

“Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Chile y Colombia: usos y efectos de la noción de “salud sexual” en el gobierno de la sexualidad y de los cuerpos de las ciudadanas”

Reflexión a partir de la sistematización de procesos de investigación en curso.

GT 11, Género, desigualdades y ciudadanía.

Angélica Gómez Medina

Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, Francia.

Fabiola Miranda Pérez

Instituto de Estudios Políticos de Grenoble, Universidad de Grenoble 2, Francia.

Resumen

A partir del estudio de Chile y Colombia, proponemos un análisis en torno a la relación establecida entre los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual. Aquí se trata de interrogar si en estos dos sistemas de salud caracterizados por la existencia de desigualdades sociales, los derechos sexuales operan como dispositivos que permiten la producción de ciudadanos/as autónomos/as, o bien si ellos operan como instrumentos de gobierno que terminan por acrecentar las relaciones de poder, de clase, de género, de raza, o Norte-Sur. Para lo anterior planteamos una reflexión en torno al poder médico representado por sus funcionarios, y los actores institucionales, los cuales vehiculan los discursos sobre los derechos sexuales y reproductivos en el seno de ambos países.

Palabras clave: derechos sexuales y reproductivos, desigualdades, juventud.

Introducción

La idea de comparar Chile y Colombia nace de una reflexión en torno a los diferentes dispositivos de gobierno, técnicas y saberes (Foucault, 2001) que permiten legitimar el control ejercido sobre la “corporalidad del cuerpo humano” (Boullant, 2009, p.51) especialmente sobre aquél de las mujeres. Quisiéramos entender como lo sugiere Marques Pereira (2005), el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres como un proceso aún en curso a causa de diferentes frenos culturales que impiden su desarrollo y extensión. Para lo cual, quisiéramos también incluir un conjunto de factores que influyen en las desigualdades entre los sexos: género, clase, edad, etnicidad, entre otros, que nos llevaron a hacer una lectura interseccional de los desafíos del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en el seno de ambas sociedades.

La comparación entre Chile y Colombia es pertinente en la medida que ella nos permite “confrontarnos a otras realidades geográficas y culturales” (Vigour, 2004, p.17). A pesar de las dificultades encontradas en este ensayo comparatista basado en el estudio de casos, quisimos entender Chile y Colombia como dos “unidades complejas” (della Porta, 2013, p.211). Siguiendo los lineamientos de della Porta (2013), en nuestro estudio, se realizan “generalizaciones limitadas” que pueden explicarse por “divergencias históricas” o bien por “procesos específicos” de cada contexto analizado (della Porta, 2013, p. 217). De este modo, nuestro proyecto sólo tiene por intención avanzar en el comienzo de una modelización, o bien de una disociación de los contextos estudiados. Para dar curso a lo anterior, al comienzo del artículo hicimos una narración de ambos contextos, con el objeto de confrontar datos cualitativos, obtenidos principalmente a través de entrevistas semi-directivas realizadas entre 2011 y 2013.

La influencia del Estado sobre la población es correlativa a la producción de saberes asociados. El poder no puede ejercerse sin saberes o técnicas que lo permitan. Controlar una población implica poner en marcha un discurso; y por otra parte los saberes a propósito de la reproducción y la sexualidad existen por la constitución de éste discurso en tanto que objeto definido en relaciones de poder. Así, la sexualidad es objeto de políticas públicas en la medida que hay saberes que permiten validar la acción del Estado en este dominio de la sociedad. Si consideramos los saberes y las técnicas dentro de la escala de un mundo social que se interrelaciona, la construcción de un discurso y su puesta en marcha sobre una temática común, en este caso el reconocimiento y la apropiación de la noción de derechos sexuales y reproductivos por la parte de los Estados, concierne un conjunto de realidades que se consideran afectadas por las mismas temáticas. El objetivo es entonces entender cómo la noción de derechos sexuales y reproductivos es incorporada en Chile y Colombia, sus mecanismos y las condiciones de su institucionalización, para intentar comprender las razones y los efectos de la lectura realizada por los Estados en el reconocimiento de estos derechos.

