

Derechos reproductivos y sexuales. Encrucijada en tiempos distintos¹

TERESITA DE BARBIERI*

Resumen: *En conferencias mundiales de Naciones Unidas durante la década de los noventa (El Cairo 1994 y Beijing 1995), los derechos sexuales y reproductivos constituyeron un tema central. En este artículo se ubica el problema en el contexto de las movilizaciones en torno a los derechos humanos, el feminismo y los movimientos de salud de las mujeres; y el debate teórico y político sobre el crecimiento poblacional. Se sistematizan estos derechos a partir de documentos emanados de las conferencias; se bosquejan limitaciones y se plantean algunos de los problemas para su comprensión y cumplimiento en la región latinoamericana.*

Abstract: *Sexual and reproductive rights constituted a central theme at world United Nations conferences during the 1990s (Cairo 1994, Beijing 1995). This article sets the problem in the context of mobilizations concerning human rights, feminism and women's health movements, and the theoretical and political debate on population growth. It systematizes these rights on the basis of documents drawn up as a result of these conferences, outlines their limitations and raises some of the problems involved in their understanding and fulfillment in Latin America.*

Palabras clave: derechos sexuales, derechos reproductivos, feminismo, movimientos de salud, ciudadanía femenina en América Latina.

Key words: sexual rights, reproductive rights, feminism, health movements, female citizenship in Latin America.

A PARTIR DE CONFERENCIAS Y CUMBRES INTERNACIONALES que han tenido lugar en la última década del siglo XX,² el lenguaje corriente en los medios se plagó de palabras nuevas, nacidas —en inglés— en círculos pequeños de la academia y de los grupos militantes en movimientos sociales.³ Los organismos internacionales se apropiaron de algunas de ellas, y en el proceso para introducirlas en sus documentos, han realizado malabarismos lingüísticos en pos de satisfacer el requisito del

¹ Una primera versión de este artículo se tituló "Una aproximación breve a la historia y contenido de los derechos sexuales y reproductivos". Fue presentada en el Encuentro de periodistas de América Latina y El Caribe sobre población y salud reproductiva, organizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Consejo Nacional de Población (Conapo) y Comunicación e Información de la Mujer A.C. (CIMAC), Cancún, Quintana Roo, 3-5 de diciembre de 1998. La autora agradece la valiosa colaboración de la licenciada Leticia Limón así como los comentarios y sugerencias de la persona anónima que realizó la evaluación para la *Revista Mexicana de Sociología*.

* Dirigir correspondencia al Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM, Circuito Aéreo de la Cueva s/n, Zona Cultural, Ciudad Universitaria, tel.: 5622-74-00 ext. 290, fax.: 5665-2443.

² Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Viena, 1993; Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo, 1994; Cumbre Mundial de Desarrollo Social, Copenhague, 1995; Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing, 1995; Conferencia Internacional sobre Vivienda, Ankara, 1996.

³ *Género* es sin duda el vocablo más empleado y se refiere al carácter sociocultural —histórico y cambiante— de las diferencias sexuales. En las lenguas latinas, a diferencia de las sajonas, no existen palabras que distingan el sexo corporal del social; de ahí la creación del neologismo. Hay que tener en cuenta que bajo el mismo vocablo subyacen diferentes conceptualizaciones teórico-metodológicas.

mayor consenso posible. La divulgación masiva de las palabras en lengua inglesa no ha sido acompañada de traducciones al español cuando estas palabras existen, ni de las necesarias paráfrasis para su cabal comprensión cuando no hay traducción literal.⁴ Como consecuencia, estamos sumergidos en una Babel farragosa, con palabras que sustituyen palabras, que tienen muy distintos sentidos y referentes. Algo de esto sucede con los conceptos de salud sexual y reproductiva y de derechos sexuales y reproductivos.

Vaya un ejemplo. En una encuesta realizada recientemente en México sobre salud sexual y reproductiva aplicada a prestadores de servicios de salud y usuarias de los mismos, los autores afirman:

Ante la pregunta abierta “¿qué quiere decir salud reproductiva?” solamente una tercera parte de los prestadores de servicios entendieron perfectamente el significado del término. Otra tercera parte tenía una comprensión parcial y la tercera parte [restante] equiparaba el término con el de planificación familiar. Entre las usuarias, solamente un 22% dijo haber escuchado el término “salud reproductiva” anteriormente. Otros términos como “salud sexual” y “servicios para la mujer” evocaban más claramente el significado deseado (Ricardo Vernón y Yolanda Palma, 1998:69).

Los derechos sexuales y reproductivos fueron sistematizados en el Plan de Acción (PA) de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, 1994, ampliados en la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing, 1995, y pueden ser vistos como resultado de dos movimientos que atraviesan —con algunas intermitencias— todo el siglo XX: el de los derechos humanos por una parte, y por la otra, el feminismo y en particular una vertiente del mismo que se desarrolla alrededor de los problemas de salud de las mujeres. Entre ambos se ubican los debates en torno al crecimiento poblacional.

En estas páginas me interesa poner de relieve, sumariamente, esos tres elementos que constituyen parte importante del contexto que da sentido a las más recientes formulaciones internacionales. Mi intención es aportar cierta claridad en relación a lo que —desde mi punto de vista— es una de las tareas fundamentales en los próximos años para aquellos a quienes interesa profundizar las democracias realmente existentes en la región latinoamericana: la salud sexual y reproductiva como derechos inalienables e imprescriptibles de mujeres y varones desde el nacimiento hasta la muerte. Posteriormente consideraré dos líneas de obstáculos que se interponen en el subcontinente para la comprensión y puesta en práctica de dichos derechos.

