

Aproximación teórico-metodológica a los estudios en salud reproductiva*

Sara Yaneth Fernández Moreno

Universidad de Antioquía

Resumen:

Este artículo condensa los planteamientos básicos de una investigación más amplia, aplicada al caso mexicano; por la naturaleza de la discusión planteada en ella, se considera de vital importancia recuperar dichos planteamientos para el caso colombiano, toda vez que sus ejes comprometen cuatro elementos básicos: la política de población y las metas demográficas, los programas de planificación familiar y la regulación de la fecundidad, el proceso de medicalización y el debate de los derechos reproductivos, y por último, los postulados de las conferencias de El Cairo y de Beijing; estos aspectos son desarrollados dentro de la perspectiva de género como marco conceptual para desarrollar y evaluar los efectos del uso del concepto de salud reproductiva en nuestro medio. Por último, se plantean a manera de conclusiones los interrogantes que hacia delante quedarán por resolver en los espacios académicos, sociales y políticos, respecto a los alcances, usos y repercusiones del uso del concepto de salud reproductiva.

Abstract:

This article condensed the basics plantheaments of some bigger research applied to the Mexican case; for the discussion nature planted in this is consider of vital importance get the plantheaments for the Colombian case, therefore htat this (ejes) comprissmetnt four basics elements: the population politics and the demographics gosl, the family planning programs and the fertility regulations, the medicalization process and the debate of the reproductive rights, and like four and last topic, the research in the area and the world context refers to the Cairo and Beijing Conferences; This topics are developed into the gender perspective like a conceptual esquerrule for develop and evaluate the effects for the use of the concept of reproductive health in our countries. For the last one, is planted like conclusions forms some questions that in future wait for some resolvers in the academics, social and politics spaces refers to the goals, uses an repercussions for the concept of reproductive health.

Introducción

El Centro de Población y Salud Familiar, de la Universidad de Columbia, y el Fondo de Población de las Naciones Unidas definieron en 1994 la salud reproductiva como:

Una condición en la cual el proceso reproductivo se completa en un estado de entero bienestar físico, mental y social, y no es solamente la ausencia de enfermedad o

*El presente artículo reúne los planteamientos básicos de la investigación realizada por la autora, titulada "La salud reproductiva en México: una reflexión teórico-metodológica", como tesis de maestría en Estudios de Población; además de los elementos expuestos en la conferencia realizada el 14 de marzo de 1997 en la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía que llevó el título del presente.

problemas en el proceso reproductivo; esto implica que las personas tienen la habilidad para reproducirse, regular su fecundidad y practicar y gozar sus relaciones sexuales, en la cual las mujeres puedan pasar por el proceso de embarazo y parto sin complicaciones donde la regulación de su fecundidad pueda ser lograda sin problemas para su salud, de manera que las personas puedan sentirse seguras de tener relaciones sexuales (Saucedo, 1994).

En ese mismo año la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo, lanzó oficialmente el concepto de salud reproductiva, definiéndolo así:

La salud reproductiva hace referencia al estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de la enfermedad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Salud Reproductiva implica por lo tanto, que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura y tienen la capacidad de reproducirse y la libertad de decir cuándo y qué tan frecuentemente tener hijos. Implícito en esta condición está el derecho de las mujeres y hombres a tener acceso a métodos de planificación familiar efectivos, accesibles y aceptables, así como otros métodos de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén contra la ley y el derecho a los servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres tener embarazos y partos saludables y proveer a las parejas las mejores oportunidades para tener hijos sanos. De acuerdo con esta definición, el cuidado de la salud reproductiva es la constelación de métodos, técnicos y servicios que contribuyan a la salud reproductiva y bienestar a través de la prevención y atención de problemas de salud reproductiva. También incluye salud sexual, cuyo propósito es el mejoramiento de la vida y las relaciones personales y no solamente la consejería y cuidados relacionados con la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual (Saucedo y Lerner, 1994).

Si se asume la definición oficial se pueden identificar varios elementos que bien vale la pena problematizar, como son la reorientación del comportamiento reproductivo en pos de premisas que abogan por la salubridad, el bienestar y la responsabilidad. Es más, en ella se eleva a categoría de decisión consciente, planeada y libre de un sujeto no definido plenamente (en el texto se hace mención de hombres, mujeres, personas, parejas, etc.), lo cual involucra diferentes dimensiones; se habla también de la tenencia de los hijos y de la decisión del momento y la cantidad de hijos a tener, así como de la disposición de medios para lograrlo (sin embargo, las acciones recaen sobre un único sujeto, la mujer). De ahí que la pregunta que surge es si los individuos - hombres y mujeres- gozan hoy día de tal capacidad. Como se aprecia, el sentido del discurso es uno y el sentido de la práctica...

En este contexto, el artículo tiene como objetivo problematizar el uso del concepto de salud reproductiva desde diferentes ángulos considerados como los ejes básicos a partir de los cuales cualquier intento de conceptualización en el área debe partir, para formular de esta manera preguntas y acciones a seguir dentro de las siguientes dimensiones: población y crecimiento, población y desarrollo, población y recursos.

