

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: LOS ACTORES EN EL DEBATE.

GLORIA CAREAGA PEREZ*

Cada día, en diferentes puntos de la tierra, se lucha de diversas formas por mantener vigentes los principios de libertad, justicia y dignidad humana, proclamados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

La búsqueda por mejorar las condiciones de vida de la población se hace evidente en los múltiples foros internacionales convocados por Naciones Unidas y en las declaraciones que asumen, firman y ratifican los gobiernos de todos los países.

Sin embargo, esta búsqueda permanente nos alerta y nos plantea por lo menos dos interrogantes principales:

¿Existe un respeto real de éstos principios que constituyen la base de los Derechos Humanos?

¿Son insuficientes las Declaraciones proclamadas?

Los conocimientos generados cada día, nos adentran a nuevas realidades. Los avances tecnológicos, científicos y humanos nos han llevado a una nueva concepción de la vida, de la muerte, del cosmos; dando un nuevo sentido a la condición humana.

Sin embargo, pese a éstas nuevas realidades y a los diversos esfuerzos, las mujeres seguimos siendo objeto de importantes discriminaciones. Asimismo, a pesar de que todos los derechos proclamados en los documentos internacionales amparan y defienden la vida, la calidad

*Gloria Careaga Pérez. Psicóloga Social. Responsable del Área de Salud y Población del Programa Universitario de Estudios de Género. PUEG/UNAM.

de vida, su preservación, su progreso y su desarrollo, no reconocen, hasta hoy, su estrecho vínculo con la sexualidad y la salud reproductiva.

Quizá entre otras razones, porque dada la cultura, las mujeres hemos estado excluidas de las instancias en las cuales se han formulado lo que constituye un obstáculo para su avance (Londoño, 1993). Quizá porque las mujeres hemos sido las depositarias únicas de la responsabilidad reproductiva.

No obstante, la complejidad de los Derechos Humanos al finalizar el siglo, en lugar de frenarnos impulsa nuestra iniciativa para proponer adiciones que vienen surgiendo y existiendo en un cierto nivel de conciencia colectiva y que ya han sido planteados por diversos grupos en América Latina y en otras latitudes, como son los derechos sexuales y reproductivos (Londoño, 1993:4), que aún no han sido conceptualizados, identificados o proclamados en el marco de los Derechos Humanos, ni por ningún Código Internacional.

La libertad para reproducirse o no, y en qué situación, constituye una de las libertades más importantes del ser humano, si no es la que más, como el hecho que debe ser defendido como un hecho consciente y voluntario de la especie humana.

Las Políticas que determinan el crecimiento y desarrollo de la población mundial, centran su atención de manera significativa en el proceso reproductivo de las mujeres, explicitado claramente en los programas de salud, en la investigación contraceptiva, en los índices de natalidad. Sin embargo, casi nada se ha hecho para concientizar a las mujeres sobre sus derechos y su valor como persona.

Así, el planteamiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos no implica más que llevar de la práctica generalizada a la categoría conceptual de Derechos Humanos, comportamientos cotidianos fácilmente identificables. Es decir, responde a una necesidad de reglamentar sobre prácticas comunes que venimos desarrollando.

Es decir, en la demanda de incluir los Derechos Sexuales y Reproductivos en el marco de los Derechos Humanos contemplamos:

- 1) Participación de las mujeres en el diseño de políticas y de sus estrategias hacia la población.
- 2) Información y acceso para un uso responsable y libre de los métodos anticonceptivos.
- 3) Condiciones propicias para la fertilidad-infertilidad.
- 4) Opción libre de la maternidad en un marco de seguridad y bienestar.
- 5) Información y acceso para un uso responsable y libre de métodos de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA.
- 6) Reconocimiento del placer sexual como derecho inherente a las personas.
- 7) Respeto por las orientaciones y el ejercicio íntimo de la sexualidad.
- 8) Reconocimiento de las responsabilidades de los hombres y las mujeres en el ejercicio de la sexualidad y la reproducción.

Estas demandas nos exigen un análisis básico, aunque sea somero, desde el marco de los actores principales, que nos permita abordar el problema desde lo concreto y facilite la determinación de propuestas de acción.

En primer lugar habríamos de contemplar las políticas públicas -sus administradores-, de donde emanan las estrategias de acción para favorecer las condiciones de vida de la población.

Si bien la Ley General de Población está fundamentada en principios humanísticos incuestionables, análogos a los contenidos en las Declaraciones Universales que buscan el respeto a la dignidad humana, las estrategias desarrolladas para el logro de sus objetivos muestran una concepción parcial del ser humano, al dirigir su atención casi exclusivamente a la regulación de la fecundidad y al ser evaluadas a partir de índices demográficos, orientando las acciones de sus programas a la consecución de metas demográficas específicas más que a procurar el bienestar de la población.

Más aún, no existen criterios claros para la definición de los grupos prioritarios a quienes dirigen sus acciones, ni de la delimitación de las opciones contraceptivas.

En segundo lugar consideremos a las instituciones públicas como responsables del diseño de los mecanismos para instrumentar las políticas y programas.