⁴ Por ejemplo, se utiliza *accountability* en vez de dar cuenta o rendir cuentas, *advocacy* en vez de abogar. El más discutido es sin duda *empowerment* que se traduce literalmente como empoderamiento; Marta Elena Venier (1996) sostiene que en español se debería utilizar *apoderamiento*.

UN POCO DE HISTORIA: LOS DERECHOS HUMANOS

La base jurídica de los acuerdos de El Cairo y Beijing reside en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDDHH) de 1948. Se trata de un código universal que define, en términos de derechos y responsabilidades, las condiciones de persona y de ciudadanía, y por lo tanto organiza, de manera general pero precisa, las relaciones entre los seres humanos y los estados (y sus representantes: gobiernos y gobernantes). Seres humanos igualmente libres e igualmente dignos desde el nacimiento hasta la muerte, con independencia de la edad, sexo, nacionalidad, raza, lengua, opciones religiosas y políticas.

Recordemos los derechos que atañen directamente a las definiciones de persona y ciudadanía, denominados más comúnmente derechos civiles y políticos. La libertad, la seguridad, la integridad física, el *habeas corpus*,⁵ los derechos de movimiento, de asociación, de libertad de expresión del pensamiento, de propiedad; a formar una familia, al trabajo, a la educación; los derechos a participar en el gobierno y en la elección de gobernantes. Mientras estos últimos —los de ciudadanía o políticos— son especificados en cada Estado, los anteriores deben regir *urbi et orbi*, es decir, en todo lugar del mundo para todos los seres humanos.

La DUDDHH es un punto de llegada de una larga serie de luchas sociales anteriores de distinto tipo —desde peticiones y movilizaciones pacíficas hasta levantamientos violentos y revoluciones—, cuyos resultados fueron plasmados en algunas constituciones nacionales.⁶ En la coyuntura específica en que fue redactada y aprobada, la preocupación y la esperanza eran asegurar instituciones y mecanismos para que la humanidad no volviera a sufrir las vejaciones y los horrores impuestos por los regímenes nazi y fascistas antes y durante el desarrollo de la segunda guerra mundial (1939-1945).

Pero también es punto de partida y referencia obligada de los más diversos movimientos que desde 1950 han surgido para reconocer la cualidad humana de sectores excluidos, marginados o que por cualquier razón viven una condición humana “incompleta”: niñez, migrantes, mujeres, ancianos/as, poblaciones refugiadas y desplazadas, discapacitadas y enfermas —en particular quienes padecen enfermedades mentales—, etc. También son referencia para la normatividad de algunas actividades y contextos específicos: tiempos de guerra, el campo de la atención a la salud y la medicina, el proceso de experimentación con seres humanos, son algunos de los casos. En otras palabras, a lo largo del último medio siglo el instrumento original de 1948 se ha

⁵ Es la designación, en latín, del derecho de las personas a ser puestas a disposición de los jueces competentes en un plazo breve. En algunos países es de 48 horas, en otros de 72. Se trata del primer derecho arrancado a la corona inglesa —al rey Juan sin Tierra— por los señores feudales en el año 1215, para poner límites a la vulnerabilidad por las detenciones arbitrarias y las penas injustas. Con la grafía original, se intenta preservar la historicidad de los derechos humanos.

⁶ La primera formulación es la surgida en 1789 en los inicios de la Revolución francesa, denominada *Los derechos del hombre y el ciudadano* y que sirvió de modelo —refinado, precisado y ampliado— desde entonces.

ampliado y precisado como respuesta a demandas muy variadas de sectores particulares de la población mundial.

Una de estas ampliaciones es producto del debate en torno al control de la capacidad reproductiva y el ejercicio de la sexualidad de mujeres y varones.

EL CRECIMIENTO POBLACIONAL COMO PROBLEMA

Hacia finales de los años cincuenta y comienzos de los sesenta, grupos de académicos, políticos y empresarios de origen estadounidense y británico plantearon sus temores ante el crecimiento poblacional de los países asiáticos primero y latinoamericanos años después. Dicho crecimiento es efecto del mantenimiento de los niveles de fecundidad y la caída acelerada de la mortalidad.⁷ producida por la expansión de los servicios de infraestructura urbana (agua potable, saneamiento), de salud (vacunas, higiene materno-infantil, salud pública), de mejoras notables en la alimentación (diversificación de las dietas, abastecimiento seguro y oportuno de los básicos) y por supuesto, de los avances en la medicina que permitieron controlar infecciones y epidemias.

Las personas e instituciones que dieron la alarma imaginaron catástrofes, guerras y desórdenes múltiples —hacia los últimos años del siglo XX— producidos por hambrunas masivas y dificultades para el acceso a los alimentos escasos.⁸ Le llamaron “explosión demográfica” —en plena guerra fría y de la escalada experimental de bombas nucleares cada vez más poderosas y más destructivas. Para prevenirla o atenuarla, invirtieron en la creación de instituciones fuertes que promovieron la investigación: 1) demográfica y social en los países de alto crecimiento poblacional; 2) en materia de reproducción humana, para afinar los conocimientos disponibles entonces de la fisiología y el sistema hormonal; y 3) química y bioquímica para producir anticonceptivos seguros, eficaces y baratos para ser distribuidos masivamente (Hodgson y Cotts, 1997). Se barajaron acciones que llegaron a incluir incentivos y premios a los individuos que controlaran la fecundidad; buscaron formas de presionar a los gobiernos de los países subdesarrollados para que aceptaran sus políticas y programas; bajo el paraguas de la “ayuda al desarrollo” introdujeron clínicas y servicios médicos para el control de la fecundidad, de preferencia en los sectores de escasos recursos.