Para desarrollar ampliamente la discusión se presentan, además, tres conceptos básicos que permiten problematizar y sustentar varias de las afirmaciones hechas a lo largo del trabajo, tales conceptos son:

Género. Como perspectiva de análisis, dicho concepto fungirá como instancia vigilante en cada planteamiento, toda vez que se ha reconocido a la mujer como el sujeto sobre el cual recae el peso del discurso académico y político referido a las prácticas reproductivas. En este marco, el género es definido como la construcción social en la cual la diferenciación socio-cultural que se ha establecido entre hombres y mujeres ha sido desigual, porque se ha basado en la subvaloración, la opresión y la inequidad de la mujer con respecto del hombre, apoyada en la diferenciación biológica (Oliveira, 1995). La relación entre los rasgos biológicos y los cultural y socialmente fijados, hace que ambos tipos de características masculinas y femeninas aparenten ser parte de la naturaleza de cada sexo (Maier, 1993).

La importancia de reconocer a la mujer en la salud reproductiva como el sujeto que se menciona permanentemente a lo largo de su conceptualización y el objeto concreto de acción sobre el cual se aplica el rigor de la política, de la estrategia y del discurso, hace que la extensión de la problemática de la salud reproductiva, vista bajo la perspectiva de género, logre trascender los espacios y las dimensiones del análisis sobre un eje articulador de lo reproductivo: "La toma de decisiones libre y responsable por parte de los individuos sobre el número y el espaciamiento de los hijos que quieren tener". Con este concepto se puede llegar al segundo: los derechos reproductivos.

Los derechos reproductivos. Entendidos como la capacidad que tiene toda persona sin distinción de decidir sobre su reproducción y, ampliando el concepto, de incorporar las condiciones y los medios adecuados para llevar a la práctica dichas decisiones, y así efectuar un proceso de autodeterminación reproductiva. Para la materialización de estos derechos se requieren niveles mínimos de bienestar, satisfacción de las necesidades básicas, respeto a los derechos humanos universalmente reconocidos y ratificados por los países del mundo, todas estas condiciones dadas en el marco de las relaciones equitativas entre los géneros (Figueroa y Zignoni, 1994). El tercer concepto, que opera a manera de articulador entre los dos primeros, es la medicalización.

La medicalización. Entendida como la descripción de procesos en los cuales cualquier comportamiento o característica social o individual es identificada y tratada como un problema médico, en términos de enfermedad o desorden (Conrad, 1992). En el marco de la discusión de este trabajo, la medicalización puede ser entendida también como el proceso clave a través del cual se integra la política de población con el sector salud mediante los programas de planificación familiar.

La relación médico-paciente establecida en un espacio clínico es la base para considerar, en un marco amplio y correlacionado, la relación institución-usuario y la relación política-población. Ésta es básicamente la relación que se trabaja en gran parte de este artículo. Con especial atención se trata la articulación de la salud reproductiva con las relaciones población-crecimiento demográfico, población-proceso salud-enfermedad y muerte, sobre las cuales se enmarca la relación de la política de población-salud reproductiva. En todas estas relaciones, la reflexión en torno a la condición de la mujer, y especialmente el uso de la perspectiva de género como eje de análisis, será una constante en la discusión del concepto de salud reproductiva, dada su relevancia en la comprensión del término.

Eje primero: la relación política de población-programas de planificación familiar

En la actualidad, la relación entre crecimiento de la población-nivel de desarrollo-bienestar se relativiza, dada la evidencia de que a pesar de la regulación del crecimiento demográfico, la difusión y el uso de métodos anticonceptivos, ésta no redundan en mayores niveles de bienestar o en la reducción de la pobreza y, aun así, el modelo de desarrollo continúa adelante, por sobre los evidentes conflictos sociales que el mismo ha generado en nuestros países. La preocupación por el control del crecimiento demográfico, concretamente de la fecundidad, se explica en razón al obstáculo que constituye este componente para la consecución de los planes de desarrollo social y económico de los países.

Para que el discurso político de desarrollo se materializara de manera concreta en programas como los de planificación familiar, es necesario mencionar el concurso de dos entes determinantes en el proceso: las reuniones mundiales de población y desarrollo, y la labor académica y científica de los intelectuales especializados en el área demográfica, quienes con sus estudios

apoyaron y, en cierta medida, determinaron el curso de los programas y políticas que serían aplicadas por los gobiernos latinoamericanos en pos de la regulación del crecimiento de la población, a partir de las metas demográficas, componente fundamental de los modelos de desarrollo que desde la segunda mitad de este siglo se convirtieron en el derrotero político de nuestros países.

Para América Latina es especialmente importante reconocer dos momentos a partir de los cuales hubo un cambio radical en la orientación de las políticas de población: a principios de siglo el subcontinente era considerado como una región semidespoblada, de características eminentemente rurales. Estos elementos, además de los nacientes Estados en conformación y estructuración, demandaron, en principio, acciones que estimularan el crecimiento de las familias y la distribución de la población a lo largo y ancho del territorio nacional de cada país. Las posturas oficiales optaron entonces por una política que se consideró en su momento como pronatalista.

Las condiciones del desarrollo rural incipiente, poco tecnificado, de las primeras décadas del siglo motivaron que los grupos políticos y económicos de los diferentes países de la región incentivaran la inmigración, mediante decretos que promovían la colonización y ampliación de las fronteras agrícolas, la retención de nacionales y el control de la emigración. Estas fueron estrategias que en su momento incentivaron el crecimiento poblacional necesario para poner en marcha las pretensiones políticas de índole poblacionista de cada gobierno.

