclesiales anteriores.

²⁷ Christine Gudorf (1996), “Ética sexual feminista”, en *Somos Iglesia, Católicas por el Derecho a Decidir*, México, pp. 15-40.

Finalmente, la maestra Mejía abordó la cuestión de los niveles de la normatividad. Asume que la ética es una disciplina encargada de reflexionar de manera crítica sobre la vida moral, y distingue la moral oficial —reconocida públicamente por las autoridades eclesiásticas— de la moral vivida —más o menos consciente o reflexivamente— por los seguidores de la fe cristiana.²⁸ Las personas asimilan y se apropian de las normas oficiales de convivencia social, entre las cuales existen algunas incompatibles o difíciles de vivir simultáneamente y que afectan, particularmente, a las mujeres católicas. Sin embargo, el hecho de que las mujeres hayan comenzado —en silencio— a experimentar una ruptura entre estas normas y la vida cotidiana, y que se haya acrecentado la distancia entre las situaciones de la vida real y las guías morales que pregona la Iglesia, ha dado lugar al surgimiento de una *reflexión ética* que permite a las mujeres asumirse como *sujetas*; es decir, como mujeres que tienen la tarea de participar activamente en la construcción de nuevas normas liberadoras, deconstruir las culpas, romper el orden simbólico ancestral basado en la injusticia que las ha oprimido por siglos, y construir una ética integradora y opuesta a toda dominación. Indudablemente, desde esta perspectiva se puede resignificar la sexualidad y la reproducción como dimensiones humanas significativas y espacios de realización y no como experiencias de alienación.

A continuación se presentó el trabajo “Salud reproductiva, sexualidad y derechos humanos” del licenciado Víctor Martínez-Bullé (UNAM), quien sostuvo que el vínculo de la salud repro-

²⁸ La autora se apoya en G. Zubiria (1996), “Género y ética”, en *Somos Iglesia, Católicas por el Derecho a Decidir*, México, pp. 71-88, quien sostiene que siendo la vida moral la conducta social de las personas, cuando está orientada a la realización humana amerita una valoración positiva, pero si tiende a la deshumanización merece una valoración negativa.

ductiva, la sexualidad y los derechos humanos radica en el reconocimiento que se les otorga en la normatividad jurídica, debido a que los dos primeros se asumen como parte del contenido de los derechos fundamentales o humanos. No obstante, los tres conceptos son interpretados, por la propia normatividad jurídica y por la realidad social, con percepciones muy diversas. Los derechos humanos, pese a ser elementos fundamentales de todo orden jurídico, están vinculados al modelo ideológico del liberalismo-individualista, que los define y desarrolla. Si bien los derechos humanos representan la expresión jurídica de la dignidad del ser humano que requiere ser tutelada por el orden jurídico y social, contienen una carga moral implícita porque se refieren al resguardo de valores humanos vitales para el desarrollo del individuo en su vida social, y en este caso implican la acción de resguardar los valores sustentados o importantes para los sectores que detentan el poder. En teoría, ello se contrapone —en una concepción idealista— al hecho de que el valor fundamental de una sociedad liberal sería la autonomía, por lo que no debieran imponerse valores o una posición moral tutelada por normas y, por consiguiente, imponerse al resto de la sociedad.²⁹

Desde esta perspectiva, la salud —de la que es parte la salud reproductiva— es un valor fundamental para el individuo y la sociedad; de esta forma es reconocido por la Constitución mexicana y por los instrumentos internacionales abocados a consagrar y proteger los derechos humanos como el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de bienestar físico y mental.³⁰ Para ser más precisos, la salud en la

doctrina internacional se asume como un alto nivel de bienestar general. Lamentablemente, ello no se ha podido expresar en las realidades de los estados nacionales debido a que la tutela de la salud padece de los defectos en el desarrollo y construcción normativa de los derechos humanos de la segunda generación (económicos, sociales y culturales). En efecto, el proceso de institucionalización del derecho a la salud sufre de diversos vicios por la falta de un desarrollo normativo adecuado, ya que muchos derechos no se han traducido en leyes concretas. Las constituciones, en su calidad de norma fundamental —y su respectiva carga simbólica social— consagran los derechos, pero muchas veces con el afán de cumplir compromisos internacionales o para responder a demandas internas, sin traspasar un empeño declarativo.³¹ Esta situación se repite para casi todos los derechos: económicos, sociales y culturales de la segunda generación, y a su consagración sigue el descuido de su desarrollo normativo; es decir, no se les dota de contenido ni de mecanismos para exigir su aplicación, quedando en la mera enunciación y como un ideal por alcanzar. En otros términos, como la salud es parte del Pacto de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, tiene la calidad de derecho de *cumplimiento progresivo*; esto significa que el Estado no está obligado a velar por su cumplimiento real, ya que sólo debe tomar medidas en el ámbito nacional e internacional, mediante la cooperación o normas, para lograr hacer efectivos algún día estos derechos.³²

De lo anterior se desprende que la posibilidad de concretar estos derechos está en directa

²⁹ Bajo una concepción idealista, la única forma de establecer un valor determinado común al conjunto social sería por la vía del consenso, lo cual, por su condición utópica, se traduciría en una inacción social del Estado.

³⁰ Incluso documentos internacionales recientes como el Protocolo de San Salvador, adicional a la Convención Americana, abogan por la salud física, mental y social.

³¹ El caso más elocuente de esta situación es el derecho a la información, que veinte años después de su consagración constitucional aún se desconoce qué significa en la práctica.

³² Por el contrario, el Pacto Internacional de la ONU de los Derechos Civiles y Políticos, establece la obligación del Estado de respetar y garantizar la vigencia de estos derechos.

relación con el desarrollo económico y social de los estados, que permita por ejemplo, disponer de los recursos para construir una infraestructura en el campo de la salud. Evidentemente, esto tiene claras consecuencias negativas, porque impide exigir el cumplimiento del derecho a la salud reproductiva, ya que pese a estar consagrado en la Constitución, no existe la norma jurídica que establezca el derecho subjetivo o del individuo para exigir un tratamiento determinado.

No obstante, en esta materia existen algunos avances en el plano internacional, ya que se ha establecido la obligación del Estado de proteger la salud reproductiva, desde la perspectiva de la función reproductiva de la mujer; es decir, conceder atención pre y posparto a la mujer y, también, favorecer un ambiente laboral que no entorpezca su función reproductiva. Sin embargo, los avances científicos y tecnológicos en el campo de la reproducción humana han develado nuevos problemas y realidades que no han sido recogidos por el derecho, debido, en parte, a que la sociedad no tiene una idea clara respecto a cómo actuar en estas nuevas realidades.³³

Finalmente, el campo de la sexualidad no aparece recogido en ningún texto normativo protector; en cambio el ejercicio de la sexualidad sí es desarrollado por la ley, pero desde una perspectiva moralista que consagra lo negativo de las prácticas sexuales, prohibiendo con normas penales —que sancionan— el ejercicio de la sexualidad que se considera perverso: hay sanciones para el adulterio, la violación, el estupro, los atentados al pudor, etcétera. En resu-

men, la percepción jurídica de la sexualidad, al contrario de afirmarla y desarrollarla socialmente, busca atacar la parte perversa del ejercicio sexual. En este campo, los avances científicos y tecnológicos develan un nuevo conjunto de problemas, desde la misma determinación del sexo —lo que indica el diagnóstico genético o la postura que el individuo adopta en el ejercicio libre de su sexualidad— para el cual no hay una posición clara en términos de regulación. Es decir, existe una nebulosa sobre cómo legislar los fenómenos transexuales, prácticas homosexuales, reconocimiento de matrimonios homosexuales, el derecho de estas parejas para tener hijos, entre otros. De ahí que en la medida en que la sociedad aún tiene mucho que avanzar en esta materia, no es adecuado pedir que el derecho consagre normas, ya que sólo funcionarían como imposiciones sobre la propia sociedad.

En la tercera ponencia, el doctor Arnoldo Kraus (Instituto Nacional de la Nutrición “Salvador Zubirán”) presentó el trabajo “Salud reproductiva: del papel a la realidad”, donde abordó aspectos de la instrumentación de los servicios de atención a la salud reproductiva. El autor enfatizó que este concepto debe incluir a hombres y mujeres, en tanto alude a una vida reproductiva y sexual responsable, placentera y segura. No obstante, toda reflexión en la materia debe contextualizarse en la realidad económica y genérica mexicana, que se caracteriza por la desigualdad de géneros, la discriminación y la inequidad social. Sin duda este escenario conlleva diversas consecuencias negativas para la mujer y la salud reproductiva: menor educación y participación en la toma de decisiones sobre su cuerpo y alta desinformación en materia sexual, lo que se traduce en embarazos no deseados y abortos, escasa valoración de su opinión y deseos, obstáculos para ingresar al mundo laboral y mayor exposición al SIDA —en

³³ Esta renuencia del derecho a darse cuenta de estas nuevas realidades (fecundación artificial, en vitro, las donaciones y comercializaciones de las germinales humanas, el alquiler de úteros, etcétera) es natural en la medida en que el derecho establece el “deber ser”, para lo cual requiere previamente conocer el “ser”; conocimiento que entrega la sociedad.

las mujeres jóvenes y de bajos recursos—, entre otras.³⁴

Pese a los esfuerzos académicos por dar cuenta de la magnitud de las consecuencias negativas, como el aborto y la mortalidad materna, persisten fuertes dificultades metodológicas, legales y sociales para lograr una noción real de la cuantía de estos fenómenos; por un lado, existe un subregistro de los casos de muertes maternas, y por otro, debido a la penalización y estigmatización social de la práctica abortiva, tanto los médicos que la practican como las mujeres que la solicitan lo mantienen en secreto. En virtud de los riesgos que conlleva la naturaleza clandestina del aborto —muerte materna, orfandad y vagancia infantil, hogares incompletos, entre otros—, el autor cuestionó la normativa decimonónica que rige a los servicios de salud, ya que es una visión oscurantista. No cabe duda de que la decisión de interrupción voluntaria del embarazo, lejos de ser un acto delictivo y amoral, es una acción extrema, lacerante y dolorosa, por medio de la cual la mujer busca resarcir una imagen de dignidad y autonomía. Esto plantea la necesidad de modificar los marcos legales para procurar la protección, ayuda y orientación de las mujeres con embarazos no deseados; cambios que, obviamente, se traducirían en beneficios universales: morirían o enfermarían menos mujeres por abortos mal asistidos y no se destinarían tantos recursos a la atención de aquellas que sufren complicaciones en estos procedimientos.³⁵

³⁴ El autor menciona algunos antecedentes: mayor frecuencia de matrimonios de parejas jóvenes de escasos recursos, mayor mortalidad materna en mujeres menores de 20 años, aumento del SIDA en mujeres de 20 a 29 años y escasa atención prenatal de mujeres sin educación.

³⁵ El doctor Kraus se refirió a que en América Latina el aborto mal asistido es una de las principales causas de muerte entre mujeres de 15 a 39 años y que un tercio de la capacidad instalada de los servicios de ginecología y obstetricia es ocupada por mujeres que padecen complicaciones por abortos “clandestinos”.

En esta dirección se orientan los objetivos del Programa de Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud del gobierno: esto es, disminuir los niveles de fecundidad, reducir el número de embarazos no deseados o de alto riesgo, contribuir a la prevención del aborto y disminuir la morbilidad materna y perinatal. No obstante, la consecución de estos objetivos enfrenta diversos y complejos obstáculos culturales, morales, religiosos y económicos. Teniendo presente la barrera que impone la crisis financiera actual, el gobierno considera posible alcanzar sus metas mediante la masificación del uso de métodos anticonceptivos y la promoción de la participación activa del varón en la planificación de la familia, a lo cual el autor agrega la coordinación del trabajo de las secretarías de Salud, Educación Pública, Trabajo y Hacienda para construir y distribuir información que satisfaga las necesidades de los sectores involucrados.

Por otro lado, la inequidad y discriminación que se desprenden de las diferencias de género dificultan el ejercicio de la salud reproductiva de las mujeres; este fenómeno, de carácter mundial, se expresa en el ámbito laboral, político, económico y de la salud.³⁶ Obviamente, la gran cantidad de dificultades que enfrenta la esfera de la salud reproductiva indica que permanecer en silencio al respecto es una cuestión poco ética. En virtud de este imperativo, el autor afirma que las políticas tendrán éxito cuando se comprenda que sexo y reproducción son fenómenos paralelos a igualdad y dignidad, y que la responsabilidad de la salud reproductiva implica la coparticipación de mujer y hombre por igual y de un sistema de salud eficaz. Reconociendo que

³⁶ Las mujeres tienden a desempeñar una jornada laboral más extensa y menos remunerada que los hombres y cuentan con menor representatividad en los ámbitos del poder y la política, lo que se traduce en mayores dificultades económicas y, por ende, en problemas para acceder a los servicios de salud deseados.

la habido avances en algunas de las áreas vinculadas con el tema,³⁷ el doctor Kraus propuso trabajar en torno a los siguientes ejes operativos: *i)* facilitar el acceso y mejorar la calidad de los servicios de salud; *ii)* difundir el concepto de salud reproductiva entre los prestadores de servicios y vía éstos, entre la población; *iii)* aumentar los recursos para otorgar orientación a la población adolescente y a los grupos vulnerables; *iv)* incrementar la participación de las ONG, y *v)* coordinar el trabajo de la Secretaría de Salud con otras dependencias públicas.

