

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CARRERA DE SOCIOLOGÍA

Tesina de grado

**La incidencia del acceso a los derechos sexuales
y reproductivos sobre la mortalidad materna en
Mendoza (1998-2011)**

Alumna: Sofía da Costa Marques

Directora: Dra. Alejandra Ciriza

Co-Director: Lic. Juan Carlos González

Mendoza, diciembre de 2012

“En esta lucha está en juego nuestra propia dignidad -por eso decimos que no es una simple reivindicación- es no ser consideradas como cosas, sino como seres humanos dispuestos a vivir una vida digna de ser vivida”.

Dora Coledesky,
Dudas, Reflexiones y Preguntas en la Lucha por el Derecho al Aborto, junio
de 2003.

Introducción

Este trabajo surge de un horizonte de interrogación amplio, ligado al interés por las consecuencias políticas que tiene sobre la vida y los derechos ciudadanos de los/las sujetos su corporalidad sexuada.

Si durante mucho tiempo se sostuvo la idea de que las mujeres formaban parte de la sociedad a título de sujetos sometidas a tutela en razón de su sexo, el debate por la incorporación de las mujeres a la ciudad ha conocido, desde el ciclo de las revoluciones burguesas en adelante, hitos relevantes vinculados a las demandas por derechos. Baste con recordar dos hitos que se traen a colación de manera recurrente cuando de derechos de mujeres se trata: las luchas por el derecho al voto, logrado finalmente en Argentina en el año 1947 y las variadas escaramuzas vinculadas a los derechos sexuales y el aborto desde que el asunto se convirtiera en un tema de confrontación política abierta a partir de la generalización del uso de anticonceptivos hormonales, que implicó la separación visible entre sexualidad y reproducción, a partir de los años 60 y primeros 70 del siglo pasado.

El tiempo de retorno a la democracia en nuestro país ha ido acompañado de una evidente presencia de la cuestión de la ciudadanía de las mujeres y del avance de la perspectiva de derechos humanos, que se ha traducido en la incorporación de una gama amplísima de derechos al plexo constitucional.

En lo que a las mujeres se refiere algunos de esos avances son: el rango constitucional otorgado a la CEDAW, la sanción de leyes relativas a derechos sexuales y reproductivos, la Ley 26.485 de promoción, erradicación y sanción de toda forma de violencia contra las mujeres, la de matrimonio igualitario.

Los avances legales, que han hecho visible hasta qué punto la sexualidad está sujeta a regulaciones estatales, han ido acompañados de la creación de nuevas áreas destinadas a la promoción, garantía y protección de derechos de los/las ciudadanos y ciudadanas. La dificultad, sin embargo, se halla en que continúan existiendo obstáculos para el cumplimiento de las leyes, y en que tales obstáculos se manifiestan de manera cruda en la razón de muerte materna y gestacional, uno de los indicadores más sensibles a la desigualdad social y

regional. No sólo un indicador, un número que da cuenta de una forma de muerte que afecta de manera sistemática a mujeres jóvenes y pobres, y de la escasa garantía que el estado presta a los derechos y la salud de las mujeres.

Esta investigación, que se ubica en el marco del interés por las consecuencias políticas de la diferencia sexual, ha buscado responder, desde el punto de vista de los estudios de género, a la pregunta por la relación entre la aplicación de acciones políticas y programáticas en el área de la salud sexual y reproductiva y sus efectos sobre lo que la mayor parte de los estudios existentes denomina “mortalidad materna”. El estudio se ha circunscripto a la relación entre políticas públicas en el campo de la salud sexual y reproductiva y la razón de mortalidad materna en la provincia de Mendoza en los últimos 15 años.

La búsqueda de respuesta ha exigido, por una parte, la realización de un recorrido conceptual, que se ha llevado a cabo apelando a nociones elaboradas desde los estudios feministas y de género y la sociología política y de la salud, en particular los estudios sobre Estado, políticas públicas de salud y ciudadanía y por la otra de un análisis empírico. En función de esa doble dimensión, teórica y empírica, el trabajo ha sido estructurado en cinco capítulos a lo largo de los cuales se ha procurado responder a la pregunta por la relación entre las formas como el Estado ha garantizado en la provincia de Mendoza el acceso a la educación sexual, información confiable y métodos anticonceptivos accesibles y eficaces, la frecuencia de los embarazos inesperados y las causas de muerte de mujeres gestantes.

El primer capítulo de la tesis presenta un recorrido teórico que pone en cuestión la naturalización de la división sexual del trabajo y la asignación del espacio público a los varones, mientras se ubica a las mujeres de manera exclusiva en el mundo privado. La naturalización de esta división invisibiliza el carácter político de la sexuación humana y la dimensión histórica y social del proceso de construcción de diversos dispositivos de regulación de los cuerpos sexuados, que hacen de una particular forma de ejercicio de la maternidad (lo que Rich denomina la institución de la maternidad) un destino al parecer ineludible para las mujeres.

Tras los pasos de Silvia Federici se ha buscado explicar la relación entre

cuerpo, capitalismo y organización colonial y patriarcal de la sociedad. La autora repasa el proceso histórico a través del cual se fue produciendo una división sexual del trabajo que hizo de las tareas realizadas por las mujeres trabajos impagos, y de la dominación de sus cuerpos uno de los puntos clave para el control de la población y de la fuerza de trabajo. El sometimiento de las mujeres se produjo a través de procedimientos brutales: la caza de brujas fue para las mujeres, *urbe et orbis*, el equivalente de la conquista de América para los indios e indias que habitaban el territorio que hoy lleva ese nombre, de la expropiación de los bienes comunes que tuvo lugar en Europa durante los siglos XVI y XVII, una de cuyas memorables batallas fue la revolución inglesa.

La caza de brujas, señala Federici, privó a las mujeres de sus saberes y operó como un mecanismo de disciplinamiento y control. Los aportes de Rich y la obra de Barbara Ehrenreich y Deirdre English permiten caracterizar la medicina moderna como un saber netamente masculino a través del cual se expropió a las mujeres de los saberes sobre sus cuerpos y del poder de parir.

La expropiación del saber es una de las aristas de otra expropiación aún mayor: la que quitó a las mujeres el poder de decidir sobre sus cuerpos, su sexo y sus sexualidades, sometiéndolas a la institución de la maternidad, que ha sido clave para que las mujeres permanezcan bajo el control masculino. La institución de la maternidad impide a la mitad de la especie humana tomar las decisiones que afectan a sus vidas y sus cuerpos, exime a los varones de la paternidad en sentido auténtico, crea el peligroso cisma entre vida 'privada' y 'pública' confinando a las mujeres al espacio doméstico, donde deben ser madres y esposas heterosexuales a cargo de la reproducción biológica y social de la especie humana.

La identificación entre ser mujer y ser madre tiene múltiples efectos sobre las vidas de las mujeres, transformadas, en virtud de la despolitización de la dominación masculina, en eternas menores, privadas de autonomía y derechos.

A lo largo del segundo capítulo se ha trazado un derrotero que permite percibir los efectos que ha tenido la neutralización del cuerpo de los/las ciudadanos/ciudadanas. La idea de que el ciudadano ingresa al cuerpo político desprovisto de cuerpo, a la vez que la neutralización del cuerpo masculino,

considerado como el cuerpo humano sin más, colocó a las mujeres fuera de los derechos de ciudad. Incapaces de gobernar y de saber por destino corporal, quedaron ubicadas en un espacio considerado como externo a la política. La clave de la dominación masculina se hallaba por fuera de la historia y la política. De allí se suponía que derivaba lo que muchos consideraban su carácter inmodificable.

Sin embargo esto no fue obstáculo para que las vidas de las mujeres fueran reguladas por el Estado. Desde luego no como sujetos de derecho, sino como sujetos tutelados. El argentino no es una excepción, y lo ha hecho regulando las prácticas sexuales, familiares y reproductivas bajo la forma de políticas destinadas a la población en general. Se suponía que tales políticas eran neutrales desde el punto de vista de género.

El hecho de que las mujeres no fueran consideradas como sujetos, sino como objeto de regulaciones en cuanto reproductoras biológicas de la especie, produjo prácticas e instituciones que no tuvieron en cuenta sus derechos en cuanto ciudadanas y su capacidad de autodeterminación en lo referido a sus capacidades sexuales y reproductivas.

Sólo a partir de la década de la mujer los derechos sexuales y (no) reproductivos pasaron a formar parte de los debates estrictamente políticos en términos de derechos ciudadanos.

El capítulo tres se centra en la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos y traza un panorama de las transformaciones del lugar de la sexualidad en el orden político.

Si durante los años 60 se pone en escena la separación entre sexualidad y reproducción, al compás del uso de las primeras píldoras anticonceptivas, de la llamada liberación sexual, y de la creciente autonomía de las mujeres de sectores medios, que habían ingresado masivamente a las universidades, en nuestro país el Estado continuaba sosteniendo una tradición de políticas pro-natalistas.

En la década del '80, con la aparición del HIV- SIDA, comienza a delinearse otra percepción de la sexualidad, que la presenta como fuente de amenazas y peligros. Al mismo tiempo se inicia un proceso de inscripción de los derechos de las mujeres en el marco de las políticas impulsadas por los organismos

internacionales. Al ritmo de la década de la mujer se da comienzo a un proceso de inscripción de la sexualidad en términos de derecho.

Los derechos sexuales y reproductivos ingresan en la agenda del Estado argentino a partir del retorno de la democracia dando lugar a una serie de avances legales.

Durante la década de los 90 en muchas provincias, entre ellas Mendoza, se sancionan leyes que protegen el derecho de los /las ciudadanas a recibir información científica, a acceder al /los métodos anticonceptivos de su elección, a la contracepción quirúrgica, a información relativa al cuidado de la salud sexual. En algunos casos los avances legales van acompañados de la creación de organismos estatales encargados de poner en práctica políticas públicas cuyos objetivos van desde la promoción a la protección y garantía de estos derechos.

Desde 2002 en adelante se han producido una serie de avances legales, la Ley Nacional (25.673) de Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, La Ley de Educación Sexual Integral (26.150), la Ley de Contracepción Quirúrgica (26.130) y el reciente fallo de la Corte Suprema de la Nación que considera el aborto no punible como un derecho que protege la integridad sexual de las mujeres. El capítulo incluye referencias al estado de cosas en lo que a la cuestión de la interrupción legal del embarazo, una deuda que la democracia argentina aún mantiene con las mujeres.

El capítulo cuatro da cuenta del surgimiento del Programa Provincial de Salud Reproductiva en Mendoza y de la Ley 6.433 que le dio origen, de los debates en torno a la sanción de dicha ley y el derrotero que siguió el Programa desde su creación.

El seguimiento se ha realizado a partir del rastreo de noticias periodísticas y de datos proporcionados por los monitoreos realizados por el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS), de entrevistas a funcionarios/as que han ocupado cargos de dirección en distintos momentos históricos (Sara Papa inicialmente, Ana María Andía, Alicia Wernicke de Motta y Pablo Alonso, y de un seguimiento del presupuesto asignado entre 2008 y 2012 que permite percibir una sensible disminución, un indicador de la escasa

relevancia que los derechos sexuales y reproductivos han tenido y tienen para los últimos gobiernos provinciales.

El quinto y último capítulo aborda la Mortalidad Gestacional y Materna como una de las tantas aristas de los derechos humanos de las mujeres. En este caso, cómo la sucesión de incumplimientos, falta de garantía, protección y respeto por dichos derechos se transforman en un peligro para la salud y la vida de las mujeres en edad fértil.

El capítulo se inicia con un debate sobre la pertinencia del uso de la noción “mortalidad materna” / “mortalidad materno–gestacional”, a partir de la idea de que la muerte de mujeres a causa de eventos relacionados con sus capacidades reproductivas es la cristalización de los conflictos que existen en el campo de la salud respecto de las mujeres; los estereotipos implícitos en dicho campo; el abordaje que, desde las políticas públicas, se hace (y se ha hecho históricamente) de la garantía de los derechos de las mujeres y las desigualdades sociales, económicas, étnicas y culturales que determinan la atención diferencial de la salud.

Se ha trabajado con datos secundarios estableciendo comparaciones entre las cifras de mortalidad materno-gestacional en la provincia, el país y la región, y teniendo en cuenta algunos casos testigo en lo que a este indicador se refiere, se han analizado brevemente las principales causas de Muertes Maternas y Gestacionales, haciendo principal hincapié en el aborto inseguro, no sólo por la importancia que tiene este fenómeno en el total de las muertes, sino también porque las muertes ocasionadas por esta causa son completamente evitables.

La elaboración del trabajo ha requerido estrategias metodológicas diferenciales y complementarias de abordaje. Los capítulos uno y dos comprenden elaboraciones conceptuales y el trazado de un itinerario que permite comprender las profundas raíces históricas que obstaculizan el ejercicio de los derechos ciudadanos de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos. El capítulo tres en cambio proporciona un panorama del estado de los derechos sexuales y reproductivos en el país sobre la base de datos proporcionados por estudios especializados, que han sido cruzados con el seguimiento de las noticias publicadas en los diarios nacionales y provinciales e información especializada

que brindan los portales de noticias feministas y RIMA (Red Informativa de Mujeres de Argentina). Para dar cuenta del recorrido del Programa Provincial de Salud Reproductiva en Mendoza, su creación, desarrollo y funcionamiento, se ha realizado una reinterpretación secundaria de datos recolectados para los monitoreos realizados por el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS), así como también se ha recurrido a entrevistas e información periodística y a la recolección de datos para la visualización de la situación presupuestaria del Programa. Finalmente, sobre la base de los datos disponibles en el sitio del ministerio de salud de la nación y de estudios realizados por otros/as especialistas se ha efectuado un seguimiento de las cifras de mortalidad materna y gestacional desde 1998 hasta 2011.

La tesis en su conjunto permite advertir hasta qué punto los avances legales no han ido acompañados de una transformación profunda en las prácticas estatales, hasta qué punto los lugares conquistados en el estado para la garantía de los derechos de las mujeres continúan siendo frágiles, hasta qué punto las mujeres continúan siendo asimiladas a la función de madres, tanto que esa función, que debiera ligarse a los derechos ciudadanos y la autonomía de las mujeres, se convierte para muchas, las más pobres, las más jóvenes, las que tienen más dificultades de acceso a servicios de calidad, en causa de una muerte que se insiste en denominar materna, aún cuando ellas mueran debido a la negativa a gestar.

Capítulo 1: Elementos conceptuales. Una propuesta de lectura de las regulaciones sobre los cuerpos de las mujeres.

Introducción

El presente capítulo es un recorrido teórico que pretende mostrar, retomando diferentes autores y autoras, que no hay una naturaleza que incline a los seres humanos a actividades productivas o reproductivas, como así tampoco existe un determinante natural que establezca funciones específicas dentro del mundo social, dando a algunas personas un lugar privilegiado en el mundo público, mientras que a otras les destina un lugar en el mundo doméstico.

Sobre la materialidad de los cuerpos sexuados se han ido construyendo dispositivos diversos que organizan esos cuerpos y las representaciones que, acerca de ellos, las distintas sociedades, a lo largo de la historia construyen.

En este capítulo se intentará desentrañar el modo en que dichos dispositivos se construyen y reproducen permanentemente, analizando la relación entre cuerpos, división sexual del trabajo y capitalismo, entre patriarcado y racismo, entre sexismo y heterosexismo. Se analizará el proceso a través del cual el Estado capitalista se constituyó como instancia de regulación de los cuerpos humanos, haciendo particular hincapié en la regulación específica sobre los cuerpos de las mujeres a través de las políticas poblacionales y de los mecanismos implementados a través de las políticas públicas. También, dado que el núcleo de interés de este trabajo es el ejercicio de los denominados derechos sexuales y reproductivos, se considerará la emergencia del saber biomédico como herramienta de visión y división de los cuerpos a la vez que como una forma de saber-poder específico, modelado por las relaciones asimétricas que el hetero-patriarcado genera.

Para realizar el recorrido antes mencionado se utilizarán autores/as como Federici, Foucault, Bourdieu, Rich, Ehrenreich y English. La perspectiva de Silvia Federici, en su libro "Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación

originaria”, da cuenta de la relación entre cuerpo y capitalismo. La autora realiza un análisis histórico, político y social de las características principales de la crisis del sistema feudal y la consolidación del capitalismo. Repasa el proceso de construcción de la división sexual del trabajo propia del sistema capitalista y los roles diferenciados para varones y mujeres, como así también la transformación en la visión e intervención sobre los cuerpos que este nuevo sistema productivo requería. Hace hincapié en el papel, la visión y las características específicas que las clases dominantes del nuevo sistema, a través del Estado, imprimieron a los cuerpos de las mujeres, resaltando que la asignación de dichos roles y puntos de vista estuvo preñada de violencias de distinta índole; pero en la que se destaca la violencia física llevada a su máxima expresión en la caza de brujas. A partir del planteo de Federici es posible encontrar nexos, a menudo poco visibles, entre la división sexual del trabajo y los efectos que el ejercicio del terror tuvieron sobre las mujeres, privándolas de sus saberes y sometiéndolas a distintas formas de control heterónimo.

Esta relación también está presente en otro de los autores cuyo punto de vista se utilizará en el capítulo: Michel Foucault. Se retomará su análisis del surgimiento de la medicina moderna como saber-poder destinado al ejercicio de una forma sutil de control y regulación de los cuerpos en el sistema capitalista. De acuerdo a Foucault, esta disciplina no pretendió, ni pretende, conocer los cuerpos como meros objetos de estudio, sino para dominarlos, clasificarlos y diferenciarlos de acuerdo a las necesidades del sistema. Los cuerpos humanos aparecen como máquinas de trabajo cuyas energías y funciones deben ser dedicadas y adaptadas a las necesidades del capitalismo. La medicina moderna se configura en un espacio central en este proceso, dado que en ella se concentra “el saber” que permite el acceso a los mecanismos más íntimos de los cuerpos y las funciones corporales, y este acceso va de la mano con la posibilidad de control sobre los mismos. La ciencia médica es así un espacio político central en este proceso.

Por último, se retomará la obra de Adrienne Rich “Nacida de mujer” y la de Bárbara Ehrenreich y Deidre English “Brujas, comadronas y enfermeras, historia de las sanadoras”. En esta última encontramos un estudio de la constitución de la

medicina moderna como un saber netamente masculino y las consecuencias de esta apropiación del saber para las mujeres. En la obra de Rich podemos ver más específicamente cómo la medicina expropia a las mujeres del poder de parir. Esta expropiación es una de las aristas de otra expropiación, aún más grande: la que quitó a las mujeres el poder de decidir sobre sus cuerpos, su sexo y sus sexualidades, confinándolas al espacio doméstico donde deben ser madres y esposas heterosexuales a cargo de la reproducción biológica y social de la especie humana.

1.1. *Cuerpo y Política*

Junto a la existencia de dos sexos separados, encontramos una división que, a lo largo del tiempo, adquirió la apariencia de ser tan natural como la biología misma: la pertenencia de las mujeres al ámbito privado, y la exclusividad de los varones en el ámbito público. La división anterior implica una jerarquización de los sexos: mientras ellas son parte de ese mundo privado, ligado a la reproducción biológica de la especie y a la reproducción social, los varones no sólo se desenvuelven en el mundo público, sino que dominan ambos.

“La distinta manera en que mujeres y hombres están situados en la vida privada y en el mundo público resulta, como es inevitable señalar, un asunto complejo, si bien tras esa complicada realidad persiste la creencia de que la naturaleza de las mujeres es tal que lo correcto es que estén sometidas a los hombres y que el lugar que les corresponde es la esfera privada, doméstica. A su vez, para los hombres es correcto que habiten y gobiernen ambas esferas.”¹

Según Bourdieu esto tiene que ver con el modo de construcción del mundo social. Construcción que se realiza desde el punto de vista de los varones como sexo dominante. Esta postura permite ampliar el horizonte de análisis, dado que

¹ Pateman, Carole (1994) “Críticas feministas a la dicotomía público/privado” en: *Perspectivas feministas en teoría política* (Carme Castells, compiladora), Barcelona: Paidós, p. 33

historiza las estructuras sociales, culturales, políticas y sexuales que asignan a las mujeres un rol doméstico estático e inmutable a través del tiempo.

“No es que las necesidades de la reproducción biológica determinen la organización simbólica de la división sexual del trabajo y, progresivamente, de todo el orden natural y social, más bien es una construcción social arbitraria de lo biológico, y en especial del cuerpo, masculino y femenino, de sus costumbres y de sus funciones, en particular de la reproducción biológica, que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí, de todo el cosmos. La fuerza especial de la sociodicea masculina procede de que acumula dos operaciones: *legítima una relación de dominación inscribiéndola en una naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada.*”²

La separación excluyente entre los ámbitos público y privado, vinculados a la división sexual del trabajo y a la pérdida de valor del trabajo de las mujeres, se sitúa históricamente en los tiempos de orígenes del capitalismo. El desplazamiento de las mujeres al ámbito “privado” se operó, precisamente, en el momento histórico en que el concepto de propiedad privada gana fuerza y se convierte en el pilar del nuevo sistema económico. Grandes masas humanas desprovistas de los medios de producción vieron convertidos sus cuerpos en máquinas de trabajo, la economía se monetarizó y el trabajo se transformó en trabajo asalariado, con lo que el salario adquirió una nueva connotación: pasó a ser fundamental para la supervivencia. Se dejó establecido así que el trabajo asalariado es productivo y creador, y se excluyó a las mujeres del mismo, orientándolas de manera privilegiada a ocuparse de los temas referidos a la reproducción biológica y social de la especie.

“Con la desaparición de la economía de subsistencia que había predominado en la Europa pre-capitalista, la unidad de producción y reproducción que había sido típica de todas las sociedades basadas en la producción-para-el-

² Bourdieu, Pierre (1998) *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, p. 37.

uso llegó a su fin; estas actividades se convirtieron en portadoras de otras relaciones sociales al tiempo que se hacían sexualmente diferenciadas. En el nuevo régimen monetario, sólo la producción-para-el-mercado estaba definida como actividad creadora de valor mientras que la reproducción del trabajador comenzó a considerarse algo sin valor desde el punto de vista económico, e incluso dejó de ser considerada un trabajo. (...) Pero la importancia económica de la reproducción de la mano de obra llevada a cabo en el hogar, y su función en la acumulación del capital, se hicieron invisibles, confundándose con una vocación natural y designándose como <trabajo de mujeres>.”³

Así, el trabajo relacionado a la reproducción social quedó subordinado al trabajo denominado “productivo”, que fue considerado (y aún hoy lo sigue siendo) el único “verdadero” trabajo. La división sexual del trabajo que trajo aparejada esta nueva visión y división del mundo, colocó a las mujeres en un rol invisible y secundario por no estar ligado, en apariencia, al mundo de la producción. Este rol carecía de elementos creativos, era rutinario, automático y, supuestamente, estaba inscripto en la naturaleza misma de las mujeres, acotado a lo netamente doméstico y alejado de las grandes decisiones políticas, económicas, culturales y sociales.

“Al quedar excluidas del universo de las cosas serias, de los asuntos políticos y sobre todo económicos, las mujeres han permanecido durante mucho tiempo encerradas en el universo doméstico y en las actividades asociadas a la reproducción biológica y social del linaje; actividades (maternales ante todo) que, aunque sean aparentemente reconocidas y a veces ritualmente celebradas, sólo lo son en la medida en que permanecen subordinadas a las actividades de producción, las únicas en recibir una auténtica sanción económica y social, y ordenadas de acuerdo con los intereses maternales y simbólicos del linaje, es decir, de los hombres.”⁴

³ Federici, Silvia (2010) *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Buenos Aires: Tinta Limón, pp. 123- 124.

⁴ Bourdieu, Pierre. *Op. Cit.*, pp. 120- 121.

Esta reducción del trabajo femenino al ámbito doméstico y la invisibilización consiguiente de dicho trabajo implicó la dependencia, prácticamente absoluta, de las mujeres respecto de los varones para la supervivencia, mientras que su rol en la sociedad quedó atado a la reproducción social en el marco de la familia monogámica, heterosexual y patriarcal.

“Estos cambios históricos –que alcanzaron su punto más alto en el siglo XIX con la creación del ama de casa a tiempo completo- redefinieron la posición de las mujeres en la sociedad y en relación a los hombres. La división del trabajo que apareció con ellos no sólo sujetó a las mujeres al trabajo reproductivo, sino que aumentó su dependencia respecto de los hombres, permitiendo al estado y a los empleadores usar el salario masculino como instrumento para gobernar el trabajo de las mujeres. De esta manera, la separación de la producción de mercancías de la reproducción de la fuerza de trabajo hizo también posible el desarrollo de un uso específicamente capitalista del salario y de los mercados como medios para la acumulación de trabajo no remunerado.”⁵

Este destino doméstico impuesto a las mujeres históricamente estuvo acompañado de un cercenamiento en el ejercicio de sus decisiones, de su autonomía y a una invisibilización de su condición de sujetos. Entonces, aún el mundo privado, separado del horizonte mayor de la sociedad, fue convirtiéndose en un espacio de reclusión en el cual se producían procesos aparentemente desconectados del conjunto de la vida social. Aún cuando en la familia se reprodujera biológica y socialmente al sujeto que luego se incorporaría al mundo del trabajo, esta relación fue invisibilizada. Si las mujeres devinieron, en la organización del orden burgués capitalista, amas de casa y mujeres domésticas lejos estaban de controlar ese mundo. La autoridad continuaba siendo masculina. Incluso ese ámbito al que fueron sujetadas escapó a su control y a su capacidad autónoma de decisión, en especial la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos.

⁵ Bourdieu, Pierre. *Op. Cit.*, pp.124- 125.

¿Qué razones históricas, sociales, políticas determinaron esta expropiación de los cuerpos de las mujeres?

De acuerdo a Silvia Federici, la colonización del cuerpo de las mujeres adquirió los rasgos particulares que hoy conocemos en los albores del capitalismo. Este sistema, que se impuso a través de la violencia como respuesta de las clases dominantes a la crisis del sistema feudal, asignó valores y roles específicos a los cuerpos humanos. Esta asignación de valor tuvo características muy definidas para las mujeres, destinatarias de la violencia más brutal, del control más insidioso, de las persecuciones más encarnizadas, cuyo punto culminante fue la llamada “caza de brujas”.⁶

Esta violencia fundante siguió reproduciéndose a lo largo de la historia del capitalismo y adquiriendo formas y características propias y distintas. Si bien la violencia física directa sigue existiendo como recurso del sistema capitalista patriarcal para ejercer control sobre los cuerpos de las mujeres, fueron apareciendo otras estrategias de fijación de roles y estereotipos cuya incidencia es igual de potente. En palabras de Segato:

“Se diseña así el universo amplio y difuso de la violencia psicológica, que preferiré llamar aquí “violencia moral”, y que denomina el conjunto de mecanismos legitimados por la costumbre para garantizar el mantenimiento de los estatus relativos entre los términos de género. Estos mecanismos de preservación de sistemas de estatus operan también en el control de la permanencia de jerarquías en otros órdenes, como el racial, el étnico, el de clase, el regional y el nacional.”⁷

Históricamente, el sistema echó mano de construcciones sobre lo “femenino” y lo “masculino” que encierran formas sutiles y naturalizadas de violencia. Hablamos de formas sutiles por la construcción permanente y sistemática, incentivada y apoyada por instituciones como la familia, la escuela y la religión, que cada persona hace de estos roles. Y hablamos de violencia en

⁶ Federici, Silvia. *Op. Cit.*

⁷ Segato, Rita Laura (2010) *Las estructuras elementales de la violencia*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes, p. 107.

tanto esta construcción implica la fijación de estereotipos que sujetan a mujeres y varones en posiciones diferenciales en el mundo.

“Al carecer de otra existencia que la *relacional*, cada uno de los dos sexos es el producto del trabajo de construcción diacrítica, a un tiempo teórico y práctico, que es necesario para producirlo *como cuerpo socialmente diferenciado* del sexo opuesto (desde todos los puntos de vista socialmente pertinentes), es decir, como hábito viril, por consiguiente no femenino, o femenino, por consiguiente no masculino. La acción de formación, de *Bildung*, en su sentido exacto, que opera esta construcción social del cuerpo sólo adopta muy parcialmente la forma de una acción pedagógica explícita y expresa. En gran parte es el efecto automático y sin agente de un orden físico y social enteramente organizado de acuerdo con el principio de división androcéntrica (lo que explica la fuerza extrema del dominio que ejerce). Inscrito en las cosas, el orden masculino se inscribe también en los cuerpos a través de las conminaciones tácitas implicadas en las rutinas de la división del trabajo o de los rituales colectivos o privados (...).”⁸

Esta asignación diferencial de funciones a varones y mujeres está anclada en una asignación diferencial de valor a sus cuerpos. Mientras que los cuerpos de los varones se transformaron en máquinas de trabajo para satisfacer las necesidades del sistema capitalista, los cuerpos de las mujeres se convirtieron en productores de mano de obra. Este proceso requirió no sólo intervenciones específicas, que el Estado materializó a través de leyes y diversas políticas públicas, sino también una transformación en el modo de concebir los cuerpos. De esta manera la ciencia y la filosofía corrieron el eje de sus estudios y debates para conocer de un modo nuevo a los seres humanos.