⁷ Este proceso de desajuste en el ritmo de la reposición y el crecimiento poblacional se denomina transición demográfica.

⁸ Reeditaron los postulados planteados por Robert Thomas Malthus en 1798 [1950]: de ahí que en la bibliografía se denomine neomalthusianas o simplemente malthusianas a las posiciones antinatalistas y controlistas. La solución desarrollada por Malthus fue retrasar la edad del matrimonio de los pobres, a manera de acortar el periodo reproductivo de estos sectores que —según él— no producían lo suficiente para mantener a sus numerosas proles y eran objeto de la asistencia pública y la caridad religiosa. Él se pronuncia en contra de cualquier práctica que evite la concepción y el nacimiento. Nótese —además— que para este autor, el concepto de población no incluye a los individuos de la aristocracia ni a los burgueses y pequeños burgueses con ingresos suficientes para sostener a la familia y sobrevivir con cierta holgura.

Esta posición tuvo relativa aceptación en los medios locales latinoamericanos. Una condensación de los argumentos la brindó Alberto Lleras Camargo, presidente de Colombia (1958-1962):

La amenaza de nuestro pueblo consiste en la explosión demográfica, entre nosotros no es una rigurosa hipótesis estadística, sino la realidad que captamos en cada paso cotidiano. Si vamos a tener, como parece seguro, diez millones de colombianos en 1970, no podemos dejar que lleguen infiltrados como las quintas columnas de la revolución, no ya a encontrarse con la pobre condición de nuestros compatriotas presentes, sino obligados a disputarle su pedazo de miseria a la generación actual... Este fabuloso crecimiento de la población no puede convertir a los países de América Latina y concretamente al nuestro, en un afrentoso arrabal de la civilización de Occidente. *Plan General de Desarrollo. Introducción del Plan 1958*, Departamento de Planeación, 1961, p. 15, citado por Puyana (1992).

La reacción no tardó en expresarse a través de dos distintas vertientes. Por un lado, la oposición lisa y llana de los natalistas, sin mucha solidez en sus argumentos autoritarios. No hay que olvidar que en la Iglesia católica, teólogos y moralistas se adherían cada vez más en esos años a las posiciones que consideran a los fieles, seres adultos dotados de buen criterio y —por lo tanto— a la reproducción y la sexualidad ámbitos de decisión y responsabilidad personales; al mismo tiempo en que se preparaba con entusiasmo el Concilio Vaticano II, instancia para el *aggiornamento* eclesial.⁹

Por otro lado, grupos de académicos y de profesionales de distintas ramas del saber intercambiaron información de distintas fuentes y perspectivas filosóficas, teóricas y políticas. Éstas coincidían en identificar una demanda —en muy variados sectores socioeconómicos— de control de la fecundidad proveniente de las mujeres en edades reproductivas.¹⁰ Ante las evidencias, se barajaron posibles soluciones; los acuerdos se lograron cuando se ubicaron los términos del debate en el contexto de los derechos humanos.¹¹

⁹ A lo largo de los años sesenta hubo un intenso debate entre los distintos sectores de la Iglesia y fue materia de la agenda del Concilio Vaticano II. En el momento de la clausura de éste (1965), no se logró acuerdo, y se dejó en manos del papa Paulo VI la decisión final, que se encuentra en la encíclica *Humanae Vitae* (1968). El laicado católico latinoamericano agrupado en el Movimiento Familiar Cristiano, en un pronunciamiento público, definió la paternidad responsable como la necesidad de los dos cónyuges de proceder de mutuo acuerdo y en conciencia para armonizar la procreación y la educación sin egoísmo, y sostuvo que los matrimonios cristianos deben atender a la vez al número y al desarrollo integral del hijo (*Novedades*, 10 de marzo de 1967). El Congreso Mundial del Apostolado Laico reunido en Roma, al mismo tiempo que sesionaba el sínodo de obispos que asesoraba a Paulo VI en la materia, resolvió por mayoría que fueran marido y mujer quienes decidieran sobre la licitud de usar anticonceptivos (*Novedades*, 15 de octubre de 1967).

¹⁰ El mejoramiento de las condiciones de vida y el consecuente aumento de las probabilidades de sobrevivencia en la infancia llevó a las mujeres a percibir que no necesitaban pasar la etapa reproductiva embarazadas, pariendo y cuidando bebés para asegurarse una descendencia. Ante los embarazos no deseados, la recurrencia al aborto —penalizado y clandestino— aumentó y con ella las muertes maternas.