La hipótesis sugerida plantea que la noción de derechos sexuales y reproductivos se ha entendido como un mecanismo que llama a los Estados a ejercer un rol sobre la educación “sexual” de la población a cargo de los funcionarios públicos, principalmente los del sector de la salud. Para esto, las políticas públicas que promueven la difusión de tales derechos se focalizan en las poblaciones consideradas “vulnerables” o “de riesgo” en ambos países, en donde se incluyen principalmente: los jóvenes, los/as adolescentes, y las mujeres de sectores marginalizados.

Con todo, esta modalidad de gobierno se inscribe sobre la base de poderes de poder históricos más amplios, entre los cuales quisiéramos destacar el género (Scott, 1998). Lo anterior, nos vendría a revelar la asociación directa entre sexualidad y reproducción que opera en ambas sociedades. Así, se privilegia el gobierno de la fecundidad de la población en detrimento de la creación de dispositivos que permitan un ejercicio igualitario de los derechos sexuales y reproductivos entre los/as ciudadanos/as.

1. Chile: la transición a la democracia y sus efectos en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

En Chile, desde la reinstauración de la democracia en 1990, el Estado comienza a generar acciones para avanzar en materias relativas a los derechos humanos, y por consecuente en el reconocimiento de los derechos de las mujeres. Un gran progreso en ese sentido, constituye en 1991 la creación del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), el cual comienza a comprometerse con los derechos de las ciudadanas, sin embargo, las temáticas relativas a la salud sexual y reproductiva serán delegadas a instituciones de orientación técnica como el Ministerio de Salud o de Educación. Bajo este contexto, el proceso de democratización no trae consigo una apertura en términos del reconocimiento de estos derechos, sino que se continúa con los límites impuestos durante la dictadura. Un ejemplo importante de aquellos es la penalización del aborto en todas sus manifestaciones en 1989, cuando se deroga el artículo 119 del Código Sanitario.

La coalición de gobierno de centro-izquierda que asume el poder: la Concertación, por su parte, posee opiniones divergentes en las materias relativas al ejercicio de la sexualidad y al control médico de la reproducción. Por aquél motivo, cada avance en la materia será el fruto de procesos de negociación, no exentos de generar diferencias entre los diferentes actores que componen la coalición. La generación de la noción de los derechos sexuales y reproductivos en la sociedad internacional, principalmente luego de la realización de la Conferencia sobre la Población del Cairo en 1994, facilita la importación del concepto, no obstante, no se reconocen de manera inmediata en la legislación, si no que se focaliza en su expansión a través de procesos educativos orientados principalmente hacia a población adolescente.

En el segundo gobierno de la Concertación, el de Eduardo Frei Ruiz Tagle, se proclama la salud sexual y reproductiva como una política pública prioritaria para el Estado. Pero a pesar de esta voluntad política, ella no significa un desarrollo repentino de la cuestión. El primer paso se dará en 1995 con la puesta en marcha de las “Jornadas de Conversación sobre Afectividad y Sexualidad” (JOCAS), coordinadas por el Ministerio de Educación, el SERNAM, el Instituto Nacional de la Juventud y el Ministerio de Salud. Las JOCAS son instancias grupales que se llevan a cabo en presencia de alumnos secundarios, de padres y de profesores, así también invitando a miembros de la sociedad civil, especialmente profesionales de la salud (MINEDUC, 1999). A pesar de esta apertura, las críticas venidas de facciones conservadoras y la falta de compromiso en su implementación por parte de los establecimientos educacionales conllevan que este proyecto termine en el año 2003 (Shepard, 2009).

Los esfuerzos para el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en Chile son diversos y multiformes y normalmente llevados a cabo por los movimientos de mujeres y por ONG favorables a su difusión. Un ejemplo de aquello, son los diferentes ensayos para incorporar a la lista de medicamentos autorizados en el país la píldora del día después, a partir de fines de los años '90. Asimismo, la redacción de un proyecto de “Ley marco de derechos sexuales y reproductivos” elaborada por los anteriores actores en cooperación con parlamentarios de una facción de la coalición de gobierno a comienzos de la década del 2000.