“En la filosofía mecanicista se percibe un nuevo espíritu burgués, que calcula, clasifica, hace distinciones y degrada al cuerpo sólo para racionalizar sus facultades, lo que apunta no sólo a intensificar su sujeción, sino a maximizar su utilidad social.”⁹

⁸ Bourdieu, Pierre, *Op. Cit*, p. 38

⁹ Federici, *Op. Cit*, p. 213.

En este proceso, los cuerpos no sólo fueron objeto de estudio, sino también depositarios de sospecha permanente. El cuerpo aparecía como culpable de todos los males y de todas las bajezas, como un elemento animal a dominar. Para la burguesía era fundamental que el proletariado adquiriera una disciplina de trabajo hasta entonces desconocida. Se requería dedicación absoluta al trabajo y cuerpos capaces de soportar jornadas laborales mucho más extensas y arduas.

“En el intento de formar un nuevo tipo de individuo, la burguesía entabló esa batalla contra el cuerpo que se convirtió en su impronta histórica. (...) El capitalismo intenta también superar nuestro “estado natural” al romper las barreras de la naturaleza y extender el día de trabajo más allá de los límites definidos por la luz solar, los ciclos estacionales y el cuerpo mismo, tal como estaban constituidos en la sociedad pre- industrial.”¹⁰

Fue el Estado el encargado de concretizar estas necesidades de las clases dominantes. Los diferentes estados aseguraron la disponibilidad de la mano de obra masculina a través de legislación que castigaba con duras penas, incluso con la muerte, la vagancia y la mendicidad, prohibieron los juegos de azar y persiguieron muchas formas de sociabilidad que pudieran ir en contra de la nueva disciplina de trabajo capitalista. Asimismo, impulsaron con gran energía la reclusión doméstica de las mujeres, lo que contribuía a garantizar el aumento de la productividad del trabajo masculino.

“El cuerpo, entonces, pasó al primer plano de las políticas sociales porque aparecía no sólo como una bestia inerte ante los estímulos del trabajo, sino como un recipiente de fuerza de trabajo, un medio de producción, la máquina de trabajo primaria. Ésta es la razón por la que, en las estrategias que adoptó el estado hacia el cuerpo, encontramos mucha violencia, pero también mucho interés (...).”¹¹

¹⁰ Federici, *Op. Cit*, p. 204.

¹¹ *Ibid.*, pp. 209- 210.

Los cuerpos humanos fueron colonizados. El nuevo sistema se aseguró estrategias y herramientas novedosas para la explotación de la naturaleza a niveles antes inimaginados, y en este mismo sentido, se apropió de los cuerpos humanos no sólo desde el punto de vista material, sino también desde el conocimiento.

“Así como la *naturaleza*, reducida a ‘Gran Máquina’, pudo ser conquistada y (según las palabras de Bacon) ‘penetrada en todos sus secretos’, de la misma manera el *cuerpo*, vaciado de sus fuerzas ocultas, pudo ser ‘atrapado en un sistema de sujeción’, donde su comportamiento pudo ser calculado, organizado, pensado técnicamente e ‘investido de relaciones de poder’.”¹²

Si bien estas políticas fueron brutales para el proletariado en general, las mujeres fueron destinatarias de una variada gama de políticas de control y disciplinamiento. Como antes mencionamos, la expresión más brutal de dichas políticas fue la llamada Caza de Brujas.

“La caza de brujas condenó la sexualidad femenina como la fuente de todo mal, pero también fue el principal vehículo para llevar a cabo una amplia reestructuración de la vida sexual que, ajustada a la nueva disciplina capitalista del trabajo, criminalizaba cualquier actividad sexual que amenazara la procreación, la transmisión de la propiedad dentro de la familia o restara tiempos y energías al trabajo.”¹³

Las políticas dirigidas a las mujeres, especialmente a las mujeres heterosexuales¹⁴, han sido una constante a lo largo de la historia del capitalismo, y aún hoy tienen gran importancia en la vida de las mujeres.

¹² Foucault (1977), p. 30, citado por Federici, Silvia, *Op. Cit.*, p. 214.

¹³ Federici, Silvia, *Op. Cit.*, p. 299.

¹⁴ Ha habido, históricamente, una invisibilización de las mujeres lesbianas, que se contraponen con las persecuciones a los hombres homosexuales. La homosexualidad masculina fue duramente condenada e, incluso, castigada en diversos momentos históricos, mientras que las lesbianas

1.2. El Estado como elemento de regulación de las vidas de los/as sujetos

Encontramos, entonces, que el ámbito considerado históricamente “privado” juega un rol fundamental para la reproducción del sistema. Por esta razón, es un ámbito que lejos de ser íntimo, como harían sospechar las imágenes que pretenden reflejar la vida en el hogar, está atravesado por elementos políticos que configuran sus características, sus modos de funcionamiento, las relaciones entre sus miembros y de éstos con “el mundo exterior”. En este sentido, los cuerpos aparecen atravesados e incluso definidos políticamente. El Estado es un actor central en este atravesamiento y en esta definición. Para encontrar los orígenes de la intervención estatal en la “vida privada” de los/as ciudadanas con las características propias de nuestra época, debemos remontarnos al inicio del proceso de consolidación del sistema capitalista.

Entre los siglos XVI y XVII Europa vivió una de las crisis demográficas más grandes de su historia, cuyo único precedente comparable en magnitud fue la Peste Negra que diezmo su población a mediados del siglo XIV. Hacia el siglo XVI los europeos se habían expandido y realizado una serie de viajes alrededor del mundo. Su llegada al territorio que fue llamado América condujo a un proceso de acumulación de riqueza y explotación de la población autóctona. Señala Silvia Federici, que la conquista de América y la derrota del proletariado y el campesinado europeo ocurrieron de maneras semejantes.¹⁵

De acuerdo a lo sostenido por dicha autora es en este contexto que apareció la preocupación por la relación entre trabajo, población y acumulación de riquezas, preocupación que se tradujo en medidas específicas que configuran los primeros elementos de una política poblacional: la asistencia pública, que aparece en muchas ciudades de Europa en el siglo XVI.

aparentemente no existían. Ver Rich, Adrienne, “Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana”, 1980.

¹⁵ Federici, Silvia. *Op. Cit.*

“(…) La introducción de la asistencia pública fue un momento decisivo en la mediación estatal entre los trabajadores y el capital, así como en la definición de la función del estado. Fue el primer reconocimiento de la *insostenibilidad* de un sistema capitalista que se regía por medio del hambre y del terror. Fue también el primer paso en la construcción del estado como garante de la relación entre clases y como el principal supervisor de la reproducción y el disciplinamiento de la fuerza de trabajo.”¹⁶

Como se vio en el apartado anterior, la intervención del Estado en pos de ordenar y asegurar el sostenimiento del sistema es simultánea a la consolidación de capitalismo. Foucault también reconoce la importancia fundamental de dicha intervención estatal sobre los cuerpos para la consolidación y el desarrollo del sistema. El autor utiliza el término “biopoder” para dar cuenta de la variada gama de intervenciones, regulaciones, registros y controles sobre los cuerpos humanos, el sexo, la reproducción, la vida e, incluso, la muerte.

“Ese biopoder fue, a no dudarlo, un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos.”¹⁷

Las políticas hoy denominadas sociales encuentran su origen en los inicios del capitalismo. Con algunas variaciones históricas en cuanto a los modos de llevarlo a cabo, el Estado interviene permanentemente en la “vida privada” con el fin de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo hasta nuestros días. Según Fleury, esta intervención es una característica propia de los estados modernos en su relación con sus ciudadanos/as:

¹⁶ Federici, Silvia. *Op. Cit.*, p. 140.

¹⁷ Foucault, Michel. (2008) *La historia de la sexualidad. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI, p. 133

“El análisis de la intervención del Estado en las cuestiones sociales, a través de las denominadas políticas sociales, tiene como corolario la existencia de una relación de derecho positivo que se establece entre el ciudadano y su Estado. O sea, la intervención estatal, vía políticas sociales, regulando y/o propiciando las condiciones de manutención y de reproducción de una parcela de la población, es considerada una función intrínseca al Estado moderno, configurando patrones de derechos sociales propios de cada nación.”¹⁸

El Estado aparece como un actor fundamental. La vida privada y las decisiones ligadas a ella pueden ser permitidas o prohibidas, facilitadas u obstaculizadas, alentadas o desalentadas, apoyadas o condenadas desde las instituciones públicas. De hecho, existen marcos legales y normativos que regulan el ejercicio de la sexualidad y de la reproducción. Asimismo, el acceso a la salud en general y a la salud sexual y reproductiva en particular, depende de las instituciones a través de las cuales el Estado normaliza las prácticas de las/os ciudadanas/os. Hallamos, por un lado, el derecho como herramienta que permite o prohíbe prácticas y decisiones en cuanto a la sexualidad y a la reproducción, y, por el otro, el saber biomédico que se configura como saber-poder en sentido foucaultiano.

La medicina moderna tiene un lugar central en el proceso de consolidación y reproducción del sistema capitalista y en las intervenciones de éste sobre los cuerpos. Tanto la especificidad de su objeto de estudio como la innovación en sus técnicas, permitió el acceso a los cuerpos humanos con una precisión que no ha dejado de crecer a lo largo de estos siglos. Pero la práctica médica no acotó sus límites a los mecanismos del cuerpo, sino que desplegó sus discursos “de verdad” en innumerables reductos de la vida cotidiana que antes no revestían mayor interés social y, mucho menos, científico.

“(…) [La práctica médica] se definía como instancia soberana de los imperativos de la higiene, uniendo los viejos temores al mal venéreo con

¹⁸ Fleury, Sonia (1997) *Estado sin ciudadanos. Seguridad Social en América Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial., p. 7

los temas nuevos de la asepsia, los grandes mitos evolucionistas con las recientes instituciones de salud pública; pretendía asegurar el vigor físico y la limpieza moral del cuerpo social; prometía eliminar a los titulares de taras, a los degenerados y a las poblaciones bastardeadas. En nombre de una urgencia biológica e histórica justificaba los racismos de Estado, entonces inminentes. Los fundaba en la “verdad”.¹⁹

La consolidación de la moderna medicina como disciplina científica preponderante, poseedora no sólo de “la verdad” acerca de los cuerpos y sus procesos, sino también acerca de las prácticas correctas o incorrectas, normales o desviadas, coincide con el proceso histórico de consolidación del capitalismo como sistema dominante. Siguiendo nuevamente a Foucault, se puede ver que el saber médico estuvo enclavado en una constelación de “nuevos” saberes fundamentales para asir y reproducir la realidad económica, política y social del capitalismo.

“Concretamente, ese poder sobre la vida se desarrolló desde el siglo XVII en dos formas principales; no son antitéticas, más bien constituyen dos polos de desarrollo enlazados por todo un haz intermedio de relaciones. Uno de los polos, al parecer el primero en formarse, fue centrado en el cuerpo como máquina: su adiestramiento, el aumento de sus aptitudes, la extorsión de sus fuerzas, el crecimiento paralelo de su utilidad y su docilidad, su integración en sistemas de control eficaces y económicos, todo ello quedó asegurado por procedimientos de poder característicos de las *disciplinas: anatomopolítica del cuerpo humano*. El segundo polo, formado algo más tarde, hacia mediados del siglo XVIII, se centró en el cuerpo- especie, en el cuerpo transido por la mecánica de lo viviente y que sirve de soporte a los procesos biológicos: la proliferación, los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, la duración de la vida y la longevidad, con todas las condiciones que pueden hacerlos variar. Todos esos problemas son tomados a su cargo por una serie de intervenciones y de *controles reguladores: una biopolítica de la población*.”²⁰

¹⁹ Foucault, Michel. *Op. Cit.*, p. 54

²⁰ Foucault, Michel, *Op. Cit.*, pp. 131- 132.

Queda claro, así, cómo se interrelaciona la medicina como saber-poder y las políticas públicas como herramienta de regulación social.

En el apartado anterior se mostró cómo el Estado intervino en el proceso de consolidación capitalista con el fin de lograr el disciplinamiento de los cuerpos para adaptarlos a las nuevas condiciones de trabajo. Asimismo, se expuso cómo la división sexual del trabajo asignó roles diferenciales a varones y mujeres en el sistema productivo, y cómo esta asignación de roles impactó en los cuerpos humanos. Ahora se hará particular hincapié en la intervención sobre los cuerpos de las mujeres para fijarlas en el papel a ellas asignado en la división sexual del trabajo. En dicha intervención no sólo el Estado es un actor central, también la medicina es el espacio desde el cual se generan y reproducen tanto prácticas como discursos que aseguran la sujeción de las mujeres a la reproducción social del sistema y a la reproducción biológica de la especie.

Las cuestiones relacionadas a la sexualidad y la reproducción son, y han sido, espacios esenciales tanto para el Estado como para la medicina. En estos espacios entra en juego no sólo la conservación de la especie, sino también la cantidad de población de los territorios, que se traduce en cantidad de mano de obra disponible, o en cantidad de soldados para la defensa del mismo. Asimismo la sexualidad y la reproducción exigen un debate acerca de la autonomía de las personas y de la posibilidad de decidir sobre sus cuerpos.

“[El sexo] se sitúa en el cruce de dos ejes, a lo largo de los cuales se desarrolló toda la tecnología política de la vida. Por un lado, depende de las disciplinas del cuerpo: adiestramiento, intensificación y distribución de las fuerzas, ajuste y economía de las energías. Por el otro, participa de la regulación de las poblaciones, en razón de todos los efectos globales que induce. (...) El sexo es, a un tiempo, acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie. Es utilizado como matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones.”²¹

²¹ Foucault, Michel, *Op. Cit.*, pp. 137- 138.

No es de extrañar, entonces, que las primeras políticas públicas adoptadas en los albores del capitalismo estén orientadas a regular tanto la sexualidad como la reproducción poblacional, tomando medidas de estímulo para el aumento de la población o bien actuando para regular los nacimientos, o adoptando medidas (hacia mediados de la década de 1960) como la contracepción quirúrgica, principalmente para regular/ impedir el crecimiento de grupos sociales percibidos como peligrosos o amenazantes (indios, negros, latinos en Estado Unidos y poblaciones del entonces denominado “Tercer mundo”).²²

“(…) Pero incluso antes del auge de la teoría mercantilista, en Francia e Inglaterra, el estado adoptó un conjunto de medidas pro-natalistas que, combinadas con la asistencia pública, formaron el embrión de una política reproductiva capitalista. Se aprobaron leyes haciendo hincapié en el matrimonio y penalizando el celibato (...) Se le dio una nueva importancia a la familia como institución clave que aseguraba la transmisión de la propiedad y la reproducción de la fuerza de trabajo. Simultáneamente, se observa el comienzo del registro demográfico y de la intervención del estado en la supervisión de la sexualidad, la procreación y la vida familiar.

Pero la principal iniciativa del estado con el fin de restaurar la proporción deseada de población fue lanzar una verdadera guerra contra las mujeres, claramente orientada a quebrar el control que habían ejercido sobre sus cuerpos y su reproducción. (...) esta guerra fue librada principalmente a través de la caza de brujas que literalmente demonizó cualquier forma de control de la natalidad y de sexualidad no-procreativa (...)”²³

Si bien es cierto que la regulación poblacional era un objetivo fundamental en el proceso de consolidación capitalista por la necesidad siempre creciente de

²² La escritora y poetisa estadounidense Adrienne Rich, en su libro “Nacida de mujer”, relata su experiencia personal cuando solicitó la ligadura de trompas en un hospital de su país. Su pedido fue ampliamente resistido por el cuerpo médico al considerarla “demasiado joven” para tal intervención. Finalmente, accedió a la práctica demostrando que padecía una enfermedad que era, potencialmente, incompatible con el embarazo. Considera que esta resistencia se debía a que ella era una mujer blanca, de clase media, educada y contrapone esta experiencia personal a las contracepciones quirúrgicas forzosas a mujeres latinas y negras, especialmente, llevadas adelante por Estados Unidos en la década del '60.

²³ Federici, Silvia. *Op. Cit.*, p. 149.

mano de obra, como queda de manifiesto al comienzo del apartado, también se conjugaron otros factores que revestían gran importancia en el naciente sistema: la consolidación de la propiedad privada como base del capitalismo y la preocupación burguesa por asegurarse una descendencia heredera de bienes; la búsqueda de mayor productividad del trabajo masculino a través de la reclusión doméstica femenina con la garantía de reproducción social impaga que esta reclusión asegura; entre otros factores.

Hacia el siglo XVI la tesis de que la cantidad de ciudadanos garantizaba la riqueza de una nación, estaba instalada. Esta idea continuó siendo rectora en muchos países, incluido el nuestro, hasta entrado el siglo XX. Las políticas sociales de corte poblacional o natalistas en la Argentina serán revisadas en el capítulo siguiente. Por ahora basta destacar que el proceso comenzado entre los siglos XV y XVI, que implicó una forma novedosa y particular de intervención estatal a partir de las políticas públicas, no se agotó una vez consolidado el capitalismo, sino que sigue vigente, con características propias.

Es así como los cuerpos de las mujeres se convirtieron en un espacio a ser colonizado para garantizar la reproducción. Durante el siglo XVI, se agudizaron e hicieron más agresivos los controles sobre ellas por parte del Estado, la religión y la medicina. Se echó mano de variadas estrategias formales e informales para perseguir y amedrentar a las mujeres. La ley fue una de esas estrategias:

“[El estado] (...) también recurrió a una redefinición de lo que constituía un delito reproductivo. Así, a partir de mediados del siglo XVI, al mismo tiempo que los barcos portugueses retornaban de África con sus primeros cargamentos humanos, todos los gobiernos europeos comenzaron a imponer las penas más severas a la anticoncepción, el aborto y el infanticidio.”²⁴

Las decisiones de las mujeres acerca de sus cuerpos y de sus capacidades reproductivas comenzaron a ser una preocupación social que se transformó rápidamente en persecución. Los delitos de aborto y el infanticidio, así como las prácticas anticonceptivas, fueron relacionados con la brujería, lo que acabó por

²⁴ Federici, Silvia. *Op. Cit.*, p. 149.

conformar un amplísimo espectro de acusaciones contra las mujeres que solían terminar en pena de muerte.

“Una de las consecuencias de estos procesos fue que las mujeres comenzaron a ser procesadas en grandes cantidades. En los siglos XVI y XVII en Europa, las mujeres fueron ejecutadas por infanticidio más que por cualquier otro crimen, excepto brujería, una acusación que también estaba centrada en el asesinato de niños y otras violaciones a las normas reproductivas. Significativamente, en el caso tanto del infanticidio como de la brujería, se abolieron los estatutos que limitaban la responsabilidad legal de las mujeres. Así, las mujeres ingresaron a las cortes de Europa, por primera vez a título personal, como adultos legales, como acusadas de ser bujas y asesinas de niños.”²⁵

De esta forma, la vida cotidiana de las mujeres fue convertida en un espacio de control político. No sólo las decisiones respecto de sus cuerpos y su sexualidad fueron puestas en cuestión, sino también sus actividades sociales y públicas. Se vieron, así, expulsadas de ámbitos de los que históricamente habían sido parte, tales como las relacionadas a la curación, la medicina y la atención de partos, el cuidado del cuerpo, el conocimiento sobre anticoncepción.

1.3 Regulaciones de los cuerpos: masculinización del saber biomédico

Si, por una parte, como se ha mostrado en el apartado anterior, el Estado asume el control de los cuerpos de los/las sujetos a través de las políticas poblacionales, el control de las capacidades reproductivas de las mujeres se fue construyendo a través de una proceso de masculinización de los saberes biomédicos.

En este proceso las mujeres fueron expulsadas de las actividades relacionadas con el ejercicio de la medicina y el parto. Los saberes acumulados durante siglos por ellas acerca de sus cuerpos, su sexualidad, la anticoncepción,

²⁵ Federici, Silvia. *Op. Cit.*, pp. 150- 151.

el embarazo, el parto fueron considerados peligrosos y perseguidos por estar relacionados con la brujería y los “delitos reproductivos” como el aborto y el infanticidio.

La Caza de Brujas fue de una enorme magnitud, no sólo en términos de la cantidad de mujeres a las que se asesinó y torturó acusadas de brujería, sino en cuanto al disciplinamiento social que implicó y a la reasignación de roles de mujeres y varones. Las mujeres comenzaron a ser sospechosas, por lo que se necesitaba una vigilancia y control permanente sobre ellas. El ejercicio de actividades que excedieran el ámbito meramente doméstico era considerado peligroso, y mucho más aún si esas actividades tenían alguna relación con la curación o el parto. Su sexualidad también fue puesta en cuestión, siempre sospechosa, siempre temida. En fin, las mujeres eran depositarias de una amplísima gama de sospechas, que iban desde absurdas relaciones sexuales con el demonio, hasta la posesión de conocimientos médicos y curativos, peligrosos en sus manos.

“Pero existen tres acusaciones principales que se repiten a lo largo de la historia de la persecución de las brujas en todo el Norte de Europa. Ante todo, se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres. Lisa y llanamente, sobre ellas pesaba la <acusación> de poseer una sexualidad femenina. En segundo lugar, se las acusaba de estar organizadas. La tercera acusación, finalmente, era que tenían poderes mágicos sobre la salud, que podían provocar el mal, pero también que tenían la capacidad de curar. A menudo se las acusaba específicamente de poseer conocimientos médicos y ginecológicos.”²⁶

La violenta exclusión de las mujeres del ámbito de los conocimientos médicos implicó la masculinización de la medicina. Los varones se apropiaron de ese saber, lo que fue completamente funcional a las necesidades del sistema capitalista patriarcal. El saber-poder antes mencionado, fundamental para la

²⁶ Erenreich, Barbara y English, Deidre (1998) *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: La Sal Ediciones, p. 7

consolidación del modo de producción capitalista, no carece de sexo y género: el saber médico moderno es un campo netamente masculino.

“La eliminación de las brujas como curanderas tuvo como contrapartida la creación de una nueva profesión médica masculina, bajo la protección y el patrocinio de las clases dominantes.”²⁷

La exclusión de las mujeres del saber médico no sólo significó el cercenamiento al poder de decidir sobre sus cuerpos, sino también la exclusión del conocimiento de los mismos. Esta lucha no se libró sólo en el terreno de la disciplina médica, sino que tuvo diversos frentes. El estado y las religiones dominantes en Occidente, el catolicismo y el protestantismo, fueron los encargados de expulsar a las sanadoras del camino de la nueva corporación médica.

“(…) la opresión de las trabajadoras sanitarias y el predominio de los profesionales masculinos no son resultado de un proceso <natural>, directamente ligado a la evolución de la ciencia médica, ni mucho menos producto de una incapacidad de las mujeres para llevar a cabo el trabajo de sanadoras. Al contrario, es la expresión de una *toma de poder* activa por parte de los profesionales varones. Y los hombres no triunfaron gracias a la ciencia: las batallas decisivas se libraron mucho antes de desarrollarse la moderna tecnología científica.”²⁸

La medicina tuvo, incluso, una participación activa en la persecución de “las brujas”, con lo que se ve claramente que los sectores dominantes fueron solidarios entre sí a la hora de eliminar a las mujeres del espacio público y recluirlas, siempre sospechosas y potenciales culpables, en el ámbito doméstico.

“La alianza entre la Iglesia, el estado y la profesión médica alcanzó su pleno apogeo con motivo de los procesos de brujería, en los que el médico

²⁷ Erenreich, Barbara y English, Deidre, *Op. Cit.*, p. 11.

²⁸ *Ibid.*, p. 8

desempeñaba el papel de <experto>, encargado de prestar una apariencia científica a todo el procedimiento.”²⁹

Además de lo anteriormente expuesto, hubo un componente de clase en el proceso mencionado. Las mujeres que ejercían el arte de curar lo hacían en áreas rurales y para los sectores más bajos (y amplios) de la sociedad. Instaurar a la medicina como disciplina científica hegemónica y única poseedora de “la verdad” sobre los procesos vitales y la muerte era, además de una necesidad del sistema, un gran negocio para la corporación médica.

“Las brujas ejercían en el seno del pueblo. Las clases dominantes, por su parte, contaban con sus propios sanadores laicos: los médicos formados en las universidades. En el siglo XIII, esto es, el siglo anterior al inicio de la caza de brujas la medicina empezó a afianzarse en Europa como ciencia laica y también como *profesión*. Y la profesión médica ya había iniciado una activa campaña contra las mujeres sanadoras –excluyéndolas de las universidades, por ejemplo- mucho antes de empezar la caza de brujas.”³⁰

Por supuesto, el estado y las clases dominantes no se aliaron con la corporación médica solamente en la sangrienta tarea de dar caza y muerte a las mujeres consideradas brujas, sino también en la imposición de reglas formales que operaron con mucha fuerza en la exclusión de las mujeres de la práctica de la medicina y aseguraron que ésta fuera un ámbito exclusivo de los varones.

“La implantación de la medicina como profesión para cuyo ejercicio se exigía una formación universitaria facilitó la exclusión legal de las mujeres de su práctica. Con escasas excepciones, el acceso a las universidades estaba vetada a las mujeres (incluso a las mujeres de clase alta que habrían podido pagarse los estudios) y se promulgaron leyes que prohibían el ejercicio de la medicina a las personas sin formación universitaria.”³¹

²⁹ *Ibid.*, p. 20

³⁰ Erenreich, Barbara y English, Deidre, *Op. Cit.*, p. 17.

³¹ *Ibid.*, p. 19.

Si bien hoy en día, las universidades están abiertas para las mujeres y éstas son, incluso, mayoría en el ámbito médico, la hegemonía sigue en manos de los hombres, pues son quienes controlan los mecanismos de decisión y tienen los puestos jerárquicos, tanto en lo relativo al sistema de salud como respecto de las instituciones formadoras, como las universidades. En estos espacios es muy difícil localizar perspectivas críticas: el modelo médico hegemónico, que concibe la práctica médica a partir de un modelo corporal masculino, pensado como universal, y que desconoce los efectos políticos de las diferencias entre los sexos, se replica de manera inadvertida. Esta realidad implica la continuidad de ese saber-poder que garantiza discursos y prácticas que sostienen el status-quo de la división sexual del trabajo y de los roles y disposiciones del capitalismo patriarcal.

“(…) en la actualidad la medicina se halla exclusivamente en manos de profesionales masculinos (...). Las mujeres (...) son mayoritarias en la profesión (...), pero se nos ha incorporado como *mano de obra* dependiente a una industria dirigida por los hombres.

(...) Las trabajadoras de la sanidad se ven apartadas, alienadas, de la base científica de su trabajo. Reducidas a las <femeninas> tareas de alimentación y limpieza, constituyen una mayoría pasiva y silenciosa.”³²

Queda expuesto, de manera sintética, el largo periplo de la reclusión de las mujeres en la esfera doméstica, “privada”, y de su violenta y sistemática exclusión del saber médico. Las políticas públicas y la disciplina médica hegemónica jugaron un rol central en este proceso con una finalidad muy clara:

“El resultado de estas políticas que duraron dos siglos (las mujeres seguían siendo ejecutadas en Europa por infanticidio a finales del siglo XVIII) fue la **esclavización de las mujeres a la procreación**. Si en la Edad Media las mujeres habían podido usar distintos métodos anticonceptivos y habían ejercido un control indiscutible sobre el proceso

³² Erenreich, Barbara y English, Deidre, *Op. Cit.*, pp. 7- 8.

del parto, a partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el estado: **la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista.**³³

Para asegurar este control de las capacidades reproductivas de las mujeres, el Estado, la iglesia y la medicina hegemónica se apropiaron no sólo de sus cuerpos, como se ha visto, sino también de los partos. Al colonizar este espacio, el poder capitalista patriarcal se aseguró el control sobre un proceso vital fundamental que históricamente “pertenece” a las mujeres, excluyéndolas, así, del conocimiento y las decisiones sobre sus cuerpos, su sexualidad y sus capacidades a la hora de traer una nueva vida al mundo.