¹¹ Participaron médicos de distintas especialidades, economistas, demógrafos, sociólogos, filósofos, etc., que aportaron conocimientos y experiencias, a través de artículos, libros, mesas redondas, entrevistas que fueron reseñadas en periódicos, revistas y otros medios de comunicación masiva. Periodistas

Se llegó a la conclusión de que el número y momento de las procreaciones son un derecho irrenunciable de las personas; a cada ser humano le corresponde la decisión sobre tener o no descendencia y en qué momento. Para ello es necesario que la población, y en particular las mujeres, tengan acceso a la información necesaria y cuenten con servicios de salud disponibles para llevarla a cabo. Este tema integró la agenda de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos convocada por las Naciones Unidas en 1968 realizada en Teherán. Allí se resolvió que la procreación es derecho de las parejas y las familias. Y fue el asunto central de la Conferencia Internacional de Población, Bucarest, 1974, que lo reconoció como derecho de las personas y las parejas. La acción del Estado y de las instituciones privadas quedó restringida a proveer de servicios de información y salud para que toda la población tuviera acceso al control de la fecundidad, llamada desde varios años atrás planificación familiar. La Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres, aprobada por las Naciones Unidas en 1979, reconoce en varios artículos el derecho de las mujeres a la planificación familiar y a los servicios de educación, información y salud en la materia.

OTRO TANTO DE HISTORIA: FEMINISMO Y MOVIMIENTOS DE SALUD

A pesar de los acuerdos internacionales firmados por los gobiernos, durante los años setenta se acumularon evidencias sobre abusos y violaciones a los derechos a la libre procreación de las personas y las parejas. La puesta en acción de políticas de población y programas de planificación familiar en muchos países, principalmente del Tercer Mundo, desconocía los derechos, en particular los de las mujeres. Métodos hormonales recetados sin una valoración mínima del estado de salud de las usuarias y de libre compra en las farmacias; colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y esterilizaciones sin información ni consentimiento, o con información insuficiente sobre los efectos directos y secundarios (Welti, 1984; Aparicio, 1993); empleo de un inyectable hormonal —*Depoprovera*— en los países pobres, cuando ya estaba prohibida en los Estados Unidos;¹² malos tratos, carencias y deficiencias en los servicios; pruebas experimentales de anticonceptivos nuevos pasando por alto la normatividad internacional vigente (Barroso y Correa, 1991); personal no capacitado para las tareas y funciones que reali-

y escritores aportaron testimonios y fueron vehículos muy destacados en la difusión de las ideas. En el nivel regional, el ámbito académico principal lo constituyó la Comisión de Población y Desarrollo del Comité Latinoamericano de Ciencias Sociales (Clasco) durante finales de los sesenta y a lo largo de la década de los setenta. Véanse Benítez Zenteno, 1993; Sobrinho, 1993; Jiles y Rojas, 1992; Rojas, 1994; De Barbieri (en prensa).

¹² La US FDA (Agencia de Alimentos y Medicamentos del gobierno estadounidense) se negó en 1978 a dar la aprobación para su uso solicitada en 1967 por la empresa Upjohn Company. El rechazo se basó en que "se carecía de pruebas suficientes que demostraran la falta de riesgos, sobre todo con respecto al cáncer mamario y cervico-uterino". Es en 1992 cuando la US FDA aprobó la venta y uso de la *Depoprovera* como anticonceptivo, año en que más de 90 países la empleaban en los servicios públicos y privados (*Population Report*, 1995:3).

zaban; penalización del aborto aun para los casos de fallas en los métodos anticonceptivos; amplia discrecionalidad del personal para negarse a brindar los servicios, anteponiendo sus ideas y creencias a los derechos y las necesidades de las mujeres, fueron las denuncias más frecuentes.¹³

En plena efervescencia del renacer de los movimientos feministas y por la salud de las mujeres, se sistematizaron las evidencias y se fue configurando un movimiento que se dio en llamar “por los derechos reproductivos de las mujeres”. En los inicios de la década de los ochenta, una reunión internacional de mujeres realizada en Amsterdam creó la Red Mundial por los Derechos Reproductivos. La Red de Salud de las Mujeres de América Latina y el Caribe se fundó en Tenza, Colombia, en 1984.

Este amplio movimiento internacional siguió dos líneas, entre otras, que quiero destacar. La dedicada a explorar los procesos de salud-enfermedad femeninos, la creación de servicios de salud reproductiva y sexual, y el diseño e implantación de programas sobre la materia desarrollados en instituciones estatales y privadas.¹⁴ Otra línea se orientó a dar contenido jurídico a la expresión “derechos reproductivos”, a desarrollar sus fundamentos filosóficos y éticos, a la divulgación de los mismos, y al análisis crítico y seguimiento de los planes, programas y políticas estatales en la materia.

Pero el contexto cambió a partir del segundo quinquenio de los ochenta. Pese al descenso del ritmo de crecimiento poblacional, volvió a surgir la alarma neomalthusiana expresada, esta vez, no en tasas de crecimiento sino en números absolutos. Las evidencias del deterioro ambiental, las predicciones de las y los ecólogos y ecologistas y las fuertes resistencias de las grandes empresas multinacionales y los gobiernos de países como Estados Unidos y Japón a tomar medidas que afectarían sus intereses económicos, centró en la población pobre de los países pobres, y específicamente en sus mujeres, la causa de los males del mundo. Es cuando se introduce en los organismos internacionales de salud el concepto de salud reproductiva como sustituto o conviviente con el de planificación familiar. Sin hacer referencia a sus orígenes feministas y —por lo tanto— a la carga política que connota.

No obstante, las mujeres no perdieron el protagonismo. En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente que tuvo lugar en Río de Janeiro en 1992, las organizaciones no gubernamentales feministas y de mujeres rechazaron abiertamente el nuevo malthusianismo de los intereses hegemónicos en el mundo globalizado y su culposa postura. Dieron inicio en ese momento a una negociación compleja, a

¹³ La información que da cuenta de estas prácticas es muy abundante, tanto que podría decirse que forma parte del sentido común; las referencias bibliográficas incluidas en este artículo son sólo unos escasos ejemplos.