Un segundo momento de estas políticas lo marcó la transición de los países semirurales y monoproductores a países urbanizados con pretensiones de industrialización y de inserción en mercados más amplios, a partir del impulso de modelos de desarrollo económico y políticas promotores de la industria que tuvieron lugar en las décadas de los cuarenta y cincuenta en buena parte del territorio latinoamericano. Paralelo a ello, la disminución de la mortalidad, el incremento sostenido de la fecundidad -y con éste el del crecimiento de la población- generaron la concentración de asentamientos humanos en áreas urbanas y municipios con incipiente crecimiento económico, a niveles que se constituyeron en un obstáculo para la modernización del Estado, para los niveles de bienestar de la población y para el mismo modelo de desarrollo que otrora tanto los necesitara, razones todas para que los lineamientos de los gobiernos de ese entonces cambiaran de sentido en materia poblacional.

En un principio, los programas estatales daban prioridad al crecimiento económico y a la redistribución de recursos sobre la limitación de la fecundidad. En ellos la reducción de la natalidad sería considerada como un instrumento de

vital importancia para alcanzar los mayores niveles de desarrollo. Desde 1952, en la Conferencia de Bombay de la International Planned Parenthood Association, William Vogt propuso que los países industrializados condicionaran sus exportaciones de alimentos a los países en desarrollo al uso de métodos anticonceptivos (Bracher, 1984).

Para alcanzar la meta de las políticas de población, el objetivo demográfico directo en varios países se centró en los programas de planificación familiar. La evaluación del impacto demográfico de los programas de este tipo se llevaría a cabo a partir del análisis de los comportamientos individuales de las parejas, con relación a los patrones reproductivos y a la prevalencia y uso de los métodos anticonceptivos; para hacer esto posible, a partir de la década de los sesenta se realizaron a nivel mundial las encuestas demográficas de fecundidad y salud, y las encuestas de la dinámica demográfica en algunos países del globo.

Este tipo de raciocinios impulsaron las posturas estatales conocidas como regulacionistas y que fueron llevadas a cabo en su momento por todos los gobiernos de la región latinoamericana. La regulación de la fecundidad y el impulso de las prácticas anticonceptivas requirió de préstamos para activar los servicios de planificación familiar; fue entonces cuando el apoyo financiero de fundaciones y organizaciones se hizo presente con fines propios. Incluso la iniciativa privada abanderó acciones por medio de la fundación de asociaciones nacionales en los diferentes países.¹

Segundo eje: la medicalización del comportamiento reproductivo

Bajo la premisa de que es la mujer quien biológicamente está dotada para engendrar, en ella se centra la intervención institucional, lo cual significa actuar sobre todos los aspectos involucrados con esta particularidad; desde el análisis de la relación mujer-medicalización, las características de tal intervención y sus efectos pueden ser más ampliamente discutidos. Se trata de discutir la incidencia de la medicalización sobre la vida de las mujeres y la repercusión de su acción, legitimada socialmente en el cambio de actitud y de percepción de procesos antes considerados naturales y que forman parte fundamental del ciclo de vida,

¹ Entre estas instituciones se encuentra la International Parenthood, la Fundación Ford, la Fundación Rockefeller, quien creó la Population Council, sin mencionar las Naciones Unidas y otras organizaciones multinacionales que en su momento agenciaron las estrategias regulacionistas de varios de los países tercermundistas que recurrieron a los auxilios y a la intervención directa de estas multinacionales en materia poblacional.

como son la reproducción, el embarazo, el parto, la crianza de los hijos o el envejecimiento.

Para abordar el proceso de la medicalización es necesario entrar a otro nivel: al interior de los programas de planificación familiar y su respaldo, el sistema de salud, espacio en el cual confluyen todas las instancias vinculadas con él, desde los hacedores de las políticas, los operarios de éstas y los receptores de las mismas, hasta el conjunto de especialistas, académicos, profesionales, técnicos, asistentes y usuarios en general que se relacionan alrededor de la salud y, en este caso, en particular alrededor del comportamiento reproductivo. Este es el nivel básico, la relación médico-paciente, institución-usuarios, política-población simultáneamente.

La intervención de las causas biomédicas en las condiciones de la vida cotidiana, la sanitización del estilo de vida, la inminencia de la intervención externa y además especializada en prácticamente todas las áreas del comportamiento y otros elementos de la salud que operan dentro de lo moral son, en conjunto, factores coadyuvantes del proceso de medicalización.²

Desde la década de los ochenta, algunos estudios examinaron particularmente el comienzo de la medicalización en la vida de las mujeres; opciones identitarias a nivel sexual, agresión, obesidad, anorexia, bulimia y, desde luego, los aspectos reproductivos, incluyendo el embarazo, el parto, el control natal, la infertilidad, el aborto, la menopausia y el síndrome premenstrual. Con tal gama de posibilidades, se concluye que la mujer es más vulnerable a la medicalización que el hombre, sobre todo por los procesos reproductivos naturales de su ciclo vital, por lo cual el análisis de género es un factor importante para entender la medicalización.³

El peso del determinismo biológico sobre la mujer, dadas sus características fisiológicas, favorece la construcción socio-cultural genérica que le atribuye a ella la exclusiva capacidad de gestar y de engendrar, lo cual le ha significado convertirse en el foco de la atención médica, al ser la mayor demandante de los servicios profesionales del médico con respecto al hombre, y asumir, además, la triple subordinación en el espacio de la consulta médica: la de género,

² En este proceso no es la actividad del sujeto de conocimiento lo que reproduciría un saber útil, sino que el poder-saber, los procesos y la lucha que los atraviesan y que los constituyen son los que determinan las formas, así como también los dominios posibles del conocimiento. Foucault ilustra en detalle este proceso de instauración del saber-poder a lo largo de sus obras; para este caso en particular se revisó el texto *vigilar y castigar*.