1.3.1 La expropiación de la experiencia de la maternidad.

Como ha quedado de manifiesto a lo largo del capítulo, los cuerpos de las mujeres, su poder de decisión sobre sí mismas, como sujetos corporales, la relación entre ellas y el mundo, ha sido, y aún es, un campo de luchas políticas. Luchas que han aparecido históricamente oscurecidas por concepciones, mandatos e instituciones que se encargaron de producir y reproducir una visión del mundo que incluye un modo específico de “deber ser mujer”. Este “deber ser” estuvo ligado a la procreación, presentándola no sólo como un “destino” inexorable para las mujeres, sino también regulando de qué modos dicha procreación habría de tener lugar.

Como parte del proceso de expulsión de las mujeres del ámbito del saber médico del que se dio cuenta en el apartado anterior, hay un espacio (el parto) cuya expropiación fue determinante para ellas y que muestra claramente el rol del saber-poder médico masculino en la intervención patriarcal sobre los cuerpos de las mujeres.

No sólo el modo de dar a luz fue intervenido política y médicamente, sino que las concepciones acerca del parto han estado atravesadas por discursos

³³ Federici, Silvia. *Op. Cit.*, p. 153. (El resaltado es propio).

que quitan a las mujeres la posibilidad de decidir y ser sujetos activas de sus procesos vitales.

“Para la teología judeocristiana, el dolor que padece la mujer durante el parto es un castigo de Dios. (La noción de parto como castigo se encuentra también en otras culturas). Desde que la maldición recayó sobre Eva en el Génesis, fue tomada al pie de la letra hasta muy avanzado el siglo XIX: la parturienta tiene que sufrir y, lo que es todavía más significativo, hasta hace tres décadas se creía que debía sufrir *pasivamente*.”³⁴

La pasividad de las mujeres frente al sufrimiento no sólo se esperaba, y en muchos casos aún se espera, en relación al parto, o a cualquier otra experiencia, sino que esa pasividad se fue configurando como una característica “femenina” en muchos otros ámbitos de las vidas cotidianas de las mujeres.

En los hechos, esta pretendida característica inherente a las mujeres, sirvió para afianzar y justificar el poder de los médicos en la sala de partos y en muchas otras situaciones que implican decisiones acerca del cuerpo y de las experiencias corporales.

Durante mucho tiempo y en muchas culturas, fueron las mujeres quienes se encargaron de asistir a sus pares en el alumbramiento. Esto puede tener diversas explicaciones. Sin dudas, la experiencia directa en el proceso y el conocimiento mayor acerca de sus propios cuerpos, son algunas de ellas. Adrienne Rich, nos habla de otra:

“La instauración del cristianismo en Occidente dejó su huella en el parto. (...) En la Edad Media, y posteriormente, se consideró a la obstetricia como una profesión sucia. La misoginia de los Padres de la Iglesia, quienes consideraban a la mujer –sobre todo sus órganos reproductores- como la encarnación del demonio, también sentían lo mismo respecto del parto, de modo que se prohibió a los hombres presenciarlo (...).

En cualquier caso, el médico poseía nociones muy limitadas acerca de los órganos femeninos, pues la Iglesia prohibía también la disección de

³⁴ Rich, Adrienne (1978) *Nacida de mujer*. Barcelona: Editorial Noguer, p.127

cadáveres, impidiendo y retrasando así el estudio de la anatomía en general. Durante varios siglos, las mujeres acumularon conocimientos sobre el embarazo, el parto, la anatomía de la mujer y los métodos para facilitar el parto.”³⁵

No es si no hasta el siglo XVII, en pleno auge de la Caza de Brujas y una vez comenzado el proceso de profesionalización de la medicina expuesto en apartados anteriores, que los hombres comienzan a atender partos en la corte, asistiendo a las mujeres de clases superiores.³⁶ Poco a poco las mujeres son expulsadas de este ámbito y sus conocimientos son negados, olvidados y devaluados, cuando no apropiados por los varones sin que se reconozca la autoría/ autoridad de las mujeres.

“La vigencia de la partera que durante siglos practicó entre sus hermanas el oficio <degradado>, quedó reducida, disminuida con el auge de una profesión médica minoritaria de la cual las mujeres quedaron marginadas.”³⁷

En contraposición a lo que Rich llama el uso de las “manos de carne”, que durante siglos fueron las encargadas de colaborar en los partos, la masculinización de la obstetricia se caracterizó por el uso de las “manos de hierro”: el fórceps obstétrico como símbolo de una tecnología que, no sólo excluía a las mujeres, sino que se les imponía. Este instrumento fue, además, durante mucho tiempo, un excelente negocio para quienes lo inventaron y hacían uso de él.³⁸

La medicalización del embarazo y el parto que coincidió con la entrada masiva de los varones a la obstetricia, no sólo significó un peligro para la salud de las mujeres, sino también una enorme pérdida en cuanto a su autonomía y a sus posibilidades de autoconocimiento. En el apartado 7 del capítulo “Manos de carne, manos de hierro” del citado libro de Adrienne Rich, la autora da cuenta de

³⁵ *Ibid.*, p. 133

³⁶ Rich, Adrienne, *Op. Cit.*

³⁷ *Ibid.*, p. 140

³⁸ *Ibid.* Ver capítulo “Manos de carne, manos de hierro”, pp.127- 153.

una extendida mortandad de parturientas durante el siglo XVII, coincidente con el incremento de varones en la práctica de la obstetricia. Lo que en ese momento fue llamado “fiebre puerperal” era, en realidad, un tipo de envenenamiento sanguíneo sumamente contagioso y era transmitido por los mismos médicos, dado que las partículas cadavéricas que quedaban en sus manos luego de las disecciones, no se eliminaban con el simple lavado y luego eran trasladadas a las mujeres en situación de parto.

La apropiación del parto por la disciplina médica hegemónica completó el proceso de disciplinamiento del cuerpo de las mujeres comenzado durante la Caza de Brujas.

Como se mencionó antes, este proceso político y médico fue acompañado de concepciones y estereotipos que contribuyeron a fijar a las mujeres en su rol pasivo y dependiente del saber-poder masculino, y, en general, en el rol doméstico asignado por la división sexual del trabajo.

“El patriarcado enseñó a la mujer en trance de parto que su trabajo tenía un propósito que era el propósito de su existencia, pues la nueva vida que ella hacía posible (sobre todo en el caso de parir un varón) era valiosa. O sea que el valor de la mujer dependía de este nacimiento. Como medio de reproducción, sin el cual las ciudades y las colonias no podrían expandirse, sin el cual la familia desaparecería y su prosperidad pasaría a manos de extranjeros, la mujer se vio colocada en el punto de convergencia de una serie de fines que le eran ajenos, pero que a menudo hizo suyos”.³⁹

Se construyó así un “deber ser” femenino, acorde a las necesidades de la división sexual del trabajo del capitalismo patriarcal. Uno de los pilares de este “deber ser” ha sido la maternidad como destino único e inevitable para las mujeres. Una igualación automática que determina: mujer=madre, sexualidad=matrimonio heterosexual/ reproducción de la especie.

³⁹ Rich, Adrienne, *Op. Cit.*, p.157.

1.4 La institución de la maternidad y la heterosexualidad obligatoria

Se ha visto cómo los cuerpos de las mujeres fueron apropiados por el capitalismo naciente, de la mano de la división sexual del trabajo. Se repasó cómo fueron colonizadas políticamente todas las esferas de la vida de las mujeres, mientras se las recluía en el ámbito doméstico y, paradójicamente, se producía un proceso de despolitización de la vida privada. Se puso de manifiesto cómo, incluso, el parto les fue quitado, mientras se las perseguía y acusaba por sus conocimientos relacionados a éste y a otras cuestiones, tales como la anticoncepción, la sexualidad, el aborto y la curación en general. En el presente apartado se dará cuenta de los pilares del imaginario que contribuyó a fijar a las mujeres en su rol de encargadas de la reproducción biológica y social: la institución de la maternidad y la heterosexualidad obligatoria.

Según Rich, existen:

“(…) dos significados superpuestos de maternidad: la *relación potencial* de cualquier mujer con los poderes de la reproducción y con los hijos: y la *institución*, cuyo objetivo es asegurar que este potencial –y todas las mujeres- permanezcan bajo el control masculino. Esta institución ha sido la clave de muchos y de diferentes sistemas sociales y políticos. Ha impedido a la mitad de la especie humana tomar las decisiones que afectan a sus vidas; exime a los hombres de la paternidad en un sentido auténtico, crea el peligroso cisma entre vida ‘privada’ y ‘pública’; frena las elecciones humanas y sus potencialidades. En la contradicción más fundamental y asombrosa, por causa de esta institución las mujeres nos hemos alienado en nuestros cuerpos, convirtiéndolos en cárceles.”⁴⁰

Estos cuerpos de mujeres alienados, funcionales a las necesidades de un orden económico, político y social que las explota, son enajenados de la experiencia de la maternidad, como han sido enajenadas tantas otras experiencias vitales desde los orígenes del capitalismo. Los cuerpos-máquina, diferenciados en máquinas masculinas y máquinas femeninas, con funciones

⁴⁰ Rich, Adrienne, *Op. Cit.*, p. 13.

diversificadas y claras, deben alejarse de las experiencias que los distraigan de sus roles.

“Experiencias tales como la maternidad y la sexualidad han sido encauzadas para servir a los intereses masculinos. Los comportamientos que amenazan estas instituciones, como los amores ilegítimos, el aborto y el lesbianismo, se consideran desviaciones y actos criminales.”⁴¹

La maternidad y la familia heterosexual son instituciones que aseguran un determinado tipo de control social, cultural y familiar sobre las mujeres. Hilos que a simple vista no se perciben, pero que urden, y han urdido, una trama de dominación real e inexorable que retiene a las mujeres en el ámbito privado, cuando no aisladas, sí sometidas a reglas de juego de las que muy poco tienen para decir si pretenden ser “buenas” madres y esposas.

“Cuando pensamos en una institución la imaginamos instalada en un edificio (...) Cuando pensamos en la institución de la maternidad, no evocamos ninguna arquitectura simbólica, ninguna personificación de la autoridad, del poder o de la violencia real o posible. La maternidad se asocia con el hogar, y preferimos creer que el hogar es un sitio privado. (...). No pensamos en el poder que nos fue robado y extirpado en nombre de esa institución de la maternidad.

La institución de la maternidad es intocable e invisible (...). Debe seguir siendo evocada para que las mujeres no olviden nunca más que nuestros fragmentos de experiencia vivida pertenecen a un todo que no ha sido creación nuestra. La violación y sus consecuencias; el matrimonio y la dependencia económica, como garantía de propiedad de un hombre sobre “sus hijos”; el robo del parto a las mujeres (...); las leyes que regulan los nacimientos y el aborto (...); la negativa a considerar las tareas domésticas como parte de la “producción”; las mujeres encadenadas por el amor y la culpa (...); el confinamiento solitario de la “maternidad de dedicación exclusiva”; la naturaleza simbólica de la paternidad, que da al hombre derechos y privilegios sobre los hijos, frente a los cuales asume

⁴¹ Rich, Adrienne, *Op. Cit.*, p. 45

responsabilidades mínimas (...): todas estas realidades son como las fibras de la trama que compone la institución, y determinan nuestras relaciones con los hijos, nos guste o no. ”⁴²

La reproducción y la actualización de esta institución y de su contraparte necesaria, el matrimonio heterosexual, no están garantizadas sólo por un actor social. La red es compleja y se nutre de elementos culturales aprendidos en la familia, en la escuela, en las diversas actividades sociales y deportivas, en los medios de comunicación, en el sistema médico. En palabras de Bourdieu, es la práctica misma la que contribuye a formar (o a deformar) los modos de ser femeninos y masculinos y las acciones y representaciones a ellos atribuidas.

“Los condicionamientos asociados a una clase particular de condiciones de existencia producen *habitus*, sistemas de *disposiciones* duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden ser objetivamente adaptadas a su meta sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente "reguladas" y "regulares" sin ser para nada el producto de la obediencia a determinadas reglas, y, por todo ello, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta.”⁴³

Estas disposiciones relativas al sexo, a la sexualidad, al cuerpo, a la maternidad/ paternidad, a la salud, al goce e incluso a la violencia han pretendido ser ocultadas a lo largo de la historia entre las cuatro paredes de un hogar o un consultorio médico, invisibilizando su significado y su carga política. Sólo después de muchos años de luchas feministas se comenzó a hablar de estos temas y a trabajar sobre ellos poniendo en cuestión los estereotipos de género.

⁴² *Íbid.*, pp. 269- 271

⁴³ Bourdieu, Pierre (2007) *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI, p. 87.

La institución de la maternidad despoja a las mujeres de la capacidad de decidir sobre sus cuerpos, pues instaura el mito de “la maternidad” sagrada, independiente de la clase, de la cultura, de la raza, de la edad. Una y la misma. Siempre heterosexual, siempre incondicional, siempre destino para las mujeres. Idéntica a sí misma, pues la maternidad ha sido y será “siempre” igual.

Ana María Fernández, psicoanalista argentina, sostiene que la construcción imaginaria de “la mujer” que las sociedades patriarcales elaboran se sostiene sobre tres mitos: la mujer=madre; el amor romántico y la pasividad erótica de las mujeres.⁴⁴

Mientras tanto, el matrimonio heterosexual ejerce control sobre la sexualidad de las mujeres, atándolas a su función reproductora. Por supuesto, estas instituciones van cambiando levemente de formas para adaptarse a nuevas necesidades de época.

“La heterosexualidad institucionalizada ha inculcado en el ánimo de las mujeres, durante siglos, que somos peligrosas, impuras y la personificación de la lujuria, después se nos dijo que no <éramos apasionadas>, sino frías y sexualmente pasivas. En la actualidad, la institución prescribe que las mujeres de Occidente deben ser <sensuales> y <liberadas sexualmente> (...).”⁴⁵

Se hace evidente, de este modo, la necesidad de intentar un análisis que se aleje de las naturalizaciones de sentido común acerca del rol de las mujeres en la vida privada y pública, para poner en cuestión qué elementos subyacen en el ejercicio de su sexualidad y en el acceso a lo que hoy llamamos derechos sexuales y reproductivos. La complejidad de este acercamiento radica en la mutua penetración de la esfera privada y la esfera pública o política.

“(...) las feministas consideran que la vida doméstica es privada por definición. Sin embargo, rechazan el supuesto en virtud del cual la separación entre lo privado y lo público se sigue inevitablemente de las

⁴⁴ Fernández, Ana María (1993) *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

⁴⁵ Rich, Adrienne, *Op. Cit.*, p. 45

características naturales de los sexos y sostienen, por el contrario, que sólo resulta posible una correcta comprensión de la vida social liberal cuando se acepta que las dos esferas (...) presuntamente separadas y opuestas están inextricablemente interrelacionadas. Dicho de otra forma, que son las dos caras de la misma moneda, el patriarcalismo liberal.”⁴⁶

Por esta razón, el presente trabajo, encarado desde un punto de vista feminista, pone en cuestión el “destino doméstico” que les correspondería a las mujeres por la prescripción que dicta que la biología (es decir, la capacidad de reproducir la especie humana) es destino. Las sexualidades de los/as sujetos no se ejercen de maneras que puedan ser llamadas “naturales”. Nuestras sociedades se han empeñado en despolitizar las regulaciones sobre la corporalidad, ocultando la lógica patriarcal, capitalista y heterosexista a través de la cual los Estados han regulado históricamente las formas de nacer, reproducirse y morir. Estas operaciones de neutralización atraviesan también el saber médico hegemónico y actúan como la defensa más eficaz de la institución de la maternidad.

Los capítulos que siguen permiten recorrer las transformaciones históricas que han posibilitado transitar del ciudadano neutro a la inscripción de derechos sexuados en los ordenamientos jurídicos y políticos de los estados.

⁴⁶ Pateman, Carole. *Op. Cit.*, p. 35

Capítulo 2: Del ciudadano neutro a los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Introducción

En el presente capítulo se traza un derrotero que comienza con un análisis de la concepción liberal de ciudadanía y el señalamiento de sus límites a la hora de pensar a los ciudadanos/as como sujetos corpóreos, y su relación con el Estado. A lo largo de la historia, el Estado se ha visto obligado a reconocer a las mujeres como sujetos de derechos, y no como menores tuteladas. Este reconocimiento de la ciudadanía de las mujeres abrió la puerta, tanto en el plano internacional como en el nacional al debate acerca de sus derechos específicos.

En el segundo apartado se analizan las características particulares del proceso de ciudadanía de las mujeres en Argentina. Se marcan algunos hitos históricos fundamentales en el largo e irregular camino del reconocimiento de las mujeres como sujetos de derecho, en un país como el nuestro, en el que los sucesivos golpes militares significaron retrocesos e, incluso, pérdida de derechos ciudadanos elementales, como el hábeas corpus, por ejemplo. Con el retorno a la democracia se produjeron avances relativos al reconocimiento de derechos para las mujeres.

En el tercer apartado se realiza un recorrido histórico en el que se revisan las principales políticas poblacionales del Estado, dado que dichas políticas están orientadas a regular las prácticas sexuales, familiares y reproductivas de la población en general, y de las mujeres en particular. Es decir, si bien los Estados, en este caso el argentino, han tenido políticas sexuales orientadas a la regulación de los cuerpos, éstas han sido presentadas como neutrales desde el punto de vista de género. El Estado no consideraba a las mujeres como sujetos, sino como objeto de regulaciones en cuanto reproductoras biológicas de la especie. La cuestión de la sexualidad y la reproducción marchaba en una dirección diferente de la de la ciudadanía. Es a partir de la década de la mujer que los derechos sexuales pasaron a formar parte de los debates estrictamente políticos en términos de derechos ciudadanos.

El reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte del plexo de derechos ciudadanos es el producto de la lucha de las organizaciones feministas y de mujeres, lucha que ha tenido avances y retrocesos y que aún hoy se sigue llevando adelante en pos de la ampliación y respeto de los derechos de las mujeres.

2.1 Del ciudadano neutro a la ciudadanía de mujeres.

Históricamente, la ciudadanía ha sido interpretada como una condición relativa al goce de ciertos derechos políticos y civiles inherentes a los individuos adultos en cuanto habitantes de una Nación. Es un punto de cruce, pues en ella se ponen de manifiesto las relaciones entre el sujeto y el Estado. El Estado regula los derechos de los sujetos como ciudadanos, establece sus alcances, las condiciones para su ejercicio, las garantías de los mismos.

La relación entre Estado y ciudadanos ha variado a lo largo del tiempo. En los albores de la modernidad la ciudadanía se extendía sólo a los varones blancos, burgueses y propietarios. Los sujetos comenzaron a autorreconocerse como ciudadanos a partir de la crisis de los regímenes de soberanía propios de tiempo del Ancien Règime. Si antes el poder venía al soberano de dios, tras los procesos revolucionarios en las trece colonias (1776), Francia (1789) y la América Española (1808- 1824), los sujetos se reconocían entre sí no como súbditos de una corona, sino como ciudadanos. La construcción de las nuevas sociedades se realizó a partir de un proceso histórico que permitió la ciudadanía efectiva de unos pocos. Mientras que la visión dominante de la tradición liberal se apoyaba en un individuo abstracto, carente de determinaciones corporales, de clase, raciales, otras perspectivas pusieron en circulación las determinaciones efectivas de los sujetos.

Hacia mediados del siglo XIX, Marx señalaba la limitación burguesa de la ciudadanía. Dice en “La cuestión judía”:

“Concluyendo, el hombre tal como es, miembro de la sociedad civil vale como hombre verdadero, como el *homme* que se diferencia del *citoyen*,

porque es el hombre en su existencia inmediata, sensible, individual, mientras que el hombre político es sólo el hombre abstracto, artificial, el hombre como ser alegórico, moral. El hombre real es reconocido por primera vez en la figura del individuo egoísta; también se reconoce el hombre verdadero en la figura del ciudadano abstracto.”⁴⁷

Siguiendo la línea de esta visión dominante denunciada por Marx, desde el punto de vista de Thomas H. Marshall la conquista de derechos ciudadanos consistiría, según su lectura del caso inglés, en un proceso de expansión y extensión de derechos hacia los sujetos que inicialmente estuvieron excluidos. De los derechos civiles a los políticos, de los políticos a los económicos y sociales, la ciudadanía marcaba el camino deseable para los regímenes democráticos en la edad de oro del capitalismo. Este derrotero que llevaría, según el autor mencionado, a la constitución y efectivización de la ciudadanía, es planteado como un proceso de evolución concordante con la consolidación de los Estados modernos: “La evolución de la ciudadanía supuso el doble proceso de fusión y separación. La fusión fue geográfica, la separación, funcional”.⁴⁸

Marshall plantea esta separación funcional de los derechos y las instituciones a ellos relacionadas del siguiente modo:

“El elemento civil consiste en los derechos necesarios para la libertad individual –libertad de la persona, libertad de expresión, de pensamiento y de religión, el derecho a la propiedad, a cerrar contratos válidos y el derechos a la justicia-. Éste último es de una clase distinta a la de los otros porque es el derecho a defender y a hacer valer todos los derechos de uno en términos de igualdad con otros y mediante los procedimientos legales. Esto nos demuestra que las instituciones asociadas más directamente con los derechos civiles son los tribunales. Con el elemento político me refiero al derecho de participar en el ejercicio del poder político como miembro de un cuerpo investido de autoridad política, o como elector de los miembros de tal cuerpo. Las instituciones correspondientes son el parlamento y los

⁴⁷ Marx, Karl (1998) *La cuestión judía*. Buenos Aires: NEED, p. 49.

⁴⁸ Marshall, Thomas H. (1950) *Ciudadanía y clase social*. Madrid: Alianza Editorial, p. 7

concejos del gobierno local. Con el elemento social me refiero a todo el espectro desde el derecho a un mínimo de bienestar económico y seguridad al derecho de participar del patrimonio social y a vivir la vida de un ser civilizado conforme a los estándares corrientes en la sociedad. Las instituciones más estrechamente conectadas con estos derechos son el sistema educativo y los servicios sociales”.⁴⁹

El autor asigna, con cierta flexibilidad, un período histórico al desarrollo de cada uno de los derechos antes mencionados. Los derechos civiles se habrían consolidado en el siglo XVIII, los políticos durante el siglo XIX y los sociales a lo largo del siglo XX. Esto nos permite pensar que la base sobre la que luego se erigirían el resto de los derechos está dada por los derechos civiles, respecto de los cuales Marshall dice:

“La historia de los derechos civiles en su período de formación es la de una inclusión gradual de nuevos derechos a un *status* que ya existía y que se consideraba que afectaba a todos los miembros adultos de la comunidad – o quizás habría que decir a todos los miembros varones, ya que el *status* de las mujeres, al menos de las casadas, era peculiar en muchos aspectos-. Este carácter democrático o universal de *status* emergió naturalmente del hecho de que era fundamentalmente el *status* de la libertad, y en la Inglaterra del siglo XVIII todos los hombres eran libres”.⁵⁰

Aparecen, así, las limitaciones de la idea de un ciudadano sexualmente neutro. Queda claro que la supuesta neutralidad de la ciudadanía esconde una profunda desigualdad respecto del status de las mujeres frente a los derechos. La sexuación genera un problema en la cuestión de la ciudadanía porque nos exige romper con la idea de un ciudadano abstracto. Una vez destruida esa idea estamos en la obligación de poner en juego elementos como el cuerpo, la sexualidad, las orientaciones sexuales, la etnia, la raza y la clase social para pensar el acceso a una ciudadanía plena.

⁴⁹ Marshall, Thomas. *Op. Cit.*, pp. 6- 7.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 10.

En este sentido, y continuando con el planteo de Marx antes mencionado, cabe resaltar la siguiente crítica a la concepción liberal de ciudadanía:

“La tradición liberal concibe al ciudadano como un individuo abstracto, sin determinaciones, que se mueve en una esfera separada (la política) respecto del orden corporal, social, cultural y económico, que es el reino del burgués egoísta y competitivo y de quienes tuvieron menor fortuna en el mercado: los y las proletarias y proletarios, las mujeres, excluidas sólo por serlo y las gentes de color. La igualación abstracta, la sustitución del privilegio por el derecho constituye una paradoja que permanecerá durante siglos y en torno de la cual se producirán toda clase de combates teóricos y políticos. Feministas, proletarios/as, colonizados/as, subalternos/as de todo tipo combatirán en el borde de la contradicción de un orden que se proclama igualitario a la vez que realiza exclusiones, desiguales distribuciones del poder y organiza inequitativas posibilidades de satisfacción de las necesidades. Como Marx señala, los sujetos tienen como *citoyens* derechos que, en su condición de mujeres y hombres reales, el orden establecido les niega.”⁵¹

El itinerario real del ingreso a la ciudadanía se apartaría del recorrido imaginado por Marshall. En el caso de Argentina, la exclusión de las mujeres de la ciudadanía plena, a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, contradice lo planteado por el autor inglés. En una época en la que, supuestamente, los/as ciudadanos/as estarían ya en el proceso de conquista de sus derechos sociales, en nuestro país las mujeres aún no lograban ser consideradas sujetos de derecho. Un claro ejemplo de esta situación es la sanción de la Ley 8.871, más conocida como Ley Sáenz Peña, que sancionó el sufragio masculino, secreto y obligatorio.

“La exclusión del voto femenino se apoyó en un supuesto implícito: la creencia de que los hombres eran los únicos sujetos capaces de convertirse en ciudadanos, esto es, inherentemente competentes para

⁵¹ Ciriza, Alejandra (2007) “Ciudadanía de Mujeres”, en *Diccionario de Estudios de Género y Feminismos* (coordinado por Susana Gamba) Buenos Aires: Editorial Biblos, p. 56.

promover de manera racional tanto sus intereses individuales como los del bien común”.⁵²

A través de la lucha política de los movimientos feministas, anticolonialistas, antirracistas y anticapitalistas se fue rompiendo con la visión dominante que hacía del ciudadano un “individuo abstracto” que, sin embargo, debía reunir ciertas características para ser acreedor “natural” de derechos: ser un varón, de raza blanca, heterosexual y propietario.

En los últimos años la cuestión de la ciudadanía de las mujeres ha puesto sobre el tapete tanto el problema de las consecuencias políticas de la diferencia entre los sexos, como el de la política que el Estado debe desarrollar con vistas a su reconocimiento, promoción y garantía. Un acercamiento a la problemática específica de las mujeres en tanto sujetos de derechos, requiere poner en cuestión a aquel individuo abstracto, enmarcando a los/as ciudadanos/as en su contexto social, económico, cultural y político, como así también, reconociendo su sexo biológico, sus orientaciones sexuales, sus decisiones respecto de sus corporalidades, como un elemento político.

Tan fuerte ha sido durante siglos la idea de la irrelevancia política del cuerpo y de la sexualidad que la exclusión de las mujeres fue justificada por “la natural debilidad del sexo”, o por su peligrosidad para la organización racional de la ciudad. Expulsar el sexo de la política no impidió que, durante siglos, fuera política la regulación de los cuerpos y las sexualidades. Sin embargo, las políticas sexuales tomaban la forma de regulaciones poblacionales por así decir neutras. Si las mujeres debían parir esto no era un asunto de política, ni de derecho, ni de ciudadanía, sino de destino corporal.

En los últimos años, las presiones ejercidas por los movimientos de mujeres y feministas, así como la movilización de personas con diversas identidades y orientaciones sexuales ha producido una serie de nuevos derechos, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos, derechos de los/as sujetos que obligan al Estado. Por decirlo de alguna manera, el sentido se ha invertido: de políticas

⁵² Torrado, Susana (2003) *Historia de la familia en la Argentina moderna (1870- 2000)*. Buenos Aires: Ediciones de la Flor, p. 168.

pretendidamente neutras se ha transitado, a fuerza de presiones, hacia la politización de las sexualidades.

2.2. El proceso de ciudadanía de las mujeres en Argentina

En el caso argentino el proceso de ciudadanía de las mujeres se cumplió de manera desigual en función de las condiciones efectivas de la formación social, de las tradiciones políticas dominantes y de la forma del Estado.

El proceso de ciudadanía de las mujeres se fue produciendo a lo largo de un desarrollo histórico cuyos hitos fundamentales fueron, a grandes rasgos, la conquista del derecho al voto, en el año 1947, a través de la Ley 23.010; el ingreso de las mujeres al mundo del trabajo de forma masiva en tiempos del Estado de Bienestar en su versión argentina, entre los años 1945 y 1955; y en el lento proceso de conquista de derechos civiles, obstaculizado por la recurrencia de los golpes militares y la incidencia de la Iglesia Católica.

Lo cierto es que en nuestro país los derechos civiles fueron de difícil acceso, y tanto los políticos como los económicos pudieron ejercerse de manera desigual según los momentos históricos.