La ronda de exposiciones terminó con el trabajo "Educación, medios de comunicación y salud reproductiva" de la maestra Rosa María Camarena (UNAM). La ponencia emprende una revisión de la institucionalización progresiva del derecho a la información en lo relativo a la familia y la sexualidad de la población en los foros internacionales, que se inicia en la Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos de 1968 en Teherán, y se consolida en las conferencias Mundial sobre Población y Desarrollo de 1994 en El Cairo, y Sobre la Mujer de 1995 en Beijing.³⁸ Por la magnitud de los fenómenos atinentes a la salud reproductiva, los temas en que se imparte educación se amplían desbordando los límites de la salud física de la mujer y de la planificación familiar, revelándose la pers-

pectiva de género y una cobertura integral de hombres y mujeres de diferentes edades.

En virtud del nuevo enfoque de salud reproductiva, la educación no sólo fomenta la paternidad responsable y las conductas sexuales responsables sino también trata de promover relaciones de género equitativas que excluyan el abuso y la violencia sexual, la responsabilidad masculina por su propia salud, el reconocimiento y respeto a la autodeterminación de la mujer y el reconocimiento de la responsabilidad compartida entre ambos en la reproducción y la sexualidad. Asimismo, se promueve que la educación en estos temas y valores se inicie a temprana edad de los niños y se complemente con programas educativos para los padres a fin de que apoyen el proceso de maduración sexual y reproductiva de los hijos.

Desde los años setenta en México la educación, la información y la comunicación han sido líneas fundamentales en la estrategia del Estado para crear una conciencia pública acerca de los problemas de crecimiento y distribución de la población que lleve a lograr cambios en los comportamientos reproductivos de los mexicanos.³⁹ En el componente de la educación se identifican dos planos de acción: *i)* la capacitación y formación de recursos humanos para la prestación de los servicios de planificación familiar, y *ii)* la educación dirigida a la población en general, mediante la introducción de contenidos de sexualidad, paternidad responsable y reproducción humana en los programas curriculares de la enseñanza formal, tanto en los niveles educativos primarios, secundarios y universitarios como en los magisteriales (modalidad formal). La población general también recibe la educación por acciones de distinta intensidad y valiéndose de una diversidad de me-

³⁷ En los últimos tiempos se han logrado avances en la atención perinatal, en el cuidado de las adolescentes, en las campañas para el control de las enfermedades de transmisión sexual y de detección del cáncer, entre otras.

³⁸ Entre estos foros se ubican: la Conferencia Mundial de Población de Bucarest en 1974, donde se amplió el derecho a la información —inicialmente restringido a los padres— a las parejas y los individuos y se recomendó impartir educación sobre paternidad responsable; la Conferencia Internacional de Población de la ciudad de México en 1984, donde se enfatizó la educación en materia familiar y sexual para los adolescentes; la Conferencia sobre la Mujer de Nairobi en 1985, la Convención de los Derechos del Niño en 1989 y la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de 1993, en las que se ratificaron los postulados sobre la educación para adolescentes, y finalmente, el Congreso Internacional sobre Educación en Población y Desarrollo en 1992, donde se agregaron los temas del sida y los embarazos adolescentes a los programas educacionales.

³⁹ En la Ley General de Población de 1973 se establece que la educación es el eje de la acción estatal.

dios, que van desde cursos dirigidos a grupos específicos, hasta comunicados informativos dirigidos al conjunto de la población (modalidad informal).⁴⁰

No obstante la centralidad de la educación, la información y la comunicación en la estrategia pública, no se han logrado los resultados esperados; en efecto, estudios realizados en los años ochenta (de 1985 en adelante) indican que estas acciones sólo han tenido éxito al modificar algunos comportamientos sexuales de la población (la aspiración a tener un número reducido de hijos, y al aplazamiento a una edad adecuada para tener hijos, así como el conocimiento de la existencia de los métodos anticonceptivos).

Los escasos logros alcanzados nos llevan a cuestionar si la estrategia educativa tiene capacidad para responder a las exigencias del nuevo concepto de salud reproductiva. Dado que en éste se concibe a la salud como el estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con la reproducción y la sexualidad, se requiere un mayor apoyo educativo y, tal vez, un tipo de educación distinto al actual. La actual estrategia supone el desarrollo de una nueva cultura demográfica y de salud que involucre un cambio de ideas, creencias y prácticas arraigadas en los niveles social, grupal e individual que, rebasando el ámbito reproductivo, tienda a la conformación de una nueva cultura personal.⁴¹ Ésta, a su vez, se traduce en una forma diferente de percibir y vivir

las diversas facetas y fenómenos de la sexualidad y la salud reproductiva; supone cambios profundos en la autopercepción de las personas y en la toma de conciencia de sus derechos para incidir en todos los ámbitos que las interpelan o afectan; en suma, implica el desarrollo de la persona en su más amplio sentido.

En el desarrollo de esa nueva persona, la educación debe ofrecer un aporte integral, ya que no es competencia exclusiva de la educación en sexualidad y reproducción. Conforme el Estado debe, según la propia Constitución, impartir una educación que tienda al desarrollo integral del individuo y contribuya a una mejor convivencia humana, es imperativo contar con un modelo educativo que haga efectivo lo indicado en las leyes y reglamentos. Hasta ahora, tanto en materia sexual y reproductiva como en general, en la educación ha predominado lo informativo e instrumental sobre lo formativo, y se ha considerado que la educación sexual es un agregado a los programas curriculares y no parte integrante de los mismos. Obviamente, la complejidad del momento exige superar tal postura y procurar la formación integral de las capacidades humanas y la conformación de individuos más plenos, conscientes, independientes, libres, seguros de sí mismos, reflexivos, críticos y responsables en todos los ámbitos de la vida.

Es en esta amplia percepción que la educación sexual y reproductiva puede ser de gran utilidad para la salud reproductiva. En esta línea, la educación y la información no pueden restringirse a la mujer, ya que en la medida en que la situación de las mujeres es producto de relaciones socialmente construidas entre los sexos, su modificación requiere de la participación de hombres y mujeres.⁴² En otros térmi-

⁴⁰ La autora sostiene que las acciones en la modalidad formal se remontan a los años treinta, pero su aplicación más sistemática se inicia en 1973 (Ley Federal de Educación); y las acciones en la modalidad informal se remontan a los albores del siglo, logrando un mayor desarrollo en los años cincuenta con la llegada de los métodos anticonceptivos alcanzan relevancia pública en los años setenta, como parte de las estrategias de la política demográfica.

⁴¹ Jacques Delors (1996), *La educación es un tesoro*, Informe a la UNESCO de la Comisión Internacional sobre Educación para el Siglo XXI, Francia.

⁴² Los estudios de masculinidad han revelado que esta situación también afecta a los hombres, de ahí que sea necesario saber por boca los propios hombres, los efectos de los papeles

nos, es necesario fortalecer el carácter humanista de la educación que promueva una concepción renovada del hombre —autónomo de pensamiento y decisión—, en la que se reconozca al mundo como producto de las acciones del hombre; por ende, debe pugnar por la libertad, la dignidad y la recuperación de los valores básicos que hacen de las personas seres humanos.

La maestra Camarena terminó destacando que la educación y la comunicación tienen una importancia clave para las acciones de la salud reproductiva, ya que, producto de la propagación del SIDA y de la disputa que han iniciado los sectores conservadores de la sociedad mexicana (en virtud de su creciente poder político y social) sobre los contenidos de los libros de ciencias naturales de la escuela primaria, la discusión y la acción en sexualidad y reproducción puede retornar al terreno privado y supeditarse a visiones moralistas y oscurantistas.

COMENTARIOS A LA SEGUNDA SESIÓN

Teresita de Barbieri (UNAM), al comentar el primer trabajo de la sesión, opinó que los distintos niveles abordados por la maestra Mejía están permeados por la postura crítica hacia la jerarquía eclesial que sustenta la organización que preside: Católicas por el Derecho a Decidir. La comentarista concordó con el planteamiento sobre la jerarquía de normatividades que existe en la estructura eclesial, que cuestiona el hecho de que todo lo establecido por el Papa sea dogma de fe y obligue a los fieles; en consecuencia, las posiciones que respecto a la sexualidad surgen del Papa son sólo opiniones y no tienen

impuestos socialmente y cimentados culturalmente, que inhiben la expresión de sus sentimientos y reproducen el ejercicio irracional del poder.

carácter obligatorio.⁴³ El problema aquí radica en el desconocimiento por parte de los fieles de que la visión papal no es decisiva para ser parte de la grey católica. No obstante, discrepó con la autora en la idea de que en nuestras sociedades sean aplicables las tesis de Bourdieu respecto a que la Iglesia norma las representaciones y el imaginario de las personas; esto es aún más relativo en el caso particular de México, donde existe un sincretismo muy grande. En opinión de De Barbieri, este tema debiera ser materia de estudios que lo demuestren.

Por otro lado, manifiesta su concordancia con la centralidad que tiene la relatividad histórica en las posturas eclesiales: actualmente asistimos a un retroceso de la Iglesia a posiciones tradicionalistas, conservadoras y rígidas en el ámbito de la sexualidad y la reproducción y, simultáneamente, el mercado, los teólogos y algunos sectores de la propia jerarquía católica plantean posiciones progresistas. Por lo tanto, la sexualidad y la reproducción son y han sido, en diversos momentos de la historia de la Iglesia, un campo de debate.

Al parecer hoy día, la Iglesia no se da cuenta de los cambios del presente —transición demográfica y auge del movimiento de mujeres— y, más aún, ha revitalizado posturas conservadoras no sólo en materia de sexualidad y reproducción sino también en la propia organización eclesial y la participación de la comunidad católica. De Barbieri afirmó que el retorno a posturas conservadoras puede obedecer al temor de la jerarquía —hombres célibes— a perder el poder o a verse compelidos a compartirlo con otras personas no célibes o no varones. Dado que las conclusiones de las comisiones nombra-

⁴³ Las encíclicas papales adquieren carácter de dogma luego de pasar un proceso jurídico largo y complejo. En este sentido, toda la normatividad que surge de la encíclica *Casticus Nuvis* de los años treinta y que alimentó las conductas sexuales de los hombres y mujeres de fe católica hasta el Concilio Vaticano II, no era dogma de fe.

das para sugerir caminos que aborden los fenómenos contemporáneos proponen opciones progresistas, pero la jerarquía las rechaza argumentando la pérdida de credibilidad de los fieles, la Iglesia se encuentra en un círculo vicioso. En este contexto, la sexualidad y la reproducción seguirán siendo un campo de debate dentro de ella hasta que ya no pueda continuar con su tradición de asegurar la credibilidad de los creyentes.

Por otro lado, de un modo muy sintético la comentarista expresa que si bien el trabajo del licenciado Martínez-Bullé es un aporte, requiere ahondar sobre cuál es el papel normativo de las conferencias internacionales de Naciones Unidas y cuál la vigencia de estos acuerdos internacionales —como la Conferencia de El Cairo que estableció normas específicas en materia de salud reproductiva— para las normatividades nacionales.

Finalmente intervino la doctora Reyna Hernández (Asociación Psicoanalítica Mexicana) para comentar las ponencias de la maestra Camarena y del doctor Kraus. En su opinión, los dos trabajos reflejan concepciones del mundo distintas: la visión médica presupone a la objetividad como un valor, pero tiene una limitada visión del ser humano debido a que busca la comprensión del funcionamiento del organismo vía la división de sus partes; en cambio, el modelo educativo enfatiza las características personales de los educadores y de los educandos y la situación relacional que surge en el encuentro de ambos.