El debate a propósito de la incorporación de la píldora del día después en Chile permite poner en centro la agenda pública los derechos sexuales y reproductivos. Pese a lo anterior, el debate se prolonga por más de diez años, a causa de posicionamientos conservadores contrarios a su introducción. En enero del 2010, el debate puede darse por terminado gracias a la promulgación de la Ley n° 20.418 llamada “De orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”, en donde el Estado chileno se refiere por primera vez a la noción de derechos sexuales y reproductivos en la legislación.

La ley de carácter inminentemente técnico, dado que ella es preparada por el Ministerio de la Salud, pone énfasis en el acceso a la salud reproductiva en tanto que derecho asociado al ejercicio de la ciudadanía de la población y el respeto a los derechos humanos. Con todo, el derecho al aborto no es incorporado, a pesar de las diferentes presiones de la sociedad civil. Frente a lo anterior, se pone en evidencia la dificultad de disociar el ejercicio de la sexualidad de la reproducción en éste país.

2. Colombia: entre el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y su ejercicio efectivo.

En Colombia el reconocimiento legal de los derechos sexuales y reproductivos es incorporado a la agenda pública gracias a la Constitución de 1991, promulgada durante el mandato de Cesar Gaviria (1990-1994). El *corpus* legal es el fruto de un proceso de Asamblea Constituyente, en la cual participaron diferentes sectores de la sociedad civil. La anterior, solicita transformaciones importantes en materia de derechos sociales, tales que el reconocimiento de las minorías étnicas y la puesta en marcha de mecanismos de participación ciudadana, con el objeto de generar instancias que faciliten la reivindicación de sus demandas. Por otra parte, es la primera vez que en Colombia el movimiento de las mujeres se presenta como un movimiento susceptible de influir en la esfera pública. Todo aquello permite poner en el centro del debate público las demandas relativas a la igualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo, en el proceso de la Asamblea Constituyente las demandas concernientes a la libre elección de la maternidad y el aborto encuentran distintas dificultades (Curiel, 2013). De esta manera, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos será un largo proceso que continúa aún evolución.

El proceso de reconocimiento ha sido evolutivo y largamente asociado al proceso de reconocimiento de los derechos humanos, lo cual responde a exigencias transnacionales. Existen acuerdos para que el país

elabore directrices que permitan el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fijados por las Naciones Unidas, tales como: la disminución de las infecciones de transmisión sexual, del VIH, y la disminución de los embarazos adolescentes.

La participación del país a conferencias internacionales, han implicado que el país cree políticas que estén en concordancia con las exigencias impuestas por la sociedad internacional (Política Nacional de Salud Sexual, p.12).

La Constitución de 1991 garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos para los colombianos, considerando un deber del Estado su promoción. De este modo, ellos son reconocidos como derechos humanos fundamentales en la medida que las decisiones sobre la sexualidad y la reproducción se asocian al ejercicio de derechos tales que el derecho a la vida, a la igualdad, y a la ausencia de discriminaciones (Política Nacional de Salud Sexual, p.13). En cuanto a su implementación en las políticas públicas, la noción de derechos sexuales y reproductiva se ha asociado desde su incorporación a aquella de salud sexual (Pacheco y al, 2007). Ello queda demostrado en la inscripción de estos derechos en la Política de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) en 2003. En la política de SSR se señala explícitamente la necesidad de mejorar la salud sexual de los/as ciudadanos/as a través de un ejercicio “responsable” de los derechos sexuales y reproductivos consagrados en la Constitución. El Estado a través de sus entidades públicas debe asegurar esta prestación, la cual no debe ser delegada a las instituciones privadas, y si ese es el caso, el Estado debe vigilar su cumplimiento en aquellas (SSR, p.13).

En la política pública de SSR el foco de atención esta puesto sobre las poblaciones consideradas “vulnerables”: la juventud, la población rural, y la población urbana marginal. Para lo cual, ella establece líneas de acción en diferentes áreas: en materia de maternidad segura, planificación familiar, salud sexual y reproductiva para la población adolescente, despistaje precoz del cáncer del cuello uterino, ITS, VIH, entre otros. Según la SSR, sexualidad y reproducción están relacionados con la calidad de vida, dado que la noción de la salud implica un estado de bienestar más allá de la ausencia de enfermedades y significa la posibilidad del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, bajo condiciones que no conlleven riesgos para la salud, en un contexto libre de discriminaciones a saber: sexo, clase, edad, etnicidad.