¹⁴ En Brasil el movimiento de salud de las mujeres, que articula a un importante número de grupos feministas, propuso el Programa de Atención Integral a la Salud de las Mujeres (PAISM), que pudo desarrollarse en el municipio de São Paulo durante los tres años que duró el gobierno del Partido de los Trabajadores encabezado por Luiza Erundina (1989-1992). Al frente de esa experiencia estuvo la ginecóloga María José Araujo, feminista que había sido una de las impulsoras más activas del PAISM y había coordinado la experiencia piloto durante varios años en el Coletivo Sexualidade e Saúde de esa ciudad.

varias bandas, con fuerzas y actores internacionales muy diversos que lograron acuerdos para una codificación de los derechos reproductivos y sexuales (McIntosh y Finkle, 1995).¹⁵

LOS ACUERDOS INTERNACIONALES DE 1994 Y 1995

Las definiciones explícitas de salud y derechos reproductivos se encuentran en los capítulos 2 y 7 del PA de la CIPD (Conferencia Internacional de Población y Desarrollo) de El Cairo. En el capítulo 2 se enumeran los principios que guían el Plan. Destaca el número 4:

Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

El principio 8 señala que:

Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación familiar y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.

A diferencia de los enunciados anteriores, el capítulo 7 es un texto de redacción abigarrada, reiterativa y muchas veces tautológica, que hace difícil su lectura.¹⁶ Ahí se sostiene que:

¹⁵ Estos autores sostienen que los profesionales en demografía y economía del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) fueron desplazados de sus labores tradicionales en la preparación de la Conferencia de El Cairo, al tiempo que adquirían fuerza los profesionales de la salud. El cambio de orientación en cuestiones poblacionales del gobierno de los Estados Unidos y la presencia muy activa de demócratas de esa nacionalidad en las organizaciones no gubernamentales feministas en el campo de la salud fueron elementos decisivos en el acercamiento entre las posiciones críticas y las neomalthusianas.

¹⁶ Por ejemplo, se dice: "...la atención a la salud reproductiva se define como la constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y el bienestar para la prevención y resolución de los problemas de salud reproductiva" (7.2).

—Salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencia o enfermedad en todas las cuestiones relativas al sistema reproductivo, sus funciones y procesos (7.2).

—La salud reproductiva supone que todas las personas están capacitadas para tener una vida sexual satisfactoria y sana y para reproducirse y la libertad de decidir si [desean] hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (7.2).

—Es derecho de todos los individuos y las parejas “...decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y momento del [nacimiento de] sus hijos y de tener la información y los medios para hacerlo y el derecho de esperar los más altos niveles de salud sexual y reproductiva (7.3).

—También incluye el derecho a tomar decisiones reproductivas libres de discriminación, coerción y violencia (7.3).

—En el ejercicio de estos derechos [las personas y las parejas] deberían tener en cuenta a sus hijos vivos y futuros y sus responsabilidades con la comunidad (7.3).

—De estos derechos también gozan las y los adolescentes así como las mujeres y los varones que han concluido la vida reproductiva (7.3).

—Esto significa el derecho de mujeres y varones a ser informados y tener acceso a la anticoncepción y a los servicios de salud reproductiva, a manera de lograr una maternidad segura; esto es, atención del embarazo, parto, puerperio, lactancia, a la salud de los y las niños(as) y de las mujeres (7.6).

—Derecho a recibir atención para prevenir y tratar la infertilidad, prevenir el aborto y dar tratamiento al aborto incompleto (7.6).

—Derecho a recibir atención y tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo y de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, así como del cáncer de mama y los del aparato reproductivo (7.6).

—Derecho a recibir información, educación y asesoramiento apropiados sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable (7.6).

En relación con la salud sexual, el PA de la CIPD 1994 no la define y sólo dice que su “[...] propósito es el desarrollo de la vida y las relaciones personales, y no sólo el asesoramiento y la atención de la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual” (7.2).

Una formulación más completa respecto de los derechos sexuales se explicitó en el documento final de la IV Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing, al año siguiente:

Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad [...], sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de las personas, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Naciones Unidas, Plataforma de acción, parágrafo 96, 1995).

En síntesis: los derechos sexuales y reproductivos son el conjunto de disposiciones que especifican el ejercicio de la libertad y preservan la dignidad de los seres humanos en esa materia. Son derechos inalienables e imprescriptibles de mujeres y varones desde el nacimiento hasta la muerte y deben ser respetados en todo el mundo y en todo momento por los estados, los gobiernos, los gobernantes, las entidades públicas y privadas y por los particulares.

Con respecto al ejercicio de la sexualidad, especifica el derecho al goce en el marco de la integridad de las personas, la igualdad entre los actores, el consentimiento recíproco y el asumir de ambos las consecuencias del relacionamiento sexual. Asimismo, incluye los derechos a recibir atención y tratamiento de las enfermedades del aparato reproductivo y de transmisión sexual a lo largo de la vida.