Recién en 1983 la restauración democrática traería consigo la pregunta por la especificidad de los derechos de las mujeres. En 1985 se crea la Subsecretaría de la Mujer y la Familia, a cargo de una mujer con trayectoria feminista: Zita Montes de Oca. El tema de los Derechos Sexuales y Reproductivos ingresa en la agenda de debates públicos a partir, fundamentalmente, de la existencia de regulaciones, convenciones y pactos emanados de organismos internacionales y que, a partir de los años ochenta, han impactado sobre el orden jurídico local. En 1979, Naciones Unidas aprobó la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (CEDAW, por su sigla en inglés), a la cual nuestro país adhirió en 1984, dando un vuelco fundamental a la cuestión de los derechos de las mujeres en el marco de una democracia recién recuperada. Sin embargo, recién en 2006, el Congreso de la Nación aprobó el Protocolo Facultativo de la CEDAW, que fue ratificado en 2007 por el entonces Presidente de la Nación, Néstor Kirchner.

El proceso de conquista de derechos ciudadanos es complejo y fragmentario, especialmente en los países de América Latina en los que la continuidad democrática se ha visto permanentemente interrumpida, sobre todo en la última mitad del siglo XX.

Tal como plantea Fleury, las dictaduras militares en América Latina tuvieron un papel de desarticulación del tejido social y de disciplinamiento, orientado a imponer un nuevo modelo económico acorde a las necesidades de transnacionalización del capitalismo financiero, proceso ocurrido entre finales de los '70 y principios de los '80, específicamente a partir del crack de la Bolsa de New York en 1974. En ese escenario el Estado sufrió grandes transformaciones y las bases sociales que sustentaban y motorizaban la ampliación de los derechos ciudadanos fueron brutalmente desarticuladas a través de métodos diversos de disciplinamiento, incluido el terrorismo de Estado.

“En síntesis, podemos afirmar que las reformas llevadas a cabo por los gobiernos militares en el régimen autoritario- burocrático, se caracterizaron por la tentativa de exclusión del proceso decisorio de las políticas sociales de las fuerzas movilizadas en torno de la cuestión social durante el período populista, de forma de eliminar el juego político de negociación y presión ejercido por las categorías trabajadoras e intermediadas, por las organizaciones sindicales y por los partidos políticos. La despolitización de la cuestión social correspondió, al mismo tiempo, al fortalecimiento de las estructuras burocráticas del Ejecutivo, a la valorización de la tecnoburocracia y de las medidas racionalizadoras llevadas a cabo en un contexto de supresión de la ciudadanía política y eliminación de los canales de representación y organización de las demandas sociales.”⁵³

La recuperación de la democracia planteó desafíos específicos en el plano socio-político y en el plano teórico para los movimientos y organizaciones que luchan por los derechos, tanto los derechos humanos como los derechos ciudadanos gravemente vulnerados. El retorno de la democracia se produjo en un clima particularmente propicio para visibilizar los derechos de las mujeres.

⁵³ Fleury, Sonia. *Op. Cit.*, p. 280.

Desde el campo de las relaciones internacionales, la recuperación de la democracia se dio en plena década de la mujer. Hay que recordar que la Organización de Naciones Unidas (ONU) consagró la década de 1975 a 1985 a la realización de acciones y conferencias internacionales por las mujeres.⁵⁴ Desde el cambio del escenario político nacional las mujeres habían adquirido particular visibilidad en la resistencia a la dictadura, tanto en la lucha por sus familiares detenidos- desaparecidos o presos/as políticos/as, como en la defensa de los derechos sociales. En ese clima es que diversos grupos vinculados a los derechos de las mujeres adquirieron visibilidad.

La suscripción de la CEDAW en 1984 y la creación, en 1985, de la Subsecretaría de la Mujer y la Familia a cargo de Zita Montes de Oca, abrió un espacio de debate en el cual ingresó el tema de los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos ciudadanos específicos.

Pero ¿cuál fue la actitud del Estado argentino respecto de las mujeres en la historia reciente? ¿De qué modo eran pensadas las mujeres en las políticas públicas y en la legislación nacional cuando el debate acerca de sus derechos aún no estaba visibilizado?

2.3. El Estado argentino frente a las mujeres: ideas y regulaciones

La vida cotidiana de los/as ciudadanos/as argentinos/as ha sido regulada por una serie de normas que fueron imponiendo un determinado modelo de familia, pareja, sexualidad, maternidad y empleo. El libro de Susana Torrado "Historia de la Familia en la Argentina Moderna (1870- 2000)" y el libro de Marcela Nari "Políticas de maternidad y maternalismo político", que trazan un

⁵⁴ La Primera Conferencia Mundial sobre la condición jurídica y social de la mujer se convocó en México D.F. en 1975, para que coincidiera con el Año Internacional de la Mujer. En 1980 se realiza en Copenhague la Segunda Conferencia Mundial sobre la mujer para evaluar y examinar el plan de acción mundial de 1975. En 1985, se realizó en Nairobi la Tercer Conferencia Mundial sobre la Mujer: la Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer: Igualdad, Desarrollo y Paz. En el año 1995 se realizó la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, que dio el puntapié inicial a un nuevo capítulo en la lucha por la igualdad entre los géneros.

panorama complejo de regulaciones y acciones estatales, permitirán dar cuenta tanto de las regulaciones ligadas a la natalidad, como de las formas de concebir las familias y sus transformaciones. Asimismo permitirán revisar las regulaciones e ideas respecto de las mujeres en el mundo del trabajo, que siempre estuvieron acompañadas por estereotipos de género y signadas por la división entre mujeres domésticas y varones proveedores.

Las mujeres, en Argentina, han sido consideradas durante mucho tiempo en su rol de madres y amas de casa antes que como ciudadanas, y aún hoy se pueden encontrar vestigios de esa visión. Si bien la división sexual del trabajo es común a todas las sociedades capitalistas, en nuestro país el Estado y otras instituciones relacionadas con la vida social, como la Iglesia Católica, las escuelas, las instituciones de salud pública, asumieron y reprodujeron dicha división. En la sociedad argentina se realizó efectivamente la división entre varones proveedores y mujeres domésticas, a través de una serie de mecanismos, tanto legales como de política pública y organización del mercado de trabajo. Los trabajadores varones contaron, durante mucho tiempo, con una serie de derechos sociales, por su condición de tales, que tenían en cuenta el lugar complementario de sus mujeres, encargadas del bienestar familiar. Para ello, hubo un conjunto de medidas económicas, como el salario familiar, y de mecanismos que garantizaban, a través del varón padre de familia, salud, educación, vacaciones, derechos jubilatorios, etcétera, para las mujeres y los/as niños/as ligados/as a ese varón.

La división entre mujer doméstica y varón proveedor implicó una particular visión de las mujeres, del hogar y de las tareas relacionadas con el mismo, así como también mecanismos de control sobre las mujeres, sus cuerpos, sus capacidades reproductivas. La división sexual del trabajo se articuló a formas de disciplinamiento asociadas a la clase social, a la ubicación rural/urbana, a la etnia.

“La estrategia de control y disciplinamiento no fue sólo de género sino de clase. El elitismo de los libros de consejos para mujeres del siglo XIX fue desplazado por la consolidación de la ciencia de la economía doméstica, extendida socialmente a través de la escuela y las publicaciones baratas.

La naturalización de la mujer doméstica implicaba su universalización: predicar para todas las mujeres, la mayoría de ellas trabajadoras. A través de éstas pretendía llegarse a las unidades domésticas de toda la clase obrera (...).⁵⁵

En nuestro país hubo un gran despliegue de ideas y literatura dirigida a las mujeres acerca de buenas prácticas en la economía doméstica. Las imágenes de las mujeres en este ámbito (al que supuestamente pertenecían naturalmente, pero, sin embargo, acerca del cual debían ser apropiadamente formadas) fueron variando a principios del siglo XX para dar cuenta de las nuevas realidades.

“En los años 20 y 30 la economía doméstica se afianzó y desplegó en alianza con la “modernidad”. Si, en principio, la “mujer moderna” pareció disruptiva y convulsiva, pronto intentó ser capturada también por la domesticidad: la salud y la belleza, la independencia y la preparación intelectual, se pusieron al servicio del hogar (...)

La administración de los ingresos salariales de la familia era reivindicada como un “derecho” de las esposas puesto que se suponía que, dada su naturaleza altruista, éstas gastarían el dinero más en provecho de su familia que en el propio y, consecuentemente, los defenderían de la naturaleza egoísta de sus maridos (...)

Estos postulados de la economía doméstica contradecían lo establecido por el Código Civil que incapacitaba a las mujeres para administrar sus bienes (...).⁵⁶

Así, el rol doméstico de las mujeres garantizaba al Estado y a los sectores dominantes no sólo la reproducción biológica y social de la población, sino, además, la reproducción y transmisión de valores funcionales a la explotación capitalista, tales como el ahorro, el sacrificio, el ocio como un elemento vicioso en la vida de la clase trabajadora, el trabajo doméstico como natural y, por ende, no remunerado, entre otros.

⁵⁵ Nari, Marcela (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Editorial Biblos, p. 71.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 74.

Tal como lo plantea Nari, el trabajo doméstico tuvo un rol disciplinador:

“El hábito del ahorro implicaba, además, una alta dosis de autodisciplina entre los trabajadores y trabajadoras. Era necesario prever los gastos, distribuir ordenadamente el tiempo y los recursos; en otras palabras, era necesario tener un “método”. El método, a su vez, volvía absorbente el trabajo doméstico. Pretendía excluir todo otro tiempo de trabajo o de ocio en las vidas de las mujeres. El listado de tareas domésticas, provisto por los manuales, era minucioso e inacabable, puesto que el tiempo también disuelve este tipo de trabajos y productos. Una vez finalizados, es necesario volver a comenzarlos”.⁵⁷

Además del ideario acerca de “la mujer doméstica” arriba descrito, que establecía preceptos prácticos para la vida cotidiana y la administración del hogar, existieron otro tipo de estrategias, en este caso más ligadas al romanticismo de la denominada literatura “femenina”. Estas estrategias estaban orientadas, al igual que los manuales de economía doméstica, a mantener a las mujeres en el rol hogareño y maternal. A través de distintos medios, primero gráficos, luego radiales y audiovisuales, se procuró reproducir el estereotipo mujer=madre que implicaba, para las mujeres, un destino ligado a las emociones, los afectos, el sacrificio personal en pos del bienestar de otras personas (principalmente marido e hijos/as). A estas estrategias culturales se suma la visión católica, dominante aún hoy, acerca de la familia patriarcal y el rol “femenino” en ella.

“Hasta mediados de la década de 1940, prácticamente todas las exigencias relativas a la ‘feminidad’ que acabamos de reseñar se resumían en un único mandato: “sólo se es mujer si se es madre”. En el plano específico de la procreación, se añadían todavía otros requisitos. Una buena ‘madre’ debía ser prolífica (cumplía con su deber republicano de brindar hijos a la patria); nodriza (aseguraba la lactancia natural); higiénica (tenía la responsabilidad orgánica y sanitaria de la prole); abnegada

⁵⁷ Nari, Marcela. *Op. Cit.*, p. 76.

(sacrificaba todas sus aspiraciones personales por sus hijos). Nótese que en toda esta prédica, funcionalmente pronatalista, el gran ausente fue siempre el padre: la responsabilidad de la salud del niño, de la población y de la raza se adjudicó exclusivamente a la ‘mujer- madre’⁵⁸.

En este contexto de invisibilización de las mujeres como sujetos, y su asimilación automática a la condición de madres y esposas, sus derechos civiles tenían enormes limitaciones ya que eran consideradas menores a ser tuteladas primero por su padre y luego por su marido. De esta manera, ellas no podían disponer de sus bienes, celebrar contratos o decidir cuestiones tan elementales como el domicilio conyugal. Al mismo tiempo, mientras, por un lado, se las hacía completamente responsables de la crianza de su descendencia, por otro, se las excluía de la patria potestad que le correspondía exclusivamente al progenitor.

La familia patriarcal, que implicaba la existencia de un varón proveedor y de una mujer doméstica, es un baluarte del Estado nacional desde finales del siglo XIX a principios del siglo XX. En sus políticas y regulaciones, el Estado dio por sentado que el acceso a derechos por parte de la ciudadanía estaba garantizado por el acceso de los varones al empleo formal.

Aún hasta hoy permanece, modificado por la época y los avances de las luchas feministas y de mujeres, el ideario acerca de la división sexual del trabajo. Tuvieron que combinarse factores variados (fundamentalmente el avance de las normativas internacionales respecto de los derechos de las mujeres y las luchas por el reconocimiento de derechos por parte de grupos de mujeres y feministas) para que los derechos de las mujeres como sujetos autónomas y ciudadanas plenas fueran tenidos en cuenta por las leyes y normativas vigentes. Sin embargo, éstas no garantizan el acceso real a los derechos, y la lucha por su reconocimiento y respeto es cotidiana.

2.3.1. Regulaciones ligadas a la natalidad

Durante el siglo XIX, las políticas relacionadas a la natalidad llevaban implícita una visión acerca de las mujeres que les asignaba el rol de

⁵⁸ Torrado, Susana. *Op. Cit.*, p. 192.

perpetuadoras no sólo de la especie humana, sino también de las costumbres y valores nacionales. Las mujeres eran importantes para el Estado en tanto potenciales productoras y reproductoras de ciudadanos.

“La legislación relacionada específicamente con la natalidad que se promulga hasta finales del siglo XIX es escasa, por no decir nula. Por el contrario, lo singular de las tres primeras décadas del nuevo siglo es la profusa emergencia de ideas y alegatos a favor de la natalidad y en contra del progreso de la mujer, a medida que se hacía inocultable la nueva realidad de parejas que regulaban su descendencia”.⁵⁹

Durante la década del '30 se produjo un cambio sustancial en las ideas poblacionistas en Argentina. Las grandes olas inmigratorias no habían tenido las características y el impacto esperados por los ideólogos de finales del siglo XIX, por lo que, sin abandonar las pretensiones de crecimiento poblacional, se cambia el enfoque acerca del mismo, poniendo el acento no ya en la llegada de inmigrantes, sino en el crecimiento interno.

“En 1930, 1931, 1936 y 1938 se dictaron normas legales que significaron en los hechos la eliminación de la libertad de inmigración externa y la inversión del espíritu de la legislación imperante hasta la década de 1920. Complementariamente, aunque sin modificar un ápice los antiguos preceptos poblacionistas, cambió en forma radical la óptica con la que se enfocaban los fenómenos demográficos nacionales, tornándose ahora el interés hacia la promoción de las potencialidades del crecimiento interno. Obviamente, en este contexto, la cuestión central fue desde entonces el nivel de natalidad”.⁶⁰

Es importante destacar que entre 1930 y 1945 estas preocupaciones no se traducen en normas o leyes. Las discusiones adquieren gran relevancia en el plano de las ideas y hay debates intelectuales en torno a la temática. Sin embargo, en la década anterior, en 1921, se reformó el Código Penal

⁵⁹ Torrado, Susana. *Op. Cit.*, p.141.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 182.

aumentando las penas para quienes practicaran abortos. Este dato no es menor dado que esta reforma estuvo claramente orientada al control de uno de los métodos para regular la cantidad de nacimientos más utilizados: la interrupción del embarazo.

De acuerdo al trabajo de Marcela Nari, los debates acerca de la cantidad de nacimientos estaban fuertemente influidos por una creciente inclinación, por parte de la población, a regular su descendencia. Siempre existieron métodos para llevar a cabo este control de los nacimientos, pero las preocupaciones al respecto por parte de la medicina hegemónica y las clases políticas variaban de acuerdo al momento histórico.

“Las viejas prácticas de regulación del tamaño de la unidad doméstica y del control de la natalidad (abandono, infanticidios, abortos) no desaparecieron a lo largo de las décadas de 1920 y 1930. (...) De todas maneras, la extensión de la práctica de métodos anticonceptivos fue aparentemente el elemento de mayor peso a la hora de comprender la drástica disminución de los nacimientos”.⁶¹

Según Nari, era justamente la extensión de la utilización de los métodos anticonceptivos lo que preocupaba a los científicos de la época y ponía en juego las cuestiones acerca del rol de las mujeres en la sociedad, totalmente asociado a la maternidad, además de los debates acerca de la importancia de aumentar la cantidad de ciudadanos.

Entre los años 1946 y 1955 tampoco hay legislación específica en relación al tema de la natalidad, pero según Torrado, el volumen de población sigue siendo un elemento clave en la concreción del proyecto político justicialista, orientado a un modelo de desarrollo autónomo basado en la sustitución de importaciones. Es decir, el carácter pronatalista del Estado argentino no varió con el cambio de signo político del gobierno nacional.

Recién en la década del '60 resurge el debate acerca de las cuestiones poblacionales:

⁶¹ Nari, Marcela, *Op. Cit.*, p. 192.

“(…) en ese año (1969) se realiza un *Simposio sobre política de población para la Argentina*, motivado principalmente por el deseo de enfrentar la tesis que los Estados Unidos habían difundido profusamente durante la década de 1960, acerca de la necesidad de implementar el control de la natalidad en los países subdesarrollados, en los que se asistía a un crecimiento ‘explosivo’ de la población como resultado de la rápida caída de la mortalidad sin paralelo al lado de la natalidad. De acuerdo a esta tesis, era esta explosión demográfica, debido al ‘irracional’ comportamiento reproductivo del Tercer Mundo, la que explicaba su subdesarrollo y su miseria”.⁶²

Es importante resaltar que las resistencias a este intento de intervención por parte de los Estados Unidos en nuestro país, intervención que fue efectiva en otros países de América Latina, no estuvieron signadas por la crítica al atropello a los derechos personales que la iniciativa estadounidense implicaba, sino que se basaron en el rechazo al “imperialismo yankee”.

“Ahora bien, la adición de ese nuevo componente (la intervención del ‘imperialismo yanqui’) al debate sobre la regulación de la fecundidad en Argentina, indujo a un hecho paradójico: desde mediados de la década del ’60, movidas por distintas razones y buscando diferentes objetivos políticos, la derecha católica nacionalista y la izquierda agnóstica marxista coincidieron en el rechazo iracundo, no ya de la intervención norteamericana sino de toda acción (pública o privada, nacional o internacional) favorable a la planificación familiar”.⁶³

Durante el tercer gobierno justicialista se sancionan, por primera vez, medidas efectivas para evitar la regulación individual de la fecundidad. En 1974 se promulga el Decreto 659, que busca controlar y regular la comercialización de productos anticonceptivos y que prohíbe las actividades relacionadas al control de la natalidad. Esta medida, además de ser un claro cercenamiento de los derechos individuales, se constituyó en reproductora de las desigualdades

⁶² Torrado, Susana. *Op. Cit.*, pp.185- 186.

⁶³ *Ibid.*, p. 186.

sociales, porque mientras los sectores medios y altos siguieron teniendo acceso a la compra de métodos anticonceptivos y asesoramiento médico privado, los sectores populares vieron anulada toda posibilidad de asesoramiento acerca del uso y acceso a métodos anticonceptivos modernos a través de instituciones públicas de salud.

Mientras en nuestro país se recortaban los derechos de los/as habitantes en cuanto a las decisiones relacionadas con sus cuerpos y sus capacidades reproductivas, Naciones Unidas se preparaba para el comienzo de la denominada “década de la mujer”, de la que ya se habló.

Durante la dictadura militar, que comienza en 1976, se mantiene esta actitud coercitiva respecto de la planificación familiar, y a esto se suma una preocupación geopolítica acerca de la población, propia de todas las dictaduras militares. Es innecesario aclarar que durante este nefasto período ningún derecho civil o político estaba garantizado ni era respetado, por lo que el impedimento del acceso de la ciudadanía a sus derechos sexuales y reproductivos sólo engrosó la lista de violaciones e incumplimientos por parte del régimen militar.

Una vez recuperada la democracia, y en medio de un ambiente de debate acerca de los derechos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos, se comienza a trabajar en pos del acceso a los mismos. Recién en 1987 se deroga, a través del decreto presidencial 2274/87, el decreto justicialista de 1974 que impedía el acceso de la población a servicios de planificación familiar.

“Paralelamente, la recuperación de la democracia permitió la emergencia de movimientos sociales reprimidos durante la dictadura (por ejemplo, los grupos feministas), así como la difusión en el país de los avances logrados en el mundo a partir de la acción de diversos organismos internacionales. El tema de la planificación familiar comienza a platearse ahora en el marco más general de los ‘derechos reproductivos’, un capítulo especial de los derechos humanos”.⁶⁴

⁶⁴ Torrado, Susana. *Op. Cit.*, p. 188.

Es sumamente importante tener en cuenta la evolución en el modo de encarar la temática de la reproducción y la no reproducción. La transformación del debate en una cuestión de derechos humanos es fundamental para la ciudadanía en general, pero en particular para las mujeres, que siempre estuvieron “atrapadas” en políticas poblacionales que no las tenían en cuenta en tanto sujetos de derechos. Este cambio se debió en gran parte a las luchas feministas y de grupos de mujeres, que pusieron sobre la mesa la cuestión de los derechos no ya del ciudadano abstracto y asexuado, sino de las mujeres reales con cuerpos sexuados y autonomía para tomar decisiones respecto de los mismos.

“La expresión [Derechos Sexuales y Reproductivos] se resignifica en la acción de las mujeres militantes, incluyendo la libertad de elección dentro del campo más amplio de ejercicio de la CIUDADANÍA, entendiéndola no sólo como garantías legales y beneficios del Estado, sino también como espacio de transformación de las relaciones sociales y de género”.⁶⁵

Como ya se mencionó, los derechos sexuales y reproductivos comienzan a ser un tema de discusión pública en la década de 1970. En 1975 comienza, a nivel internacional, un período de visibilización de la situación de desigualdad flagrante en la que se hallaban las mujeres. En nuestro país en este período salen a la luz las demandas y reivindicaciones de un movimiento feminista que se venía gestando desde hacía tiempo, pero que, hasta entonces, no marcaba el rumbo de las discusiones referidas a reproducción y sexualidad. Es fundamental tener en cuenta cómo la presencia de un sujeto político activo, las organizaciones de mujeres y feministas, contribuyó a la transformación de las temáticas históricamente abordadas por las políticas poblacionales en cuestiones de derechos.

⁶⁵ Gutiérrez, María Alicia (2007) “Derechos Sexuales y Reproductivos”, en *Diccionario de Estudios de Género y Feminismos* (coordinado por Susana Gamba), p. 85.

2.3.2. Regulaciones sobre las familias. 1869- 1987

Según el relato de Torrado, las regulaciones relativas a los derechos de las mujeres estuvieron durante mucho tiempo vinculadas a la vida familiar. El recorrido realizado por la autora permite advertir un desajuste evidente respecto del esquema marshalliano descrito a comienzos del capítulo: en nuestro país los derechos sociales y económicos fueron puestos a la orden del día en 1949, los derechos civiles de las mujeres tardaron bastante tiempo en ser puestos en debate y establecidos.

Teniendo lo anterior en cuenta, para comprender el proceso histórico a través del cual las mujeres pasaron a ser las responsables fundamentales de la reproducción, no sólo biológica, sino social, localizada en el espacio doméstico, es necesario hacer un breve recorrido por las normativas acerca de la familia.

“El control de la familia ha sido en todas las sociedades conocidas un eje central de la organización social. Puesto que de esta institución depende la reproducción biológica, la preservación y perpetuación del orden social, cultural y económico, así como la gestión de la reproducción de la fuerza de trabajo, muchos y potentes mecanismos sociales y políticos se ponen en marcha en cada situación concreta para asegurar dicho control.”⁶⁶

El Estado argentino tuvo, históricamente, una actitud pronatalista, en la que subyacía la invisibilización de las mujeres como portadoras de derechos en cuanto tales enmarcándolas, exclusivamente, en el ámbito de la familia.

Antes de 1869, año en que se sanciona nuestro Código Civil, las normas que regulaban y organizaban la familia estaban regidas por el Código Canónico, basado en el Concilio de Trento, reconociendo la autoridad eclesiástica en estos temas.

“La Iglesia afianza todas las condiciones de la unidad familiar: la patria potestad, institución de derecho divino promulgada en el decálogo, y la sujeción de la mujer, unidamente con su elevación a las funciones morales

⁶⁶ Torrado, Susana, *Op. Cit.*, p. 176.

de la maternidad, santas y libres, bajo el patrocinio conyugal; la indisoluble unión de los esposos, contraída ante Dios, robustecida por la Gracia sacramental y la unanimidad de la fe (de los esposos), consagrada..., no según la carne y la sangre, sino por vocación sobrenatural de los hijos de Dios...”.⁶⁷

Esta concepción católica acerca de la familia no desaparece en el Código Civil de Vélez Sarsfield, donde sencillamente se le da un marco jurídico a estas ideas. Susana Torrado enumera algunos de los principales puntos del Código Civil que dan cuenta de la persistencia del modelo de familia católico y patriarcal. A continuación se retomarán algunos de los puntos mencionados por la autora:

- El hombre es “jefe del hogar”, dado que se presenta como proveedor del mismo, tiene el derecho de fijar el domicilio conyugal y es el administrador de los bienes de la familia, incluso de los bienes propiedad de su esposa antes del matrimonio.
- Este Código impone grandes restricciones a los derechos civiles de las mujeres. Éstas deben tener autorización de su marido para realizar actividades de índole pública, ya sea económicas, judiciales o laborales.
- La patria potestad de los hijos legítimos corresponde enteramente al padre.
- El matrimonio religioso es mantenido, y se excluye el matrimonio meramente civil. Asimismo, establece la indisolubilidad de los lazos matrimoniales.

Queda claro cómo el Código Civil de 1869 desconoce a las mujeres en tanto sujetos de derecho y las presenta como menores a ser tuteladas.

A finales del siglo XIX nuestro país experimenta grandes cambios económicos, políticos y sociales. A un modelo económico “exitoso” desde el punto de vista del crecimiento del país y de su posicionamiento en el orden internacional, se sumó un ordenamiento político que podría considerarse, a grandes rasgos, liberal. En el plano social hubo una gran transformación que se relacionó con los flujos inmigratorios. En este contexto comenzó un proceso de

⁶⁷ Recalde (1968), p. 67- 69. Citado en Torrado, Susana, *Íbid*, p.130.

secularización, que implicó una modificación en las relaciones entre el Estado y la Iglesia Católica. Acerca de esta secularización dice Torrado:

“Dicho proceso se inicia junto con la década de 1880 y culmina con la transferencia al Estado de una serie de actividades que siempre habían estado a cargo de la Iglesia: la educación; el registro de los nacimientos, casamientos y defunciones; la consagración de los matrimonios. Se sancionaron entonces las llamadas ‘leyes laicas’: la Ley 1.420 de Educación Común; la Ley 1.565 de Registro Civil; la Ley 2.393 de Matrimonio Civil”.⁶⁸

Respecto de esta última ley, se puede decir que el cambio principal es la eliminación de la obligatoriedad de la celebración del matrimonio religioso. Respecto de otras cuestiones básicas como la sujeción de la mujer al marido, patria potestad, fijación del domicilio conyugal, etcétera, la nueva ley no introduce modificaciones, lo que sigue implicando la consideración de las mujeres como sujetos tutelados y eternas menores. Sin embargo, resalta Torrado, esta ley se contrapone a una modificación real en la lucha por los derechos de las mujeres.

Las condiciones reales de las mujeres no sufren grandes variaciones sino hasta 1926, año en que se sanciona la Ley 11.357 “que equipara jurídicamente a la mujer en algunos aspectos. Se dispone entonces que la mujer mayor de edad, cualquiera fuera su estado civil, tiene la capacidad de ejercer los mismos derechos que el hombre mayor de edad: puede disponer de sus bienes, elegir ocupación, celebrar contratos y contraer obligaciones”.⁶⁹

En los años siguientes, y a pesar de los grandes cambios económicos y políticos luego de la crisis de 1930, no hay variaciones sustanciales en lo referido al derecho de familia. Es importante destacar que en la reforma constitucional de 1949, durante el primer gobierno justicialista, se establece la protección, por parte del Estado, al matrimonio, se garantiza la igualdad jurídica de los cónyuges, la patria potestad y el bien de familia y se da una atención especial a la protección y asistencia de la madre y los niños. Es en esta época que desaparecen las

⁶⁸ Torrado, Susana. *Op. Cit.*, pp. 133- 134.