Pese al gran avance que significa la SSR, la decisión de despenalizar el aborto en tres casos: cuando la continuación del embarazo causa un riesgo para la salud física o mental de la mujer, cuando el feto posee malformaciones que vuelven su vida inviable, y cuando el embarazo es la consecuencia de una violación, fue solamente tomada en 2006 por la Corte Constitucional colombiana (Sentencia, C-355, 2006). No obstante, los médicos aún poseen la posibilidad de ejercer su derecho a la “objeción de conciencia”, lo cual deja a su voluntad la realización de la intervención. Lo último, es ampliamente observado en áreas rurales, afectando a las mujeres de sectores más pobres, las cuales se encuentran limitadas en términos económicos para acceder a prestaciones fuera del sistema público. Ante lo cual nos interrogamos a propósito de las condiciones de acceso a estos derechos, poniendo en cuestión el principio de igualdad sobre los cuales ellos están fundados.

3. El rol de los sistemas de salud en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos.

En ambos países analizados se hace una asociación entre los derechos sexuales y reproductivos y el dominio de la salud. Así, ellos son pensados como una problemática que afecta la salud de la población y el desarrollo de los países.

Tanto en Chile como en Colombia a partir de comienzos de los años '90, la sexualidad y la reproducción se vuelven temáticas susceptibles de ser tratadas a través de políticas públicas. En ellas se

focaliza la intervención hacia una población considerada “más peligrosa” en términos de comportamientos sexuales: los adolescentes y las mujeres de sectores marginales.

Por otra parte, en ambos países se desarrollan textos de corte técnico que vienen a validar la intervención de los funcionarios de la salud en la temática, los cuales se convierten en gestores técnicos del Estado, es decir, en aquellos que por sus competencias se encuentran legitimados socialmente para asumir esta labor. Así, son ellos los encargados de reproducir los discursos sobre el alcance y los límites del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos ante los ciudadanos/as. En el caso colombiano, como lo vimos más arriba, se pone en evidencia lo anterior, en los impedimentos que afectan a algunas jóvenes en ciertas regiones para abortar, incluso cuando es legal:

“En algunas regiones de Colombia, existen dificultades para el ejercicio del derecho al aborto. Por ejemplo aquí en Pasto (capital de la Región de Nariño), todos los ginecólogos se oponen al aborto, y dado que las instituciones de salud están obligadas a hacerlos, las chicas son enviadas a Cali[...] Pero el tiempo pasa y después es muy tarde [...], [también] hay muchos casos que dado el costo económico las chicas no pueden viajar [...] y así, ellas deben muchas veces terminar sus embarazos en condiciones inhumanas” (Entrevista con un funcionario, 25/01/2013 en Pasto Nariño).

En el caso chileno, estos impedimentos al acceso de los derechos sexuales y reproductivos quedan manifiestos en las dificultades para acceder a la píldora del día después para las mayores de 14 años. La “objeción de conciencia” muchas veces es un argumento utilizado por los funcionarios y por las autoridades contrarias a su distribución. La falta de control de la ley de 2010 vuelve complicado exigencia del derecho para sus usuarias.

“Es obligación del Estado garantizar la distribución (de la píldora del día después), pero lo que se ha hecho es validar la no entrega en ciertas comunas, bajo la premisa de la “objeción de conciencia” [...] Por el momento no tenemos la certeza que la píldora sea distribuida como lo estipula la ley del 2010[...]”. (Entrevista realizada con una ex alta funcionaria del SERNAM, 23/03/2011 en Santiago).

En consecuencia podemos observar que pese a que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se considere una materia revestida de un carácter técnico, la imbricación entre la ciencia y el mundo social es evidente a la hora de permitir a los funcionarios de la salud un margen de decisión sobre la toma en cuenta de las necesidades y derechos de los pacientes. Podemos entonces cuestionarnos a propósito del discurso de cientificidad dado a las normas y a las políticas públicas una vez estas son aplicadas por agentes influenciados por representaciones sociales vigentes al interior de ambas sociedades.