Los estudios sobre los problemas de la sexualidad y la reproducción engloban una serie de valores —del individuo, de su entorno y de la sociedad— que rigen la existencia de las personas; de ahí que las conductas y actitudes de los profesionales de la salud, los pacientes y la comunidad, trasciendan al conocimiento informado y a la decisión racional y planteen contradiccio-

nes entre las intenciones y creencias conscientes de los individuos y sus prácticas concretas. Por lo tanto, es un error suponer que los problemas se reducen a la ignorancia, los valores anacrónicos o las normas inadecuadas; en realidad están en juego sistemas de valores distintos que deben discutirse abiertamente.⁴⁴ El campo de la salud tampoco puede reducirse a explicaciones económicas (a consecuencia de la pobreza), ya que los problemas también se presentan en los países ricos.⁴⁵

La existencia de sistemas de valores distintos obliga a los legisladores a establecer un marco normativo que surja del conjunto social, y no de acuerdo con lo dispuesto por un sector social en perjuicio de otros sectores de la sociedad. En este sentido, la estrategia en favor del aborto ha llevado su defensa a un callejón sin salida, ya que el lema de “decidir sobre el propio cuerpo” obedece a una concepción disociada del ser humano que abstrae al individuo de todas sus relaciones y pertenencias (sociales); el aborto no es una cuestión individual, ya que compete también al padre, a la familia y a la comunidad.

Conforme el énfasis en los valores y en la subjetividad de los individuos implica sustentar de nueva cuenta una visión parcial del ser humano, la solución tampoco se limita entonces a la formulación de normas sociales más acordes a la atención de la población y a la difusión de información pertinente; si bien estos pasos son necesarios, lo que realmente se requiere para alcanzar los cambios esperados es una concepción del ser humano que trascienda estas disociaciones y que incluya la totalidad de

⁴⁴ Esta situación hace imposible pedirle a la Iglesia que apruebe el aborto, pues esto se opone a su concepción del mundo; realmente sólo se le puede exigir que no imponga su perspectiva a quienes no son parte de su comunidad.

⁴⁵ La percepción médica sectorializada sobre los fenómenos de la sexualidad y la reproducción induce a soluciones simples; por ejemplo, la legalización de la práctica abortiva no da cuenta del sufrimiento psicológico y social inherente al problema.

su ser, así como las relaciones con los otros y con la comunidad. De ahí que, a pesar de su pertinencia, los médicos deben superar la tendencia a disociar la unidad de la vida (sin renunciar a los conocimientos adquiridos en el estudio biológico del ser humano), lo cual no puede ser responsabilidad exclusiva del gobierno o de un grupo profesional; debe ser labor de todos los estamentos de la sociedad.

En esta labor, aunque con una estrategia distinta, la educación es fundamental. En efecto, los resultados desalentadores de la estrategia actual se explicarían por la mayor importancia otorgada a la información en detrimento de la formación; al priorizar la parte racional del individuo se excluyen otras áreas ajenas al conocimiento y a la razón (los valores, las emociones, los deseos, las creencias, los hábitos, las tradiciones y los prejuicios), que es muy difícil modificar. En consecuencia, para cambiar los valores y hábitos o superar los prejuicios de los individuos se debe trabajar por la formación de una convicción consciente; de esta manera, mediante un trabajo prolongado, se activarán las áreas menos racionales.

De acuerdo con la doctora Hernández, los magros resultados de la estrategia actual obedecerían a problemas más profundos que la utilización de mecanismos de transmisión —que dificultan la comprensión de los fenómenos tratados—. En la medida en que la temática de la sexualidad representa una carga emocional para los educadores —maestros y médicos— y para los alumnos o pacientes, ignorar este factor deviene en un inadecuado proceso de transmisión de la información, especialmente en el medio escolar, entre el maestro y sus alumnos.⁴⁶

⁴⁶ Efectivamente, pese a que el niño de 11 a 14 años esté ansioso de conocer aspectos de su incipiente vida sexual, vive en un contexto social que ha estigmatizado el asunto como algo clandestino y por ende, cerrado a la discusión pública. Por su parte el maestro, que al igual que el alumno ha sido formado en

En este contexto es muy sugerente la propuesta de la maestra Camarena de reeducar al maestro, ya que la superación de este problema requiere una transformación del docente como ser humano (es decir, la superación de sus ansiedades, temores y prejuicios).

Otro tanto ocurre en el campo de la práctica médica y de otros profesionales de la salud, donde el personal se incomoda al abordar la temática sexual con los pacientes.⁴⁷ La formación del médico, en su sentido más amplio, es resultado de los valores imperantes en la cultura en que se formó. Esto implica que la solución podría alcanzarse si los médicos se autorrevisaran y se dieran cuenta de la forma en que sus valores y prejuicios influyen en la relación con los pacientes, desafío que aún no se ha incorporado al discurso ni a la teoría y práctica médicas. En suma, al igual que al maestro, hay que reeducar al médico y modificar su modelo científico y valorativo del ser humano.

Todo este proceso de cambio debe darse en el marco de la vasta red de relaciones sociales en que se insertan los prestadores de servicios y las personas que interactúan con ellos; es decir, el proceso debe incluir también a las familias, a las instituciones y a la comunidad. Del mismo modo, este cambio alude a todas las naciones, y a los grupos étnicos y sociales que operan en una interdependencia creciente y con una red de comunicaciones que vincula a todos los actores y realidades nacionales.

Por último, la doctora Hernández sostuvo que en la actualidad la influencia de los medios de comunicación masiva sobre los individuos en formación supera la ascendencia que puedan tener la familia, los pares o los profesionales de

un ambiente lleno de culpas y temores, cuando aborda el tema no puede desprenderse de estos sentimientos que son percibidos por los jóvenes o niños, y que anulan su discurso y refuerzan y reproducen los valores del ambiente.

⁴⁷ Esta incomodidad se traduce en el uso de un léxico técnico y abstracto incomprensible para el paciente.

referencia —médicos, maestros—. Los medios operan con la información transmitida consciente y propositivamente —campanas de convencimiento— y con valores, creencias y modelos de relación transmitidos subliminalmente valiéndose de otros elementos (por ejemplo, el tratamiento trivializado y deshumanizado de la sexualidad que existe en las telenovelas y la publicidad). Sin duda la fuerte ascendencia de los medios de comunicación masiva sobre la configuración de valores de los individuos obliga a discriminar entre los valores que el propio individuo construye y los que interioriza día a día, e impone la necesidad de que en el proceso formativo de la escuela y la universidad existan espacios para la discusión y el análisis crítico de los mensajes transmitidos por estos medios.

México, en este proceso de desafíos de carácter mundial proyectados en el tiempo, tiene la oportunidad de aprender de las experiencias de los países desarrollados —distinguiendo entre las cosas que puede o no replicar en la realidad nacional—, pero sobre todo, tiene la posibilidad de innovar creativamente caminos que tiendan a la construcción de un mundo mejor.

DISCUSIÓN GENERAL DE LA SEGUNDA SESIÓN

En las intervenciones y comentarios se dio una extensa y propositiva discusión sobre el surgimiento, vigencia e incidencia de las normativas religiosas y jurídicas que regulan la vida reproductiva y sexual de los individuos. La discusión colectiva discurió entre reflexiones generales, preguntas que motivaron a profundizar en los temas, e intercambios de posiciones contrapuestas sobre el aborto, que revelaron apreciaciones distintas del tema.

Las intervenciones trataron, a partir de las ponencias y comentarios, de profundizar en el conjunto de los temas; sin embargo resaltó la

escasez de estudios de las normatividades vistas como procesos y campos de luchas y de alianzas, y de los efectos o las relaciones entre las normatividades, las representaciones sociales y las prácticas. De ahí que se sugiere analizar en el campo médico cuáles son las jerarquías que procesan las normatividades, y cuáles los conceptos que se discuten entre los médicos y entre éstos y los administradores de la salud. Asimismo, en el campo educativo se propone profundizar sobre los procesos de disputa entre los distintos actores vinculados con la Secretaría de Educación Pública, tanto internamente —sindicatos, Consejo Nacional de la Educación y otros—, como externamente —medios de comunicación, Iglesia y otros—, cuyas posiciones diversas, en ocasiones, congelan la toma de decisiones.

En una segunda fase habría que analizar las representaciones sociales que se derivan del conjunto de esas normatividades: ¿cuál logra predominar sobre las otras en la práctica?, y ¿cómo cambian estas predominancias entre las distintas normatividades? Además, dado que entre los marcos normativos y las prácticas hay todo un espacio asociado con las experiencias de los individuos, cabe indagar cuál es la consecuencia de que existan discursos normativos incluso contradictorios entre sí, ante la conciencia y la experiencia de las personas.⁴⁸ Esto se refleja en que cuando los jóvenes hablan de su propia sexualidad, recurren alternativamente a los discursos y voces que conocen en su entorno —la escuela, los medios de comunicación, la Iglesia—; en este proceso llama la atención que no aparece en el horizonte de experiencia juvenil el derecho. En la misma dirección, se sostuvo que conforme los medios de comunicación

⁴⁸ Esta brecha entre la norma y la realidad es muy evidente en el campo de la salud, donde los sacrificios que deben hacer las personas que pueden acudir a una consulta médica no son considerados en la elaboración de la norma.

tienen mayor influencia,⁴⁹ habría que ver en qué medida ello obedece a su capacidad de ser factores significados y significadores, es decir, creadores de nuevos significados con los que la gente se identifica.

Finalmente, se planteó que el discurso de la salud reproductiva, en la medida en que valora el poder de autodeterminación de los individuos, debería enfatizar los aspectos contextuales que pueden hacer del embarazo un problema y en consecuencia eliminar los conceptos de deseo y planeación, ya que independientemente de que el embarazo sea o no deseado y planeado, los factores socioeconómicos pueden dificultar el ejercicio de una vida reproductiva sana.⁵⁰

Sin duda el tema que mayor interés provocó en el público fue la normativa religiosa: tanto su evolución y vigencia como su incidencia en la población. Algunos asistentes trataron de profundizar en los aspectos históricos de la normatividad católica. En primer lugar, el cuestionamiento al tratamiento ahistórico y vacío de las posiciones de la jerarquía eclesial —sustentado en su imbricación en los procesos históricos de la sociedad—⁵¹ obliga a precisar que tal ahistoricidad radica en su distanciamiento de las prácticas sexuales de las personas que profesan la fe católica.⁵²

⁴⁹ La mayor ascendencia de los medios de comunicación sobre los jóvenes y sobre los individuos en general obedece a los vacíos que ha dejado la educación en el terreno de la sexualidad, tanto en la familia como en las escuelas.

⁵⁰ Ello se refleja en que los embarazos deseados y planeados en condiciones de pobreza, inequidad y violencia, sin acceso a una nutrición adecuada, ni a servicios de atención a la salud reproductiva, ni educativos, también devienen en problemas para la salud de la mujer; es decir, no sólo los embarazos no deseados pueden ser problemáticos.

⁵¹ Esta inserción en el decurso social se refleja, por ejemplo, en que cuando se inició la anticoncepción en México —hace 20 años—, debido a las condiciones históricas del momento la jerarquía de la Iglesia no se opuso activamente como lo está haciendo ahora.

⁵² Como lo demuestran las encuestas Gallup y otras, un gran porcentaje de la población mexicana (70% de las parejas), que es mayoritariamente católica (92%), decide y ejerce una vida

En segundo lugar, respecto a la situación histórica en el contexto de América Latina y de México, de la teología de la liberación y de la teología feminista y de su convergencia, tanto en torno a la justicia social como a la justicia erótica, se mencionó el proceso político de Chiapas como un claro ejemplo de que la teología de la liberación ha sido un instrumento para el fortalecimiento de la organización de las comunidades indígenas tras un proyecto libertario asociado con la posibilidad de construir el reino de Dios en este mundo. Por otro lado, la relación —y convergencia— entre ambas teologías se ha visto dificultada y tensionada por el carácter ideológico que ha adquirido la vigilancia del cumplimiento o no de las normas que favorecen las posiciones de las mujeres; en efecto, la pérdida del control de los laicos —desde el Concilio Vaticano II— lleva a la estructura patriarcal de la Iglesia a promover una vigilancia específica sobre los miembros de culto, castigando cualquier movimiento que escape a la normativa establecida.