⁶⁹ Torrado, Susana. *Op. Cit.*, p. 179.

discriminaciones públicas entre hijos matrimoniales y extramatrimoniales, aunque no se equiparan sus derechos. Quizá la norma más resonante fue la sanción de la ley 14.394 que posibilitaba, por primera vez en Argentina, el divorcio vincular. Sin embargo, ésta fue una ley de muy corta duración, dado que fue sancionada a finales de 1954 y fue derogada por el gobierno militar luego del golpe de 1955.⁷⁰

A pesar de que en los años subsiguientes la democracia fue permanentemente interrumpida por sucesivos golpes militares, es justamente durante el régimen militar que se extendió desde 1966 a 1973, que se introducen algunos cambios a la Ley de Matrimonio Civil, que implican un pequeño avance en los derechos de las mujeres: se deroga la facultad de representación del esposo en los actos y acciones de su cónyuge, y se permite el divorcio no vincular de mutuo acuerdo.

Recién después de 1983, una vez que nuestro país recuperó la democracia, se comenzó a avanzar de manera clara, al menos en el plano legal.

“En 1985 se sanciona la Ley 23.264 de Filiación y Patria Potestad. En lo que respecta a la filiación, se elimina toda forma de discriminación real entre hijos nacidos dentro o fuera del matrimonio y se equiparan sus derechos. En lo que concierne a la patria potestad, se modifica la antigua normativa, estableciéndose que los deberes y derechos sobre las personas y bienes de los hijos corresponden conjuntamente al padre y a la madre. En 1987, por fin, se establece el divorcio vincular (Ley 23.515)”.⁷¹

Otros avances quedan plasmados a partir de la reforma de la Constitución en 1994, dado que ésta incluye diversos tratados internacionales relacionados a los derechos humanos.

Sin embargo, es importante destacar que la posición pronatalista del Estado argentino y la influencia de la Iglesia Católica en la vida política, social y cultural de nuestro país, imprimieron un determinado modo de ver el mundo, de concebir los cuerpos de las mujeres, la reproducción biológica y social, y la familia que marcó repetidamente el rumbo de las regulaciones estatales.

⁷⁰ Torrado, Susana. *Op. Cit.*, p.180.

⁷¹ *Ibid.*, p. 180.

Ni la Ley N° 23.515, de Divorcio Vincular, sancionada en 1987, ni la inclusión de la Convención de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por su sigla en inglés) en la Constitución de 1994, lograron desterrar la concepción de familia patriarcal, basada en un hombre proveedor-jefe de familia, y una mujer doméstica, encargada de la reproducción y cuidado de la descendencia y del hogar, sostenida, fundamentalmente, por la Iglesia Católica. Recién cuando se abrió el debate público acerca del matrimonio igualitario, que finalizó en la sanción de la Ley 26.618, que modifica el Código Civil para permitir el matrimonio entre personas del mismo sexo y la adopción de niños/as por parte de estas parejas, comenzó a ponerse en cuestión socialmente esta idea de familia patriarcal, heteronormativa y basada en la división sexual del trabajo.

2.3.3. Regulaciones en el mundo del trabajo para las mujeres

Si bien siempre existió el trabajo fuera del hogar por parte de las mujeres, según Marcela Nari, hubo momentos históricos en los que el número de mujeres en el mundo del empleo aumentó significativamente:

“Entonces, los dos grandes procesos de transformación de la inserción femenina en el mercado de trabajo fueron el aumento de mujeres obreras en el sector industrial desde fines del siglo XIX, y, a partir de los años 20, el crecimiento de empleadas con cierto nivel educativo en la administración pública y privada, y de maestras en el sector educativo.

Desde fines del siglo XIX, las mujeres constituyeron una fuerza de trabajo fundamental en ciertas industrias (textiles, tejidos, confección, tabaco, fósforos) (...).⁷²

Sin embargo, las mujeres siempre fueron relegadas en este ámbito. Sus trabajos estaban acotados a ciertas actividades consideradas “femeninas”, sus sueldos siempre eran más bajos que los de los varones en caso de que ocuparan puestos pares, y muchas de sus labores estaban invisibilizadas, como el trabajo

⁷² Nari, Marcela, *Op. Cit.*, p. 79.

a domicilio, modalidad de trabajo llevada adelante, casi exclusivamente, por mujeres.

“El mercado de trabajo reproducía y creaba nuevas pautas para la división sexual de tareas. Reproducía y creaba también estereotipos de género. Las tareas feminizadas, por lo general, tenían o se les encontraba alguna ligazón con los trabajos domésticos adjudicados culturalmente a las mujeres. La participación de éstas en el mercado de trabajo se concentró en actividades consideradas “extensiones” de sus “funciones naturales”: elaboración de alimentos, vestidos, limpieza, lavado y planchado de ropa, socialización y educación de niños, cuidado de enfermos y ancianos. (...)

La división sexual en el mercado de trabajo y la consecuente segregación de las trabajadoras en determinadas ocupaciones tuvieron, por lo menos, dos efectos inmediatos en las experiencias de las mujeres trabajadoras: uno, relacionado a la calificación, y otro al nivel salarial. (...)

Al suponerse estas calificaciones “naturales”, en vez de constituir un producto de años de socialización y aprendizajes específicos de género, no eran reconocidas en los salarios. (...)

De todas maneras, el resultado era menores salarios porque se suponía que las obreras producían menor valor o porque necesitaban menor dinero que los jefes de familia-varones de quienes dependía la subsistencia y la reproducción de las unidades domésticas.

La discriminación salarial podía adoptar dos formas: las mujeres eran segregadas en las ocupaciones peor remuneradas del mercado o recibían menores jornales (entre la mitad y tres cuartas partes) que los varones por realizar igual tarea”.⁷³

Cuando se hizo innegable la existencia de las mujeres en el mercado laboral, se dictaron diversas normas y leyes para regular su trabajo, siempre orientadas a preservar sus funciones como reproductoras biológicas y sociales. Existió una fuerte oposición al trabajo femenino por parte de políticos conservadores, e incluso, de algunas organizaciones de trabajadores, por considerar que si las mujeres se desenvolvían en tareas fuera del hogar la

⁷³ Nari, Marcela, *Op. Cit.*, pp. 81-83.

constitución, estabilidad y bienestar de las familias se verían fuertemente amenazados, como así también los puestos de trabajo masculinos.

“El objetivo manifiesto de la legislación laboral femenina hasta fines de la década del '40, tendió esencialmente a preservar la función materna para las mujeres que trabajaban fuera del ámbito doméstico; el objetivo latente fue excluirlas de aquellas actividades que se desarrollaban fuera del hogar (fábricas, comercios, bares, restaurantes, etc.)”.⁷⁴

Quizá el elemento que define los debates acerca de las mujeres trabajadoras no es el trabajo fuera del hogar en sí mismo, sino la preocupación, propia de finales del siglo XIX y principios del siglo XX, acerca de la maternidad y su supuesta incompatibilidad con cualquier actividad que no fuera doméstica. Desde que el capitalismo es tal, existieron mujeres proletarias, hecho que no constituía una preocupación central en los debates públicos y políticos. Tampoco se discutía que dichas mujeres trabajadoras fuesen madres. Hubo una transformación de la cuestión de la maternidad, que implicó un nuevo énfasis en el estereotipo mujer=madre, ligado a ciertas transformaciones sociales que implicaron una novedosa preocupación por parte del Estado y otras instituciones acerca del modo de materner de las mujeres. Si bien, como se ha visto a lo largo del presente trabajo, las regulaciones sobre los cuerpos y sus funciones ha estado marcada por desigualdades de clase, raciales, de género y orientación sexual, en el período arriba mencionado las características de dicha intervención fueron muy particulares en nuestro país.

“La “cuestión de la mujer”, en especial la cuestión de la mujer trabajadora, se entiende dentro del proceso de redefinición del sujeto femenino como madre y de lo doméstico como privado. Obviamente, esto no implicaba que las mujeres no hubieran tenido hijos antes o que la procreación no hubiera sido considerada “natural”. Lo nuevo era que lo maternal pretendía presentarse como omnipresente y omnipotente, y ocultaba toda otra posible manifestación de comportamientos y sentires, actitudes y valores,

⁷⁴ Torrado, Susana, *Op. Cit.*, p.190.

femeninos o humanos. Además, la insistencia, cada vez más marcada, de presentar la maternidad como “la Naturaleza femenina” pareciera indicar más resistencia que convencimiento por parte de las mujeres”.⁷⁵

Se abrieron, entonces, debates políticos e intelectuales en torno de cómo podría influir el trabajo fuera del hogar en la salud de las madres y sus hijos/as, las consecuencias morales que podría acarrear la desatención doméstica de las mujeres sobre su prole y su hogar, los potenciales efectos negativos sobre la “moral femenina”, mientras se intensificaron las estrategias, ya mencionadas, para fijar a las mujeres en su rol doméstico y maternal.

“Aunque la mayoría de las veces la cuestión de la mujer y el trabajo asalariado se presentaba como una preocupación por la madre, en realidad se constituyó como una preocupación por la descendencia, por los hijos. Por lo tanto, tuvo una faz orgánico- biológica y otra moral. (...) Los cuerpos femeninos, en donde se gestaban los hijos, eran el primer “medio” del cual los futuros argentinos y argentinas adquirirían caracteres. Cuerpos que podían transmitir salud o enfermedad a los futuros ciudadanos, trabajadores y madres. El trabajo asalariado “atrofiaba” los organismos femeninos, los inutilizaba para la procreación o su prole era defectuosa. “Degeneraba” además, sus espíritus, sus almas o sus psiquis. La degeneración orgánica conllevaba y era impulsada por la degeneración moral.

La segunda capa de la cebolla en la formación de un individuo nuevo era la familia. Otro “medio” que se metía en los organismos y se transmitía por herencia. Todo proyecto de construir una sociedad o una nación, entonces, debía entroncar con familias “bien” constituidas puesto que, además, eran su base (...).⁷⁶

Por otro lado, y dando cuenta de la concepción de las mujeres como eternas menores tuteladas, la legislación sobre trabajo de mujeres y sobre trabajo infantil siempre estuvo íntimamente ligada, cuando no regulada en forma

⁷⁵ Nari, Marcela, *Op. Cit.*, p. 84.

⁷⁶ *Ibid.*, p. 85.

conjunta. Recién con la consolidación del modelo de industrialización por sustitución de importaciones, en nuestro país se comenzó a desterrar esta asimilación de las mujeres a los/as menores de edad. Este cambio de punto de vista, estuvo ligado a otros avances relativos a la ciudadanía de las mujeres. Un ejemplo muy claro respecto de esto es la sanción, en 1947, de la Ley 13.010 que estableció el derecho de las mujeres a sufragar. Esta conquista fue el resultado de décadas de lucha por parte de diferentes organizaciones de mujeres e, incluso, de algunos partidos políticos.

A pesar de los avances en cuanto a derechos civiles, políticos y laborales que tuvieron lugar entre las décadas de 1940 y 1950, aún subyacía la división fundamental de la familia en varones proveedores y mujeres domésticas. Durante el proceso de industrialización por sustitución de importaciones, el Estado argentino llevó adelante una política económica que implicó el acceso al trabajo en condiciones de formalidad. A esto se suma el fortalecimiento de las organizaciones de trabajadores, cuyas demandas y luchas estaban aún enmarcadas en la división básica arriba mencionada. Tanto las organizaciones de trabajadores como el Estado justicialista sostenían una visión conservadora y hetero-patriarcal de la familia, orientada por un proyecto fuertemente pronatalista.

El panorama para las mujeres se mantuvo más o menos estable durante la década siguiente, siempre teniendo en cuenta que la inestabilidad democrática no era un buen contexto para el avance de derechos, a pesar de que diferentes organizaciones y partidos de trabajadores adquirieron relevancia en estos años.

En 1975, luego de la caída de la Bolsa de New York y en el marco de la crisis internacional que trajo aparejada, nuestro país entró en una recesión acompañada de inflación. En este año tuvo lugar el llamado “Rodrigazo”⁷⁷, que significó un duro revés para la economía doméstica de las clases trabajadoras. Al

⁷⁷ El “Rodrigazo” fue un conjunto de medidas económicas y financieras impulsadas por Celestino Rodrigo, Ministro de Economía del gobierno de María Estela Martínez, que asumió en 1975, que implicaron un brusco viraje en política económica a través del cual se “(...) trató de sincerar las variables macroeconómicas de una manera repentina, comenzando por una devaluación del 160% para el tipo de cambio comercial y del 100% para el financiero. Simultáneamente se intentó reducir el déficit fiscal con un reajuste tarifario, que alcanzó al 181% en el caso de la nafta. El precio de los transportes urbanos se incrementó un 75% (...)”. (Ver Rapoport, Mario (2003). *Historia económica, política y social de la Argentina (1880- 2000)*. Buenos Aires: Ediciones Macchi). Obviamente, el resultado de estas medidas no fue exitoso. La inflación aumentó, mientras que la puja distributiva se recrudecía debido a la contracción de los salarios reales.

mismo tiempo, el gobierno de María Estela Martínez lanzó una fuerte ofensiva contra los trabajadores y las organizaciones a ellos vinculadas.

Esta sería la antesala del golpe militar de 1976, el más cruento de la historia de nuestro país. El gobierno militar llevó adelante un duro disciplinamiento de los/as trabajadores/as a través de dos estrategias principales: la desarticulación del aparato productivo, con la consiguiente caída del empleo y el retroceso en sus condiciones y beneficios, y, por otro lado, la violencia directa y brutal contra las organizaciones obreras y estudiantiles. Ambas estrategias fueron sumamente efectivas para disgregar las luchas sociales y dismantelar las conquistas conseguidas en las últimas décadas en cuanto a derechos económicos, políticos y sociales.

En este período, la clase trabajadora en general se vio duramente afectada, por lo que la situación de las mujeres en este aspecto no mostró particularidades.

Es importante tener en cuenta que el retorno a la democracia en 1983 se dio sobre una base de derechos absolutamente minada. Al mismo tiempo, la clase trabajadora y los distintos grupos que buscaban el reconocimiento de derechos específicos se habían visto fuertemente afectados por la desarticulación y persecución de la actividad militante. Asimismo, permanecían intactas, e incluso se habían visto reforzadas, las instituciones más conservadoras de la sociedad, lo que permitió la supervivencia de estereotipos de género y se mantuvo la idea que divide a la sociedad y a las familias en hombres proveedores y mujeres domésticas.

Con el retorno de la democracia existieron muchos avances en cuanto a derechos en el plano formal, sin embargo, las condiciones no estaban dadas para la garantía real de los mismos. El contexto social y económico después de la dictadura estaba signado por enormes desigualdades sociales, lo que implicaba un acceso diferencial a los derechos.

Se puede arribar a la conclusión de que el conjunto de concepciones y regulaciones repasadas en este apartado han reforzado la idea de que el mundo del trabajo es secundario para las mujeres, cuyo rol primordial es la maternidad. Ha existido, y aún existe, una jerarquía impuesta a las mujeres que establece que

su desempeño en la vida doméstica es muy importante, mientras que la vida laboral aparece como secundaria.

Esta relación entre las mujeres y el mundo del trabajo tuvo consecuencias paradójicas en la post- dictadura. La última dictadura militar sentó las bases de un modelo neoliberal, que implicó una transformación enorme en las características del mundo del trabajo. Al mismo tiempo que se flexibilizaban las leyes laborales a favor de los empleadores, y el número de desempleados alcanzaba niveles altísimos, un fenómeno que afectó principalmente a los varones, las mujeres se vieron empujadas al mercado laboral en condiciones de informalidad y precariedad. Sin embargo, a pesar de las transformaciones producidas por la crisis económica y el nuevo rol de las mujeres en el mundo laboral, las normas y regulaciones no dieron cuenta de la nueva realidad. Las mujeres, no sólo se convirtieron, en muchos casos, en las proveedoras del hogar, sino que siguieron ocupando su rol tradicional al frente de las tareas domésticas, lo que se traduce en una sobrecarga de trabajo, de la que tampoco dan cuenta las normas y regulaciones. De hecho, a pesar de todo esto, la idea de que los varones son los principales proveedores y las mujeres son, principalmente, madres, sigue en pie. Esta idea ha influido negativamente sobre el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, a la vez que es evidente que las regulaciones y políticas públicas más aceptadas y avaladas son aquellas que contemplan a las mujeres en tanto madres: Plan Nacer, Asignación Universal por Hijo y Asignación Universal por Embarazo.⁷⁸

El cuestionamiento de los derechos ciudadanos como derechos abstractos y el reconocimiento del peso político específico que tienen en el acceso a la ciudadanía las cuestiones de clase, raza, sexo, orientación sexual, ha sido producto de un proceso histórico y de la resistencia que trabajadores/as, mujeres y subalternos/as mantuvieron frente a los sujetos dominantes y sus proyectos políticos. En lo referido a las sexualidades la despolitización/neutralización de las

⁷⁸ Mientras el Plan Nacer y la Asignación Universal por Embarazo promueven abiertamente el cuidado de las mujeres en cuanto madres y apuntan a fortalecer el binomio madre- hijo/a, la Asignación Universal por Hijo las considera en tanto administradoras y representantes de los intereses de sus hijos/as. Ver www.plannacer.msal.gov.ar y www.anses.gov.ar.

corporalidades no fue un impedimento para que el Estado operase sobre los cuerpos produciendo regulaciones que aparecían como sexualmente neutras. Las políticas de población, familia y trabajo tuvieron, al menos en la Argentina, claros sesgos clasistas, racistas y patriarcales. En el caso de las mujeres, es sólo a partir de la recuperación de la democracia, en 1985, que la cuestión de la ciudadanía sexual se pone a la orden de día.

El breve panorama histórico ofrecido permite advertir algunos rasgos salientes de las políticas sexuales (llamadas “poblacionales” o “de familia”) llevadas a cabo por el Estado argentino. Éste ha sostenido políticas pronatalistas, racistas y sexistas, apoyadas tanto en las regulaciones de la vida civil, sosteniendo durante mucho tiempo un modelo de familia vinculado al credo católico, como en las regulaciones laborales que han reforzado la división sexual del trabajo, asignando a las mujeres el papel de madres y guardianas del hogar.

A modo de ejemplo, baste señalar que en 1921 se incluyó el aborto como delito contra la vida en el Código Penal, castigando una práctica contraceptiva hasta entonces tácitamente tolerada. A ello se añade que el proceso de laicización de fines del siglo XIX sólo lo fue de manera incompleta. En 1869 el Código Civil asume el modelo de familia propio de la tradición católica. La Iglesia Católica Argentina operaría desde entonces en adelante como un severo obstáculo para la conquista de derechos individuales, en particular el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas.

Capítulo 3: Estado y Derechos Sexuales y Reproductivos.

Introducción

El proceso de reconocimiento de las mujeres como sujetos de derecho fue largo y segmentado. Su autonomía y sus necesidades están invisibilizadas por los estereotipos de género propios del capitalismo patriarcal, que tiende a reforzar la identificación entre mujer y madre a partir de una serie de normativas y en el anclaje, en el imaginario social, de la equivalencia mujer=madre, la idea de la pasividad erótica de las mujeres y el mito del amor romántico.⁷⁹ Durante muchos años, sus espacios para desenvolverse, sus potenciales, sus capacidades y sus deseos estuvieron fuertemente encorsetados en “el destino doméstico” que les asignaba la división sexual del trabajo. El control sobre los cuerpos de las mujeres, sobre su sexualidad, su placer y sus capacidades reproductivas fue una constante a lo largo de la historia del capitalismo, y adquirió características particulares en nuestro país. Durante mucho tiempo se las consideró sencillamente objetos de políticas poblacionales y, si eran tenidas en cuenta por la legislación vigente, era en relación al honor de los varones de su familia de origen o al de su marido, si estaban casadas.

“Como sostiene Bragoni (2009), el espacio femenino hacia fines del XIX fue el de la reproducción biológica. Contraer matrimonio era casi una obligación y una valoración personal y familiar. Matrimonio y fertilidad se convertían en un aspecto medular de los mandatos que pesaban sobre las mujeres de la familia. La honorabilidad femenina, si bien pasaba por la capacidad de dar hijos a la familia, de su reputación sexual siguió dependiendo el honor familiar”.⁸⁰

⁷⁹ Fernández, Ana María, *Op. Cit.* Pateman, Carole, *Op. Cit.*

⁸⁰ Vasallo, Jacqueline (2012). “Sexualidad y derecho. Algunas notas sobre la regulación de la sexualidad en Argentina”, en *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos* (José Manuel Morán Faúndes, María Candelaria Sgró Ruata Y Juan Marco Vaggione editores). Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial, p. 141.

La virtud de las mujeres era de cuidado público, aunque su vida estuviera “destinada” al mundo privado. Y esa virtud alcanzaba su máxima expresión una vez que las mujeres cumplían con el “deber” de dar a luz hijos/as y de criarlos/as de acuerdo a las normas y valores vigentes. La sexualidad de las mujeres estaba atada a la reproducción en el marco de la familia monogámica y patriarcal. Dicho modelo, como se ha visto anteriormente, implicaba que la única carrera para las mujeres era el matrimonio, dado que ellas “pertenecían” al ámbito doméstico y su “destino” era ser madres. Por supuesto, este diseño familiar y social suponía la heterosexualidad obligatoria.

La moral femenina era fuertemente custodiada y el imaginario social dividía a las mujeres en dos grupos: santas y putas. Santas eras aquellas que cumplían los mandatos sociales y lograban elevar su estatus y disminuir las sospechas sobre su siempre tambaleante virtud a través del casamiento y la procreación. Putas eran no sólo aquellas que ejercían la prostitución, sino también todas las que no dieran cuenta del rol que la sociedad pretendía de ellas. Contrariamente a esta tajante división que ponía a todas las mujeres en cuestión, los varones contaban con la libertad que les confería su pertenencia al mundo exterior, al espacio público. De hecho, entre finales del siglo XIX y 1936, año en que se sanciona la ley de Profilaxis en Argentina, la prostitución era legal. Esta legalidad, lejos de proteger a las mujeres que la ejercían, le daba un marco de legitimidad a la doble moral masculina.

“Por ese entonces, la prostitución legal resultó para el Estado una de las herramientas fundamentales para consolidar y proteger a la nación en ciernes. Cubierta con un halo de legalidad, la prostitución reforzaba y legitimaba el doble patrón de moralidad sexual vigente. Por un lado, aseguraba a los varones el acceso a determinados cuerpos femeninos para <descargar> las apetencias sexuales que <naturalmente> brotaban de los suyos, y que no podían ser satisfechos dentro del marco del matrimonio. Sin olvidar que los solteros prácticamente contaban con esta opción (Grammático, 2000)”.⁸¹

⁸¹ Vasallo, Jacqueline, *Op. Cit.*, pp. 142- 143.

Durante la década del '50 las mujeres comienzan a ingresar más ampliamente al mundo del trabajo. Incluso, muchas mujeres casadas acceden a un trabajo remunerado fuera del hogar. Este cambio implicó una transformación en el modo en que las mujeres eran vistas socialmente, modificando la concepción de que cualquier mujer que se desempeñara fuera del hogar exponía a la duda su moralidad y virtud.

Durante la década siguiente, se produce otro hecho que profundizaría las transformaciones en el rol y visión de las mujeres en la sociedad y la familia: el ingreso masivo de éstas a las universidades. El acceso a la educación superior se une a otros cambios sociales que permiten pensar en una época de esperanzas emancipatorias y ampliación de las libertades. Durante la década del '60 se comienza a discutir la separación entre sexualidad y reproducción dado que aparecen las primeras píldoras anticonceptivas. Si bien, como se expuso en el capítulo anterior, en Argentina las parejas regulaban su fecundidad desde inicios del siglo XX, los métodos anticonceptivos más utilizados escapaban al control de las mujeres. Durante esta década, con la aparición de la píldora, las mujeres pudieron ampliar su autonomía en cuanto a las decisiones sexuales y reproductivas. No obstante, este método fue utilizado principalmente por las mujeres de clases medias, dado que los sectores populares dependen mucho más de las políticas del Estado en cuanto a asesoramiento y distribución de métodos, por su falta de acceso a la medicina privada y por las dificultades para obtener conocimientos adecuados respecto de la regulación de la fertilidad y por los obstáculos legales que impedían la compra de pastillas anticonceptivas.

“Pero, por sobre todo, la píldora separó la función reproductora del placer sexual. Las mujeres, entonces, devenidas en sujetos sexuales concientes y activos, comenzaban poco a poco a dejar atrás la representación de <la caída>, para comenzar a gozar de su sexualidad”.⁸²

Es una época de liberación sexual, en la que el sexo, la sexualidad, la posibilidad de decidir acerca de la reproducción, contando con un método

⁸² Vasallo, Jacqueline, *Op. Cit.*, p.147.

anticonceptivo seguro que brindaba autonomía a las mujeres, no se presentaba como una cuestión de derechos. Los años '60-'70 fueron una época que ha sido denominada la “edad de oro” del capitalismo. Durante esos años la idea de que el mundo que se anunciaba sería mejor y más libre en cuanto a las formas de vida y las sexualidades era ampliamente compartida.

En 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría eliminó la homosexualidad del “Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales”, lo que significó la puesta en cuestión de la heterosexualidad obligatoria en consonancia con la ruptura de estereotipos de “normalidad” que había comenzado durante la década del '60. A partir de 1975, los movimientos feministas y de mujeres ponen sobre la mesa una serie de demandas, tales como el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, el derecho a decidir cuántos/as hijos/as tener y cuándo tenerlos, el derecho a vivir una sexualidad libre de violencias y coacciones, las que van configurando el espectro de lo que luego sería denominado Derechos Sexuales y Reproductivos.

En la década del '80, con la aparición del HIV- SIDA, comienza a delinearse otra percepción de la sexualidad, que la presenta como fuente de amenazas y peligros. Vemos así que, en menos de dos décadas, el sexo deja de ser un mundo de posibilidades y liberación, para comenzar a ser un espacio de “patologización” y juridización. El ejercicio de la sexualidad ahora es asociado, con mucha mayor fuerza, a la posibilidad del contagio de infecciones o enfermedades de transmisión sexual, y por otro lado la demanda de vivir una sexualidad saludable y libre de riesgos es presentada en términos de derechos.

Queda planteado, así, el inicio de un debate que afecta principalmente, aunque no de manera exclusiva, a mujeres y niñas y que aún está vivo en la actualidad: el que se da en torno a los Derechos Sexuales y Reproductivos.

En el presente capítulo, se abordará el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, los debates en torno a los mismos y algunas definiciones básicas para comprender mejor a qué nos referimos cuando hablamos de derechos sexuales y reproductivos.

Posteriormente, se analizarán las obligaciones del Estado respecto de los derechos humanos y cómo dichas obligaciones pueden, o no, traducirse en políticas públicas o acciones programáticas.

3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Derechos Sexuales y Reproductivos?

A partir de la Década de la Mujer, comienza un proceso de reconocimiento y promoción internacional de los derechos humanos de las mujeres. En este sentido, los Estados Nacionales nunca antes tuvieron un marco tan claro para dar cuenta de dichos derechos. Este proceso implica la redefinición de ciertos derechos ya reconocidos y el reconocimiento de otros que aparecen en la escena pública a partir de las luchas de diferentes organizaciones de mujeres y feministas.

En nuestro país, los derechos humanos comienzan a ser debatidos más ampliamente en la escena pública a partir del retorno de la democracia en 1983. En esta época, reaparecen y se afirman diversas organizaciones y movimientos que vieron cercenados sus espacios de lucha durante la dictadura, y se suman a las organizaciones, fundamentalmente de mujeres, que luchaban por sus familiares detenidos/as y desaparecidos/as durante la dictadura militar. Se abre, así, un abanico amplio de demandas sociales y políticas.

En cuanto a los derechos de las mujeres en particular, podemos decir que la Argentina se suma al proceso que se había iniciado internacionalmente en 1975, cuando comienza la década de la mujer. En 1979 Naciones Unidas aprobó la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, a la cual nuestro país adhirió en 1984, dando un vuelco fundamental a la cuestión de derechos de las mujeres en el marco de una democracia recién recuperada.

Como parte de este proceso de ampliación de derechos, comienzan a debatirse también los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos. El derecho a la planificación familiar aparece contemplado en el documento elaborado en la Convención sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, específicamente ratificado en las Conferencias de El Cairo y Beijing, celebradas en 1994 y 1995, respectivamente. En dichas conferencias "(...) se establecen las bases para lograr la vigencia de los derechos reproductivos de las mujeres, y donde se incorpora la perspectiva de la

equidad en la relación entre los sexos, es decir, se insta a los gobiernos a considerar en las políticas públicas, la perspectiva de género”.⁸³

Tal como se desprende de la Conferencia sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994,

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos (...) Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”.⁸⁴

Nuestro país da cuenta de estos avances, incluyendo algunos Pactos y Tratados Internacionales sobre derechos humanos en la Constitución Nacional en la reforma de 1994. Entre los más destacados cabe mencionar: El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (1978), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Social (1969), la Convención Internacional sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (redactada en 1967, aprobada por la ONU en 1979).⁸⁵ Sin embargo, estos avances implicaron arduos debates, ya que la voluntad oficial no pasaba de la aceptación formal de ciertos derechos, en lugar de propiciar el debate y la garantía real de los mismos.