³ Conrad (1992) es quien hace una revisión de los estudios y llega a estas conclusiones en su artículo sobre medicalización y control social. Incluso va más a allá, al afirmar que en el futuro habrá también una relación vejez-medicalización-género, al ser reconocido que la mayor parte de la población envejecida está compuesta por mujeres.

construida por la cultura; la social, determinada por la condición de clase, y la institucional, dada por el rol de paciente al entrar a la consulta; elementos todos que han llevado a la mujer a materializar en sí misma el objeto de intervención de la política de población y de los programas de planificación familiar, debido a que el componente reproductivo (la fecundidad) es el principal componente de la dinámica demográfica.

En el control reproductivo entra en juego la lucha médica profesional, con connotaciones de poder, y el avance de tecnologías anticonceptivas; sin embargo, se adolece de una centralidad exclusiva en el cuerpo de la mujer, sobre el cual la racionalidad médico-científica ha instaurado su dominio. Con el control de la fecundidad como centro de las políticas de población y con la anticoncepción como el instrumento por excelencia para la reorientación del comportamiento reproductivo -desde la década de los setenta-, se le ha dado a las instituciones médicas, a sus estructuras de poder y a sus burocracias, no sólo un papel relevante en la planeación y ejecución, sino también un poder discreto en la programación de objetivos (Cervantes, 1995a).

Una investigación llevada a cabo en México por Juan Guillermo Figueroa (1990) sobre anticoncepción quirúrgica voluntaria afirma que para 1987 había 2.3 millones de mujeres esterilizadas por razones anticonceptivas; antes del procedimiento quirúrgico, una de cada cuatro (25 por ciento) nunca recibió información de la existencia y de las características de otros métodos anticonceptivos, ni de la irreversión de la oclusión tubaria. A dos de cada cinco mujeres esterilizadas (40 por ciento) nunca se les pidió que firmaran una solicitud de operación o, si se les pidió, nunca la leyeron ni firmaron. Una de cada seis (17 por ciento) recibió una atención médica deficiente o nula. De todas las mujeres esterilizadas, cuatro de cada cinco (79 por ciento) fueron intervenidas quirúrgicamente en una institución gubernamental. Como puede apreciarse, la toma de decisión, el procedimiento aplicado, la actitud y el papel de la pareja en el ejercicio de toma de decisión están claramente asociados a la probabilidad de insatisfacción post-operatoria de la mujer.

En las estadísticas nacionales de varios países no deja de llamar la atención la prevalencia de la oclusión tubaria como método anticonceptivo por excelencia y como medida preponderante para el control de la fecundidad; este antecedente es señalado por Cervantes (1993a) como el efecto de la atención sobre la actitud y disposición de los prestadores del servicio, quienes, en última instancia, terminan reproduciendo la intencionalidad de los programas regulatorios de la fecundidad, usan la cooptación y la persuasión de las usuarias,

reduciéndolas a la categoría de aceptantes y subordinando así las necesidades de la mujer a la razón médica, y guiando su práctica por los requerimientos de la política y no por los derechos reproductivos de las mujeres.

El reduccionismo demográfico, la medicalización de los programas de planificación familiar y de las acciones desarrolladas en ellos, además de la institucionalización de las decisiones reproductivas de las mujeres, provocaron en su conjunto que la decisión sobre la descendencia y el tamaño de la familia dejaran de ser acciones estrictamente consideradas de índole privado; la relación entre comportamiento reproductivo y la acción médica convertía a la población en población usuaria; de esta manera se asegura el traslado de la capacidad de decisión individual, privada e íntima de la pareja al escenario institucional, donde el poder médico actúa, lo cual hizo posible la intervención, la reorientación y la redefinición del comportamiento reproductivo de la población. Como consecuencia, el proceso de decisión sobre la procreación se medicalizó y el ejercicio del derecho reproductivo se institucionalizó⁴ (Salles y Tuirán, 1995).

Tercer eje: los derechos reproductivos

Los derechos reproductivos hacen alusión a varias dimensiones,⁵ entre las cuales se pueden encontrar: *la dimensión de la procreación*, relacionada con el número de hijos, es decir la procreación (concepción, embarazo, parto), incluyendo la posibilidad de interrumpir el embarazo. *La dimensión de la sexualidad*, relacionada con la construcción social y cultural de la vivencia del propio cuerpo, de la posibilidad de disfrute de una sexualidad lúdica, recreativa, no reproductiva, en amplio sentido, de las relaciones entre hombres y mujeres. *La dimensión de la reproducción diaria*, socialización y calidad de vida de los hijos, responsabilidades y cuidados en la crianza de los hijos.

Los derechos reproductivos se inscriben dentro del marco general de los derechos humanos y, a la vez, se articulan con aquéllos que deben normar la igualdad entre los derechos de los hombres y las mujeres para el desarrollo de las capacidades que deben ser asumidas por ambos, por encima de diferencias sexistas. La disyuntiva que presenta el debate de la igualdad sexual, en el contexto de los derechos reproductivos, es que justamente se pretende alcanzar la igualdad sexual en un tipo de sociedad donde la desigualdad social es la regla; su solución plena en el ámbito de los derechos humanos implica la ruptura de las

⁴ Institucionalizar el derecho reproductivo implica ceder un derecho individual.

⁵ Para consulta *in extenso* revisar: Figueroa (1994-1995); Cervantes (1993-1995) y Aparicio (1993).

barreras sexuales tanto como la superación de los mecanismos discriminatorios generados por la desigualdad social.