4. El rol pedagógico de los funcionarios de la salud

Los extractos de las entrevistas presentados sobre los dos países analizados: Chile y Colombia, ilustran como los profesionales de salud juegan un rol central a la hora de permitir o impedir el ejercicio de los derechos sexuales y el acceso a las tecnologías disponibles para el control de la fecundidad. Aquello se debe a la influencia de sus propias representaciones sobre la sexualidad y sobre las poblaciones hacia las cuales ellos se dirigen. Por otra parte, sus competencias técnicas les permiten revestir sus discursos de legitimidad científica, así logran inscribirse en un proyecto pedagógico sobre la sexualidad.

La labor pedagógica asignada a los funcionarios de la salud implica el ejercicio de un poder pastoral (Foucault, 1984, p.16-17), el cual es ejercido en nombre del bienestar, de la seguridad y de la protección de las personas. La medicina es hoy en día un medio que permite asegurar este bienestar esperado por la población. En ese sentido los funcionarios pueden indicar cuales son los comportamientos considerados “adecuados” a los/as usuarios/as de los dispositivos. El ejercicio de aquél poder contribuye a crear nuevas normas y valores en materia de sexualidad, estimando quienes son los sujetos o grupos poblacionales que necesitan la intervención de las políticas públicas.

Hay que agregar que las representaciones vehiculadas por los profesionales de la salud ante las poblaciones intervenidas pueden incidir en los cuidados que ellos les procuran, así mismo, en el ejercicio de sus derechos. Cuando los funcionarios hablan de población en “riesgo” o “vulnerable”, ellos construyen categorías y se dirigen a los “pacientes” ejerciendo un control que en ocasiones influye en la disminución de sus posibilidades de elección.

En ambos países, la institucionalización de los derechos sexuales y reproductivos por parte de los sistemas de salud ha implicado la reproducción de desigualdades. En estos Estados neoliberales los medios que se invierten en salud pública siempre son limitados en los presupuestos estatales, existiendo diferencias entre los cuidados otorgados por el sistema público y el sistema privado.

No obstante, si consideramos que la noción de derechos sexuales y reproductivos supone una reflexión en términos de justicia social, podríamos cuestionar la existencia de tal dimensión en ambas realidades, siguiendo el modelo de Fraser (1997). Para ella, la justicia social es por una parte la distribución igualitaria que concierne a los derechos humanos y por otra el reconocimiento de las desigualdades teniendo en cuenta las particularidades de cada grupo humano. Tanto en Chile como en Colombia, es cuestionable hablar de un ejercicio igualitario de derechos, cuando consideramos que ciertos grupos de la población, notoriamente las mujeres de medios marginales, son las más afectadas por la ausencia de recursos, pero las más sujetas al control y gobierno de sus cuerpos, que en general se orienta a un control de su fecundidad y no a la entrega de herramientas adecuadas que les permitan una libre elección en el campo de la sexualidad.

5. La construcción de tipo de población en el caso chileno y colombiano.

La incorporación de la noción de derechos sexuales y reproductivos ha implicado en ambos países la construcción de poblaciones consideradas “vulnerables”: juventud, población rural, urbana, entre otros. Dentro de los documentos oficiales de los dos Estados hemos observado que se han focalizado en la población joven y adolescente. Aquello es justificado por la percepción de que esta población está más sujeta a riesgos a nivel de la salud pública. En los jóvenes y adolescentes se considera que prevalecen los comportamientos que pueden significar peligros para el resto de la población tales como: relaciones sexuales sin protección, prevalencia del VIH y de las ITS, asociándose los anteriores a la continuación de los círculos de pobreza sobre todo ante una situación de embarazo adolescente. Algunas entrevistas a funcionarios de la salud muestran esta percepción:

“El trabajo con los jóvenes nos permite decir que el riesgo principal es aquel de las infecciones sexualmente transmisibles, pero esto va asociado a un mal comportamiento sexual [y social]. En los jóvenes, esto se traduce en el consumo de alcohol y las adicciones. Ello nos lleva a pensar que los jóvenes presentan un riesgo más elevado de tener relaciones sexuales desprotegidas”. (Psicóloga encargada de un programa de orientación para los jóvenes. Entrevista realizada el 09/11/2011 en Pasto, Nariño).