⁸³ Meng, Griselda (2006) “Ley de salud sexual y procreación responsable argentina: ¿Una política de género?”, en *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (Mónica Petracci, y Silvina Ramos compiladoras). Buenos Aires: UNFPA y CEDES, p. 97.

⁸⁴ Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo (1994). Capítulo VII. Disponible en www.un.org [Citado el 07 de diciembre de 2009] Link permanente <http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm#cap7a>

⁸⁵ Meng, Griselda (2006) “Ley de salud sexual y procreación responsable argentina: ¿Una política de género?”, en *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Petracci, Mónica y Ramos, Silvina compiladoras. Pág. 97

“(…) el verdadero empujón para que el debate se instalara en la sociedad fue la «cruzada santa» llevada a cabo por el presidente Menem, primero en la Cumbre de Mandatarios Iberoamericanos, en Colombia, y luego mediante su arremetida en la Asamblea Constituyente. Dicha «cruzada» consistió en el intento de incluir la cláusula «el derecho a la vida desde el momento de la concepción»”.⁸⁶

Dicha cláusula fue conocida como “Cláusula Barra” ya que fue puesta a consideración por el Ministro de Justicia del gobierno de Menem, Rodolfo Barra, en un intento de dar por cerrado el debate en torno al tema de la legalización del aborto. Esta iniciativa generó una respuesta amplia y clara de distintos sectores sociales, fundamentalmente de organizaciones feministas y de mujeres que se nuclearon en el movimiento “Mujeres Autoconvocadas por el Derecho Decidir en Libertad”, cuya primera aparición en el ámbito público fue una carta abierta a los Convencionales Constituyentes, en la que se canaliza la oposición del movimiento de mujeres, feministas y sus aliados a esta iniciativa menemista. Ésta iba acompañada de un documento en el que se planteaban demandas claras en torno a los derechos sexuales y reproductivos: educación sexual, servicios gratuitos de salud reproductiva, capacitación específica a profesionales de la educación y la salud, legislación que contemplara la provisión de métodos anticonceptivos, entre otras cosas.⁸⁷

En los años 1994 y 1995 tienen lugar dos Conferencias fundamentales en la ratificación y el compromiso internacional con la defensa de los derechos humanos de las mujeres: las mencionadas Cumbres de El Cairo y de Beijing.

Con esta base de derecho, aquellas iniciativas aisladas comienzan a consolidarse y se abre un proceso de debates por el que se sancionan en algunas provincias –incluida Mendoza- leyes de Salud Sexual y Reproductiva. A éstas nos referiremos más ampliamente más adelante.

Teniendo en cuenta la Conferencia Mundial de Derechos Humanos del año 1993, partimos de una concepción integral de derechos según la cual éstos son

⁸⁶ Bellucci, Mabel (1995) “Decidir sobre el propio cuerpo es un derecho ciudadano”, en *Feminaria*, Año VII, número 13, Buenos Aires, p. 11 Disponible en www.feminaria.com.ar . [Citado el 30 de abril de 2012]. Link permanente <http://www.feminaria.com.ar/revista/revistas/013/013.pdf>

⁸⁷ Belucci, Mabel. *Op. Cit.*

“universales, indivisibles, interdependientes y relacionados entre sí.”⁸⁸ Las sucesivas transformaciones que han sufrido se articulan a un proceso de ampliación de derechos y sujetos. El reconocimiento de los mismos, como así también su definición, son construcciones históricas y sociales nunca acabadas que varían a lo largo del tiempo.

La sexualidad y la salud se configuran como derechos en tanto se reconoce su importancia capital en la vida de los/as ciudadanos/as. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud integralmente. Según esta organización:

“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁸⁹

Desde este punto de vista, cuando se habla de salud se deben tener en cuenta diversos factores determinantes en la vida de las personas y en su acceso a ciertos derechos, para lo cual es fundamental romper con la concepción de una ciudadanía abstracta, y ubicar a cada ciudadano/a en su contexto político, social, económico, teniendo en cuenta su sexo, su raza o etnia y su orientación sexual.

Tomando en consideración la definición amplia de salud antes mencionada, es evidente que la salud sexual tiene un peso propio y específico en el bienestar de las personas y una clara relación con la necesidad histórica de ampliación de derechos para que el plano de la salud sexual y la sexualidad sean tenidas en cuenta a la hora de definir los derechos humanos.

La Organización Panamericana de la Salud define la salud sexual del siguiente modo:

⁸⁸ Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993). Viena. Disponible en www.un.org [Citado el 30 de noviembre de 2011]. Link permanente <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>, p. 5.

⁸⁹ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946), adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York. Disponible en www.who.int [Citado el 30 de abril de 2012]. Link permanente <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

“La salud sexual es la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad.

La salud sexual se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”.⁹⁰

Otro concepto fundamental para comprender en toda su complejidad el tema de Derechos Sexuales y Reproductivos es el de sexualidad.

“El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad puede abarcar todos estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos. Sin embargo, en resumen, la sexualidad se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”.⁹¹

La configuración de la salud y la sexualidad como derechos es la cristalización de las luchas sociales para hacer patente el entrecruzamiento de las esferas pública y privada, así como también las regulaciones a las que los cuerpos de los/as ciudadanos/as han sido y son sujetos: el nacer, el morir, la

⁹⁰ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2000), *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Guatemala. Disponible en www.paho.org [Citado el 30 de junio de 2012]. Link permanente http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf, p. 6.

⁹¹ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, *Op. Cit.*, p. 6

cantidad de hijos/as, las sexualidades, no son un asunto puramente individual y privado, sino cuestiones sociales que los Estados modernos regulan.

“(…) podemos comprender la constante ampliación de los derechos humanos ante la creciente complejización de lo social si recordamos que, desde sus orígenes, su tarea ha sido proteger la mayor gama posible de situaciones. Por último, avanzar en la comprensión de la sexualidad y la reproducción desde una perspectiva de derechos humanos también implica ampliar la mirada sobre estos dos campos, al cuestionar la distinción radical entre público y privado y sus efectos políticos.”⁹²

Siempre que hablamos de derechos, lo hacemos teniendo en cuenta no sólo su reconocimiento formal, sino también el acceso real a los mismos por parte de los/as ciudadanos/as. Los derechos sexuales y reproductivos están atravesados por elementos sociales, culturales, económicos, religiosos y de poder, dado que implican una particular visión de las mujeres y varones, los cuerpos sexuados, las parejas, la reproducción como una decisión libre, las orientaciones sexuales, etcétera. Tal como lo define Gutiérrez, los derechos sexuales y reproductivos son indisociables de su posibilidad de ejercicio real.

“El terreno de los derechos sexuales y reproductivos puede ser definido teniendo en cuenta dos elementos claves (Corrêa y Petchesky, 1994): poder y recursos. Poder para tomar decisiones informadas acerca de la propia fecundidad, crianza de los/as hijos/as, salud ginecológica y sexualidad. Recursos para llevar adelante estas decisiones en condiciones seguras y efectivas”.⁹³

De esta forma, el Estado aparece como un actor clave en el ejercicio real de los derechos sexuales y reproductivos, puesto que, a través de políticas y acciones programáticas, permite o impide el acceso efectivo de los/as

⁹²Jones, Eduardo Daniel (2006) “Derechos, Sexualidad y reproducción: el lugar de los adolescentes en la legislación Nacional y en la de Chubut”, en *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina. Aportes para comprender su historia* (Mónica Petracci y Silvina Ramos compiladoras), p. 178.

⁹³Gutiérrez, María Alicia, *Op. Cit.*, p. 85.

ciudadanos/as a los dos elementos citados por Gutiérrez anteriormente: poder y recursos.

En el apartado siguiente, se analizarán las obligaciones específicas del Estado respecto de los derechos sexuales y reproductivos. Dichas obligaciones permiten el ejercicio real y el acceso efectivo de las personas a sus derechos, para que éstos no sean meras declaraciones formales y se transformen en elementos reales que impacten en su calidad de vida y cotidianidad.

3.2. Obligaciones del Estado respecto de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos.

Se ha visto, hasta aquí, el recorrido que llevó a la inclusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos en el abanico de Derechos Humanos. Asimismo, se ha mostrado cómo el Estado argentino incorporó pactos y tratados internacionales a la Constitución Nacional en la reforma de 1994 y adhirió a distintas iniciativas internacionales en este sentido. Sin embargo, el reconocimiento formal de un derecho no basta para que éste sea efectivamente ejercido por los/as ciudadanos/as. Sin negar que el reconocimiento de derechos es fundamental para el ejercicio de la ciudadanía, en el presente apartado se abordarán las obligaciones estatales para que el reconocimiento de derechos se traduzca en realidades tangibles para las personas.

“Los principios de universalidad, igualdad y no discriminación, constituyentes todos del enfoque de DDHH, imponen el desafío, en el campo de las políticas públicas y agendas de desarrollo, de implementar acciones preferenciales hacia las personas y grupos excluidos de la sociedad”.⁹⁴

⁹⁴ Peñas Defago, Ma. Angélica (2012) “Las políticas de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos humanos” , en *Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos* (José Manuel Morán Faúndes, María Candelaria Sgró Ruata Y Juan Marco Vaggione editores). Córdoba: Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial, p. 192.

Una vez reconocido un derecho determinado, el Estado es el encargado de velar por su cumplimiento y su llegada a la totalidad de los/as ciudadanos/as. En este sentido Hilda Kohan distingue cuatro obligaciones fundamentales respecto de los derechos.

“Sobre cada uno de los derechos reconocidos es posible identificar distintos niveles de obligaciones:

- De respetar: deber del Estado de no injerir, obstaculizar o impedir el acceso o el goce de los bienes que constituyen el objeto del derecho.
- De proteger: consiste en impedir que terceros injeriran, obstaculicen o impidan el acceso a esos bienes.
- De garantizar: supone asegurar que el titular del derecho acceda al bien cuando no puede hacerlo por sí mismo.
- De promover: caracterizado por el deber de desarrollar condiciones para que los titulares del derecho accedan al bien”.⁹⁵

La idea de que los derechos humanos son universales choca, inevitablemente, con la realidad de sociedades fragmentadas y desiguales, en las que sus miembros tienen acceso diferencial a los recursos y al poder. Es imprescindible, entonces, retomar la crítica a la noción de ciudadano abstracto y poner sobre la mesa la necesidad de reconocer que los/as ciudadanos/as ocupan lugares diferentes en el entramado social condicionados/as por diversos factores tales como su sexo, su pertenencia religiosa, su clase social, su raza o etnia, etcétera. Estas diferencias se traducen en distribuciones de poder diferentes y, por ende, en posibilidades diferentes de acceso a bienes y servicios.

La pregunta que surge de manera forzosa es cómo pueden los Estados dar cuenta de esas diferencias y realizar acciones que no transformen esas diferencias en acceso desigual a los derechos humanos.

⁹⁵ Kohan, Hilda (2009), “Políticas de acceso a la salud- Jurisprudencia de la Suprema Corte de Justicia de Bs. As.” en *Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva. Un desafío para las políticas públicas*. Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir, pp. 31- 32.

“Las políticas públicas son una herramienta por medio de la cual las declaraciones de derechos y las leyes pasan del plano meramente discursivo a ser parte de la vida diaria de las personas. Hay derechos que no necesitan políticas que los garanticen, debido a que su práctica ya está generalizada en la sociedad, pero muchos derechos, sobre todo aquellos inherentes a sujetos subalternos, como es el caso de la mayoría de las mujeres, requieren de políticas públicas que los garanticen, que los conviertan en algo concreto que modifique la realidad cotidiana de todas y cada una de las mujeres sin discriminación alguna”.⁹⁶

Si bien cada una de las cuatro obligaciones estatales arriba mencionadas tiene una razón de ser fundamental en sociedades desiguales, la garantía, a través de políticas públicas, de acceso a ciertos derechos adquiere particular relevancia. A continuación, se analizará específicamente el tema de las políticas públicas en relación a las obligaciones del Estado tal como han sido señaladas por Kohan.

3.3. Derechos, Estado y ciudadanos/as.

Para pensar las políticas públicas como herramienta del Estado para garantizar los derechos de los/as ciudadanos/as, es importante hacer un breve análisis de la implicancia del concepto de políticas públicas, e intentar dar cuenta de las diversas coyunturas políticas, económicas y sociales en las que determinado tipo de política pública es llevado adelante.

Se tomará el planteo de Sonia Fleury según el cual la ciudadanía se conforma como contraparte necesaria de la consolidación de los estados modernos. Por ende, las demandas ciudadanas y las respuestas públicas a dichas demandas son procesos relacionales y no unidireccionales.

⁹⁶ Anzorena, Claudia (2002), *Las representaciones de la sexualidad femenina en el campo de las políticas públicas. Un seguimiento de políticas y programas en la provincia de Mendoza (1988-2001)*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNCuyo. Tesina de Grado, p. 10

“Entendiendo a la ciudadanía como la contrapartida de la construcción del Estado, esto es, como proceso simultáneo y correlativo a la dinámica de la consolidación de una autoridad central, se puede huir del modelo tradicional de análisis de las políticas públicas en el cual ellas son tomadas como respuestas pasivas del Estado a los *inputs* del ambiente externo, o mismo como *outputs* de un proceso decisorio y administrativo que impacta al medio circundante.”⁹⁷

Es preciso hacer una breve reseña del surgimiento y consolidación de las políticas públicas orientadas a proteger o cubrir ciertas necesidades sociales. En los países latinoamericanos el surgimiento de lo que Fleury denomina “políticas sociales” tiene lugar en el siglo XIX, de la mano de la consolidación de los estados nacionales. Una vez que, en los países del sur del continente, se transformó la estructura productiva, los estados se vieron en la necesidad de intervenir para mediar en la puja distributiva entre capital y trabajo.

“Resumiendo, podemos concluir que las condiciones de emergencia de las medidas de protección social en América Latina están asociadas al proceso de crisis del modelo agroexportador y del ejercicio liberal del poder, implicando la modificación de la relación Estado/ Sociedad. Si las primeras medidas fueron destinadas a servidores civiles y militares buscándose fortalecer el poder central y la identidad nacional, pero sin configurar un modelo de protección social, el surgimiento de las capas medias urbanas y del proletariado plantearon las cuestiones de participación y de la reproducción social en la arena política”.⁹⁸

Es preciso tener en cuenta, siguiendo a la misma autora, que en los países de Latinoamérica, existió una tradición “mutualista” relacionada al arribo masivo de inmigrantes europeos con formación y experiencia organizativa. Fueron estas organizaciones las que, en muchos casos, se hicieron cargo de las demandas sociales, y, de un modo u otro, definieron las características de la protección social.

⁹⁷ Fleury, Sonia, *Op. Cit.*, p. 170.

⁹⁸ *Ibid.*, p. 233.

Luego de la crisis de 1929, cuando los estados latinoamericanos comenzaron un proceso de industrialización por sustitución de importaciones, las características de las políticas sociales tuvieron una significativa transformación. Fueron los Estado Nacionales los líderes principales de este proceso, lo que hizo que esta época tuviera algunas particularidades.

“El cambio en las relaciones de poder y en la interacción entre Estado y sociedad se va a reflejar en un conjunto de transformaciones en el aparato estatal administrativo, capaces de dotar al Estado de los instrumentos necesarios para el ejercicio de las nuevas funciones compatibles con la posición intervencionista de conductor del proceso de desarrollo nacional. Sin dudas, que la regulación de las relaciones laborales y la organización y consolidación de poderosos aparatos de protección de los trabajadores, así como la absorción de la clase media en los cuadros de servidores públicos fueron algunos de los principales instrumentos de concreción de la nueva estructura y dinámica de ejercicio del poder”.⁹⁹

En el caso de nuestro país, Fleury destaca que ciertas características, tales como el nivel de industrialización y urbanización, una clase obrera organizada y sindicalizada y una gran influencia europea sobre las clases dominantes, lograron que en Argentina la protección social tuviera características más redistributivas.

En la década del '40, durante el primer gobierno peronista, se sientan las bases de la seguridad social y la salud pública a través del Primer Plan Quinquenal.

“Hasta aquel momento el Estado no tuvo una función importante en la cobertura de los servicios de salud, pero a partir de entonces asumió la responsabilidad por el derecho a la salud con posibilidades de acceso igualitario, creando las condiciones financieras para el desarrollo de un complejo sistema asistencial con la construcción, en pocos años, de numerosos hospitales públicos (...)

En el área de beneficios, el gobierno peronista amplió la cobertura, creó nuevas Cajas, estableció nuevos beneficios e intentó articular toda esta

⁹⁹ Fleury, Sonia. *Op. Cit.*, p.239.

estructura fragmentada y diferenciada de acuerdo con el poder de negociación de cada categoría, con la creación del Instituto Nacional de Previsión Social”.¹⁰⁰

Sin embargo, tal y como relata Fleury, esta intención de implementar una red universal e igualitaria de sanidad chocó con un servicio de salud diferenciado ligado a las Obras Sociales Sindicales.

Aún después del golpe contra Perón en 1955 las condiciones se mantuvieron en cuanto a Seguridad Social y Salud. El mantenimiento del sistema se complejizó a medida que la economía nacional entraba en crisis, las contradicciones al interior de la sociedad se agudizaban y la puja redistributiva se endurecía.

Los gobiernos militares que se alternaron en el poder entre la década del '60 y la del '80 tomaron medidas específicas para dar un viraje clave en la relación entre el Estado y la sociedad en lo que se refiere a la garantía de los derechos sociales.

“(…) Promoviendo un patrón de acumulación altamente distorsionado a favor del capital privado con una transnacionalización creciente de la estructura productiva, concomitantemente, se operó la despolitización de las cuestiones sociales pasando a tratarlas como técnicas y apolíticas”.¹⁰¹

A partir del golpe de 1976, el sistema de salud conoció una creciente privatización, al mismo tiempo que la salud pública veía recortado su presupuesto y alcances. Los gobiernos de corte neoliberal que tuvieron lugar desde principios de la década del '90 se basaron en “(…) principios de descentralización, privatización y focalización propugnada por la segmentación de clientelas de las políticas sociales, reservando al Estado el papel de protector de la parcela más pobre, aquellos que deben ser asistidos, en cuanto al sector privado se

¹⁰⁰ Fleury, Sonia, *Op. Cit.*, p. 242.

¹⁰¹ *Íbid.*, pp. 262- 263.

encargaría de aquellos mejor pagos, cuya capacidad de construcción presenta un interés lucrativo”.¹⁰²

El paso de un modelo de políticas sociales universales a uno en el que las políticas son focalizadas, significa una enorme desigualdad en el acceso a ciertos derechos. Asimismo, la descentralización implicó el traspaso de ciertos servicios básicos para la población, como la salud y la educación, a los estados provinciales. Esto se tradujo en una enorme desigualdad entre las diversas provincias, como así también en una escasez prácticamente crónica de recursos para asignar a estas áreas.

Está claro que la focalización de las políticas públicas contradice cualquier pretensión de igualdad y acceso universal a los derechos, por lo que aún el acceso a derechos humanos básicos se ve fuertemente resentido, yendo en contra de la propia definición de los mismos. Frente a este panorama, el mero reconocimiento formal no basta para poner en marcha mecanismos que aseguren el acceso a los derechos humanos, tal como se sostuvo más arriba.

“El enfoque de DDHH propone para la elaboración, planificación y evaluación de políticas públicas, una serie de principios establecidos en los tratados y convenciones internacionales y regionales de DDHH, los cuales deberían informar y orientar todo este proceso. Este abordaje, supone reconocer a los/as sujetos/as no como meros/as beneficiarios/as de políticas de asistencia que emanan del Estado, sino como sujetos/as autónomos/as cuyo estatus de titulares de derechos obliga a los Estados a escuchar y atender sus demandas (Abramovich y Pautáis, 2006). De este modo, se busca superar una lógica asistencialista en las políticas públicas”.¹⁰³

Abandonar las políticas asistencialistas, en que las personas no son vistas como sujetos de derecho, sino como objetos de tutela, es vital para que las políticas públicas cumplan con la función de garantizar el acceso de la ciudadanía a los derechos. Para ello, no deben pasarse por alto las diferencias

¹⁰² Fleury, Sonia. *Op. Cit.*, p. 310.

¹⁰³ Peñas Defago, Ma. Angélica. *Op. Cit.*, pp.194- 195.

que, en las sociedades capitalistas, suelen estar ligadas a desigualdades en el acceso a derechos. En Argentina, se vivieron, hasta la década del '70, los efectos de las transformaciones en el sistema de salud impulsadas durante el primer gobierno peronista, que estaban ligadas a las tradiciones organizativas de la clase obrera y a las tradiciones mutualistas de principios del siglo XX. Este tipo de organizaciones se entrelazaron y sirvieron de base a políticas públicas de corte universalista que aplicaban en una sociedad con índices de pobreza relativamente bajos y donde el acceso al empleo formal, que era amplio por entonces, garantizaba el goce de ciertos derechos.

A partir de la década del '90 se produjo un notorio retroceso de la capacidad organizativa del proletariado, ligado no sólo al brutal disciplinamiento impuesto por la última dictadura militar, sino también a los altísimos índices de desempleo y al surgimiento de un “nuevo tipo de pobreza” vinculada a este fenómeno. En este contexto, se dio una ampliación de derechos formales debido al impacto de los tratados internacionales, que patrocinaban “nuevos derechos” y a la visibilización de “nuevos sujetos”. Paralelamente, el Estado aplicó políticas focalizadas en pos de cubrir algunas necesidades de los sectores sociales excluidos por el modelo neoliberal, al mismo tiempo que se deshizo de la responsabilidad sobre ciertas áreas claves, de alcance universal, ligadas a la denominada “seguridad social”, tales como la salud y las jubilaciones.

Acerca del proceso de implementación del modelo neoliberal que se extendió durante toda la década de 1990 y gran parte del nuevo siglo, decía Alejandra Ciriza en 2006:

“El proceso argentino en los últimos años podría describirse a trazo grueso, del lado de la sociedad civil, como de pavorosa destrucción del mundo social edificado hasta los años 70: un país relativamente igualitario ha pasado a ser uno de los más desiguales del mundo en un tiempo muy breve, durante el cual hemos presenciado un proceso concentrador de riqueza y de aumento de las desigualdades sociales y de la exclusión sin precedentes en la historia nacional. Del lado del Estado se ha producido un

desguace del aparato de seguridad social y un reforzamiento del aparato represivo”.¹⁰⁴

Sin dudas, las mujeres fueron uno de los grupos más golpeados por el modelo. Si bien es cierto que se produjo una pauperización generalizada, uno de los fenómenos más sobresalientes de la etapa actual del capitalismo es la feminización de la pobreza. Cuando las políticas neoliberales arrasaron con el mundo del trabajo tal y como fuera conocido en la época del keynesianismo y las tasas de desocupación alcanzaron cifras altísimas, las mujeres de los sectores populares se vieron obligadas a encontrar estrategias de supervivencia en condiciones tremendamente desfavorables. A esto hay que agregarle un hecho de suma importancia en la vida de las mujeres: si bien, históricamente, la sociedad les ha brindado escasas o nulas posibilidades para decidir acerca de su potencial reproductivo; son ellas las que quedan a cargo, de manera prácticamente absoluta, del cuidado de sus hijos/as.

La privatización de los espacios que, en otra época, el Estado cubría a través de políticas sociales, impactó especialmente en la vida cotidiana de las mujeres. Tal como antes se señaló, la ampliación de derechos formales en este contexto de exclusión y privatización, se tradujo en un defasaje claro entre la letra de los tratados internacionales, las leyes y regulaciones que incluyen nuevos derechos ciudadanos, y el acceso real a los mismos por parte de las personas.

“Del Estado de bienestar, garante de los derechos sociales de los y las sujetas hemos transitado, desde los años 80, bajo el impacto de la ofensiva neoliberal, al desguace de los Estados nacionales y a la mercadorización de los derechos. Estado sin ciudadanos, derechos sin garantías, ciudadanización formal acompañada de descuidanización real configuran el escenario de los últimos años”.¹⁰⁵

¹⁰⁴ Ciriza, Alejandra (2006) “Ciudadanas en el siglo XXI: sobre los ideales de la ciudadanía global y la privatización de derechos” en *Utopía y Praxis Latinoamericana. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social*. Maracaibo: Universidad de Zulia, p. 47.

¹⁰⁵ Ciriza, Alejandra. *Op. Cit.*, p. 49.

Este rápido panorama acerca de la relación entre derechos, Estado y ciudadanos/as permite advertir que la expansión de derechos, producida a partir la restauración democrática de 1984, se ha visto seriamente afectada por la transformación en la relación entre Estado y ciudadanos/as.

Se puede decir que el Estado, redefinido a partir del impacto de las políticas neoliberales, realiza aquello de la escisión máxima entre el/la ciudadano/a abstracto y el/la sujeto concreto/a.

Los derechos conquistados por las mujeres, en particular los sexuales y reproductivos se han expandido rápidamente desde el punto de vista formal. ¿Qué sucede en el campo del respeto, la protección, la garantía y la promoción efectivas?

3.4. Derechos Sexuales y Reproductivos, Estado y Ciudadanos/as.

En el presente apartado se tomará en consideración que, en el caso de los Derechos Sexuales y Reproductivos, la situación es aún más compleja que la descrita más arriba, dado que implican un debate sobre la sexualidad y las decisiones acerca del propio cuerpo, que pretende ser silenciado por los grupos más conservadores. Además, se ponen en juego estereotipos acerca de las mujeres, de los que ya se ha dado cuenta previamente, que las ubican en el lugar de objetos de tutela en su condición de madres y no como sujetos autónomas.

“La situación de las políticas públicas sobre derechos reproductivos en la Argentina se inscribe en un modelo que busca paliar las consecuencias del modelo económico y social, y en una tradición que considera las políticas sobre derechos reproductivos como ligadas a las políticas demográficas y de salud. En estos casos el objetivo final no puede ser otro más que el de control de la natalidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual. Si la sexualidad de las mujeres es tenida en cuenta como función de reproducción, como interés demográfico, y no como un

derecho de las mujeres al libre control de su cuerpo y su sexualidad en un sentido amplio, tal cual fue definida en la IV Conferencia de la Mujer, realizada en Beijing en el año 1995, es difícil que los compromisos internacionales hallen vías efectivas de concreción a través de políticas públicas continuas y eficaces”.¹⁰⁶

Cambiar la visión acerca de los derechos sexuales y reproductivos y traducir esa visión en políticas públicas universales, claras y que den garantías en cuanto a acceso a derechos es fundamental y prioritario. Retomando las indicaciones de Kohan, ¿qué implicancia tienen las obligaciones del Estado en materia de derechos sexuales y reproductivos? Éstas implican, entre otras cosas, respetar, proteger, garantizar y promover el acceso de las personas a los bienes y/o servicios relativos al derecho en cuestión, es decir, asegurar los recursos para acceder a dichos bienes o servicios, evitar que personas o instituciones obstaculicen el ejercicio de estos derechos, viabilizar las medidas necesarias para la mejor distribución posible de los accesos y promover el conocimiento por parte de los/as sujetos de esos derechos.

Tal como se dijo previamente, los Derechos Sexuales y Reproductivos tuvieron un amplio reconocimiento en el plano formal. Sin embargo, el impacto en la vida cotidiana de las personas suele tener muy poco que ver con las leyes. Queda como interrogante el alcance efectivo de los programas y políticas públicas con que se cuenta.

Para describir la relación entre Derechos Sexuales y Reproductivos, Estado y ciudadanos/as, se repasará la situación de los avances legales y acciones programáticas en Salud Sexual y Reproductiva, algunos elementos básicos ligados a la sanción de la Ley de Contracepción Quirúrgica, la Educación Sexual Integral (ESI) y la garantía de acceso a Abortos No Punibles (ANP), como componentes de estos derechos entendidos en un sentido integral. El orden de presentación de estos componentes responde a la cronología de su aparición en el debate público y su reconocimiento formal a través de leyes o acciones programáticas.

¹⁰⁶ Anzorena, Claudia. *Op. Cit.*, p. 8.

3.4.1. Avances legales y programas relativos a la Salud Sexual y Reproductiva.

A partir del retorno de la democracia en la Argentina, muchos sectores, especialmente los grupos feministas y de mujeres, comenzaron a demandar con más y más fuerza una política pública que diera cuenta de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Sin embargo, no es hasta la década del '90 que las provincias se hacen eco del debate en torno a estos derechos, y sancionan leyes que contemplan acciones específicas en relación a la salud sexual y a la (no) reproducción.

A continuación, se presenta un cuadro que muestra la sanción de las leyes provinciales relativas a la salud sexual y reproductiva.