La dificultad más grande que enfrenta el ejercicio de los derechos reproductivos, y, más aún, los derechos sexuales, es que justamente la capacidad del Estado para proveer la información necesaria y los medios para ejercerlos, además de las políticas internas de los aparatos institucionales -no siempre en comunión con la posición de las (os) usuarias (os)-, es irregular, la información deficiente, así como la cobertura.

Los derechos reproductivos en general se enmarcan en los derechos humanos, se han adscrito y ratificado por cada país en el mundo, a excepción de algunos pocos.⁶ En este sentido, la responsabilidad y las aplicaciones de la contraposición de intereses en materia reproductiva por parte del Estado y de la sociedad civil traen connotaciones que pueden tener efectos substanciales a largo plazo, como, por ejemplo, la intervención directa sobre las decisiones individuales de los ciudadanos en términos de crecimiento o decrecimiento poblacional, en nombre del bien nacional.

La triple condición del derecho en la planificación familiar -como derecho individual, como derecho de pareja y como derecho social- fue reconocida con la puesta en marcha de los primeros programas de planificación familiar en diferentes países de América Latina; estos programas afectaron de manera directa a las mujeres, como objetivo fundamental de las políticas y programas de planificación familiar; estas dimensiones permiten establecer la relación entre tres elementos de base: género, derechos y salud.

Actualmente se hace referencia a los derechos reproductivos, a partir del reconocimiento de la declaración de Teherán, en 1968,⁷ del derecho humano sobre la capacidad de decidir en el ámbito de la reproducción, a nivel general, y de los artículos de la constitución de cada país, a nivel particular. Esta discusión sobre los derechos reproductivos se abrió al medio público y político, al mismo tiempo que se ventilaba en los discursos internacionales, en el campo de los derechos humanos, el énfasis que en ellos tienen los derechos económicos, sociales y culturales; la coyuntura es importante, pues, como diría Salazar,

⁶ Al respecto, Salazar (1994), retomando a Bobbio, afirma "...el hecho de que la mayor parte de los estados hayan firmado una serie de convenciones y acuerdos que reconocen, al menos formalmente, un círculo creciente de derechos supone que su generalización, ya no es una cuestión teórica sino histórica, y supone que al menos a nivel declarativo, los valores implicados en estos derechos han adquirido reconocimiento universal, esto es, que ninguna fuerza política propiamente moderna y civilizada, puede menos que tomarlos como punto de partida mínimo para sus programas y propuestas ...ese reconocimiento internacional sigue siendo, en la gran mayoría de los casos, más declarativo y retórico que práctico y efectivo..."

"(...) sin derechos individuales, civiles, sin libertades subjetivas, los seres humanos vuelven a convertirse en meros súbditos, en meros instrumentos de las razones y las motivaciones de los que detentan el poder..." (Salazar, 1994).

Cuarto eje: la salud reproductiva como materia de estudio y centro de discusión en las reuniones mundiales

Para presentar y desarrollar las líneas de investigación que existen hasta ahora en materia de salud reproductiva es necesario retomar las conferencias mundiales de El Cairo y de Beijing, respectivamente, antes de entrar en la discusión de los avances hasta ahora obtenidos por la investigación y la sistematización de experiencias en el área.

La Conferencia de El Cairo

Desde 1975, la Conferencia Mundial de Población, realizada en México, estableció el contraste entre el cuerpo de la mujer y el cuerpo del hombre; se determinó su inviolabilidad y se reconoció como elemento básico de dignidad y libertad. Luego de las conferencias de Bucarest, Teherán y México, se avanzó en la articulación del derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de los hijos, en clara oposición a los movimientos que impulsaban el control del crecimiento de la población de los países del tercer mundo (Freedman e Isaacs, 1993).

La Conferencia de Viena -en 1993- tuvo lugar antes de la de El Cairo y se centró en los derechos humanos. De esta manera, en El Cairo se trataría el tema Población y Desarrollo, retomando lo consignado en Viena y avanzando, de hecho, en algunos elementos que se tratarían más tarde -en 1995- en la Conferencia de Copenhague sobre desarrollo social. Las conferencias han sido espacios de concertación entre Estados y sociedad civil para el debate, el diseño y la formulación de proyectos nacionales, regionales e internacionales (Sajor, 1996).

⁷ La conferencia internacional de este año afirmó también el derecho de la libre decisión reproductiva, incluyendo el desarrollo de iniciativas internacionales que mejoren la condición de la mujer, este acuerdo fue reafirmado en la Primera Conferencia Mundial de Población de Naciones Unidas en 1974, y nuevamente en la Segunda Conferencia, realizada en México en 1984.

La Conferencia de El Cairo acogió la definición inicial que la Organización Mundial de la Salud (OMS) daría a salud reproductiva y cuyos elementos están consignados al iniciar este artículo. Con base en sus recomendaciones, el documento de El Cairo estipula que sólo mediante el fomento de la autonomía de las mujeres y su plena participación en la vida política, social y económica de los países se logrará el desarrollo y el progreso para todos.⁸ Respecto a las recomendaciones referidas a la relación población-mujer, los grupos de expertos consideraron cinco áreas como prioritarias: salud, educación, oportunidades económicas, el papel de los adolescentes y el de los hombres; los investigadores que definieron estas áreas señalaron las asimetrías de género y sus consecuencias en la vida de las mujeres, en materia de población y desarrollo.

Dentro de los aspectos también considerados se encuentran la discusión ética de los derechos humanos, el reconocimiento de la política social, la incorporación del concepto de salud reproductiva como parte integral de los diferentes niveles de políticas y programas, para la atención de las enfermedades de transmisión sexual; las consejerías, la atención al embarazo no deseado y la educación sexual (Freedman e Isaacs, 1993; Cook, 1993). Se evitó el lenguaje demográfico imperativo durante el evento y en los acuerdos del Plan de Acción, el reconocimiento del derecho al desarrollo, la igualdad de género y la negociación entre los diferentes países participantes (Germain y Kyte, 1995).