El retorno de la Iglesia a posturas conservadoras se explicaría en los propios cambios que se generan en la sociedad, especialmente el mayor reconocimiento a los derechos de las mujeres. En otros términos, ante los avances en el proceso de secularización, la Iglesia ha enfatizado aquellas normas que permitan recuperar el control sobre la población. Como antítesis de este proceso ha surgido un movimiento internacional —Somos Iglesia— que recoge la experiencia de algunos católicos alejados de la normativa emanada durante el actual papado conservador, y que reclama cambios en la Iglesia y en el ejercicio de diversos derechos para una vida sexual y reproductiva más libre, segura y placentera. Este movimiento, aunque no

sexual en abierta contraposición con los dictados de la jerarquía de la Iglesia, que insisten en considerar el aborto como un homicidio y en oponerse al uso de los métodos anticonceptivos.

aboga por el aborto, genera un acercamiento a la justicia social que toma en cuenta los derechos de las mujeres.⁵³

Otra parte del público propuso, para cerrar el círculo de análisis, agregar a los marcos normativos, las prácticas sociales y las consecuencias, el nivel de la causalidad; es decir, avanzar en el conocimiento sobre el alcance de la influencia eclesial, tanto en términos de su fuerza en relación con otros grupos de poder con posiciones distintas —políticos y otros—, como el significado de la Iglesia en la población.⁵⁴ Desde una perspectiva histórica, a consecuencia de la tradición anticlerical mexicana, la incidencia de la normativa de la Iglesia es muy relativa en el campo reproductivo y de la sexualidad. No obstante, no se pueden eliminar los efectos de las enseñanzas de la Iglesia; si bien no existen datos sobre la influencia que ejerce el mensaje negativo de los discursos eclesiales, en la actualidad las posiciones de la jerarquía se pueden verificar en diferentes contextos socioculturales, en los cuales prevalecen corrientes que conciben al sexo como pecado, que no puede planearse —usar anticonceptivos o tomar medidas para prevenir la transmisión de enfermedades sexuales, etcétera— ni disfrutarse.

También despertó gran interés en la discusión colectiva la normativa jurídica, tanto en su carácter internacional como nacional. Por una parte, se precisó que la noción de la indivisibilidad de los derechos humanos emergida en la Conferencia de Viena representa una supera-

ción de la división histórica entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales. Además, las conferencias posteriores —Viena, El Cairo y Beijing— ayudan a la aplicación de la noción de autodeterminación, igualdad y protección por parte del Estado, al politizar y transformar en objeto de derecho circunstancias de la esfera privada que hasta ese momento estaban neutralizadas o excluidas de un marco de aplicación de los derechos humanos (la violencia doméstica, la sexualidad y la reproducción). Estos cambios en el derecho son imprescindibles para promover la noción de *justicia erótica*.

Se advierte que las resoluciones de derecho que surgen en las conferencias internacionales no tienen fuerza normativa. El hecho de que a estas conferencias asistan representantes gubernamentales deriva en la formación de una doctrina que sólo obliga moralmente a los gobiernos a gestionar su traducción en leyes. El trayecto entre una declaración doctrinal y una ley pasa por varias etapas y puede ser muy lento; en efecto, el cuerpo doctrinario da lugar a una declaración —de intenciones—, luego a un tratado internacional que, siendo instrumento que crea derecho, sólo puede ser aplicado en las realidades nacionales una vez que sea firmado por el Ejecutivo y ratificado por el Congreso, lo cual puede demorar mucho tiempo. Mientras estos pasos no se cumplan, el derecho positivo sigue imperando y regulando las acciones de la población.⁵⁵

Ahora bien, la superación de la antinomia entre los derechos civiles y políticos y los derechos económicos, sociales y culturales no elimina las diferencias existentes entre el contenido

⁵³ Entre otros derechos, se reclama el respeto a las decisiones de las personas, incluyendo a los individuos con una orientación sexual distinta, una Iglesia más fraternal e igualitaria, cambiar las enseñanzas sobre el uso de los anticonceptivos, el celibato opcional, el sacerdocio femenino, etcétera.

⁵⁴ Los estudios de población han detectado que las prácticas reproductivas difieren mucho de la percepción de la normativa eclesial y, aunque existe una verbalización de la influencia de la Iglesia, es muy difícil medirla, lo que ha provocado un desinterés por establecer cuál es la vinculación de la religiosidad con las prácticas sexuales concretas.

⁵⁵ La aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos es un claro ejemplo de la lentitud de estos procedimientos: dicho pacto, que fue firmado por el Ejecutivo en 1966, entró en vigor en 1981, año en que fue ratificado por el Congreso Nacional.

material de ambos cuerpos de derechos: en los primeros, los derechos se satisfacen sin la intervención del Estado, mientras que en los segundos se requiere una inversión de recursos y de planeación para lograr su satisfacción; de ahí que sea probable que pase bastante tiempo para que el derecho internacional se traduzca en leyes nacionales. En algunos casos referidos al campo de la salud reproductiva, es muy probable que los propios estados nacionales experimenten avances más rápidos en la construcción normativa, como producto del desarrollo y la presión social de cada realidad nacional.

Se aclaró que en el ámbito nacional las normas por lo general no son elaboradas por los juristas, sino por diversos órganos de la sociedad —no de abogados necesariamente— que legislan de espaldas a la realidad y a la sociedad. Esto implica que la norma, desde su origen, es ajena a la realidad que pretende regir y, en consecuencia, no es eficiente en su aplicación, lo cual compele a trabajar por un derecho dinámico y amplio que se alimente de toda la realidad social y no sólo de una ideología definida o de la voluntad de un grupo específico que detenta el poder. En este sentido, se planteó realizar esfuerzos para conocer cómo inciden y cuál es la responsabilidad de los agentes institucionales que vigilan e interpretan las normatividades en el ejercicio de los derechos de los individuos; lo cual es muy importante al menos en el plano educativo, ya que independientemente de la existencia de programas y material de estudios, en el espacio del aula, en definitiva es el maestro quien imprime un determinado carácter a la educación.⁵⁶

Por último, la discusión discurrió en torno a la polémica que concita el tema del aborto.

⁵⁶ Si bien aquí cabe la vigilancia de la norma, existe el problema de las dimensiones del nivel del aula: 507 mil maestros y 91 mil escuelas; lo que implica reflexionar sobre qué tipo de vigilancia es plausible.

Algunos sostuvieron que el aborto constituye un problema de salud mental que obliga a sacarlo de la polémica religiosa y del derecho a decidir de la mujer. El Estado debiera reglamentarlo no desde la perspectiva religiosa sino con un carácter laico, dando cuenta del sufrimiento de la mujer, la familia, la comunidad y el género humano; no cabe discutir sobre su legalidad, ya que sería obviar todo este sufrimiento. El problema de quienes abogan por el aborto radicaría en definir la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, pues como tal no existe; la salud, más bien, es un proceso de reacción ante las situaciones indeseables y lesivas de la vida. Desde el punto de vista social, la salud se refiere a tener los recursos y las condiciones para enfrentar las situaciones sociales indeseables.⁵⁷ De ahí que, siendo los individuos un todo con su entorno —quiéranlo o no—, internalizan como parte de su contexto social, la idea de que el aborto es un pecado; por lo tanto, las acciones conscientes y reflexivas que atenten contra esos valores internalizados generarán sufrimiento y perturbaciones en términos de salud mental. A partir de lo anterior, el aborto no puede definirse como liberación porque ello sólo se refiere al aspecto consciente y racional; desde una perspectiva del ser humano como un todo, el aborto es una práctica indeseable que sólo es defendible ante una situación peor, como lo es su práctica clandestina.

Otra parte de la audiencia discrepó con lo anterior, en parte porque es falso que el aborto sea contrario a la esencia de lo católico; más bien las visiones eclesiales del mundo, pese a ser monolíticas y dominantes, experimentan procesos históricos cambiantes. Esta percepción histórica de las posiciones de la Iglesia es ratifi-

⁵⁷ Por ejemplo, la condición saludable de la Iglesia católica se puede ver en su capacidad de luchar para modificar las normas y valores oficiales que lesionan sus creencias y aspiraciones.

cada por la ausencia de un consenso teológico y científico respecto al momento en que el feto se convierte en persona, por lo que no se puede considerar el aborto como un homicidio. También porque el planteamiento anterior coloca la discusión en un lugar errado: la decisión de interrumpir el embarazo es de competencia de la mujer, de acuerdo con su contexto, aspiraciones y valores, y en esa medida se debe o no penalizar. En el caso de América Latina, la penalización hace del aborto no sólo un problema de maternidad voluntaria sino incluso un problema de justicia social y de salud pública. Además, es errada la noción que asocia el aborto a un problema de salud mental, ya que los estudios realizados bajo esta óptica no han demostrado que las mujeres que se hayan practicado abortos queden con secuelas emocionales y psicológicas; en realidad, los estudios que destacan los factores psicológicos indican que la mayoría de las mujeres vive la decisión de interrumpir su embarazo como una liberación.

TEMA 3. LA ÓPTICA DE ALGUNOS ACTORES SOCIALES

En opinión de la moderadora de la sesión, Pilar Muriedas (SIPAM), la importancia de este tema radica en que los actores aquí abordados —los movimientos feministas, el conservadurismo y los defensores de los derechos humanos— son centrales en la disputa que existe en torno al campo de la salud reproductiva, tanto en los consensos por construir como en la necesidad de discernir el rol que cada uno de ellos debe desempeñar en el proceso de institucionalización de esta temática.

En primer lugar, la maestra Marta Lamas (GIRE) con el trabajo “Movimiento feminista y discurso político: los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna”, presentó una reflexión sobre la for-

ma en que el contexto político incide en las condiciones de producción del discurso feminista sobre el aborto y sugirió, en el nuevo escenario democrático, la rearticulación de valores compartidos que comprometan a otros sectores sociales —distintos de los movimientos de mujeres— en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos,⁵⁸ lo que implica traducir los viejos valores a conceptos nuevos e integrar el contenido de estos derechos en el significado moderno de la ciudadanía.

A partir de que el discurso feminista logró una mínima aceptación por parte de la población, principalmente por la prensa, su eje argumentativo central ha sido la reivindicación del derecho al cuerpo, lo que ha significado reducir la demanda de una maternidad voluntaria a la legalización del aborto. Luego del conflictivo proceso electoral de 1988, en México adquiere relevancia el debate sobre el respeto al ejercicio de la ciudadanía. En este debate, la penalización del aborto es signada como otra área que refleja la indefensión de las personas frente a la arbitrariedad del Estado; lamentablemente, como el discurso feminista no levanta tal argumento, éste no es incorporado a la agenda de los partidos ni del gobierno.

Pese a que la maternidad voluntaria es un tema fuertemente vinculado al proyecto de nación, no ha concitado una discusión pública debido a la débil institucionalidad democrática y a la costumbre mexicana de evitar el conflicto. Sin embargo, en la presente década se han dado pasos decisivos en favor de una maternidad voluntaria, entre los que sobresale la formación del organismo no gubernamental GIRE,⁵⁹

⁵⁸ El aporte que el feminismo ha hecho a esta defensa se sustenta en la movilización y en el discurso de los movimientos de las mujeres.

⁵⁹ Grupo de Información en Reproducción Elegida, sociedad sin fines de lucro promovida en el seno del movimiento feminista, que surge como respuesta de la legalización de las

cuya acción permitió desplazar la discusión sobre el problema de un escenario moralista a otro de decisión, asociado a una conceptualización de derechos. Conforme en la sociedad coexisten diversos discursos que se sobreponen, se confiere centralidad a la opinión de la población, 78% de la cual manifiesta que dicha decisión corresponde a la mujer —sola o con su pareja—. ⁶⁰ En virtud de esta respuesta mayoritaria, la dificultad para despenalizar el aborto sólo se entiende por el influjo político, simbólico y económico de la Iglesia católica y sus aliados.

Hoy día la situación mexicana de los derechos sexuales y reproductivos es paradójicamente desalentadora debido a que, habiendo logrado su más amplio reconocimiento social, las fuerzas conservadoras han ganado posiciones públicas —y, por ende, de poder político efectivo— que facilitan su oposición al ejercicio de tales derechos.

Dado el peso de la ideología católica en el tejido cultural, ⁶¹ pese al deterioro de los viejos ámbitos de referencia en el proceso identitario, no es fácil desidentificarse de la culpabilidad que porta el discurso católico. No obstante, nuevas —y distintas— señas de identidad se han legitimado en virtud de la coincidencia de objetivos entre el feminismo y los organismos internacionales que, filtrando un nuevo discurso en el ámbito político nacional, han posibilitado un debate público del aborto. El debate que

surge a propósito de la Conferencia de Beijing ⁶² evidencia cambios en las estrategias discursivas de feministas y católicos fundamentalistas: los primeros, sustituyen la reivindicación del cuerpo como propiedad de la mujer por una preocupación más democrática, y los segundos han levantado un discurso maniqueísta que aparenta la protección de los derechos de las mujeres a fin de captar a los sectores desorientados (Provida).