Provincia	Ley	Nombre	Sanción
La Pampa	1.363	Programa Provincial de Procreación Responsable	27-12-91
Chaco	4.276	Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable	10-04-96
Corrientes	5.146	Programa de Acción a favor de la Salud de la Mujer y el Niño Adhesión ley nacional	21-11-96 29-09-04 01-07-03
Mendoza	6.433	Programa Provincial de Salud Reproductiva	22-10-96
Neuquén	2.222	Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	31-10-97
Misiones	Decreto 92/98	Programa Provincial de Planificación Familiar Integral	02-02-98
Jujuy	5.133	Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de ETS	03-06-99
Chubut	4.545	Programa de Salud Sexual y Reproductiva	23-11-99
Río Negro	3.450	Programa Provincial de Salud Reproductiva y sexualidad Humana	12-10-00
Ciudad de Buenos Aires	418	Salud Reproductiva y Procreación Responsable	22-06-00
Tierra del Fuego	509 (533, modif. Art. 8º- 2001)	Régimen Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	03-01-01
Santa Fe	11.888	Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	20-05-01
Entre Ríos	9.501	Sistema Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable	22-06-03

Provincia de Buenos Aires	13.066	Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	17-06-03
Córdoba	9.073	Programa de Maternidad y Paternidad Responsable	13-01-03
Salta	73.113	Sexualidad responsable	24-08-04
San Luis	5.429	Programa Provincial Integral de Salud Reproductiva	25-02-04
Santa Cruz	2.656	Adhesión a la ley nacional (sin erogación de fondos)	26-06-03
La Rioja	7.425	Adhesión a la ley nacional	21-11-02

Fuente: Schuster, Gloria y García Jurado, Mariana (2006), "Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva", en *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (Mónica Petracci y Silvina Ramos compiladoras). Buenos Aires: CEDES

Cabe destacar, además, que el 30 de octubre de 2002 el Congreso de la Nación promulgó la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la cual fue reglamentada al año siguiente a través del Decreto Nacional 1282/2003. Los objetivos de este Programa, según consta en el artículo segundo de la ley, son:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable".¹⁰⁷

¹⁰⁷ Ley 25.673 (2002) *Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable*. Disponible en www.msal.gov.ar [Citado el 24 de julio de 2012]. Link permanente <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/>

Entre los objetivos planteados por la Ley 25.673, podemos distinguir aquellos que apuntan a reconocer, reforzar o visibilizar derechos ciudadanos y aquellos relacionados netamente con el plano de la salud.

El primer objetivo y el último son fundamentales, porque reconocen los Derechos Sexuales y Reproductivos como derechos ciudadanos a la autodeterminación, a la autonomía en la toma de decisiones acerca la propia sexualidad, a la no discriminación, a la no coacción y a la libertad de decisión sobre el propio cuerpo. El último objetivo centra su atención en las mujeres, reconociendo la importancia de que sus decisiones en cuanto a su cuerpo y su potencial reproductivo sean escuchadas y tenidas en cuenta. De diversas formas, abarcan y contienen los demás objetivos planteados.

Los objetivos dos al cinco están referidos al cuidado de la salud de las mujeres, su descendencia y de los/as adolescentes. Entre éstos se hallan también la prevención y detección temprana de distinto tipo de enfermedades, tanto de transmisión sexual como patologías genitales y mamarias.

Finalmente, el penúltimo objetivo de la ley se refiere al derecho a la información. En él, se habla de garantizar a la población el acceso a asesoramiento en materia de salud sexual y procreación responsable.

Este desglose de los objetivos de la ley que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable apunta a mostrar cómo, al plantear las cuestiones relacionadas a la sexualidad y a la (no) reproducción en términos de derechos, el Estado logra correrse del lugar tradicional de hacedor de políticas poblacionales y alinearse con lo estipulado en pactos y tratados internacionales de derechos humanos. Hacer política pública en términos de derechos es reconocer a las personas como sujetos y no como meros objetos de tutela.

Esto es primordial en lo que se refiere a salud sexual y reproductiva, dado que es impensable hablar de salud o de prevención de embarazos no deseados o no planificados sin reconocer la autonomía de cada persona para tomar decisiones respecto de su sexualidad y de su cuerpo.

Este breve recorrido por las leyes provinciales de salud sexual y reproductiva y por la ley nacional 25.673, nos permite visualizar con qué avances formales específicos cuentan los/as ciudadanos/as en materia de derechos

sexuales y reproductivos, para luego intentar analizar cómo se están aplicando en realidad las leyes y qué políticas públicas, o acciones programáticas específicas, se están llevando adelante en nuestra provincia.

3.4.2. Ley de Contracepción Quirúrgica

La contracepción quirúrgica siguió un derrotero que comenzó con la realización de esta práctica por “razones médicas”, es decir, de acuerdo a los criterios médicos dominantes acerca de su conveniencia o no, y terminó, hace escasos años, siendo reconocida como un derecho de las mujeres y varones a decidir acerca de sus cuerpos y capacidades reproductivas.

“En los inicios de la esterilización quirúrgica, los motivos que admiten su práctica son por indicación terapéutica, entendida exclusivamente en sentido médico. Esta causa se ampara en el principio ético de totalidad (también llamado terapéutico) que considera al cuerpo humano una unidad, integrado por partes que tienen un orden y una jerarquía, esta visión organicista justifica la pérdida de la capacidad reproductiva sólo a favor del todo orgánico, de la vida.

En Latinoamérica, los médicos recurrieron a estos postulados para afirmar razones exclusivas de salud (úteros perforados, gran cantidad de cesáreas, en casos de que un nuevo embarazo pusiera en riesgo la vida de la mujer, como enfermedades cardíacas, de riñones, endocrinas) para la indicación de ligadura de trompas”.¹⁰⁸

La práctica de la anticoncepción quirúrgica estuvo ligada, también, a la esterilización compulsiva por razones eugenésicas. Eran los médicos y científicos los encargados de decidir qué personas eran aptas para reproducirse y quiénes no lo eran, y los Estados de América y Europa adherían a esta práctica con el argumento de que representaba un enorme costo económico y social la manutención de aquellas personas “desviadas” (alcohólicos/as, pacientes psiquiátricos/as, criminales, personas con enfermedades hereditarias, etcétera).

¹⁰⁸ Rodríguez Rosana (2004), *La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza*. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNCUyo, Tesina de grado, p. 143.

Esta corriente perdió fuerza a medida que se encontró más y más ligada a los preceptos de higiene racial nazi, aunque esta práctica compulsiva y violatoria de derechos existió durante casi todo el siglo XX en América para controlar el crecimiento de poblaciones indígenas, negras o latinas.¹⁰⁹

En nuestro país, recién durante la década del '80 las contracciones quirúrgicas comienzan a ser realizadas como método de planificación familiar. Sin embargo, y hasta la sanción de la Ley Nacional 26.130, en agosto de 2006, primaban ciertos criterios médicos a la hora de realizar ligaduras de Trompas de Falopio, que obstaculizaban el acceso de las mujeres a esta intervención. Es decir, el acceso de las ciudadanas a la práctica seguía dependiendo de la indicación médica, y dicha indicación dependía de criterios que no tomaban en consideración la autonomía y capacidad de las mujeres para decidir acerca de su cuerpo.

En nuestra provincia la situación no era diferente. En el año 2000 se establecieron un par de normas para la realización de contracciones quirúrgicas de mujeres, que significaron un avance respecto del estado de cosas previo:

“Desde el 23 de mayo de 2000 la obra social de empleados/as públicos (OSEP) decidió por medio de la Resolución N° 0307 cubrir la ligadura de Trompas sin previa autorización judicial, en el sanatorio Fleming de la Obra Social, para aquellos casos donde no sean aplicables otros métodos anticonceptivos y cuenten con indicación terapéutica precisa, previo consentimiento escrito de la paciente, convirtiéndose la OSEP en la primera obra social del país que cubre este tipo de operaciones.

El 2 de octubre de 2000 con la Resolución N° 2492 el Programa de Salud reproductiva tramita un dictado de una norma que permite realizar el procedimiento quirúrgico de ligadura de Trompas de Falopio en hospitales públicos, siempre y cuando se ajusten a ciertos condicionamientos: para todos los casos donde no sean aplicables otros métodos anticonceptivos

¹⁰⁹ Para una historia más detallada de las teorías eugenésicas ver el Capítulo V del citado trabajo de Rodríguez *La medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza.*

(causas físico-clínica y psico-sociales) y cuenten con indicación terapéutica precisa, previo consentimiento escrito de la paciente”.¹¹⁰

Si bien estas normas fueron un antecedente jurídico válido para regular el acceso de las mujeres a la práctica, implicaban el reconocimiento de que no era las mujeres que solicitaban la práctica quienes debían decidir al respecto. La contracepción quirúrgica aún no era pensada como un derecho.

Fueron las demandas de grupos de mujeres y feministas las que contribuyeron, fundamentalmente, a hacer público el debate y denunciaron la falta de cumplimiento de los derechos reproductivos de las mujeres que significaban las trabas en el acceso a la práctica de la ligadura tubaria. Esta lucha derivó en el reconocimiento formal del derecho a la contracepción quirúrgica a través de la sanción de la Ley 26.130, que establece:

“ARTICULO 1º — Objeto. Toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas "ligadura de trompas de Falopio" y "ligadura de conductos deferentes o vasectomía" en los servicios del sistema de salud.

ARTICULO 2º — Requisitos. Las prácticas médicas referidas en el artículo anterior están autorizadas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado.

No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto en los casos contemplados por el artículo siguiente”.¹¹¹

A través de la ley queda estipulado que el único requisito necesario para la realización de la ligadura de trompas de Falopio y vasectomías es el consentimiento informado firmado por la/el paciente. Asimismo, se establece que son el sistema público de salud, las Obras Sociales y las entidades de medicina prepaga los encargados de garantizar el acceso de la ciudadanía a estas

¹¹⁰ Rodríguez, Rosana. *Op. Cit.*, p. 154.

¹¹¹ Ley Nacional 26.130 Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. Disponible en www.conders.org.ar [citado el 30 de septiembre de 2012]. Link permanente http://www.conders.org.ar/pdf/LEY_n_26130.pdf

intervenciones. Se contempla la objeción de conciencia, pero todos los efectores de salud deben garantizar la práctica a los/as usuarios/as que lo requieran.

Si bien, como se ha manifestado a lo largo del trabajo, la existencia de leyes no garantiza por sí misma el acceso real a un derecho, el reconocimiento de la contracepción quirúrgica como una alternativa posible con el estatus de derecho y no como decisión médica o poblacional, muestra hasta qué punto se ha transformado la perspectiva en lo atinente a las regulaciones estatales de la sexualidad.

3.4.3. Educación Sexual Integral

La mayor parte de las leyes existentes, comprenden los derechos sexuales y reproductivos de una manera integral e incorporan la perspectiva de género. El plexo legal existente articula educación, derecho de acceso al método anticonceptivo de elección e, incluso, desde 2012, el derecho de acceso a abortos no punibles.

En el año 2006, se sancionó y promulgó la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral (en adelante, ESI), a través de la cual se crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. El artículo primero de dicha ley establece que:

“Todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos”.¹¹²

Entre sus objetivos principales, la ley enumera:

- “Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica equilibrada y permanente de las personas.

¹¹² Ley 26.150 (2006) *Educación Sexual Integral*. Disponible en www.portal.educacion.gov.ar [Citado el 24 de julio de 2012]. Link permanente <http://portal.educacion.gov.ar/primaria/programas/educacion-sexual-integral/>

- Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos y confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.
- Promover actitudes responsables ante la sexualidad.
- Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular.
- Procurar igualdad de trato y oportunidades para mujeres y varones".¹¹³

Para comprender mejor las potencialidades y límites de esta ley es necesario hacer un breve repaso del derrotero del sistema de educación argentino.

La educación en Argentina sufrió un viraje importante a partir de la sanción de la Ley Federal de Educación¹¹⁴, Ley 24.195, del año 1993. Esta ley, si bien reconoce que la educación en el territorio argentino es responsabilidad principal e indelegable del Estado Nacional, comparte la garantía del acceso al derecho a la educación con las provincias, estipulando la existencia de servicios educativos de jurisdicción nacional, provincial y municipal. Al mismo tiempo, en su artículo cuarto, incluye como responsables de las acciones educativas no sólo a las familias y al Estado, sino también a la Iglesia Católica y otros cultos oficiales.

Otra de las innovaciones introducidas por esta ley es la división de la educación en servicios educativos de gestión pública estatal y privada. Para éstos últimos, la ley prevé un aporte estatal para los salarios de los/as docentes de acuerdo a ciertos criterios establecidos en el mismo texto.

En los hechos, la aplicación de esta ley se tradujo en la fragmentación del sistema educativo en circuitos diferenciales. Por un lado, un circuito de excelencia, privado, destinado a sectores medios y altos de la sociedad. Por otro, un circuito público en el que la educación se presentó, fundamentalmente, como tarea asistencial. La educación en tanto derecho se vio asediada por el paradigma, típicamente neoliberal, de la educación- mercancía.

¹¹³ Ley 26.150, *Op. Cit.*

¹¹⁴ Texto completo disponible en www.me.gov.ar

“Este enfrentamiento entre dos paradigmas: **educación-derecho** versus **educación-mercancía**, no es una mera discusión abstracta. Tiene directas consecuencias sobre cosas tan concretas como las asignaciones presupuestales destinadas a asegurar la gratuidad de la enseñanza, la construcción de escuelas, y el salario de maestras/os y profesores/as, elementos necesarios, aunque no suficientes, a la hora de asegurar la calidad de la educación en un país”.¹¹⁵

Al mismo tiempo, la laicidad de la educación se vio fuertemente afectada por las ambigüedades de la ley ante el papel de las confesiones religiosas y por las presiones ejercidas por la Iglesia Católica ante el proceso de transformación de los contenidos básicos comunes de la educación. La iglesia contestó fuertemente la introducción de contenidos de género e, incluso, de la teoría de la evolución.

Es en ese contexto que la ley 26.150 de Educación Sexual Integral reconoce el derecho de los/as niños/as y adolescentes a la información completa, actualizada, confiable y pertinente para la edad, relativa a la salud sexual y reproductiva, como así también la igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.

Según la ley, la ESI debe propender a formar a niños/as, adolescentes, mujeres y varones en consonancia con el reconocimiento del derecho a vivir una sexualidad plena y completa, libre de coacciones y violencias, como así también al fortalecimiento del respeto por las diferencias en relación a las orientaciones sexuales y la eliminación de las discriminaciones. La sexualidad no debería ser abordada exclusivamente desde el punto de vista de las enfermedades o la reproducción, dado que esta visión acotada no contempla los elementos afectivos, psicológicos, sociales y culturales presentes en el ejercicio de la sexualidad.

“No existen excusas válidas para evitar proporcionar a las personas la educación sexual integral que necesitan para vivir digna y saludablemente.

¹¹⁵ Muñoz, Vernor (2010). Prólogo de *Educación Sexual, derecho humano: La piedra y el viento. El derecho humano a la educación sexual integral*. Montevideo: CLADEM, p. 16.

La realización del derecho a la educación sexual juega un papel preventivo crucial y recibirla o no puede resultar una cuestión de vida o muerte. Reconociendo la necesidad de que la población mundial cuente con educación para prevenir el VIH/SIDA, también queremos llamar la atención sobre la limitada perspectiva sobre la sexualidad que se produce al restringir la educación sexual al abordaje de las enfermedades de transmisión sexual. En nuestra opinión, reducir la educación sexual a estos aspectos, puede inducir a la errónea asociación entre sexualidad y enfermedad, tan perjudicial como su asociación con el pecado”.¹¹⁶

Desde el punto de vista normativo, y tal como lo plantea Muñoz, Relator Especial de Naciones Unidas, brindar educación sexual integral es un deber del Estado en tanto responsable principal e indelegable del goce del derecho a la educación. Si el Estado no asume plenamente esta responsabilidad, la transmisión de información relativa a la salud sexual y reproductiva y a los derechos a ésta ligados, queda en manos de agentes cuya intervención es muy difícil de regular, tales como los medios de comunicación, Internet, material bibliográfico no educativo, etcétera. De este modo, es imposible escapar a la reproducción de estereotipos y transmisión de información acientífica o errónea.

“Aunque se trate de evitar, lo cierto es que las personas siempre somos informadas sexualmente, por acción o por omisión, por vía de las escuelas, de las familias, de los medios de comunicación, etc. De esta forma, la decisión de no brindar educación sexual en los centros de enseñanza supone optar por una forma omisiva de educación sexual, que deja a las niñas, niños y adolescentes librados a su suerte en cuanto al tipo de conocimientos y mensajes, generalmente negativos, que reciben sobre la sexualidad”.¹¹⁷

Es fundamental reconocer a la educación sexual como derecho humano, para brindar una formación adecuada a niños/as y adolescentes. Como antes se dijo, los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, y la

¹¹⁶ Muñoz, Vernor, *Op. Cit.*, p. 29.

¹¹⁷ *Ibid.*, p. 30.

educación sexual integral es un elemento indispensable para el acceso pleno a los mismos. Teniendo todo lo dicho en cuenta, ¿qué se puede decir acerca de la aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral en nuestra provincia?

Frente al panorama de acceso desigual a la educación, planteado al comienzo del apartado, la aplicación de la Ley 26.150 se topa con grandes obstáculos. Luego de la descentralización educativa antes mencionada, la aplicación de esta ley quedó en manos de las provincias.

En el caso de la provincia de Mendoza, la aplicación de la Ley 26.150 fue resistida desde la Dirección General de Escuelas (DGE). Durante el gobierno de Jaque, se confeccionó en la provincia un manual para formar a docentes que fue denunciado por organizaciones de la sociedad civil por tener contenidos discriminatorios, carentes de científicidad y alejados de los objetivos estipulados en la Ley de Educación Sexual Integral. Para la producción del mismo, desde el gobierno se citó a referentes de distintos credos para que volcaran sus opiniones y se consensuaran los contenidos de esta herramienta. El manual estuvo disponible en la web oficial de la DGE hasta que fue quitado de circulación por una acción de exigibilidad llevada adelante durante 2010 y 2011 por la Colectiva Feminista Las Juanas y las Otras en conjunto con el Instituto de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Cuyo y organizaciones feministas y de mujeres de Mendoza.¹¹⁸ Las autoridades provinciales se resisten a la utilización de los materiales producidos por el Ministerio de Educación de la Nación, elaborado de acuerdo al espíritu de la ley, y no han confeccionado uno acorde a los lineamientos estipulados por la Nación, por lo que la aplicación de la Ley es, cuando menos, desigual en el territorio de la provincia, dado que queda a criterio de los/as directivos/as de las escuelas.

Las nuevas autoridades, que asumieron a finales del año 2011, no han dado ninguna señal clara acerca del camino que seguirá la aplicación de la Educación Sexual Integral en Mendoza. Al mismo tiempo, se está discutiendo un proyecto de ley de educación provincial, a fines de reorganizar el sistema

¹¹⁸ Tanto el Monitoreo del funcionamiento del Programa Provincial de Salud Reproductiva como la acción de exigibilidad, fueron realizados en el marco de las actividades anuales coordinadas pro el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS), con el apoyo de UNFPA.

educativo, que no hace referencia expresa a la laicidad en las escuelas, lo que representa un peligro enorme de retroceso en cuanto a derechos adquiridos en una provincia en la que, históricamente, el peso de la jerarquía católica es excesivo.

En este caso, el estado provincial no cumple con ninguna de las obligaciones respecto de este derecho. No respeta, no protege (dado que permitió que sectores religiosos impusieran sus visiones en un cuadernillo de circulación pública), no garantiza, ni promueve. Hasta el momento la provincia no cuenta con una instancia de política pública que abarque a todos los establecimientos educativos, tampoco se dispone de información acerca de las acciones que se están desarrollando. La política más clara del estado provincial ha consistido en la obstaculización de la circulación de los materiales elaborados por el Programa de Educación Sexual Integral, dependiente del Ministerio de Educación de la Nación, apelando al argumento del carácter federal del sistema educativo.

3.4.4. Aborto No Punible. De delito contra el honor a derecho a la integridad sexual de las personas. Un caso testigo.

En el presente apartado se hará una breve referencia al Aborto No Punible (ANP), práctica contemplada por la ley argentina desde 1921, que, sin embargo, es permanentemente puesta en cuestión por el sistema médico, la clase política y el poder judicial. El ANP comenzó a ser reconocido en términos de derecho hace relativamente poco. Esta práctica se encontraba incluida entre los denominados “delitos contra el honor”, y no era considerada como un derecho de las mujeres víctimas de violaciones, o cuya salud o vida pudiera estar en riesgo. El bien protegido era “el honor” de los varones de la familia. No se trataba de la salud, la vida, la integridad y, menos aún, de la autonomía de las mujeres.

El artículo 86 del Código Penal, establece que:

“El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible:

1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”.¹¹⁹

Sin intenciones de dar cuenta del debate acerca de las interpretaciones restrictivas o amplias¹²⁰ acerca del citado artículo, resulta importante destacar que, a pesar de que el acceso a la interrupción del embarazo en las mencionadas situaciones está contemplado por la legislación argentina desde hace casi un siglo, las mujeres, niñas y adolescentes que solicitan esta práctica sufren enormes obstáculos para acceder a la misma.

En general, las trabas para la realización de abortos no punibles se relacionan con dilaciones burocráticas, judicialización innecesaria, postergaciones en el sistema de salud ligadas a presiones de grupos fundamentalistas religiosos, entre otras.

“Obstaculizar, amenazar, impedir el ejercicio de derechos humanos importa en sí mismo una vulneración de los mismos, que se hace más reprochable cuando tales conductas son perpetradas **desde el estado**, el poder en quien se ha confiado en las democracias modernas el exclusivo uso de la fuerza pública, precisamente para garantizar la vigencia de los derechos humanos. Cuando además, tales abusos permaneces **impunes**, se hacen invisibles a la comunidad, se naturalizan como prácticas de un estado que se pretende de derecho”.¹²¹

¹¹⁹ Código Penal de la Nación Argentina. Disponible en www.infoleg.gov.ar [Citado el 19 de julio de 2012] Link permanente <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#15>

¹²⁰ Cabe destacar que el Ministerio de Salud de la Nación confeccionó una Guía Técnica de Atención de Abortos No Punibles en la que se hace una interpretación amplia del Artículo 86 del Código Penal, reconociendo cuatro causales válidas para pedir la interrupción del embarazo: si la vida de la mujer está en peligro, si su salud está en peligro, si el embarazo es producto de una violación y si el embarazo es producto de un atentado al pudor contra una mujer idiota o demente. Ver: www.msal.gov.ar

¹²¹ González Prado, Patricia (2011) “Obstáculos al Aborto No Punible. Análisis de casos en Argentina desde una perspectiva feminista”, en *Actores y discursos conservadores en los debates*

Para ejemplificar lo anteriormente expuesto, se tomará el caso de L.B., una niña violada por su padrastro en Mendoza en 2008. Este caso fue analizado en un artículo escrito por la abogada feminista Patricia González Prado, quien tuvo a cargo la representación legal de la madre de la niña por un período breve de tiempo. Este caso tuvo gran visibilidad pública, en un contexto en el que, apenas dos años antes, la Suprema Corte de Justicia de Mendoza había determinado que los casos de abortos no punibles no requerían de autorización judicial para ser llevados adelante. Sin embargo, el pedido de L.B. fue judicializado, lo que constituyó la primera violación a los derechos de la menor, y la niña fue internada en el Hospital Humberto Notti no tanto para velar por su salud, como para mantenerla bajo el control de un sistema médico que ya había vulnerado su derecho de acceder al ANP al llevar el tema a la justicia.

“Por ello el caso de L.B. da cuenta de cómo se encadenan abusos, omisiones, dilaciones, desidia y violencia institucional, con la injerencia de fundamentalistas católicxs que intervienen en cada solicitud de aborto no punible que toma estado público, pretendiendo <sacrificar> a niñas y mujeres víctimas de violencia sexual en pos de embarazos forzados que se sacralizan, volviéndose más importantes como bienes protegidos, que la vida, salud, integridad y autonomía de las sujetas que los portan”.¹²²

El devenir de la situación de esta niña siguió el curso que se relatará, sin dudas, porque ella y su familia pertenecen al sector más desfavorecido de la sociedad. Su madre tuvo, necesariamente, que recurrir al sistema público de salud, que le negó la práctica y dejó a la menor internada. Los únicos ingresos familiares provenían del trabajo del violador, por lo que era imposible para ellas contar con recursos propios para pedir asesoramiento jurídico, o atención de la salud en el circuito privado.

Una vez que la niña fue internada en el Hospital Notti, la madre comenzó a sufrir las presiones de profesionales del hospital para que no siguiera adelante

sobre sexualidad y reproducción en Argentina (Ma. Angélica Peñas Defago, Juan Marco Vaggione compiladores). Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir, p.p. 258-259.

¹²² *Ibid.*, p. 265.

con su pedido de interrupción del embarazo. Tal como relata Patricia González Prado:

“Un segundo obstáculo se identifica en las **presiones** que ejercían algunxs de los/as profesionales del hospital sobre la madre de L.B. para que desistiera del pedido del aborto. Según ésta nos relató y luego denunció ante medios de prensa, **médicxs y enfermerxs la amenazaban** diciéndole que con la intervención corría riesgo la vida de su hija y cuestionaban su <intención de matar a un inocente>. Nuevamente nos encontramos con el paradigma médico, científico y su apariencia de neutralidad como herramientas para la manipulación ideológica y el ejercicio de biopoder”.¹²³

Un dato importantísimo a tener en cuenta en este caso, es que la justicia ya tenía conocimiento de que, tanto la niña como su madre, eran víctimas de violencia. Según lo consignado por González Prado en su artículo, un tío de L.B., hermano de su madre, había denunciado la situación de violencia sufrida por ambas, sin embargo, el juez interviniente no tomó medida alguna. En el tiempo transcurrido tras la denuncia la niña resultó embarazada, producto de las violaciones por parte de su padrastro.

Este es un claro ejemplo de que detrás de una situación de violencia, que sale a la luz por su carácter extremo, generalmente existe una sucesión de violencias y abandonos institucionales que profundizan la situación de abuso y revictimizan a quien la padece.

“Si partimos de entender que las vulneraciones a los derechos humanos de las mujeres y niñas, comprometen **directamente** la responsabilidad del estado, cuando éste ha tenido posibilidad de evitarlas y no lo ha hecho; no estamos ante una simple obstaculización de acceso a derecho, sino ante una violación de derechos humanos por parte del estado, por desidia, conducta omisiva y mala praxis judicial”.¹²⁴

¹²³ *Íbid.*, p. 267.

¹²⁴ González Prado, Patricia, *Op. Cit.*, p. 268.

La madre de L.B. recurrió a la defensoría oficial de familia para hacer frente a la innecesaria judicialización del caso. Fueron las defensoras oficiales quienes sugirieron a la mujer que tomara contacto con Patricia González Prado, integrante de la Colectiva Feministas Las Juanas y las Otras. El juez que intervenía en el caso había “sugerido” que se diera intervención a un comité de Bioética. Ésta y otras medidas fueron tomadas con intenciones claramente dilatorias, mientras la menor seguía “internada” en el Hospital Notti. Durante su permanencia forzada en dicha institución, la niña y su madre fueron abordadas por miembros de grupos fundamentalistas católicos, que gozaron de completa libertad para ingresar al nosocomio y hostigar a L.B. con métodos como la utilización de imágenes morbosas “ilustradoras” de supuestas prácticas de abortos, presión sobre la niña apelando a su sentido de culpa y al miedo.

Esta situación, por demás irregular, tomó estado público y la madre de la niña solicitó el asesoramiento jurídico de González Prado, a fin de que su hija lograra ser “dada de alta” del hospital. La respuesta fue claramente aleccionadora para la mujer: se dictó la prohibición de acercamiento respecto de su hija. El efecto de semejantes presiones no se hizo esperar: la madre de la niña retomó la representación oficial, y la niña, víctima de permanentes hostigamientos y amenazas, “decidió” continuar con el embarazo. Frente a este cambio de decisión, la justicia, el Comité de Bioética del Hospital y el sistema médico coincidieron en que ése era el momento de escuchar a la niña, sin cuestionar el accionar de la institución en la que estaba privada de la libertad y sin poner en consideración los manejos de los grupos fundamentalistas católicos.