La Conferencia de El Cairo se pronunció justamente por fomentar la autonomía de la mujer, programando, de acuerdo a las prioridades particulares de cada población, los derechos humanos de la igualdad, la equidad, la salud y los reproductivos, que requieren en cada país de la articulación de la política de población con la coparticipación de los organismos no gubernamentales para convenir una postura contundente frente a las prácticas incentivadoras y desincentivadoras de las políticas de población (Freedman e Isaacs, 1993; Declaración Simposio Internacional de investigación contraceptiva y desarrollo para el año 2000, 1993; Germain y Kyte, 1995).

⁸ En el capítulo II del Plan de Acción de la conferencia se estipulan quince principios básicos para materializar el desarrollo y avance de la mujer: el reconocimiento de los derechos fundamentales, por otra parte, de las políticas y los programas de población y desarrollo, la incorporación del derecho al desarrollo; el derecho como universal e inalienable; el aprovechamiento del potencial de cada individuo, base del término traducido como empoderamiento (sic) de la mujer, impulsado en esta reunión; el derecho de las mujeres a participar en sociedad en condiciones de igualdad, la equidad y la igualdad incluyen la eliminación de todo tipo de violencia contra la mujer; el desarrollo sostenible como elemento imprescindible para el bienestar de las personas; el derecho de todos a la salud y la educación, y, por último, la protección de los derechos de niños y niñas. *El Consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno* (1995).

La investigación en el área de salud reproductiva

La necesidad de generar espacios de intercambio interinstitucional, intersectorial e interdisciplinario y la formación de grupos de trabajo y de discusión por temas, no sólo para intercambiar experiencias sino también para avanzar en el análisis y la comprensión de las múltiples dimensiones de la salud reproductiva como concepto y como área de especialización, es, hoy por hoy, una exigencia del medio académico investigativo (Stern 1993; Salles y Tuirán, 1995).

Desde los aspectos biológicos se han señalado serios cuestionamientos en las siguientes áreas: salud materno-infantil, morbi-mortalidad de la madre y el niño; embarazo, parto y puerperio; interrupción voluntaria del embarazo, embarazo no deseado, sexualidad adolescente, embarazo adolescente, enfermedades de transmisión sexual y sida, planificación familiar; prevalencia, cobertura, frecuencia y uso de anticonceptivos, etc. (Stern, 1993; Ranger y Ravelo, 1995; Salles y Tuirán, 1995).

Desde los aspectos sociales, las interrogantes más frecuentes son política económica y social, apoyo institucional, desarrollo de la asistencia social, transición demográfica y cambio social, diagnóstico socioeconómico de las condiciones de salud, socialización y educación sexual, familia, curso de vida, instituciones y proceso reproductivo, elementos socioculturales, religión, violencia sexual y doméstica, desigualdad social y desigualdad de género, acceso diferencial a los servicios, trabajo y sexualidad, (Ravelo, 1995; Salles, y Tuirán, 1995).

Buscando las interrogantes a las cuales llegan los autores, los investigadores, y luego del proceso reflexivo que enfatiza los cuestionamientos que se pueden establecer desde lo biológico y lo social, se pudieron establecer tres áreas de acción en las cuales se debe empezar a trabajar: la primera son los rasgos generales, relacionados con las dimensiones propias del proceso salud-reproducción; la segunda, los roles de género, producto de la construcción sociocultural de cada contexto, y la tercera, el cuestionamiento de los aspectos éticos y legales de la problemática reproductiva, particularmente la relacionada con la interrupción voluntaria del embarazo.

En los estudios analizados persiste la tendencia a mantener una misma línea de trabajo, sea ésta de tipo cuantitativo o cualitativo; los trabajos que recopilan las tendencias en investigación plantean la integración y combinación de instrumentos para un mejor conocimiento del área y mantienen una actitud propositiva. Si bien los aspectos cuantificados en los estudios analizados

corresponden a los datos clásicos del área de estudios, se observa la incursión por nuevas áreas cuyo intento de cuantificación sigue siendo un desafío metodológico. Dado que el concepto de salud reproductiva es multidimensional se hace más difícil la tarea, particularmente cuando se abordan elementos como la identidad sexual, la sexualidad, la subjetividad, de los cuales poco se conoce y poco se ha incorporado al campo de conocimiento; sólo por mencionar algunos más tenemos: cuerpo, identidad femenina, subjetividad femenina, masculinidad, roles de género, redes de apoyo, prácticas sexuales, roles sexuales, estrés psicosocial, factores psicosociales y desigualdad social.

Como se aprecia, la sexualidad como objeto de análisis y de interés académico en el campo de la salud reproductiva tiene que ver no sólo con la propia definición del campo -en donde juega la sexualidad un aspecto central-, sino también con otros elementos que la condicionan y que son recuperados por la perspectiva de género. Lo dicen los Boletines de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México: la sexualidad no sólo está ligada a la reproducción, también lo está con la desigualdad social entre hombres y mujeres; con la escasa autonomía femenina; con la tecnología anticonceptiva centrada en la mujer; la desventaja nutricional entre niños y niñas; la violencia doméstica y la escasez de satisfactores sexuales dentro de las pautas de relación vigentes entre hombres y mujeres, a nivel cultural, para asumir los roles pasivo-activo en el aspecto lúdico-sexual. En síntesis, hablar de la sexualidad sin cuerpo erótico es hablar de una sexualidad reproductora.