Podemos constatar entonces, que este rango de edad se percibe como una población homogénea, es decir, ella se caracteriza por sus comportamientos de riesgos y a repetición. Por otra parte, en los dos países estudiados, podemos observar que la intervención va dirigida a una población afectada por situaciones de precariedad. En los dos sistemas de salud, se busca privilegiar la atención de los usuarios más vulnerables en términos económicos. Entonces vemos como se focalizan los dispositivos de gobierno de los cuerpos (Berlivet, 2004), dirigiéndose además hacia una población principalmente femenina

Si bien las definiciones internacionales sobre los derechos sexuales y reproductivos se inscriben en los principios de los derechos humanos, a saber el de la igualdad que concierne tanto los hombres como las mujeres, podemos notar que en ambos países analizados el acento está puesto sobre el control de los

cuerpos de las mujeres, dado que a aquellas se les asocia la esfera reproductiva. Esto pone en evidencia que para “ellas” el ejercicio de sus derechos está condicionado al eventual rol de madre al interior de la sociedad. Así, el control de la fecundidad o bien el seguimiento del embarazo son priorizados en detrimento de una preocupación que se focalice en el pleno ejercicio de la sexualidad.

La asociación histórica maternidad-reproducción ha implicado que en el proceso de transferencia y de apropiación de la noción de derechos sexuales y reproductivos, los funcionarios encargados de la puesta en marcha de los programas de salud sexual y reproductiva contribuyan al mantenimiento de los roles tradicionales, continuando a responsabilizar más a las mujeres respecto del hombre en el ejercicio del rol parental. Lo anterior es observado cuando los médicos entrevistados hacen referencia a las mujeres como las principales usuarias de los servicios de cuidado y orientación en materia de anticoncepción, así también en todo lo relacionado con el ejercicio de la maternidad y el embarazo:

“Debería existir más conciencia sobre la toma de los anticonceptivos en las jóvenes adolescentes para así poder evitar los embarazos no deseados [...] Por otra parte, los servicios públicos de salud deberían disponer de una gama amplia de anticonceptivos, ojala sin ningún costo económico para que todas las usuarias, sobre todo, las que no tienen dinero puedan acceder”. (Entrevista realizada el 23/03/2011 en Santiago).

Vemos cómo opera la asociación directa de las mujeres a su rol reproductivo, sobre el cual reposa la dominación ejercida sobre el cuerpo de estas últimas, que la puesta en marcha de las políticas públicas de acceso a los derechos sexuales y reproductivos termina por perpetuar.

6. La reproducción en la base de la heteronormatividad

Como lo habíamos destacado anteriormente, la institucionalización de los asuntos relativos a los derechos sexuales y reproductivos se focalizó tanto en Chile como en Colombia en la reducción de los elevados índices de embarazos no deseados en las jóvenes y adolescentes¹. Dado lo anterior, se ha focalizado en la necesidad de enseñar a este rango etario el uso y manipulación de métodos anticonceptivos contemporáneos. Aquello muestra la existencia de una asociación entre el ejercicio de la sexualidad y la reproducción, que constituye la base de la heteronormatividad. El discurso de los funcionarios entrevistados nos deja entrever que otras posibilidades de vivir la sexualidad no son consideradas, ya que se asume como única opción visible las uniones heterosexuales. En ambos países el centro de atención está puesto, como lo hemos ya señalado, en los adolescentes, acordándoles a estos últimos una heterosexualidad predominante, ya que ella se considera mayoritaria. A pesar que los funcionarios se muestran “progresistas” y que se habla de “tolerancia” hacia los “otros” (considerando así a la población homosexual), se asume que se trata de una minoría. La existencia de una dualidad habla desde una postura “mayoría y normativa” que contribuye a la producción de normas de exclusión (Butler, 2006). Podemos destacar ejemplos de discursos que se consideran inclusivos, pero que sin embargo hablan desde el punto de vista de la norma heterosexual, en una entrevista con una psicóloga encargada de la educación sexual en una zona rural de Colombia:

“Nosotros trabajamos para enseñarles a los jóvenes a no considerar la homosexualidad como una enfermedad, [sin embargo se observan] [...] resistencias a compartir espacios con personas que tienen una orientación sexual diferente a la de los jóvenes. Entonces, nuestro trabajo consiste también en sensibilizar a los jóvenes con estos temas”. (Entrevista realizada el 01/12/2012 en Pasto, Nariño).