La autora, conforme participa de la idea de que los discursos disidentes logran más fuerza al debatir las significaciones dentro del propio grupo de pertenencia, ⁶³ reconoce el trabajo desarrollado por Católicas por el Derecho a Decidir en su labor de reivindicar valores democráticos en contextos antidemocráticos; es decir, recalca su capacidad creativa para defender posiciones progresistas. En el proceso de legitimación del desacuerdo, en un contexto tradicional, las feministas han encontrado un inesperado aliado en el cambio cultural generado por la desigual modernización y por el auge de la cultura audiovisual. En efecto, el dolor y la frustración asociados a las dificultades para ejercer los derechos sexuales y reproductivos, fomentados por los medios audiovisuales ⁶⁴ contienen un gran potencial de movilización que requiere ser formulado de modo que interpele el sentir democrático de las y los ciudadanos para que incorporen estos derechos como parte de su aspiración política.

iglesias en 1991 y con la misión de introducir en el discurso sobre el aborto una nueva perspectiva de análisis que pone énfasis en quién debe determinar la decisión de interrumpir el embarazo. A este paso se agrego ese mismo año la resolución del Congreso de Chiapas de ampliar las razones que se oponen a la penalización del aborto.

⁶⁰ Resultado de una encuesta realizada por la empresa Gallup que incluyó una muestra representativa de la población urbana nacional.

⁶¹ Marta Lamas (1995), "Desconstrucción simbólica y laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos", ponencia presentada en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México, Colmex, junio de 1995, México.

⁶² Como respuesta a la Conferencia de Beijing, el Episcopado y la derecha política cuestionaron públicamente las posiciones adoptadas por la delegación mexicana, en especial su compromiso de revisar la penalización del aborto.

⁶³ July Chaneton (1994), "El aborto como objeto de discusión pública", comunicación leída en el Congreso Internacional: Literatura y Crítica Cultural, Universidad de Buenos Aires.

⁶⁴ De acuerdo con la maestra Lamas, el hecho de que la cultura audiovisual haya erosionado prohibiciones tradicionales, ha motivado a los individuos —especialmente a los jóvenes— a buscar mayores grados de libertad.

Debido a que la preocupación ciudadana por la democracia no implica necesariamente un interés por los derechos sexuales y reproductivos, hay que hacer explícita esta vinculación, para lo cual es esencial la definición que se haga de *ciudadanía*. Aquí, basándose en un trabajo de Antonio Camou,⁶⁵ Lamas propone la noción de *ciudadanía moderna* como la capacidad de autodeterminación de los agentes del desarrollo. Esta noción reconoce que en la modernización existe un polo positivo: esto es, el cambio cultural que ha significado el mayor control que las mujeres han adquirido sobre su fecundidad. Por lo tanto, la nueva concepción de ciudadanía moderna se relaciona con este proceso de cambio, donde la identidad cultural, la modernidad y la modernización son determinantes. Es decir, el ingreso a la modernidad (valores y actitudes básicas vinculadas a la promoción de la libertad social e individual, al progreso social, al desarrollo de las potencialidades personales, y una vocación democrática que lleva a la defensa de la tolerancia y de la diversidad) se hará articulando procesos de identificación social y política con procesos de individuación subjetiva, en donde converjan los derechos sexuales y reproductivos como aspectos fundamentales en las vidas y cuerpos de las y los ciudadanos.

En esta articulación, la producción de las ciencias sociales adquiere relevancia, pues en la medida en que su producción simbólica —ideas y valores que cohesionan y movilizan la acción de los grupos sociales— es reformulada con base

en nuevos conceptos, los discursos disidentes pueden debilitar las (infalibles y ciegas) posiciones eclesásticas, gubernamentales y políticas, y así retomar el complejo proceso de modernización que implica enfrentar los obstáculos al libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Ello conlleva desde modificaciones sencillas a la ley, hasta la habilitación de servicios de atención suficientes y adecuados y, en consecuencia, impone introducir el debate sobre estos derechos en la agenda democrática. En este horizonte, es tarea del movimiento feminista la identificación de las contradicciones en el tejido cultural que posibilite la adición de otros sectores sociales a la construcción de un discurso moderno de ciudadanía que promueva una sociedad más equitativa, también en lo sexual y lo reproductivo.

El segundo trabajo, “El futuro de los movimientos conservadores en México”, presentado por el maestro Edgar González Ruiz,⁶⁶ ofrece un panorama detallado de la creciente influencia política y social de los grupos político-religiosos que, identificados con las doctrinas del Vaticano sobre la sexualidad y la familia, se oponen al trabajo —gubernamental y no gubernamental— en torno a la planificación familiar, la educación sexual y el SIDA.⁶⁷

En la actualidad la actividad de estos grupos, que se remonta a los años treinta, adquiere nuevas dimensiones por el avance electoral del Partido Acción Nacional y el activismo político de la jerarquía católica; los grupos de presión se han convertido en grupos de poder y los

⁶⁵ Antonio Camou (1996), “¿Modernidades a medida? (o de cómo entrar y salir de la modernidad por la puerta que más nos gusta)”, *Debate feminista* 14, México. En este ensayo, rescatando la centralidad de la identidad cultural, la modernidad y la modernización en el proceso de cambio cultural en curso, el autor cuestiona el planteamiento de la CEPAL que asume el “tejido intercultural” como algo unitario. En síntesis, Camou arguye que esta visión olvida la diferencia sexual que impide distinguir en el entramado intercultural la ideología católica que, al ser represiva con las mujeres, contradice la aspiración moderna de la democracia.

⁶⁶ Maestro en Filosofía y periodista.

⁶⁷ El autor mencionó que estos grupos se caracterizan, además, por estar vinculados a líderes del sector empresarial y de la derecha política. Entre ellos se ubican Provida, la Unión Nacional de Padres de Familia, los Caballeros de Colón, el Movimiento Familiar Cristiano, Desarrollo Humano Integral y Acción Ciudadana, la Asociación Nacional Cívica Femenina y la Comisión Mexicana de los Derechos Humanos, que intenta confundirse con la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

jerarcas católicos desafían al poder civil tratando de influir en asuntos políticos y sociales. De tal forma que en un futuro cercano es posible que las posiciones oficiales del catolicismo devengan en decisiones gubernamentales, políticas sociales y normativas que obliguen a la población en su conjunto.

Como una forma de alertar sobre las consecuencias que conllevan las nuevas dimensiones de estos grupos para el campo de la educación y la salud sexual y, en un plano más general, para la libertad de expresión, la educación laica y el carácter laico del Estado, el autor ilustró algunas situaciones que reflejan el creciente poder y activismo político de los sectores conservadores y de la Iglesia, respectivamente.

1. El Partido Acción Nacional (PAN) de las buenas conciencias. Si bien no son representativos de todos los miembros del PAN, es indudable que los éxitos electorales de este partido han correspondido a personajes de los grupos católicos conservadores. Es decir, es evidente que existe un traslape entre las autoridades del Partido Acción Nacional y de los movimientos conservadores. Sólo por nombrar a algunos, se puede señalar a Jaime Aviña Zepeda (Provida y DHIAC), Alfonso Bravo Mier (Provida) y Francisco González Garza (Unión Nacional de Padres de Familia). El mayor poder político de este partido ha significado que miembros (o adeptos) del conservadurismo accedan a cargos de decisión política de carácter nacional, estatal y territorial, lo que ha posibilitado la imposición —vía leyes o resoluciones políticas— de los postulados de diversos grupos fundamentalistas.⁶⁸

⁶⁸ Éste fue el caso del exprocurador general de la república, Antonio Lozano Gracia (que durante su mandato firmó convenios con la Unión Nacional de Padres de Familia); los parlamentarios Ana Teresa Aranda, Patricia Garduño, Cecilia Romero, Alejandro Zapata Perogordo y Felipe Bravo Mena; y en alcaldías Ana Rosa Payán (Mérida), César Coll Carabias (Guadalajara), Daniel Ituarte Reynaud (Zapopan), entre otros.

Además, el acceso al poder político les ha brindado mayores herramientas para reforzar sus campañas en los medios de comunicación —escritos y televisivos— contra las organizaciones y movimientos que promueven políticas de salud reproductiva y sexualidad o abogan por mayor libertad para el ejercicio o expresión cultural de una sexualidad no reprimida. Variados y numerosos ejemplos muestran esta situación en los diferentes estados y ciudades del país: la campaña de 1993 contra Mexfam y los promocionales de Conasida, el intento de cancelar en 1995 la Segunda Semana Cultural Lésbico Gay en Veracruz, el intento en 1995 de prohibir el uso de minifaldas a las funcionarias de la Dirección de Obras Públicas del Ayuntamiento de Guadalajara, la prohibición en 1995 de espectáculos que presenten desnudos y de películas con escenas de sexo en Mérida, etcétera. Algo similar ha ocurrido en Monterrey, Puebla, Aguascalientes (en este lugar el clero católico se sumó a la campaña del empresariado y la derecha política contra los contenidos de educación sexual en los libros gratuitos del Instituto de Educación de Aguascalientes) y en Uruapan. De acuerdo con los argumentos esgrimidos por estas autoridades —miembros de los grupos conservadores— es posible inferir que su fuente de inspiración son las doctrinas que difunde la jerarquía católica.

2. La Sagrada Familia. El resurgimiento del conservadurismo sexual ha sido reforzado por el creciente activismo político de jerarcas y religiosos católicos que se ha reflejado en las reuniones realizadas entre la jerarquía eclesial y algunos secretarios de Estado y en la permanente presencia del clero en los medios de prensa, orientando al electorado a inclinarse en favor de la derecha. En esta línea se inscribe el hecho de que la Conferencia Episcopal Mexicana haya resuelto en su última asamblea atender, como un asunto especial, la preparación de las elec-

ciones de 1997. Un síntoma de la consabida alianza entre la Iglesia católica y el PAN es la iniciativa de ley presentada por este partido para que dicha institución dirija la política alimentaria hacia los sectores populares. Asimismo, la coincidencia política e ideológica entre los obispos católicos y los dirigentes de grupos conservadores y de la derecha política se ha evidenciado en las posiciones asumidas con motivo de las conferencias de El Cairo y Beijing.

En síntesis, el maestro González Ruiz advirtió que el ascenso político de la alianza clero, conservadurismo sexual y derecha política plantea diversas interrogantes sobre el futuro, en la eventualidad de que su mayor poder político siga creciendo. Es muy posible que un triunfo electoral del PAN en las elecciones de 1997 o en las del año 2000 significaría la modificación de la Constitución para otorgar mayores poderes al clero; si el PAN accediera a controlar la Secretaría de Educación Pública o la Secretaría de Salud, esto podría traducirse en el fin del apoyo gubernamental a los programas contra el SIDA y de planificación familiar; es decir, se incrementaría la influencia de la Iglesia y de los grupos conservadores en las decisiones políticas.

El panel concluyó con el trabajo "La salud reproductiva como problema de derechos humanos" de la profesora Laura Salinas (Comisión Nacional de Derechos Humanos), quien hizo una revisión de los aportes del feminismo para la incorporación del derecho de la mujer a la salud reproductiva en el marco de los derechos humanos —en los ámbitos familiar y laboral— y propuso una reflexión sobre los derechos de la mujer ante el cuerpo médico. De acuerdo con la autora, la importancia de incluir a la salud reproductiva en el campo de los derechos humanos radica en que esto permite enfatizar la idea de justicia y delegar su defensa y respeto en los organismos internacionales que, dentro

de ciertos límites, pueden exigir a los estados que otorguen las condiciones que permitan el ejercicio de estos derechos.⁶⁹

Al igual que los derechos humanos, el término *derechos reproductivos* se precisó conceptualmente al cabo de un tiempo de maduración de sus distintos contenidos; en efecto, el feminismo inició sus reflexiones sobre la temática en los años setenta, pero sólo a partir de los primeros años de la década pasada se precisó la definición que hoy se conoce.⁷⁰ Después de tres décadas, en la IV Conferencia de la Mujer en Beijing, el derecho a la salud reproductiva fue reconocido por los estados como problema de derechos humanos de género, que otorga a la mujer el derecho a decidir sobre su salud sexual y reproductiva, libre de coerción y violencia, y el derecho a una relación de igualdad, respeto y consentimiento recíproco con el hombre para asumir conjuntamente la responsabilidad del comportamiento sexual. De este modo, el goce pleno de estos derechos implica el ejercicio de otros, como los derechos familiares,⁷¹ el derecho a la educación y al ejercicio de una profesión y una actividad remunerativa.

Lamentablemente la estructura familiar plantea serios obstáculos para que la mujer goce de todos los derechos inherentes a un ser humano, y conforme su alteración remite a modificar las reglas de la vida privada, implica cambiar el mundo; por ende, es potencialmente trastocadora. Al igual que antaño, en la ac-

⁶⁹ Lo primero conlleva trascender la norma para defender los derechos frente a poderes abusivos, y lo segundo implica atender quejas de abuso de poder o negligencia de autoridades, modificar patrones culturales que permiten violaciones de los derechos humanos y sugerir modificaciones a la administración pública para mejorar el resguardo de los derechos.