Como dije anteriormente, al haber una visión parcial, no existe una participación armónica de las diversas instituciones públicas involucradas en el problema, a pesar de compartir responsabilidades en el papel, recayendo principalmente en las del Sector Salud.

Estas, acordes con las estrategias políticas, orientan sus acciones significativamente al control eficiente de los índices de fecundidad, a partir de los cuales se fijan las opciones accesibles, la preparación técnica y los índices de eficiencia, sin tomar en cuenta que los/as beneficiarios/as de sus servicios, en este rubro, son personas sanas, adultas, en las que a la decisión de utilizar algún método

anticonceptivo les asisten múltiples factores.

Los centros de salud son instituciones altamente jerarquizadas y esto implica formas de funcionamiento que, de una u otra manera reproducen relaciones de poder en sus diferentes esferas, hacia y en el equipo de salud, como en el trabajo hacia la población. Hay una fuerte tendencia a responsabilizar al experto en salud como el que sabe y decide lo mejor para las personas que lo consultan o para la comunidad que está bajo su influencia, al mismo tiempo que se le hace sentir evaluado, vigilado permanentemente.

En tercera instancia vendrían los/as investigadores/as sobre el tema. Aquéllos quienes a través de su ejercicio profesional tienen la posibilidad de destacar y prevenir sobre posibles conflictos.

El desarrollo de la tecnología reproductiva y genética, sus impactos sobre la población; la experimentación de nuevos métodos anticonceptivos; los efectos de las condiciones laborales y de vida en el proceso reproductivo; las condiciones mínimas favorables para un mejor desarrollo de la vida, todas, han sido objeto de estudios con diferentes perspectivas y niveles de análisis que posibilitan una mejor comprensión de la situación y el diseño de estrategias adecuadas hacia mejores condiciones de vida de la población. Sin embargo, esta información no está accesible más que en un marco de alta especialidad o en los ámbitos oficiales. No hay un reconocimiento de que los resultados de este trabajo constituyen un cúmulo de información esencial para el ejercicio de los derechos de los profesionales mismos y de la población en general.

Además, tradicionalmente se ha conceptualizado a la investigación sobre éste tema como de la incumbencia e interés solo para el Estado y para la industria farmacéutica, desentendiéndose de la responsabilidad social de su actividad.

En cuarto lugar consideremos a los prestadores de servicios, instrumentadores directos de las estrategias de acción y vínculo principal entre las políticas y la población.

Los prestadores de servicios comúnmente ejercen un poder a través de su conocimiento, se entiende incluso su papel como agentes del cambio cultural, a través de lo que dicen, comunican a la población la visión "legítima" de las formas de conducir la vida sexual y reproductiva (Tuirán, 1988).

La condición de clase, el manejo del conocimiento como poder, la rigidez institucional donde están insertos, la costumbre médica y paramédica de no darle explicaciones a la población, la connotación de ver a la población como un paciente, complica las condiciones en que se da esta interacción (Figueroa, Aguilar, 1992), en especial respecto a los derechos reproductivos.

Si el personal de los servicios de salud está convencido de la necesidad de reducir las tasas de natalidad de la población y tomamos en cuenta las relaciones de género con las usuarias en las que se reflejan los habituales sentimientos de paternalismo y autoridad profesional hacia quienes considera inferiores e ignorantes, y si a pesar de contar con normas y comités éticos que rigen su actividad parece existir una motivación superior a la norma, es probable que se tengan interpretaciones muy heterogéneas respecto al derecho de las benefi-

ciarias a decidir libre e informadamente sobre las diversas posibilidades reproductivas y anticonceptivas (Figueroa, Aguilar, 1992), ya que además subordinan los aspectos psíquicos y sociales, a los médicos biológicos, su ámbito de especialización.

Resulta así, especialmente complicado para los médicos actuar frente a la creciente complejidad de su quehacer cotidiano, basándose en su propia ética, si no existe una regulación legal específica que contemple las especificidades de la situación problema (Lamas, 1992), si la institución le exige cumplir con las metas señaladas y mantener a la población satisfecha, sin un aprovisionamiento de los recursos suficientes para ejercer con responsabilidad o si no cuenta con los espacios para el análisis y reflexión profesional sobre la normatividad impuesta.

Por último analicemos a la población, beneficiaria de las acciones de las políticas de población. En este caso, principalmente a la mujer, quien ha sido considerada el objeto central de los programas de planificación familiar. Aquí la perspectiva de género resulta central, ya que la autoconcepción minusvaluada de la mujer, le impide demandar servicios oportunos y adecuados.

Como señalé al inicio de este trabajo, a pesar de los múltiples esfuerzos, las mujeres vivimos aún en graves condiciones de discriminación y de marginación, situación que determina las formas de relación con el propio cuerpo, con nostras mismas y hacia los demás.

Los valores sociales generalmente asociados a las mujeres, como la maternidad, la fidelidad, la sensibilidad, refuerzan esta condición, ya que en su mayoría están vinculados a una condición de dedicación y

servicio por el otro, colocándola en una condición de subordinación. Lo que la lleva a introyectar una autoconcepción devalorada de sí misma que le resta fuerza y poder reales para su autoafirmación y demanda de sus derechos.