Conclusiones

Frente al concepto de salud reproductiva y las perspectivas del mismo como campo de acción en materia de política de población, y como parte básica del programa de planificación familiar, puede decirse que investigadores, académicos, planificadores, prestadores de servicios, usuarios(as), organizaciones no gubernamentales, feministas, etc., nos encontramos en una discusión cuyos alcances y avances apenas comienzan. En primer lugar, porque es un concepto complejo, multicausal, que requiere de la mirada interdisciplinaria. En segundo lugar, porque hace mención de la interacción no de uno sino de varios actores sociales. En tercer lugar, porque para que la salud reproductiva llegue a objetivarse requiere de una serie de condiciones previas que nuestros países aún están en proceso de resolver y proveer a su población.

En este trabajo hubo una constante en los aspectos considerados que requerían atención para la problematización y el conocimiento de los elementos fundamentales de la salud reproductiva, como fueron: la política de población, los programas de planificación familiar, la institucionalización del proceso reproductivo, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la investigación en materia de salud reproductiva: el reconocimiento permanente de la posición y la condición de la mujer en cada uno de ellos. Y no solamente porque sea la mujer el objeto directo de intervención en materia reproductiva -efecto del determinismo biologicista de la reproducción-, sino porque el grado de intervención sobre ella depende de la desigualdad social en que se encuentra y que la lleva a asumir la triple subordinación en el espacio de la consulta médica, en donde tiene lugar el nivel de interrelación básico de la salud reproductiva:

- la desigualdad de género, construida por la cultura;
- la desigualdad social, determinada por la condición de clase, y
- la desigualdad institucional, dada por el rol de paciente al entrar a la consulta; por el acceso diferencial a los servicios de salud de acuerdo a la capacidad económica de la mujer; por ser quien materializa en sí misma -en el espacio clínico-hospitalario- el objeto de intervención de la política de población y de los programas de planificación familiar, intervención basada en el determinismo biológico (mujer-reproducción [fecundidad], principal componente de la dinámica demográfica).

Desde el nivel de formulación de las políticas -en donde se elaboran los planes y programas, hasta los niveles operativos de los mismos, en los cuales se llevan a cabo las acciones concretas- se pudo establecer que la orientación de la acción médica sí tiene un efecto real en el tamaño de las familias y en el comportamiento y la capacidad reproductiva de la población, y específicamente sobre la salud y el cuerpo de la mujer, más allá de las edades plenamente reproductivas.

Se concluye, además, que sin la transformación de las condiciones socioeconómicas y la satisfacción de las necesidades básicas, las mujeres difícilmente podrán decidir y regular su comportamiento reproductivo. El conocimiento del propio cuerpo y la posibilidad de decidir sobre él están condicionados por otras necesidades relacionadas con la subsistencia, mismas que hasta no ser superadas obstaculizan el avance significativo en el ámbito de los derechos reproductivos. Éstos, a su vez, no lograrán trascender el discurso político, puesto que sólo garantizadas dichas condiciones de subsistencia existe

la posibilidad de reivindicar otras condiciones integrales de la calidad y el nivel de vida, como son los derechos reproductivos.

Sin duda, la dimensión educativa representa la posibilidad más viable de brindar a la población la información necesaria y adecuada para hacer efectivo el ejercicio de sus derechos reproductivos. La capacidad de decisión libre y responsable, con base en el conocimiento de los elementos básicos, requiere que la información incluya aspectos relacionados con los adelantos médicos, las investigaciones y las tecnologías tanto anticonceptivas como las relacionadas con la infertilidad y la experimentación genética.

Un punto también constante en todo el desarrollo de la problemática (desde el nivel internacional hasta el nacional, tanto en lo político como en lo académico) es el cómo asegurar que los profesionales y los prestadores de servicios de salud promuevan realmente los principios de la salud reproductiva en la atención de las usuarias, aspecto que, además, compromete la real posibilidad que tienen las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, de los cuales ya se les reconoce su titularidad, lo cual lleva a plantear la necesidad de capacitar y formar al personal que presta los servicios en salud reproductiva no sólo en materia de derechos humanos, derechos sexuales y derechos reproductivos, sino también en elementos de la perspectiva de género y de las construcciones socioculturales en las cuales se enmarcan las características de las relaciones entre hombres y mujeres a los que prestan su servicio.

A manera de retos y desafíos, luego de la revisión académica, se identifican como áreas prioritarias de estudio y de intervención las siguientes: la sexualidad, la relación de los factores socioculturales con el comportamiento reproductivo y, por último, el estudio de grupos específicos de población en términos de comportamiento reproductivo, como son los adolescentes.

También se identificó la ausencia, dentro de la perspectiva de género, de trabajos que ahondaran sobre aspectos como la masculinidad, la participación del hombre en el proceso reproductivo y, desde luego, las alternativas posibles frente a la sexualidad reproductiva.

Muchas de estas preguntas requieren tiempo para ser resueltas; en este momento es necesario retomar la reflexión teniendo en cuenta que la historia no está acabada y la que hemos hecho aún no es suficiente.