⁷⁰ Los derechos humanos sólo han sido conceptualizados recientemente y más reciente aún ha sido su incorporación a la normativa jurídica.

⁷¹ Es decir, la libertad de decisión respecto del matrimonio, la igualdad ante la ley para adquirir y administrar bienes, en las obligaciones y responsabilidades de ambos miembros de la pareja en el divorcio y en el nacimiento y crianza de los hijos.

tualidad no se reconoce la contribución de la mujer al bienestar de la familia y al desarrollo de la sociedad, de ahí que el ejercicio de los derechos reproductivos imponga hacer una revisión de la estructura familiar que atribuye roles diferenciados a hombres (ser proveedores) y mujeres (las tareas del hogar). Dicha estructura desconoce que, en forma creciente, las mujeres mexicanas tienen una doble carga: sin abandonar el cuidado de la buena marcha del grupo familiar, contribuyen en la búsqueda de satisfactores para sí y para sus hijos.

El desconocimiento de la normativa de tal situación contribuye a la persistencia de relaciones desiguales y discriminatorias. La forma en que las leyes contribuyen al deterioro de la salud de la mujer se refleja en que: *i)* las leyes civiles obligan sólo a las mujeres a reconocer a los hijos nacidos fuera del matrimonio, es más, prohíben a la mujer decir el nombre del padre; *ii)* no se reconoce el trabajo doméstico como productivo y, por lo tanto, no se considera su valor económico en el patrimonio familiar; *iii)* la mujer no está facultada con el poder necesario para exigir a su pareja relaciones sexuales seguras y para decidir conjuntamente la planificación familiar, y *iv)* es frecuente la violencia familiar en contra de la mujer.⁷²

La salud de las mujeres también es mermada por las condiciones laborales que padecen en el mundo del trabajo. En el acceso a fuentes remuneradas de empleo, son discriminadas en la capacitación, en la educación técnica y profesional y en la distribución de la carga domés-

tica y nutricional. Pese a que la normativa internacional y nacional contempla la igualdad de derechos de hombres y mujeres para tener las mismas oportunidades y condiciones de trabajo, ingreso, prestaciones y programas de formación profesional, en la práctica estos derechos quedan subordinados a los derechos reproductivos, y no existe ley que proteja a la mujer de esta discriminación.

Por otro lado, la igualdad en el campo médico está garantizada por la normativa internacional,⁷³ no sólo en términos de la atención sino en la información que contribuya a la planificación, salud y bienestar de la familia. En especial cabe recuperar los avances alcanzados en esta materia en las conferencias de El Cairo y Beijing. En la de El Cairo se estableció una primera definición amplia de salud reproductiva, que se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos de la reproducción y, por lo tanto, también incluye el ejercicio sexual satisfactorio y sin riesgos, la decisión de procrear o no y de gozar de las condiciones necesarias para tener hijos sanos. En cuanto a la atención, se enfatizó que debe procurar la salud y el bienestar reproductivo, en tanto protege la salud sexual entendida como el desarrollo de la vida y las relaciones personales. Por su parte, en la conferencia de Beijing se estableció que la desigualdad de género es el principal obstáculo para que las mujeres ejerzan un estado de salud pleno, indispensable para una vida satisfactoria y productiva. La importancia de estas conferencias estriba en que comprometen a los estados a impulsar políticas y generar un marco jurídico que incorpore la esencia de estas definiciones amplias.

En el ámbito nacional, la Comisión Nacional de Derechos Humanos se ha encargado de

⁷² Pese a estar signado en las convenciones internacionales —XI Reunión del Comité para la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer en 1992— como delito flagrante contra los derechos fundamentales, la normativa mexicana no tiene consignado este delito; tampoco existen instancias o programas que se preocupen de la prevención del fenómeno ni estudios que recaben información adecuada sobre sus consecuencias, una de las cuales sería el deterioro de la salud física y mental de las víctimas.

⁷³ Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, art. 12.

recibir las denuncias en materia de salud reproductiva, y analizando con un tratamiento de género; los reclamos, mayoritariamente, son porque la mala atención recibida durante el parto deriva en secuelas negativas, a veces irreparables. Esta institución también vela por evitar la anticoncepción forzada, instando a que todo control natal deba ser informado; es decir, las mujeres deben tomar la decisión. En la tarea de convencimiento de las mujeres se debe tener en cuenta que éstas pueden oponerse por razones culturales, morales y por temor a los efectos secundarios de los anticonceptivos. Asimismo, se deben tener presentes los problemas asociados con la falta de poder de las mujeres para tomar decisiones en la materia y para vencer a su pareja.

La profesora Salinas concluyó su alocución insistiendo en la necesidad de que la atención médica y la investigación consideren las condiciones de vida y la opinión de la mujer. Se debe cruzar la información sobre la violencia, abandono y otros conflictos (que debe ser recabada), con los datos médicos y las expresiones del sentir y las necesidades personales de las mujeres para dar una atención a los problemas de salud de género. El hecho de que quienes ejercen la práctica médica no escuchen el sentir de sus pacientes constituye una violación a la dignidad, integridad y derecho de información y, consecuentemente, es un acto de abuso de poder, que debe ser estudiado y evitado.

COMENTARIOS A LA TERCERA SESIÓN

La doctora María Luisa Tarrés (Colmex), comentando las ponencias de Lamas y González Ruiz, opinó que tienen la riqueza de proponer un análisis, desde la perspectiva feminista y de los grupos católicos, del discurso y la argumentación política de distintos sectores que se or-

ganizan en torno a los derechos reproductivos y sexuales.

De acuerdo con la doctora Tarrés, el trabajo feminista plantea acertadamente que la defensa de los derechos sexuales y reproductivos se afirma en la movilización social, en la creación de fuerza política y en la producción de un discurso feminista anclado en un contexto social y político. La hipótesis de este planteamiento es que este anclaje sociopolítico confiere eficacia a la argumentación feminista y facilita su generalización en la sociedad, lo que puede a su vez transformarse en fuerza política y devenir con el tiempo en derecho. El trabajo de la maestra Lamas, que revisa la evolución del discurso feminista desde los años setenta, manifiesta que hubo momentos en que éste no logró legitimarse socialmente debido a que no elaboró argumentaciones alejadas del término aborto como reivindicación. Asimismo, respecto a la sexualidad existe una gran diferencia entre el debate público —donde no ha logrado cristalizar teóricamente— y las prácticas privadas, ya que la relación de pareja tiene en sí una gran capacidad para dar solución a problemas relacionados con la sexualidad.

El trabajo de Lamas incita a reflexionar sobre cómo politizar el tema de la sexualidad para transformarlo en un hecho movilizador que logre su reconocimiento en el sistema jurídico como derechos humanos o derechos reproductivos y sexuales. Lamentablemente, al articular la discusión sobre los derechos reproductivos y sexuales con el discurso de la ciudadanía, el argumento deviene forzado. En efecto, en virtud de la discusión con las tesis de la CEPAL no procede asociar los derechos reproductivos y sexuales con los derechos sociales, ya que esta institución define la ciudadanía siguiendo a Marshall; esto es, como un proceso secuencial donde primero se conceden los derechos civiles, luego los derechos políticos y, finalmente,

los derechos sociales, y en la región hay claros ejemplos de populismos que otorgan derechos sociales, mas no derechos políticos. En este sentido, es más sugerente trabajar los derechos reproductivos y sexuales a partir de la idea de sujetos autónomos (tanto en la vida privada como pública).

El trabajo, además, manifiesta una preocupación por la capacidad que ha tenido el conservadurismo —como Provida— para transformar su discurso —no sus objetivos—, apropiándose incluso de argumentos del discurso feminista; en cambio la izquierda no ha logrado elaborar una argumentación con igual eficacia. Aquí hay otra imprecisión, ya que la izquierda política nunca ha sido un aliado real de la lucha de las mujeres; o sea, se atribuye la calidad de aliado a algo que es abstracto.⁷⁴ El problema no radica en la falta de un discurso “generalizado” sobre derechos reproductivos y sexuales,⁷⁵ sino en las instituciones y el sistema político que rehuyen asumir el tema. Es decir, debido a que la sociedad mexicana se ha modernizado y la población no encuentra respuesta en las instituciones, el desafío está en la realización de debates que obliguen a las instituciones a tomar una posición (a favor o en contra). En este escenario es menos importante buscar una renovación del discurso de izquierda que la necesidad de que partidos e instituciones de izquierda se abran e integren un discurso más cercano a la sociedad que al sistema político.

Por otro lado, el trabajo sobre el conservadurismo sobresale porque aporta elementos para el análisis de las bases sociales y la argumentación de estos sectores en el campo de la

sexualidad, educación y otros temas. El maestro González Ruiz describe con cierto detalle diversos grupos que se oponen al proyecto laico estatal y al proyecto liberal. Estos grupos no sólo pretenden negar y controlar la sexualidad de hombres y mujeres como una expresión de humanidad y cultura, sino que intentan imponer al resto de la sociedad una normatividad restrictiva. La ponencia discurrió en argumentos sobre los principales grupos del conservadurismo que forman parte del *antimovimiento social*⁷⁶ y de otros que comparten la ideología conservadora, a partir de autodefinirse como portadores de valores, lo que los faculta para combatir los desórdenes morales, la permisividad, la anticoncepción, el aborto, la pornografía y otros. Parecería, entonces, que el resto de la sociedad no tiene acceso a esos valores o saberes y, por ende, debe aceptar su tutela para evitar caer en la degradación. En suma, estos grupos, como católicos preocupados por el orden moral, creen ser depositarios de la misión del control de la sexualidad humana.

El autor también aborda las acciones que estos grupos realizan y que, a pesar de su escasa notoriedad social, tienen arraigo en la población católica, en los sectores altos y medios de la sociedad y, particularmente, en el sector empresarial.⁷⁷ Al control social de la sexualidad se agrega el recurso simbólico de una ideología compartida que facilita su coordinación sin requerir estructuras definidas previamente. Estas condiciones posibilitan la difusión de ideas y la generación de la fuerza política suficiente para acceder a cargos de responsabilidad política. No sólo hay un traslape de personas entre estos grupos y el PAN, sino que existe un manejo de

⁷⁴ Esto ha sido muy claro en el caso de Chiapas, donde la dirigencia nacional del PRD hace una alianza con la Iglesia para oponerse a la iniciativa para despenalizar el aborto que sectores del propio partido promovían en el Congreso chiapaneco.

⁷⁵ Prueba de esto es ese 78% de la población que afirma que en su vida sexual no debe meterse nadie, lo que indicaría una individuación —autonomía— respecto a las instituciones.

⁷⁶ Terminología sociológica que se les atribuye debido a que surgen como respuesta al comunismo ateo y al feminismo radical.

⁷⁷ Varios de estos grupos, cuentan para el desarrollo de sus acciones, con el apoyo económico de sus similares en el ámbito internacional.

personas y de autoridades políticas y empresariales. Lo más preocupante es que, mediante el crecimiento electoral, pequeños grupos han accedido a posiciones de poder, desde donde imponen autoritariamente sus puntos de vista al resto de la sociedad; el discurso de estos sectores tiende a ejercer un control sobre la esfera privada e íntima, lo que se opone a la libertad de las personas y al concepto de individuo, constituyendo la última expresión de una ideología totalitaria.

Durante el tiempo en que fueron un antiovimiento social, estos sectores sólo representaron una respuesta defensiva a la secularización de la sociedad mexicana; en cambio, en la actualidad estos sectores organizados se acrecientan no por la capacidad movilizadora de su discurso, sino por contar con una organización, recurso del que carecen los otros sectores de la sociedad. Además, el creciente poder de la jerarquía eclesial y la apertura política les ofrece la oportunidad para ocupar una plataforma pública con recursos para incidir en las decisiones locales, estatales y nacionales. En síntesis, es un trabajo que sistematiza un tema abandonado por las ciencias sociales, pero que aún se encuentra en una etapa descriptiva que impone una mayor reflexión; en especial se debería profundizar sobre las bases sociales de estos grupos, los recursos económicos, sociales y políticos con que cuentan y sus relaciones con la Iglesia, así como su impacto en los argumentos y modificaciones en la dinámica del debate público.

Ambos trabajos requieren abordar la argumentación del conservadurismo en torno al valor y la práctica de la tolerancia; esto es, la admisión de que los otros pueden actuar de una manera diferente de la que uno tiene. En este sentido, la tolerancia permite el debate público y es condición de la democratización de las relaciones en los ámbitos privado, público y polí-

tico. En el discurso conservador no tiene cabida la tolerancia, definida como una virtud que facilita la convivencia, el diálogo e incluso el conflicto en la vida privada y pública. Basándose en un pensamiento metasocial y fundamentalista, el discurso conservador desconoce al otro, niega la diversidad al tratar de homogeneizar y, en nombre de una verdad única y sagrada, obliga a quienes tienen otros valores y conductas a obedecerlos; en otros términos, los obliga a tolerar o soportar su dominación.