En materia reproductiva: la libertad de decisión de reproducirse o no, el número y el momento y asumir la responsabilidad que tal decisión supone. Su ejercicio incluye: acceso a la educación, la información y los servicios de anticoncepción; la maternidad segura, es decir, atención de calidad durante el embarazo, parto, puerperio, lactancia, atención a la salud del recién nacido y durante la niñez; tratamiento de la infertilidad, prevención del aborto y tratamiento del aborto incompleto; tratamiento de las enfermedades del aparato reproductivo antes, durante y después de la etapa reproductiva. Los sujetos de estos derechos son principalmente las mujeres, y se incluye también a los varones en todas las fases de la vida.

AMBIGÜEDADES Y VACÍOS EN LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES

A pesar de la extensión de los documentos y la reiteración de sus definiciones, conviene precisar que hasta ahora, los derechos que nos ocupan tienen un estatuto jurídico relativamente débil, puesto que son consensos sobre planes y plataformas de acción acordados en conferencias convocadas por las Naciones Unidas, que no obligan a los signatarios. Estos documentos funcionan como generadores de nuevo derecho, y resultan de utilidad como fuentes de inspiración de los gobiernos y las fuerzas políticas en cada Estado cuando proceden a cambiar las legislaciones o llenar vacíos legales, en el diseño y puesta en práctica de políticas públicas; asimismo, pueden hacer uso de ellos jueces y tribunales de justicia cuando el texto de la ley no es claro o no se ajusta al o los casos sujetos a juicio. Las organizaciones civiles y políticas y la ciudadanía pueden basarse en estos documentos para fundamentar el derecho de petición en la materia. Distinto es el estatuto jurídico de las convenciones internacionales; éstas tienen fuerza de ley, después de que son ratificadas por los órganos respectivos de cada Estado.

Una segunda debilidad se encuentra en la ambigua definición del o los referentes de los derechos reproductivos y sexuales. A lo largo de los planes de acción se dice reiteradamente que los estados, los gobiernos y la comunidad deben o deberían obligarse a tomar determinadas medidas, sin fijar de manera clara qué le corresponde a cada uno de estos sujetos.

Asimismo, en los documentos se señala en repetidas oportunidades el papel de la sociedad civil, la ciudadanía, las organizaciones no gubernamentales de mujeres y su participación activa en las diferentes fases de los procesos de creación y puesta en funciones de las políticas de salud sexual y reproductiva y la realización de monitoreos permanentes en los servicios públicos y privados. Pero no se identifican los mecanismos e instancias para llevarlos a cabo ni tampoco las formas de financiamiento de tales tareas.

Una tercera limitación se encuentra en la carencia de tribunales internacionales de alzada, que resuelvan los casos en que los estados, gobiernos, instituciones privadas y personas violen los derechos sexuales y reproductivos, impidan que la justicia ordinaria nacional atienda las denuncias o cuando no sean ejecutadas las sentencias del poder judicial.

LOS CONTEXTOS LATINOAMERICANOS

En nuestra región existe acuerdo entre sus analistas sobre el carácter profundamente desigual de las sociedades nacionales, las cuales están estructuradas sobre la base de tres ejes fundamentales de diferenciación social: clases y estratos, distancias de género y las étnico-raciales. En otras palabras, las posiciones y las trayectorias de los seres humanos en relación al trabajo, la ocupación, la propiedad y la educación determinan el acceso a bienes y servicios; estilos de vida y de consumo, capacidad de poder y de dominio se despliegan en una amplia gama que va desde la opulencia de unos pocos a la miseria de las grandes mayorías. Estas distancias se refuerzan, neutralizan o potencian cuando se toman en consideración —además— las diferencias corporales (sexo y etapas de la vida) socialmente construidas; y la coexistencia e interacción de grupos sociales integrados por seres humanos de culturas y rasgos corporales no blancos.

Paralelamente y desde la independencia en el siglo XIX, en nuestras sociedades se arrastra una estructura jurídico-política particular, que no es independiente de las distancias sociales tan rígidas señaladas en el párrafo anterior; aunque las coincidencias no son totales. En relación con la ley escrita, la vigencia del Estado de derecho y el acceso a la impartición de justicia, una clasificación simple permite distinguir tres tipos fundamentales: *a*) un sector de población más o menos reducido de personas, que vive dentro de la normatividad que impone el Estado de derecho. Conocen las garantías que los amparan, las responsabilidades que les corresponden y los mecanismos para acceder a la justicia cuando sus derechos son violados por el Estado o por los particulares; *b*) un pequeñísimo grupo de población que vive y muere más allá del Estado de derecho. Es decir, goza de muy amplia impunidad; *c*) un amplísimo sector de población que vive fuera del Estado de derecho. Desconocen las garantías y derechos constitucionales y legales; con mucha frecuencia son víctimas de los abusos de poder y de las prácticas de hecho consumados; no tienen acceso a la justicia y más bien tratan de no tener nada que ver con la policía ni con los jueces, juzgados y abogados.

Existen diversas evidencias de que, aun en los estratos más altos de las sociedades latinoamericanas, hay porcentajes significativos de mujeres, niñas y niños a los que el Estado de derecho no les llega. Son objeto de violencia y negación, a pesar de tener sus necesidades materiales resueltas mediante bienes y servicios de muy alto nivel. Las calidades de persona y de ciudadanía no han sido incorporadas en sus vidas; es decir, no se han apropiado de sus derechos fundamentales.