La percepción de la mujer al servicio de los otros, la lleva a tener una vigilancia casi nula de los procesos fisiológicos de su propio cuerpo, y aún menos de sus necesidades psíquicas y sociales. Orienta así su acción por el propio sacrificio y por el bienestar de los demás. Esto, aunado a la concepción social de doble moral sexual, donde a los hombres y a las mujeres se les adjudican papeles que podríamos calificar de antagónicos y donde precisamente a la mujer le toca reprimir su impulso, pero satisfacer al otro, condena las prácticas sexuales a un sinfín de silencios e incomprensiones.

En el marco de los servicios de salud, como mencioné anteriormente, existen relaciones jerarquizadas en las que la población, en este caso las mujeres, ocupan el último lugar de la escala. Así al reproducir las relaciones institucionales de poder, donde la demandante del servicio por sí misma no cuenta, porque no sabe o porqué no es capaz de decidir, requiriendo incluso de la autorización de otro, y donde no sólo el médico asume éste poder, sino que la condición misma de la mujer, la lleva a magnificar la imagen y el estatus del médico.

Demandamos que la decisión sobre el comportamiento reproductivo sea libre y responsable. Sin embargo, la decisión nunca será libre mientras estemos en condiciones de desprotección. La posibilidad de decidir y controlar nuestros propios cuerpos pierden sentido para las mujeres con escasos recursos e inaccesibilidad a la toma de decisión (Düting, 1993).

Se hace necesario reconstruir el significado de ser persona, de tener un derecho humano a diferencia de la concesión, el fomentar el trabajo colectivo con una amplia participación, el luchar por la tolerancia de la diversidad para llevar el significado real de la democracia al campo de la reproducción. Los derechos sexuales y reproductivos deben guiar una amplia variedad de acciones desde los aspectos relativos a la fertilidad hasta la concepción global de la salud reproductiva y la sexualidad. Así como desde el acceso y la calidad de los servicios hasta el cuestionamiento del modelo dominante de desarrollo a impulsar la transformación de las condiciones que marginan a las mujeres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Careaga, G. y DeBarbieri, T. ¿UNA POLITICA DE POBLACION A NIVEL MUNDIAL? Ponencia presentada en la Reunión Internacional "A Donde Vas Humanidad". Berlin, 1992.
- CONCLUSIONES DE LA REUNION PREPARATORIA PARA LA CONFERENCIA MUNDIAL DE NACIONES UNIDAS SOBRE DERECHOS HUMANOS. Costa Rica 1992.
- CONSIDERANDOS Y RECOMENDACIONES DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES DE AMERICA LATINE Y EL CARIBE. Conferencia Regional Latinoamericana y del Caribe sobre Población y Desarrollo. México, 1993.
- Cufre, Leticia. SALUD PUBLICA Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. Ponencia presentada en el Taller Derechos Reproductivos: Salud Pública, Modernidad y Etica. GIRE/PUEG. Noviembre de 1992.
- Düting, Gisela. THE CONCEPT OF REPRODUCTIVE RIGHTS: REFLECTIONS FROM EXPERIENCES. Ponencia presentada en la 7a. Conferencia Internacional de Mujeres y Salud. Septiembre de 1993.
- Figuroa, J.G. REFLEXIONES POCO DEMOGRAFICAS SOBRE UN COMPONENTE DE LA DINAMICA DEMOGRAFICA. Comentario presentado en el Seminario de Presentación de Resultados del Proyecto Grupos Sociales y Reproduccion en México. Colegio de México. Septiembre de 1989.
- Figuroa, J.G. y Aguilar, B.M. REPRODUCCION, DERECHOS HUMANOS Y PLANIFICACION FAMILIAR: ALGUNAS REFLEXIONES. Ponencia presentada en el II Coloquio Universitario de Investigación y Estudios sobre la Mujeres y las Relaciones entre los Géneros. PUEG/UNAM. Noviembre de 1992.
- Lamas, Marta. EL DEBATE BIOETICO: PROCESO SOCIAL Y CAMBIO. Ponencia presentada en el Taller Derechos Reproductivos: Salud Pública, Modernidad y Etica. GIRE/PUEG. Noviembre de 1992.
- Londoño, M.L. DERECHOS HUMANOS Y DERECHOS REPRODUCTIVOS. Ponencia presentada en la Reunión de Mujeres y Políticas de Población en América Latina y el Caribe. Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Oaxtepec. Julio de 1993.
- ONU. DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. Adoptada y Proclamada por la Asamblea General el 10 de Diciembre de 1948.
- ONU. DECLARACION SOBRE LA ELIMINACION DE LA DISCRIMINACION CONTRA LA MUJER. Proclamada por la Asamblea General el 7 de Noviembre de 1967.
- Tuirán, R. SOCIEDAD DISCIPLINARIA, RESISTENCIA Y ANTICONCEPCION. Memoria de la Reunión sobre avances y Perspectivas de la Investigación Social en Planificación Familiar en México. DGPF/SS. 1988.