¹ Ver estadísticas y panorama de Colombia en “Seguimiento a la Política Social del Gobierno e indicadores poblacionales, con enfoque de género. Salud Sexual y Reproductiva”, (2011) <http://www.equidadmujer.gov.co/OAG/Documents/Salud-Estado-Embarazo-maternidad-Adolescentes.pdf> y para Chile “Prevención del embarazo en la adolescencia. Desafío de la ley 20.418” (2012) <http://www.icmer.org/documentos/adolescencia/boletin-3%20AMConcha%2029.04.2013.pdf>

Este relato es revelador de la coexistencia de un interés emancipador desde un punto de vista situado del lado de la “mayoría”, cuando se asume que la condición homosexual es distinta a la de los jóvenes que frecuentan el programa en el cual trabaja esta funcionaria. A pesar del hecho de que este extracto no nos permita generalizar las representaciones de todos los funcionarios de ambos Estados, pensamos que ella nos ilustra la coexistencia de normas e ideas que muestran que la puesta en marcha de la política de salud no se encuentra solamente sometida a las exigencias impuestas por la autoridad pública, si no también, que ellas pasan por la transferencia de representaciones posicionadas (estatuto social, género, clase, edad) y que son aquellas que son propias a los funcionarios. De este modo, la reflexión ha estado centrada sobre el rol ejercido por aquellos que se sitúan en la interacción cotidiana con los usuarios y usuarias de los dispositivos implementados por los Estados. Creemos que este nivel intermedio ejerce un poder muy interesante sobre la población, que es necesario continuar observándolo, y que puede sin duda mostrarse como una clave a la hora de lanzarse a un estudio más amplio sobre los instrumentos de gobierno utilizados por los Estados contemporáneos.

Conclusión

En este artículo intentamos mostrar cómo la noción de derechos sexuales y reproductivos se relaciona con el cumplimiento de compromisos internacionales. No obstante, es en su incorporación que ella puede operar como un mecanismo de gobierno que tiene por objeto educar la población. Esta labor pedagógica es llevada a cabo por los sistemas de salud a través de sus funcionarios, dada la asociación existente entre derechos sexuales y reproductivos y los sistemas de salud.

El interés por reducir las tasas de embarazo adolescente asociados a la emergencia de círculos de pobreza es puesta al centro de las políticas públicas y de las legislaciones focalizándose en algunos grupos de la población: las mujeres, los/as adolescentes, las personas en situación de precariedad, la población indígena, hecho que contribuye a la perpetuación de asimetrías tanto de sexo, como de clase social o de pertenencia étnica.

Pusimos en evidencia esto último por la constatación de la existencia de desigualdades para el acceso a los métodos anticonceptivos entre los diferentes sectores sociales en el seno de las dos sociedades, lo cual condiciona el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos basados en el principio de igualdad en los que se fundan los derechos humanos y los principios de la justicia social.

Las representaciones vehiculadas por los funcionarios a propósito de los/as usuarios/as con los cuales ellos interactúan contribuyen en algunas ocasiones a minorizar la población y a disminuir sus posibilidades de elección.

El conjunto de estas reflexiones nos lleva a afirmar que a pesar del hecho que los derechos sexuales y reproductivos invoquen la noción de justicia social, se hace necesario comprender las historias de exclusiones relacionadas (sobre todo aquellas vividas por las mujeres) a cada espacio geográfico, para así poder dar respuesta a las necesidades específicas de los ciudadanos/as. La idea es poder situar al centro de la cuestión del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos la aplicación de los principios de la noción de justicia social y no solamente aquella relativa al gobierno de los cuerpos de las mujeres marginalizadas.