Algunas categorías profesionales y ocupacionales dan muestras de desconocer o de no tener claridad suficiente alrededor de la condición de sujetos de derecho. Es el caso de los y las prestadores de servicios de salud, que deben cumplir metas demográficas¹⁷ en las instituciones en que laboran; una parte de sus sueldos depende de la productividad, medida por la incorporación de nuevas usuarias de DIU, de las esterilizaciones y las vasectomías que realicen. De modo que pasan por encima de los derechos de las y los usuarios y de las responsabilidades inherentes al desempeño profesional propio. Nótese que éstos no son sectores de baja educación la mayor parte de las veces.

Cabe tener presente que las limitaciones en la constitución de personas, ciudadanas y ciudadanos están en la base de la precariedad de las democracias latinoamericanas, siempre amenazadas por vías autoritarias y de suspensión, breve o prolongada, del Estado de derecho.¹⁸ Hoy en día en nuestra región son muy numerosos los actores sociales y políticos que coinciden en la necesidad de profundizar la democracia mediante la actuación ciudadana. El ejercicio de la sexualidad y de la reproducción es una vertiente que puede fluir en sentido democrático.

ALGO MÁS QUE CAMBIOS EN LAS TASAS DEMOGRÁFICAS

Los y las estudiosas de la transición demográfica en América Latina señalan que una de sus principales características es la velocidad con la que se han producido los descensos de la mortalidad y de la fecundidad. En México, en el lapso de sesenta años la esperanza de vida ganó más de treinta años y la tasa global de fecundidad en dos déca-

¹⁷ Las metas demográficas —es decir, las tasas de crecimiento poblacional que formulan los planes y políticas de población para un lapso dado— son traducidas por las instituciones públicas de salud en tasas y porcentajes de crecimiento de las y los usuarios de sus servicios de planificación familiar. A partir de ahí, a cada clínica, hospital, centro de salud, posta, etc., fijos y ambulantes se les determina un número mínimo de personas que deben atender y para cada prestador de servicios —médicos, enfermeras, parteras, etc.— se fija un piso mensual de DIU a colocar, salpingoclasias y vasectomías a realizar, píldoras que recetar y proveer. Tal es la normatividad en países como México y Perú. Los cambios en las políticas salariales acaecidos en los últimos quince años han apuntalado el cumplimiento de las metas por la vía de los estímulos a la productividad de los prestadores de servicios de planificación familiar. Quienes cumplen o exceden las metas reciben un sueldo mayor; los y las profesionales que no llegan a ellas no acceden a dichos estímulos.

¹⁸ Las limitaciones de los estados de derecho y la apropiación de los derechos humanos pueden coexistir con sistemas políticos estables y legítimos con alto grado de gobernabilidad, como son los casos de Colombia y México.

das pasó de casi 7 hijos por mujer a 3.2. En otras palabras, las personas viven más años; los niños y niñas cuando nacen, y las madres cuando se embarazan y paren, tienen probabilidades mucho más altas de sobrevivir que sus abuelos y tíos; madres y abuelas. En otras palabras, la muerte se ha alejado del horizonte cotidiano en que vivían las generaciones pasadas, porque la vida humana —en tanto hecho biológico— se ha vuelto más segura y previsible. Fecundidad y mortalidad son medidas de la creación de vida y de la desaparición de la misma, dos de los hechos sociales reales más cargados de sentido en todas las sociedades humanas. Desde el punto de vista colectivo, allí están las religiones y sus complejísimas construcciones sobre el origen y destino de los seres humanos, el antes y el más allá de la vida. Desde el punto de vista individual, la procreación es trascender la finitud, asegurarse de que los bienes tendrán propietario y algo personal —afectos, respeto, prestigio, obras... hasta los genes permanecerán después de la muerte.

No hay que olvidar que en Europa, el proceso de transición demográfica se inició en el siglo XVIII y se completó en un periodo de más de doscientos años, mientras que en la mayoría de los países latinoamericanos se realizó en seis décadas. Es decir, mientras que en el Occidente europeo las ideas y representaciones sobre la vida y la muerte han pasado por procesos lentos de ajustes y reajustes, de manera que las normas, los hábitos y costumbres presentes en la vida cotidiana han ido cambiando y adecuándose poco a poco a los cambios en lo real, en América Latina la realidad ha ido mucho más rápidamente. Es cierto que los incrementos en la esperanza de vida —el alejamiento de la muerte— no han sido homogéneos entre los distintos grupos y clases sociales. Pero este proceso está en marcha aun en los sectores más desfavorecidos, donde la muerte ha comenzado a alejarse en los años más recientes.

La sociología nos ha enseñado que los procesos de resignificación son lentos, de manera que no es aventurado decir que en esta parte del mundo están todavía teniendo lugar. En una sociedad como la mexicana, en sólo tres generaciones se ha pasado de tener ocho hijos para que sobrevivieran cuatro, a poder decidir cuántos y en qué momento, porque es casi seguro que los que nazcan sobrevivirán y enterrarán al padre y a la madre.

También la sociología nos ha enseñado que las significaciones y resignificaciones son procesos colectivos e individuales a la vez. De modo que las apelaciones a la auto-ridad, la publicidad y los *slogans* pueden no ser efectivas cuando se dirigen a determinadas poblaciones y a segmentos particulares de las mismas.