En segundo lugar intervino la profesora Mariclaire Acosta (Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos), quien sostiene que el análisis de Lamas coincide con la reflexión que se está haciendo sobre el desarrollo de los grupos de derechos humanos en México. Es muy sugerente la idea de que para poder ejercer ciertos derechos sea necesario seguir avanzando en la construcción de una ciudadanía a partir de reivindicaciones elementales de derechos humanos como son los reproductivos, civiles y políticos. Lamentablemente, en México durante varias décadas la derecha política ha liderado este proceso de construcción ciudadana; la izquierda y los sectores sociales se sumaron a esta lucha a partir de los espacios abiertos en las elecciones de 1988. Esto plantea el desafío de cómo introducir en este proceso de construcción de ciudadanía, monopolizado por la derecha, un discurso que abogue por el ejercicio de los derechos reproductivos.

Al contrario del sesgo pesimista que tiene el trabajo de Lamas, consideró muy positivo el hecho de que para la gran mayoría de la población se trata de un problema de soberanía individual, ya que abre un terreno propicio para elaborar una estrategia política en pos de la construcción de la ciudadanía. En suma, no hace falta articular un discurso, sino diseñar una estrategia donde habría que ver la necesidad de

incorporar o no a los partidos políticos. En esta tarea se cuenta con un gran aliado en todo el andamiaje internacional de los derechos humanos, sobre todo porque a fines del milenio es el discurso legitimador en la lucha por los derechos reproductivos y todos los aspectos de la vida cotidiana.

La conquista del usufructo del ejercicio de los derechos reproductivos no es tarea fácil; no consiste en “hacer sencillas modificaciones a la ley o evitar las contradicciones entre las constituciones locales y la Constitución federal”. En realidad, habría que salirse del estrecho marco de los derechos reproductivos y diseñar una estrategia basada en los derechos civiles, que ofrece mayores posibilidades para una agenda de trabajo, sobre todo por la relevancia que en nuestras sociedades ha adquirido el terreno de lo privado. En efecto, el modelo de desarrollo de nuestros países se ha traducido en que el Estado, en forma creciente, ha ido abdicando de sus obligaciones, no sólo en el espacio económico sino también en el terreno del derecho.⁷⁸ En general el Estado está abandonando su función de velar por la ciudadanía, lo que implica que la resolución de los problemas de la vida cotidiana se ha trasladado al mundo privado de la familia. Y en este sentido, de nueva cuenta es la derecha la que ha levantado un discurso regulador, y a diferencia de antes, cuando el Estado establecía los lineamientos de regulación, ahora es la población quien debe disputarle la hegemonía discursiva a la derecha. Por ello es fundamental la construcción de una ciudadanía.

Además, en este escenario marcado por la globalización surge el reto de cómo recuperar el respeto o la garantía pública a la capacidad

de decisión privada, ya que no se limita a los derechos reproductivos sino que incluye el ámbito de la seguridad personal.

El trabajo del maestro González Ruiz constituye un gran aporte al dilucidar la composición social y el discurso de los grupos conservadores. Sin embargo sería pertinente indagar si esta coalición de derecha que, ocupando posiciones públicas, impone esta moralidad conservadora, se produce en un vacío. En otros términos, saber cuál ha sido el éxito de las medidas represivas impulsadas por funcionarios municipales, es decir, qué respuesta social y gubernamental han encontrado.

DISCUSIÓN GENERAL DE LA TERCERA SESIÓN

Las ponencias y comentarios provocaron un intenso debate colectivo que abordó las dudas generadas por algunas exposiciones y —lo más importante— profundizó en diversos aspectos de las cuestiones tratadas en la sesión: la presencia de la derecha en todo el espectro político, el desarrollo actual de la estrategia conservadora, el devenir histórico del conservadurismo y las actuales dificultades y mecanismos para responder a dicha estrategia y, finalmente, el proceso de construcción ciudadana.

Debido a que cada concepto conlleva implicaciones teóricas, metodológicas y políticas distintas, se sugirió hacer un uso diferenciado de los términos salud reproductiva, salud sexual, derechos sexuales y derechos reproductivos.⁷⁹

Por su parte, Marta Lamas precisó que, en un intento de ubicar la problemática de los de-

⁷⁸ En virtud de las reformas al Código Penal de 1983, el tema de la violencia familiar ha devenido en un asunto privado; es decir, no se persiguen de oficio las lesiones; obliga a las mujeres a querellarse con las respectivas cargas y costos, que generalmente les es imposible asumir.

⁷⁹ Para mayor información se mencionó que fueron tres las definiciones legitimadas en las conferencias de El Cairo y de Beijing: en la primera se definieron los conceptos *salud reproductiva* y *salud sexual* y *derechos reproductivos*, y en la segunda se definió el concepto *derechos sexuales*, aunque el término no haya sido aceptado oficialmente.

rechos reproductivos en el contexto de las realidades latinoamericanas, donde la CEPAL es una instancia con la que se debe debatir, su trabajo intenta demostrar la ceguera de género de dicha institución al abordar las realidades sociales de la región, que se refleja al dar por sentada la posición ideológica de la Iglesia católica, que no reconoce la realidad del aborto.

En la discusión colectiva también surgió un consenso en torno a la necesidad de recordar las limitaciones de las encuestas, pues a pesar de que la gente reivindica su derecho a la autonomía en la decisión sobre su cuerpo y los procesos reproductivos, la mayor conciencia que existe de estos derechos no tiene una correlación con una claridad de lo que podría significar un gobierno de derecha. Estas limitaciones también pueden presentarse cuando las investigaciones, abordando los aspectos culturales, revelan las opiniones de las propias mujeres, ya que es posible que ellas no tengan claro qué significa el derecho reproductivo y puede ocurrir que lo reconozcan válido para sí, pero no para otras mujeres.⁸⁰

Uno de los temas que ameritó el interés del público fue la presencia del conservadurismo en los partidos políticos. Se advierte que el conservadurismo está presente en todos los partidos políticos importantes; es decir, no es exclusividad del Partido Acción Nacional (PAN), ya que estas tesis también son promovidas en el Partido Revolucionario Institucional (PRI) y en el Partido de la Revolución Democrática (PRD).⁸¹ Así como en el PAN hay militantes liberales (que

son los menos, pero reflejan cierta heterogeneidad),⁸² en la izquierda también está presente el conservadurismo sexual. Una variante del discurso conservador que aparenta una imagen progresista se ha podido observar en el proceso de Chiapas, donde algunos intelectuales de izquierda y sectores de la Iglesia han planteado que los derechos humanos atentan contra los derechos de los pueblos indios debido a que introducen la occidentalización, el individualismo, etcétera. Sin embargo, la discusión revela que para estos grupos la peligrosidad de incorporar los derechos humanos en las comunidades indígenas estribaría en el problema que significaría el eventual proceso de liberación que pueden experimentar las mujeres. Del mismo modo, otros sostienen que el planteamiento conservador sobre la sexualidad del Partido de la Revolución Democrática obedece a la alianza de su líder, Cuauhtémoc Cárdenas, con los sectores cristianos de izquierda que, como los de derecha, son igualmente conservadores.

De ahí que ineluctablemente el conservadurismo esté presente en todo el espectro político; no obstante, en ningún caso la situación es equivalente entre el PAN y los otros partidos. En efecto, los fundadores y los dirigentes de los principales grupos conservadores militan en el PAN; además, este partido históricamente ha mantenido una relación de colaboración y afinidad con la Iglesia y los grupos conservadores y, finalmente, estos grupos en el PAN tienen un nivel de organización, identificación ideológica y compromiso para llevar sus normas religiosas al plano legal y político.⁸³

⁸⁰ Esto se demuestra en que pese a que, según unas encuestas, gran parte de las mujeres está a favor de una autonomía en la toma de decisión sobre el aborto, según otras encuestas —igualmente cuantitativas— cuando se les pregunta respecto a otras mujeres que viven en situaciones distintas no les reconocen este derecho.

⁸¹ Este fenómeno no es exclusivo de México, ya que en Brasil, por ejemplo, las posiciones conservadoras se ubican en diversos partidos, incluso en el Partido de los Trabajadores que es un defensor de los derechos humanos.

⁸² Si bien su línea oficial es conservadora, en su seno existen distintas tendencias, incluso modernas, opuestas a las fundamentalistas.

⁸³ Este elemento organizativo representa una gran diferencia con otros partidos, donde si bien existen personas conservadoras reconocidas, no participan grupos que incidan en los lineamientos políticos del partido.

Otro tema abordado fue el avance de la estrategia política conservadora. Las posiciones políticas que han logrado los conservadores obedecen a que están más organizados que otros grupos sociales; y si su mayor poder no tuviera una base social, ello no les impediría modificar las leyes de un modo que afecte al conjunto de la nación. En la medida en que ahora sólo ha logrado puestos estatales y municipales, la derecha ha impulsado la estrategia de modificar las constituciones locales. En general las presiones del conservadurismo han recibido distintas respuestas del gobierno —federal y estatal— y de la población; el gobierno ha oscilado entre hacer caso omiso y ceder, y la reacción de la población ha variado desde la aceptación, como ocurrió en Mérida con el Reglamento de Espectáculos, hasta expresar una fuerte resistencia, tanto en Guadalajara por la minifalda como en Monterrey por el Reglamento de Espectáculos. Este proceso ha tenido el apoyo del clero, que ha logrado mayor peso en los medios de comunicación, los cuales, además, son utilizados para suprimir los espacios críticos que mencionan las irregularidades del clero (abusos de religiosos, oposición a las políticas de población y de educación sexual); obviamente, esto allanará el terreno para una situación de impunidad de la jerarquía católica.

Quizás el tema que concentró el mayor interés del debate se refiere a las formas sociales y políticas para enfrentar la estrategia conservadora. A este respecto se planteó que la problemática de la salud reproductiva en el contexto de los derechos humanos implica una discusión de fondo que se refiere a cuál es el modelo de sociedad que emergerá del debate que llevan a cabo las distintas fuerzas sociales interesadas.⁸⁴

⁸⁴ En estos momentos, uno de los temas más polémicos en el debate político se encuentra en el terreno de la salud reproductiva y de los derechos humanos.

En este sentido cabe precisar que el problema no radica en cómo oponerse a las tesis conservadoras de la Iglesia, sino en quién reemplazará en esta disputa al Estado, que está en franco proceso de desmoronamiento. Conforme el papel de la Iglesia en la política se ha estructurado en torno a un proyecto histórico totalitario de sociedad (donde religión y ley es lo mismo, donde Estado e Iglesia es lo mismo) que comenzó a fracturarse con el surgimiento del Estado liberal, en el siglo XIX, y se profundizó con el proceso revolucionario, en el siglo XX, es muy difícil que las fuerzas fundamentalistas conservadoras puedan revertir este proceso histórico. En este escenario adquiere importancia la vinculación entre salud y derechos, ya que como el Estado experimenta un abierto proceso de “achicamiento”, esa relación puede ayudar para asumir la disputa con el conservadurismo.

De acuerdo con la doctora Ortiz-Ortega, la irreversibilidad del proceso se evidencia en el hecho de que los grupos conservadores no constituyen una fuerza social histórica articulada; más bien aparecen en distintos momentos y puntos específicos respecto de la democracia, los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía. Paradójicamente, este argumento también es aplicable a la gran dificultad que existe para generar fuerza política a favor del discurso de los derechos sexuales y reproductivos, ya que éste es apoyado por gente muy liberal que sólo comparte el deseo de que las personas hagan lo que prefieran en su vida sexual; es decir, no comparten una ideología y una organización y —en analogía al conservadurismo— sólo se movilizan en momentos críticos, cuando la libertad está en juego, para luego desaparecer y volver a su vida privada.

Por otra parte, se argumentó que la izquierda es más que el PRD; es una izquierda formada por liberales —en el sentido clásico— donde caben incluso personas que están trabajando en

el gobierno; sin embargo es una izquierda que no posee una conciencia de los derechos sexuales y reproductivos. Esto, unido a otros factores,⁸⁵ motiva cierto pesimismo respecto al futuro de la lucha por lograr mayores niveles de libertad y autonomía para la mujer. Ante ese panorama se planteó que ahora es el momento de intentar homogeneizar la normatividad federal hacia el código estatal más adelantado, que es el de Yucatán.⁸⁶ No cabe duda de que en el futuro, por los cambios que el PAN ha comenzado a introducir en los estados, el trabajo a favor de estos derechos será más complejo. Una estrategia de esta naturaleza facilitaría oponerse al proceso de conservadurismo respecto a las constituciones de los estados, aprovechando el lenguaje jurídico; en efecto, independientemente del grado de autonomía de los estados, sus normativas no pueden contradecir las de la Constitución federal ni los tratados internacionales que han sido ratificados por México —que son ley suprema de la unión.