Referencias bibliográficas

Berlivet, L. (2004). Une biopolitique de l'éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention. En Fassin, D. & Memmi, D., (Eds.), *Le gouvernement des corps* (pp. 37-75), Paris : Editions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Boullant, F. (2009). Michel Foucault : le réseau des corps. En Memmi, D. & Guillo, D., Martin, O., (Eds.). *La tentation du corps* (pp. 47-94). Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Butler, J. (2006). *Trouble dans le genre : Le féminisme et la subversion de l'identité*. Paris : la Découverte.

Corte Constitucional de Colombia (2006) Sentencia C-355. Recuperado el 10 de marzo de 2013: http://www.womenslinkworldwide.org/pdf_pubs/es_pub_c3552006.pdf

Curiel, O. (2013). *La nación heterosexual, análisis del discurso jurídico y el régimen heterosexual desde la antropología de la dominación*. Bogotá: Brecha Lésbica y en la frontera.

Boullant, F. (2009). Michel Foucault : le réseau des corps. En Memmi, D., Guillo, D., & Martin, O., (Eds.). *La tentation du corps* (pp. 47-94). Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

Della Porta, D. (2013). Análisis comparativo: la investigación basada en casos frente a la investigación basada en variables. En Della Porta, & D. Keating, M. *Enfoques y metodologías de las ciencias sociales. Una perspectiva pluralista* (pp. 211-236). Madrid: Akal.

Foucault, M. (1984). *L'Usage des plaisirs, T. II ; L'Histoire de la sexualité*. Paris : Gallimard.

Foucault, M. (2001), La gubernamentalité. En Foucault, M. Dits et écrits II, 1976-1988 (pp. 635-657), Paris : Gallimard (Quarto).

Fraser, N. (1997). La justicia social en la época de la política de la identidad: redistribución, reconocimiento y participación. Estudios ocasionales CIJUS Universidad de los Andes, noviembre, 9-29.

Instituto de Medicina Reproductiva (2012). Prevención del embarazo en la adolescencia. Desafío de la ley 20.418. Recuperado el 24 de julio de 2013, del sitio web del Instituto de Medicina Reproductiva : <http://www.icmer.org/documentos/adolescencia/boletin-3%20AMConcha%2029.04.2013.pdf>

Ley N° 20 418 del 18 enero de 2010 del Ministerio de Salud “sobre información, orientación y prestaciones en materia de regulación de la fertilidad”. Recuperado el 7 de julio de 2013, del sitio Web de la Biblioteca del Congreso Nacional chileno: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1010482>

Marques-Pereira, B. (2005). Le Chili: les femmes et la gauche. Une relation amicale ? Revue internationale de politique comparée. Ed. De Boeck Université, 12, 365-378.

Ministerio de Educación de Chile. (1999). Jornadas de conversación sobre afectividad y sexualidad. Conversar para crecer juntos. Recuperado el 11 de julio de 2013: http://www.pasa.cl/wpcontent/uploads/2011/08/JOCAS._Conversar_para_crecer_juntos_MINEDUC.pdf).

Ministerio de la protección social de Colombia (2003). Política nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado el 8 de febrero de 2013: http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/%20politicassr.pdf

Pacheco, C., et al., (Eds.) (2007). *El Carnaval de los desencuentros. La construcción de los derechos humanos, sexuales y reproductivos en adolescentes*. Bogotá: Universidad del Rosario.

Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo (2013). Objectifs du millénaire pour développement. Recuperado el 15 de julio de 2013 del sitio web del Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo: <http://www.undp.org/content/undp/fr/home/mdgoverview/>

Seguimiento a la Política Social del Gobierno e indicadores poblacionales, con enfoque de género. Salud Sexual y Reproductiva (2011), Recuperado el 24 de julio 2013, del sitio web de la Alta consejería presidencial para la equidad de la mujer de Colombia: <http://www.equidadmujer.gov.co/OAG/Documents/Salud-Estado-Embarazo-maternidad-Adolescentes.pdf>

Scott, J. (1988). Le Genre une catégorie utile d'analyse historique. En Scott, J. *Le Genre de l'histoire* (pp. 125-153). París : Cahiers du GRIF.

Shepard, B. (2009). Conversaciones y polémicas: un programa de educación sexual en Chile. Shepard, B. *La salud sexual y reproductiva una carrera de obstáculos* (pp. 193-256). Santiago: FLACSO-Chile & Catalonia.