Finalmente, hay que tomar en cuenta las compensaciones de que las sociedades disponen para las jóvenes y las adultas que reducen su fecundidad. La oferta del mercado de trabajo y la generación de ingresos, la capacitación, la participación ciudadana y social son algunas de las modalidades que pueden abrirse, puesto que los tiempos de las demandas domésticas se vuelven más cortos, laxos y flexibles. No hay que olvidar, sin embargo, que éstos no son procesos espontáneos; por el contrario, y más allá de la coyunturas económicas que determinan las ofertas y demandas de los mercados de trabajo, aquí también existen resignificaciones y son procesos de conquista de espa-

cios de libertad y autonomía. La apropiación y la voluntad de ejercer los derechos humanos civiles y políticos incluyen confrontaciones, conflictos y negociaciones en la esfera doméstica, la privada y la íntima, más allá de la formulación legal y de la voluntad política de los gobiernos y los gobernantes de resguardarlos, cumplirlos y hacerlos cumplir.

Es decir, son varias las dimensiones que se mueven y reacomodan en los procesos de transición demográfica, con tiempos y ritmos distintos en los diferentes grupos y sectores que componen cada sociedad. Algo más lento y más profundo que bajar las tasas del crecimiento poblacional. Se trata para muchas personas, sobre todo mujeres, de encontrar nuevos sentidos a sus vidas. En estas redefiniciones de sí mismas y de las otras y otros que transcurre en el plano de lo real, la codificación de los derechos sexuales y reproductivos constituye un arma poderosa para el afianzamiento de la condición de persona y ciudadanía. Su divulgación y la expansión del conocimiento en la materia pueden convertirlos en un instrumento —no despreciable— para el apuntalamiento de los proyectos democráticos participativos que circulan en la región latinoamericana.

BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio, Ricardo, 1993, "Políticas de población, políticas de planificación familiar y derechos reproductivos en México", en ABEP/CELADE/IUSSP/PROLAP/SOMEDE, *IV Conferencia latinoamericana de población: la transición demográfica en América Latina y El Caribe*, vol. II, INEGI/IISUNAM, México.
- Barroso, Carmen y Sonia Correa, 1991, "Servidores públicos *versus* profesionales liberales", *Estudios Sociológicos*, vol. IX, núm. 25, enero-abril.
- Benítez Zenteno, Raúl, 1993, "Visión latinoamericana de la transición demográfica. Dinámica de la población y práctica política", en ABEP/CELADE/IUSSP/PROLAP/SOMEDE, *IV Conferencia latinoamericana de población: la transición demográfica en América Latina y El Caribe*, vol. II, INEGI/IISUNAM, México.
- De Barbieri, Teresita, en prensa, "Descenso de la fecundidad, políticas de población y derechos reproductivos", en Adriana Ortiz Ortega (comp.), *Derechos reproductivos en México*.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1997, *Programa de Acción. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 1994*, Lima.
- Hodgson, Dennis y Susan Cotts Watkins, 1997, "Feminists and Neo-malthusians: Past and Present Alliances", *Population and Development Review*, vol. 23, núm. 3, septiembre.

- Jiles Moreno, Ximena y Claudia Rojas Mira, 1992, *De la miel a los implantes. Historia de las políticas de regulación de la fecundidad en Chile*, Corporación de Salud y Políticas Sociales (Corsaps), Santiago de Chile.
- Lassonde, Louise, 1997, *Los desafíos de la demografía. ¿Qué calidad de vida para el siglo XXI?*, Fondo de Cultura Económica/IIS/CRIM/PUEG/UNAM/Direction du Développement et la Coopération (DDC), México.
- Malthus, Robert Thomas, 1950, *Ensayo sobre el principio de población*, Fondo de Cultura Económica, México.
- McIntosh, C. Alison y Jason Finkle, 1995, "The Cairo Conference on Population and Development: A New Paradigm?", *Population and Development Review*, vol. 21, núm. 2, junio.
- Naciones Unidas, 1995, *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Beijing, 4 al 15 de septiembre, A/Conf.177/20, 17 de octubre.
- Novedades*, 1967a, "Esperan la decisión del Papa en materia de control de natalidad", 10 de marzo.
- Novedades*, 1967b, "Que marido y mujer decidan el uso de anticonceptivos", 15 de octubre.
- Petchesky, Rosalind Pollack, 1995, "From Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines", *Reproductive Health Matters*, núm. 6, noviembre.
- Population Report*, 1995, vol. XXIII, núm. 2, serie K, núm. 5, agosto.
- Puyana, Yolanda, 1992, *El descenso de la fecundidad entre las mujeres de estrato bajo. El caso de Colombia*, ACEP, Bogotá.
- Rojas Mira, Claudia, 1994, "Historia y política de planificación familiar en Chile: un caso paradigmático", *debate feminista*, vol. 5, núm. 10, septiembre.
- Sobrinho, Délcio da Fonseca, 1993, *Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil*, FNUAP/Editora Rosa dos Tempos, Río de Janeiro.
- Venier, Martha Elena, 1996, "Por qué 'apoderar'", *Boletín Editorial de El Colegio de México*, núm. 67, mayo-junio, pp. 17-20.
- Vernón, Ricardo y Yolanda Palma (comps.), 1998, *Resultados de investigación para mejorar los servicios de planificación familiar*, Population Council/INOPAL III, México.
- Welti, Carlos, 1984, "La investigación del efecto de la anticoncepción sobre la fecundidad en México", ponencia presentada en el Seminario sobre Fecundidad, El Colegio de México, CEDDU, marzo.
- Welti, Carlos, 1998, "Ajuste estructural y dinámica demográfica. La población, la economía y la sociedad", *Demos. Carta demográfica sobre México*, núm. 11, pp. 19-21.