Bibliografía

- APARICIO, Ricardo César, 1993, "Políticas de población, política de planificación familiar y derechos reproductivos en México", *IV Conferencia latinoamérica de población: La Transición demográfica en América Latina y el Caribe*, México.
- BENÍTEZ Zenteno, Raúl, 1995, "El papel de la política de población en la política social", en *Boletín del Grupo Académico de Apoyo a Programas de Población del GAAPP*, Año 2, No. 7, México.
- BRACHER, Viviane, 1984, "El proceso social de la formulación de políticas; el caso de la planificación familiar en México", en *Revista de Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, VI 2, No. 5 y 6, México.
- CERVANTES Carson, Alejandro, 1993a, *De mujeres, médicos y burócratas: política de población y derechos humanos en México*, versión preparada para la antología sobre ética y salud reproductiva, Programa de estudios de género, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- CERVANTES Carson, Alejandro, 1993b, "Políticas de población, derechos humanos y democratización de los espacios sociales", *IV Conferencia latinoamericana de población: La transición demográfica en América Latina y El Caribe*, México.
- CERVANTES Carson, Alejandro, 1995a, "Política, de Población, Ética, Diálogo y Democratización", en *Revista Demos* No. 8, 25.26 IISUNAM, México.
- CERVANTES Carson, Alejandro, 1995b, "Tolerancia; de su necesidad e insuficiencia (contribuciones a la formación de una nueva ética)", en *Revista Topodrilo*, No. doble 40-41 septiembre-diciembre. Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Ixtapalapa) Ciudad de México, México, D.F.
- CONRAD, Peter, 1992, "Medicalization and social control", en *Annual Review of sociology*, USA.
- COOK, Rebecca J., 1993, "International Human Rights and Women's Reproductive Health", in *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No 2, Mar/Apr.
- FIGUEROA Perea, Juan Guillermo y Gabriela Rivera Reyes, 1993, "Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina", *Mujeres y relaciones de género en la antropología latinoamericana*, Coordinadora Soledad González Montes. El Colegio de México, Programa interdisciplinarios de estudios de la mujer, México.
- FIGUEROA Perea, Juan Guillermo y E. Liendo Zignoni, 1994, "Documento condensado de la participación de los autores en el Seminario de masculinidad del PUEG, UNAM", 31 de octubre de 1994, lo retoma la redacción del *Boletín del Programa de salud reproductiva y sociedad*, No. 3, Año 1, México.
- FIGUEROA Perea, Juan Guillermo, 1994, "Derechos reproductivos y el espacio de la salud", en *Revista Demos* No. 7, IISUNAM, México.
- FIGUEROA Perea, Juan Guillermo, 1995a, *Aproximación a los derechos reproductivos*, Serie Reflexiones No. 8, Programa salud reproductiva y sociedad, El Colegio de México, México.

FIGUEROA Perea, Juan Guillermo, 1995b, "Apuntes sobre algunas posibilidades de autodeterminación reproductiva en América Latina", en *Revista Perfiles Latinoamericanos*, Sede académica de México de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Año 4, No. 6, México.

FRIDMAN Lynn, P. and Isaacs Stephen L., 1993, "Human Rights and Reproductive Choice", in *Studies in Family Planning*, Vol. 24, No. 1, Jan/Feb.

GERMAIN, A. and Kyte R., 1995, *El consenso de El Cairo: el programa acertado en el momento oportuno*, International Women's Health Coalition. New York, USA.

INFORME DEL SECRETARIO GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS, 1994, "Experiencias en material de estrategias y programas de población y desarrollo, cuarto examen y evaluación del Plan de Acción Mundial sobre Población", *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, El Cairo, Egipto.

LANGER, Ana y Mariana Romero, 1995, "Diagnóstico de salud reproductiva en México", en *Serie Reflexiones, Sexualidad, Salud Reproductiva y Sociedad*, El Colegio de México, Año 1, No. 3, México.

MAIER H., Elizabeth, 1993, *Salud reproductiva en Quintana Roo*, Documento en prensa, Quintana Roo, México.

NACIONES UNIDAS, 1993, *Boletín de población de las Naciones Unidas*, edición especial sobre las reuniones de grupos de expertos convocados como parte de los preparativos sustantivos para la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, Nueva York.

OLIVEIRA, Orlandina, 1995, *Familia y relaciones de género*, Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México, Conferencia presentada en El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, México.

PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD, 1993, 1994, 1995, *Boletines Salud Reproductiva y Sociedad*, órgano informativo del Programa Salud Reproductiva y Sociedad, Nos. 1,2,3,4,5, Años. I y II, El Colegio de México.

REVELO, Patricia, 1995, "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México", en *Las Mujeres y la salud*, Gutiérrez Montes Soledad (Compiladora). Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer PIEM, El Colegio de México, México.

SAJOR, Lourdes, 1996, "La Conferencia de Beijing: lo que realmente significa para las mujeres", Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), en *La Muralla y el Laberinto: huellas de las mujeres en la Conferencia de Beijing*, Lima, Perú.

SALAZAR, Luis, 1994, "Derechos Humanos y democracia moderna", *Semanario de política y cultural Etc.*, No. 69, México.

SALLES, Vania y Rodolfo Tuirán, 1995, "Primeros pasos en la elaboración de una propuesta teórico analítica para el programa de salud reproductiva y sociedad de El Colegio de México", *Serie reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, Año 1, No. 6.

STERN, Claudio, 1993, *Ciencias sociales y salud reproductiva: hacia una agenda para la investigación en México*, Conferencia dictada en el II Congreso Regional de Investigación en Salud Pública, Guadalajara, Jalisco.

STERN, Claudio, 1995, "Prioridades de Investigación y Apoyo para Proyectos de Salud Reproductiva", *Serie Reflexiones, Sexualidad, Salud y Reproducción*, Programa Salud Reproductiva y Sociedad, El Colegio de México, Año 1, No. 5, México.