Finalmente se reflexionó en torno a las implicaciones que tiene para el ejercicio de la ciudadanía esta disputa con la derecha y los grupos conservadores. En este terreno se alertó contra la facilidad con que se habla de ciudadanía, ya que esta noción debe integrar la constitución de instituciones; es decir, puede tenerse una sociedad civil muy organizada, movimientos sociales y sujetos organizados, pero si no se dispone de instituciones que permitan el acceso al poder gubernamental o al sistema político

institucional, no habrá posibilidad de ejercicio de la ciudadanía. En suma, para ejercer la ciudadanía no basta una sociedad activa y fuerte, sino que es imprescindible la construcción de instituciones.

En otros términos, sin olvidar que todo el trabajo de construcción de sujetos y movimientos populares ha permitido avanzar en la construcción de la ciudadanía, ésta implica, por un lado, una aceptación de que las reglas del juego democrático son comunes para todos y constituyen un medio para lograr la satisfacción de otras demandas, y por otro, la constitución y uso de las instituciones. Esto último supone que el andamiaje jurídico no consiste sólo en un discurso legitimador sino que debe ser utilizado también como un escenario de lucha nacional e internacional.

En este momento en que se ha iniciado una cruzada por sacar la conformación ciudadana del plano electoral y también una discusión de las reglas legales del juego —leyes, Constitución, etcétera—, es posible incorporar en las reflexiones sobre la ciudadanía la temática de la sexualidad como parte de los derechos civiles. La pertinencia de esta perspectiva se sustenta en que no existe un acuerdo filosófico ni una conclusión científica sobre el origen de la vida; esto sigue siendo un tema abierto; por lo tanto, ninguna corporación —Iglesia católica u otras— tiene el derecho de imponer legal o extralegalmente su concepción al resto del cuerpo social.

CLAUSURA Y PALABRAS FINALES DEL SEMINARIO

En la ceremonia de clausura, Juan Guillermo Figueroa (Colmex), expresó que en este seminario se desarrolló una discusión a fin de otorgar temporalidad a las cuestiones teóricas y a los análisis de los problemas y fenómenos desarrollados en el seminario Internacional sobre

⁸⁵ Los otros factores aludidos son la dificultad para debatir públicamente estos temas en México, la ausencia de una renovación generacional de las mujeres que tomen la causa por los derechos de las mujeres y el hecho de que aún no exista un interés real por parte de la izquierda —y de los hombres— por estos temas, que ya no son cuestiones secundarias de la vida cotidiana sino temas centrales de la libertad y de la autodeterminación.

⁸⁶ La Constitución de Yucatán, además de los motivos de salud de la mujer, toma en cuenta los motivos económicos para justificar la no penalización del aborto.

Avances en Salud Reproductiva y Sexualidad; es decir, cómo diferentes actores participan explícita o implícitamente en el proceso de moldear, transformar y definir diferentes normatividades en el ámbito de la sexualidad, la salud y la reproducción. Por este motivo, aquí se han abordado los cambios estructurales —vía las políticas públicas—, los marcos normativos y los movimientos organizados que tratan de incidir sobre dichas normatividades.

Pese a lo complejo que resulta sintetizar la discusión desarrollada, Juan Guillermo Figueroa aseguró que los diversos elementos de orden teórico, metodológico y político tratados en este encuentro —al igual que en el seminario internacional— van a alimentar los procesos de investigación sobre el campo de la sexualidad, la salud y la reproducción, y también enriquecerán los procesos de acción civil y política en este terreno. Quizás, a modo de resumen, arriesgando simplicidad, se podría declarar que se ha llegado a un consenso —al menos desde la perspectiva académica— en el sentido de que la reproducción debe investigarse vinculada con la sexualidad, con el cuerpo y con las relaciones de poder, que siempre se activan y le dan forma. Si bien son relaciones mantenidas, reproducidas y vigiladas por normatividades, éstas se han cuestionado por la paulatina desmitificación de algunas autoridades institucionales y por el proceso creciente de “*ejercer como persona*”; esto es, por el mayor número de seres humanos que están creyendo en la posibilidad de desarrollarse como tales.

La clausura del seminario estuvo a cargo del licenciado Gustavo Cabrera (Colmex),⁸⁷ quien

manifiestó su alegría por ser quien da término a un encuentro que ha sobresalido por la calidad de sus asistentes y de las reflexiones desarrolladas. Lo cual reviste mayor satisfacción por haber participado hace un tiempo en la formación de uno de los pocos programas en salud reproductiva del mundo, cuya apertura tuvo un carácter netamente académico —sin prejuicios—. En este sentido, valoró el grado de consenso alcanzado en el seminario y los grandes avances que se pueden desprender de los temas y contenidos tratados; sin duda éstos darán lugar a nuevos tiempos y redundarán en una influencia en el saber sociodemográfico, político y, en general, en el campo de las ciencias sociales. Antes, el análisis de estos temas era reducto de la biología y en parte, de la demografía más tradicional; sin embargo ahora se ha avanzado y hay perspectivas de una dinámica de reflexiones más multidisciplinarias.

En este plano es importante mencionar que en la vieja discusión sobre qué ha hecho el gobierno frente a las presiones del conservadurismo en la temática de la sexualidad y la reproducción, la respuesta es que no ha hecho nada; más bien se ha unido a otros elementos más tradicionales. Por su parte, la Iglesia ha retrocedido en sus posiciones en este campo. En realidad, ha sido la academia quien ha levantado su voz, pero no ha sido escuchada. Por lo tanto aún falta hacer que trascienda lo académico hacia la sociedad; es decir, unirse a otros grupos sociales como las ONG —aunque decantadas—, impulsar la investigación con más fuerza y difundir los avances en el conocimiento entre la población general; esto implica dar a conocer sus resultados, pero de modo sencillo y en los medios de difusión nacional.

No cabe duda de que en torno a las diferentes facetas de la salud reproductiva y de la sexualidad hay mucho camino por andar; pero así como hace treinta años pese a la oposición

⁸⁷ El licenciado Cabrera es director del Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano de El Colegio de México, fue uno de los gestores de la formación del Programa de Salud Reproductiva y Sociedad en esta institución en 1992 y presidió el Consejo de Directores del Programa durante varios años.

de la Iglesia algunas personas lograron que se legislara a favor del divorcio evitando todo el daño que producía su negación, hoy existe la tarea de legislar sobre el aborto.

Finalmente el licenciado Cabrera, en nombre de El Colegio de México, agradeció la asistencia al seminario e instó a seguir trabajando para la institucionalización y difusión de la perspectiva de la salud reproductiva en la sociedad.

ÍNDICE

SEMINARIO INTERNACIONAL SOBRE AVANCES EN SALUD REPRODUCTIVA Y SEXUALIDAD

INTRODUCCIÓN, <i>Juan Guillermo Figueroa</i>	1
PALABRAS INAUGURALES, <i>Andrés Lira, Juan José Llovet y Luz Elena Gutiérrez de Velasco</i>	2
TEMA 1. ELEMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES	4
<i>Primera sesión</i>	4
Los elementos sociales de la salud reproductiva: procesos macrosociales y los que involucran la inequidad observados a través de la experiencia individual, <i>Rodolfo Tuirán</i>	4
Comentario de <i>Carolina Martínez</i>	8
Acciones virtuosas ante la ausencia de un paradigma dominante: salud reproductiva en un mundo construido socialmente, <i>John Gagnon</i>	10
Comentario de <i>Ana Amuchástegui</i>	12
Discusión general de la primera sesión	14
<i>Segunda sesión</i>	15
Ética y derechos en las intervenciones, experiencias e investigaciones en el campo de la sexualidad, <i>Radhika Chandiramani</i>	15
Comentario de <i>Juan Guillermo Figueroa</i>	19
Definiendo la salud reproductiva en el contexto de la vida de las mujeres, <i>Joanne Leslie</i>	21
Comentario de <i>Carlos Echarri</i>	24
Debate general de la segunda sesión	25
TEMA 2. NUEVAS APROXIMACIONES Y HALLAZGOS	27
<i>Tercera sesión</i>	27
El estudio del aborto inducido en América Latina: un balance parcial y algunas propuestas a futuro, <i>Silvina Ramos</i>	27
Comentario de <i>Adriana Ortiz-Ortega</i>	31
Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente, <i>Claudio Stern</i>	32
Comentario de <i>Xóchitl Castañeda</i>	34
Prácticas sexuales, enfermedades de transmisión sexual y SIDA entre los jóvenes, <i>Peter Aggleton</i>	35
Comentario de <i>Mario Bronfman</i>	39
Discusión general de la tercera sesión	41
<i>Cuarta sesión</i>	42
Coerción sexual y salud reproductiva de las mujeres, <i>Lori Heise</i>	42
Comentario de <i>Irma Saucedo</i>	48
Genero, sexualidad y salud reproductiva, <i>Sonia Correa</i>	51
Comentario de <i>Nelson Minello</i>	55
Discusión general de la cuarta sesión	57
TEMA 3. EL ESTADO, LA SOCIEDAD CIVIL Y OTROS ACTORES RELEVANTES	58
<i>Quinta sesión</i>	58
Juan José Llovet	58
Viviane Brachet	60
Debate general de la quinta sesión	61

REFLEXIONES FINALES Y CLAUSURA	63
Jane Rubin-Kurtzman	63
Cathy Greenblat	65
Discusión general de la sesión de clausura	67
PALABRAS DE CLAUSURA	68
Susana Lerner	68
SEMINARIO NACIONAL SOBRE POLÍTICAS SOCIALES, MARCOS, NORMATIVIDAD Y ACTORES SOCIALES VINCULADOS CON SEXUALIDAD Y SALUD REPRODUCTIVA	
INTRODUCCIÓN, <i>Claudio Stern</i>	70
PALABRAS INAUGURALES, <i>Elena Urrutia</i>	70
TEMA 1. CAMBIOS ESTRUCTURALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS	71
Primera sesión	71
El caso de las políticas de población, <i>José Gómez de León</i>	71
La salud reproductiva en la industria maquiladora de exportación de México. Diagnóstico y retos para las políticas de salud, <i>Miguel Ángel González Block</i>	72
Cambios estructurales y políticas públicas. El caso de las políticas de empleo, <i>Clara Jusidman</i>	73
Comentarios a la primera sesión	76
Comentario de <i>Alfonso Sandoval</i>	76
Comentario de <i>Brígida García</i>	77
Debate general de la primera sesión	78
TEMA 2. MARCOS NORMATIVOS	81
Segunda sesión	81
Normas y valores de la Iglesia Católica en la sexualidad y la reproducción: nuevas perspectivas, <i>María del Consuelo Mejía</i>	81
Salud reproductiva, sexualidad y derechos humanos, <i>Víctor Martínez-Bullé</i>	84
Salud reproductiva: del papel a la realidad, <i>Arnoldo Kraus</i>	86
Educación, medios de comunicación y salud reproductiva, <i>Rosa María Camarena</i>	88
Comentarios a la segunda sesión	90
Comentario de <i>Teresita de Barbieri</i>	90
Comentario de <i>Reyna Hernández</i>	91
Discusión general de la segunda sesión	93
TEMA 3. LA ÓPTICA DE ALGUNOS ACTORES SOCIALES	97
Tercera sesión	97
Movimiento feminista y discurso político: los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía moderna, <i>Marta Lamas</i>	97
El futuro de los movimientos conservadores en México, <i>Edgar González Ruiz</i>	99
La salud reproductiva como problema de derechos humanos, <i>Laura Salinas</i>	101
Comentarios a la tercera sesión	103
Comentario de <i>María Luisa Tarrés</i>	103
Comentario de <i>Marclaire Acosta</i>	105
Discusión general de la tercera sesión	106
CLAUSURA Y PALABRAS FINALES DEL SEMINARIO, <i>Juan Guillermo Figueroa y Gustavo Cabrera</i>	109

REFLEXIONES 11

se terminó de imprimir en septiembre de 1999
en El Colegio de México, Camino al Ajusco 20,
Col. Pedregal de Santa Teresa, 10740 México, D. F.
Se imprimieron 1000 ejemplares más sobrantes para reposición.
Tipografía y formación a cargo de María de los Ángeles Chávez.
Cuidó la edición el Departamento de Publicaciones
de El Colegio de México.



PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD
EL COLEGIO DE MÉXICO