“El juez rechazó el pedido de aborto no punible argumentando que la niña *quería* continuar el embarazo, en ningún momento tuvo en cuenta las manipulaciones y violencias a que expuso a L.B., las que, desde mi punto de vista, influyeron decisivamente en su voluntad”.¹²⁵

La niña continuó con el embarazo producto de las violaciones por parte de su padrastro. Los funcionarios del Estado prometieron vivienda, comida y

¹²⁵ González Prado, Patricia, *Op. Cit.*, p 274.

educación. El embarazo terminó en el octavo mes con una cesárea sumamente complicada y riesgosa para la salud y la vida de la niña gestante, luego de un episodio de eclampsia. L.B. regresó a su precaria realidad. Las promesas de los funcionarios no fueron cumplidas.

Una vez más, se impuso sobre el cuerpo de una niña el saber-poder del sistema médico y del sistema judicial. Una vez más se apeló a los estereotipos propios de la sociedad patriarcal que dictaminan que mujer=madre y que, incluso, niña puede ser equivalente a madre. Una vez más, se ignoraron sistemáticamente los derechos reales de una persona real, en una situación específica. Una vez más, la letra de la ley no fue suficiente para que el goce de un derecho deje de ser un reconocimiento abstracto y se traduzca en violación de derechos en la realidad tangible de la vida cotidiana de una persona. Otro claro ejemplo, de que entre el/la ciudadano/a abstracto y el/la sujeto concreto/a puede existir un abismo.

Es importante destacar que en marzo del corriente año la Suprema Corte de Justicia de la Nación emitió un fallo interpretando el Artículo 86 del Código Penal y precisando su alcance. El fallo echó luz sobre tres cuestiones principales: cualquier mujer que haya resultado embarazada como consecuencia de una violación tiene derecho a acceder a un aborto no punible, atendiendo a los principios de igualdad, dignidad de las personas y legalidad. En segundo término, que los médicos/as no requieren autorización judicial alguna para realizar este tipo de práctica, bastando la declaración jurada de la víctima, o de su representante legal, en la que quede sentado que el embarazo es consecuencia de una violación. El tercer punto se refiere a que los/as jueces y juezas tienen la obligación de garantizar derechos y que, de ningún modo, su intervención puede convertirse en obstáculo para el acceso al derecho a un aborto no punible, por lo que deben abstenerse de judicializar este tipo de casos.¹²⁶

Este fallo es fundamental en lo que se refiere a la garantía, protección y respeto de los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes. Sin embargo, el gobierno de la provincia de Mendoza no ha dado señales en cuanto a la

¹²⁶ Centro de Información Judicial (13/03/12). Disponible en www.cij.gov.ar [Citado el 13 de agosto de 2012]. Link permanente <http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html>

confección de un protocolo de atención de abortos no punibles. Por el contrario, el Gobernador de la Provincia, Francisco Pérez, declaró públicamente que “el fallo no es legislación nacional ni provincial”¹²⁷, dejando en claro, así, su resistencia al avance en la garantía de este derecho. Frente a esta clara resistencia por parte del Ejecutivo Provincial, la diputada radical Liliana Vietti presentó un proyecto para que Mendoza adhiera al Protocolo de Atención de Abortos No Punibles de Nación. El proyecto de Vietti fue aprobado por amplia mayoría en la Cámara de Diputados.¹²⁸ Sin embargo, luego de dilaciones en la Comisión de Salud del Senado y de diversas manifestaciones públicas en contra por parte de algunos legisladores de la mencionada Comisión,¹²⁹ el proyecto fue archivado.

3.4.5. El aborto legal en la Argentina. Una deuda de derechos para las mujeres.

El aborto en nuestro país es ilegal, excepto en las situaciones estipuladas en el Artículo 86 del Código Penal, de las que se habló en el apartado anterior. La lucha por la despenalización y legalización de esta práctica ha sido constante por parte de las organizaciones de mujeres y feministas, quienes subrayan que la penalización de la interrupción voluntaria del embarazo no impide esta práctica, sino que la vuelve extremadamente peligrosa por las condiciones de clandestinidad en las que debe ser realizada. La despenalización y legalización del aborto se plantea como un tema de salud pública, de derechos humanos de las mujeres y de justicia social, dado que son las mujeres pobres quienes sufren, principalmente, las consecuencias de la clandestinidad del aborto.

Con el fin de lograr la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo en nuestro país se formó la Campaña Nacional por el

¹²⁷ Ver nota periodística del día 24 de marzo de 2012 en *Diario digital La Voz*. Disponible en www.lavoz.com.ar [Citado el 13 de agosto de 2012]. Link permanente http://www.lavoz.com.ar/search/apachesolr_search/fallo+de+la+corte+suprema?solrsort=created+desc&retain-filters=1

¹²⁸ Ver nota periodística del día 20 de septiembre de 2012 en *Diario Uno*. Disponible en www.diariouno.com.ar [Citado el 30 de septiembre de 2012]. Link permanente <http://www.diariouno.com.ar/edimpresa/2012/09/20/nota309532.html>

¹²⁹ Ver nota periodística del día 20 de noviembre de 2012 en *MDZOnLine*. Disponible en www.mdzol.com [Citado el 25 de noviembre de 2012]. Link permanente <http://www.mdzol.com/nota/433986/>

Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. La misma fue lanzada en el año 2005, pero tuvo sus orígenes en los Encuentros Nacionales de Mujeres de 2003, realizado en Rosario, y de 2004, realizado en Mendoza. La Campaña se reconoce como “una amplia y diversa alianza federal, que articula y recupera parte de la historia de las luchas desarrolladas en nuestro país en pos del derecho al aborto legal, seguro y gratuito”.¹³⁰ Este espacio está formado por diversas organizaciones de mujeres, feministas, organismos de derechos humanos, profesionales de la salud, intelectuales, científicos/as, grupos estudiantiles, organizaciones barriales, etcétera, de distintas provincias. Su consigna da cuenta del carácter integral del reclamo: “Educación Sexual para decidir. Anticonceptivos para no abortar. Aborto Legal para no morir”.

El punto de vista de la Campaña está basado en la defensa y protección de los derechos humanos de las mujeres en tanto sujetos autónomas, capaces de decidir sobre sus cuerpos y sus vidas.

“Despenalizar y legalizar el aborto es admitir que no hay una única manera válida de enfrentar el dilema ético que supone un embarazo no deseado; reconocer la dignidad, la plena autoridad, la capacidad y el derecho de las mujeres para resolver estos dilemas y dirigir sus vidas; y aceptar que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es un derecho personalísimo ya que éste es el primer territorio de ciudadanía de todo ser humano. Por esto exigimos que se debata y apruebe el Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo elaborado por esta Campaña”.¹³¹

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito confeccionó en el año 2006, de manera colectiva, un Proyecto de Ley para la despenalización y legalización de la interrupción voluntaria del embarazo que fue presentado a la Cámara de Diputados de la Nación en los años 2007, 2009 y

¹³⁰ Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Disponible en www.abortolegal.com.ar. [Citado el 15 de agosto de 2012]. Link permanente http://www.abortolegal.com.ar/?page_id=2

¹³¹ *Ibid.*

2010.¹³² En noviembre de 2011 se debatió, por fin, el proyecto en la Comisión de Legislación Penal, donde el mismo obtuvo dictamen de mayoría. Este debate fue histórico, dado que es la primera vez que se llega a esta instancia con un proyecto para la legalización del aborto. Queda pendiente el debate en dos comisiones más: la de Salud y la de Mujer y Familia. Sin embargo, la discusión pública quedó planteada.

El proyecto perdió estado parlamentario, pero la Campaña volvió a presentarlo, esta vez con el aval de más de cincuenta legisladores/as de distintas fuerzas políticas.

A partir de lo anteriormente señalado, se pueden vislumbrar las dificultades con las que se topan los/as ciudadanos/as a la hora de acceder a los derechos sexuales y reproductivos. En el repaso anterior queda evidenciada una contradicción clara, no sólo entre derechos formalmente reconocidos y acceso real a los mismos, sino también entre criterios de aplicación de las leyes nacionales en el contexto de la provincia. Sin dudas, el hecho de que la garantía para acceder a servicios de salud y educación se encuentre sujeta a la órbita de competencia de los estados provinciales suma dificultades a la hora del cumplimiento efectivo de la debida diligencia estatal para con los derechos de los/as ciudadanos/as. A las resistencias políticas para el cumplimiento y aplicación de las leyes mencionadas, se suma la escasez de recursos, la falta de formación de los agentes estatales, la intervención de sectores conservadores ligados, principalmente, a la Iglesia Católica, entre otros obstáculos.

La gama de derechos sexuales y (no) reproductivos señalados a lo largo de este capítulo, pretende dar cuenta de la complejidad y amplitud de los mismos, al tiempo que se hace evidente su interrelación y dependencia. El pleno acceso a todos y cada uno de ellos es fundamental para que los/as ciudadanos/as cuenten con una vida sexual y reproductiva saludable, gozosa y libre de violencias.

¹³² Texto completo del Proyecto de Ley impulsado por la Campaña disponible en www.abortolegal.com.ar [Citado el 15 de agosto de 2012]. Link permanente <http://www.abortolegal.com.ar/?p=462>

Capítulo 4: De la ley a la política pública. El Programa Provincial de Salud Reproductiva de Mendoza. 1996-2012

Introducción

Continuando con la lógica planteada en el capítulo anterior respecto de la consideración de las diversas aristas de los derechos sexuales y (no) reproductivos, en el presente capítulo se hará un recorrido que tome en cuenta el surgimiento y funcionamiento del Programa Provincial de Salud Reproductiva, en tanto organismo que vino a dar cuerpo a la estrategia del Estado Provincial para cumplir con sus obligaciones respecto de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de la ciudadanía. Se decidió abordarlo en un capítulo diferenciado, por el peso que tiene la existencia y el funcionamiento del Programa en el acceso real de los/as ciudadanos/as a sus derechos sexuales y reproductivos.

Es fundamental, para dar cuenta del surgimiento del Programa Provincial de Salud Reproductiva en Mendoza y de la Ley 6.433, que le dio origen, considerar los debates en torno a la sanción de dicha ley y el derrotero que siguió el Programa desde su creación, a los fines de contar con herramientas para analizar qué políticas públicas y acciones programáticas han existido y existen en nuestra provincia respecto de los derechos sexuales y reproductivos.

La sola existencia de una ley y un programa que trabaje sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres y varones no basta, como se ha mostrado anteriormente, para que ellas/os tengan un acceso pleno a sus derechos y a la salud sexual integral.

A lo largo de este capítulo se proporcionará información respecto de la trayectoria cumplida por el Programa Provincial de Salud Reproductiva desde 1996 hasta la fecha.

4.1. El debate previo

En el año 1996 se sancionó la Ley 6.433 de Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva, cuyos objetivos principales son:

“(…) posibilitar a toda la población el acceso a la información y a los servicios que le permitan la toma de decisión, responsable y voluntaria, sobre sus pautas reproductivas, respetando la ética y las convicciones personales; proteger la vida desde el momento de la concepción y promover el desarrollo integral de la familia”.¹³³

La sanción de esta Ley fue fruto de un debate motorizado, principalmente, por las organizaciones de mujeres y feministas, y en el marco del proceso internacional de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos. En la posición opuesta al reconocimiento formal, a través de la ley, de los derechos sexuales y reproductivos, se encontraban los grupos nucleados en torno a la jerarquía católica.

“Formaron parte de la discusión pública, diferentes tipos de actores sociales. Desde el Poder Ejecutivo y sus funcionarios, pasando por los legisladores, el movimiento de mujeres, feministas y académicas, los representantes de la jerarquía católica mendocina, hasta diversos representantes de movimientos sociales o asociaciones barriales.

Sin embargo, a la hora de evaluar la trascendencia pública de sus intervenciones es claro que, aquellos que mayor voz y presencia mediática destacada tuvieron fueron los legisladores y los grupos católicos nucleados en las organizaciones por la defensa de la vida y la familia (Pro Vida).¹³⁴

También formaron parte del debate, apoyando la sanción de la ley, algunos/as profesionales de la salud con diversos grados de compromiso con la temática, pero siempre de manera individual y no en el marco de asociaciones profesionales. Asimismo, ciertas periodistas tuvieron un rol importante, permitiendo, desde el espacio en el que se desempeñaban, dar algunas

¹³³ Ley 6.433 (1996) *Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva*. Disponible en www.cnm.gov.ar [Citado el 24 de julio de 2012]. Link permanente <http://www.cnm.gov.ar/LegProvincial/LegislacionProvincial.html>

¹³⁴ Brown, Josefina (2006), “De cuando lo privado se hace público, o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza”, en *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia* (Mónica Peracci y Silvina Ramos compiladoras). Buenos Aires: CEDES, p.137.

respuestas a los ataques fundamentalistas en contra de la ley y sus defensores/as.

Mientras la jerarquía católica asumió, según Josefina Brown, una posición más medida en torno al tema, los grupos autodenominados Pro Vida, en los hechos grupos fundamentalistas, asumieron posiciones violentas y visibles mediáticamente. Sus estrategias de presión son similares en todos los casos. El objetivo último es, siempre, impedir el debate y la discusión pública, intentando monopolizar el uso de la palabra, empleando términos grandilocuentes y violentos; apelando al supuesto origen “natural” de ciertos estereotipos de género, tales como el de mujer=madre; la amenaza; la presión de la cúpula de su poderosa institución sobre funcionarios/as del estado; etcétera.¹³⁵

La estrategia asumida por los actores sociales a favor de la sanción de la ley fue de perfil más bajo y, según Brown, más ligada al lobby o cabildeo. Según esta autora, la Ley de Cupos tuvo una enorme importancia en esta situación, dado que permitió la articulación horizontal de mujeres de distintos signos partidarios.

“Los argumentos esgrimidos por estos actores estuvieron basados en una apelación al derechos a decidir de las parejas y, especialmente de las mujeres, haciendo hincapié en las desigualdades sociales que las leyes tendían a resolver, dotando de recursos a los sujetos para poder ejercer plenamente los derechos (no) reproductivos que de hecho, señalaban, son ejercidos diferencialmente de acuerdo con los privilegios de clase. Fue recalado en más de una oportunidad que estas leyes más que crear programas (que en algunos municipios ya existían), lo que hacían era garantizarles un presupuesto. Otro de los argumentos fuertes estaba referido a las situaciones que, en términos estrictamente sanitarios, tendía a resolver: la disminución de la morbimortalidad infantil y materna, la

¹³⁵ Es preciso recordar que ante la solicitud de aborto no punible en el caso de CCA en 2006, estos grupos fundamentalistas amenazaron con colocar explosivos en el Hospital Lagomaggiore, por lo cual la práctica se realizó en un efector cuyos datos no se dieron a conocer. Ver nota periodística en *Diario Página 12*, disponible www.pagina12.com.ar [Citado el 10 de noviembre de 2012]. Link permanente <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/71915-23363-2006-08-24.html> y en *Diario Clarín*, disponible www.clarin.com [Citado el 10 de noviembre de 2012]. Link permanente <http://edant.clarin.com/diario/2006/08/24/sociedad/s-03301.htm> Años más tarde, dichas estrategias quedaron visibilizadas ante la solicitud de aborto no punible por parte de la madre de L.B., tal como se explica en el punto 3.4.3.

disminución de los embarazos no deseados y los abortos, la disminución de los embarazos adolescentes y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y sida”.¹³⁶

Como se dijo previamente, el argumento referido al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y el derecho a la salud tuvieron un papel destacado. Era prácticamente imposible negar el avance y ampliación del plexo de derechos en el plano internacional, con los que nuestro país se había comprometido al incorporar las convenciones internacionales en la reforma constitucional de 1994. Por otro lado, las organizaciones de mujeres y feministas luchaban desde hacía largo tiempo para que este reconocimiento se hiciera efectivo en nuestro país y nuestra provincia.

Si bien la ley fue sancionada, con la consecuente creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva que cuenta, por esa ley, con presupuesto propio proveniente de Lotería y Casinos de la Provincia de Mendoza, el debate previo deja de manifiesto el peso que ciertos sectores conservadores, fundamentalmente ligados a la Iglesia Católica, tienen en la vida política de nuestra provincia.

La letra misma de la ley muestra, sin ambages, las tensiones entre una concepción de los derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres, enfocados desde una perspectiva respetuosa de la idiosincrasia de los sujetos, y el punto de vista sostenido por la jerarquía de la Iglesia Católica Argentina: la defensa de “la vida desde el momento de la concepción” y de “la familia”.

4.2. Hitos en la historia del Programa Provincial de Salud Reproductiva

4.2.1. Los inicios. Un enfoque de salud sexual y reproductiva

A continuación, se hará un repaso por los hitos fundamentales en el desarrollo del Programa Provincial de Salud Reproductiva (en adelante PPSR), a

¹³⁶ Brown, Josefina, *Op. Cit.*, p. 138.

fin de mostrar cómo diversos factores pueden obstaculizar el acceso a derechos, aún cuando éstos estén reconocidos formalmente.

El Estado debiera estar continuamente presente y activo en el cumplimiento de las cuatro obligaciones básicas enumeradas por Kohan, a las que se hizo referencia en el capítulo previo, para que las mujeres y varones reales gocen efectivamente de sus derechos. Sin embargo, tal presencia se ve afectada por las relaciones de fuerzas que se juegan en la sociedad y que, sistemáticamente, operan en perjuicio de los y las más débiles.

En el funcionamiento del PPSR se pueden reconocer dos etapas claramente diferenciadas. El Programa Provincial de Salud Reproductiva se crea, por ley, en el año 1996 dentro del Ministerio de Salud y Desarrollo Social y depende orgánicamente de Promoción y Prevención de la Salud.

En 1997 esta ley se reglamenta y el Programa comienza a contar con un presupuesto propio emanado de Lotería y Casinos. A partir de noviembre de ese año asume la Dirección del Programa la Dra. Sara Papa, quien había sido parte de la Comisión de reglamentación de la ley 6.344, que estuvo formada por profesionales de distintas especialidades y miembros de la Universidad. Durante la discusión de la reglamentación se produjo un debate acerca de la inclusión de prestaciones a las/os adolescentes entre aquellas que serían brindadas por el Programa en lo referido a información y provisión de métodos anticonceptivos. Un sector más conservador proponía que los/as adolescentes concurrieran a los servicios de salud sexual y reproductiva acompañados/as por sus padres o madres. Finalmente, esta idea fue descartada y los/as adolescentes pueden, desde entonces, recibir información y métodos anticonceptivos de manera independiente a partir de los catorce años de edad.

En abril de 1998, el Programa comenzó a trabajar de manera acotada, orientándose a prestar servicios a las mujeres consideradas “en riesgo reproductivo”. Señalaba sobre el particular su entonces Jefa, la Dra. Sara Papa:

“De todo el universo tomamos mujeres que van saliendo del hospital. Trabajamos con un grupo de madres para informarlas del programa y tomamos las mamás en riesgo, trabajamos maternidad e infancia para ver madres en riesgo, las que tienen chicos desnutridos, prematuros, chicos

de bajo peso, períodos intergenésicos de menos de dos años; los abortos (todos los egresos de abortos fueron considerados como de muy alto riesgo porque el 40% prácticamente de las muertes maternas siguen siendo por aborto). La mayoría son provocados, se infiere que son provocados porque no te lo dicen las pacientes. Se les entrega una folletería, se la deriva a un centro de salud. Y tenemos una deuda que es la capacitación. En julio empezamos el tema de capacitación de los equipos para dar el tema de sexualidad y salud reproductiva”.¹³⁷

Papa resaltó la falta de colaboración, en aquel momento, de la Dirección General de Escuelas para ampliar la capacitación en temas ligados a la salud sexual y reproductiva en escuelas y terciarios.

Por entonces, el presupuesto permitía al Programa comprar insumos para cubrir las necesidades del sector de la población al que dirigía sus acciones, principalmente mujeres que estaban hospitalizadas o que eran dadas de alta luego de algún evento relacionado con su salud sexual y reproductiva: embarazos de riesgo, períodos intergenésicos cortos, abortos, mujeres cuyos/as hijos/as tuvieran problemas de desnutrición o hubiesen nacido prematuros/as, etcétera.

Este período, que finaliza en 1999, cuando asume Ana María Andía, puede considerarse un período caracterizado por la relevancia asignada a las políticas de “maternidad e infancia” que parten de la indisolubilidad del vínculo madre-hijo como enfoque de políticas públicas. Papa percibía como un problema de salud los abortos provocados, ya que éstos inciden en las cifras de mortalidad materna, y en la morbilidad de las mujeres que han transitado por estas situaciones.

Papa veía el aborto como un tema de salud, para el cual es necesario proveer respuestas estatales: atención post- aborto, consistente en consejerías y cuidados específicos. En este primer momento, el Programa comenzaba a tener visibilidad pública, contaba con un presupuesto que le permitía adquirir sus propios insumos y trabajaba con un sector de la población cuya atención se consideraba “prioritaria”. Cabe destacar que, en ese entonces, no existía el

¹³⁷ Entrevista a Sara Papa (1999), realizada por Alejandra Ciriza. Ver anexos.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, por lo que los pocos programas provinciales que existían debían autoabastecerse.

El Programa, a pesar de sus debilidades, y de su claro enfoque asistencial, constituía una innovación y así fue percibido. El hecho de que se previera la cobertura para adolescentes fue un avance notorio en un momento en el cual se había disuelto el PRIOM (un Programa de Igualdad de Oportunidades con perspectiva de género del Ministerio de Educación de la Nación) y la Argentina había acompañado sin hesitar las posiciones vaticanas en Cairo y Beijing. Es decir, en un clima que no podría llamarse propicio el Programa inauguraba, en el ámbito provincial, un nuevo campo para las políticas públicas: el de la salud sexual y reproductiva.

4.2.2. Una década de expansión

La asunción de la Lic. Ana María Andía como Jefa del PPSR implicó un cierto viraje. Este período, que comienza en el año 1999, podría ser calificado como de crecimiento y ampliación de la cobertura. Andía contaba con una trayectoria en el campo de la salud reproductiva en el Municipio de la Ciudad de Mendoza. A partir de su gestión, el Programa estuvo organizado en torno a los siguientes componentes: asistencial (provisión de insumos y atención de las usuarias); capacitación; información, educación y comunicación y fortalecimiento institucional.

En el trabajo de Claudia Anzorena sobre políticas públicas en el área relativa a los derechos sexuales y reproductivos queda de manifiesto el peso que tuvo Andía en la vida del programa.

“El compromiso personal ha supuesto un proceso de crecimiento y multiplicación de las acciones a toda la Provincia, a todos los centros de salud y una ampliación de las actividades de capacitación (...)

Otro avance que se hizo en esta gestión es la reducción de los criterios de riesgos para colocar el DIU. La única exigencia para las mujeres que solicitan la colocación del DIU, es si está clínicamente apta, no ser nulípara, sin importar la cantidad de hijos que tenga.

La conducción interna presenta criterios de horizontalidad: se ha formado un equipo donde todas las personas que trabajan están muy comprometidas con el tema de los derechos de las mujeres y se intenta construir una estructura interna sustentable independientemente de las personas que la ocupen. Al parecer el programa presenta una serie de características peculiares: por una parte un alto grado de compromiso, por la otra claridad en la delimitación de funciones y libertad de acción (...).¹³⁸

En cuanto al componente asistencial, durante etapa abordada (1998-2007) el Programa se encargó de la compra de insumos. Según lo que consta en el Monitoreo realizado por Juan Carlos González para CoNDeRS en 2008, el Programa lograba abastecer a todos los efectores de la red pública de salud a pocos años de haber comenzado a funcionar como tal.

“Como parte del proceso de implementación del Programa Provincial de Salud Reproductiva, se comenzó con la distribución de insumos a hospitales y centros de salud en marzo de 1998. Rápidamente -para el año 2000- se alcanzó una cobertura del 100% de los efectores de la red pública asistencial, garantizando durante los 8 años siguientes, la continuidad en la distribución de métodos anticonceptivos”.¹³⁹

Todos los insumos eran adquiridos con el presupuesto del propio Programa según lo estipulado por la Ley 6.433. A partir de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en 2003, la Nación comenzó a enviar insumos a las provincias, por lo que el Programa Provincial, desde ese momento, se encargó de comprar los insumos que no proveía Nación, o aquellos que enviaba en cantidades insuficientes para los requerimientos provinciales.

De acuerdo a lo señalado en el Monitoreo Social de 2008, el PPSR tenía una lógica propia de distribución de insumos que le permitía, entre otras cosas, realizar un seguimiento de las necesidades de cada efector, conocer qué

¹³⁸ Anzorena, Claudia, *Op. Cit.*, p. 107.

¹³⁹ González, Juan Carlos (2008), *Monitoreo Social para el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS)*. Disponible en www.conders.org.ar [Citado el 21 de agosto de 2012]. Link permanente <http://www.conders.org.ar/monitoreo.asp>

métodos eran los más utilizados, hacer proyecciones para determinar qué insumos debían ser repuestos, etcétera. Al mismo tiempo, esta metodología de trabajo era compatible con lo requerido por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que exigía registros de distribución y consumo.

La posibilidad de llevar adelante la distribución de insumos, el seguimiento de la distribución de métodos anticonceptivos, el cálculo de la cantidad de hombres y mujeres bajo programa, etcétera, estaba ligado a un trabajo interno de procesamiento de la información. Para medir el impacto del Programa en la población se utilizaba un indicador aceptado internacionalmente para tal fin: APP (Año Protección Pareja) que permite llevar a un indicador común los diversos métodos anticonceptivos y se basa en el cálculo de la cantidad de insumos que una pareja utilizaría para estar protegida durante un año. Por ejemplo, 13 ciclos de anticonceptivos orales combinados equivalen a un (1) APP, como así también doce (12) inyectables y cien (100) preservativos.

En el área social, el PPSR contaba con un equipo de Trabajadoras Sociales o estudiantes avanzadas de esta carrera que realizaban pasantías en el Programa y cuya función era detectar mujeres en situación de riesgo reproductivo, contactarlas para realizar consejería, hacer su seguimiento, etcétera. El grueso de estos contactos se realizaba dentro de los hospitales y luego se coordinaba su seguimiento con los Municipios y las áreas departamentales de salud. También se trabajaba en la gestión de proyectos:

- “1. “Contención de mujeres en crisis con la maternidad”.
2. “Seguimiento de pacientes y sus grupos familiares con patologías crónicas que comprometen su salud sexual y reproductiva”. Primera Etapa: Seguimiento de Pacientes Hemofílicos.
3. “Seguimiento de trámite de Ligadura Tubaria. Causas de abandono.”
4. “La consejería en consultorios para adolescentes”
5. “Talleres de Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito hospitalario”.
6. “Anticoncepción previa al alta.” Coordinación interinstitucional para garantizar el acceso.
7. “La sexualidad en la adolescencia. Valores y elecciones.”

8. Seguimiento de casos de postaborto
9. Articulación del seguimiento del alto riesgo infantil y reproductivo
10. Red de referentes por los DSyR”.¹⁴⁰

En cuanto al componente de capacitación, el Monitoreo citado resalta que se realizaban diversos cursos financiados con el presupuesto propio. En principio las capacitaciones estaban orientadas a los/as trabajadores/as del ámbito de la salud y apuntaban, fundamentalmente, al fortalecimiento de la perspectiva de derechos en la atención. Una vez que el Programa se convirtió en un referente en salud sexual y reproductiva y derechos, los cursos dictados se extendieron a otros ámbitos, tales como la educación y la justicia. De hecho, el Programa se ocupó de brindar herramientas teóricas y prácticas relacionadas a la educación sexual a docentes de distintos niveles, con el aval de la DGE, hasta el año 2007, cuando debía comenzar a implementarse la Ley 26.150 de Educación Sexual Integral.

Los cursos dictados por el PPSR eran, básicamente, los siguientes:

“Curso de 1º nivel “Salud sexual y reproductiva”. Duración: 44 hs. presenciales y 9 hs. no presenciales, con examen final escrito.

Destinatarios: profesionales de la salud.

Curso de 2º nivel “Género y derechos sexuales y reproductivos, con pasantía en consejería”. Duración: 44 hs presenciales y 9 no presenciales, con dos exámenes escritos y una pasantía institucional en consejería.

Destinatarios: profesionales de la salud que hayan aprobado el 1º nivel.

Curso de Actualización en Anticoncepción. Duración: 22 hs., examen final escrito y una pasantía en algún servicio de salud reproductiva (sólo médicos en este último caso).

Destinatarios: médicos y médicos residentes de diferentes especialidades, Lic. en obstetricia, Lic. en enfermería y farmacéuticos .

También se realizan(ban) cursos “breves” con formatos adaptados según los destinatarios a los que se apunta. A esto se agrega la participación en

¹⁴⁰ González, Juan Carlos, *Op. Cit.*, p. 20.

módulos de otras actividades organizadas por diversas entidades gubernamentales y OSCs”.¹⁴¹

Respecto del componente de comunicación, educación e información, se puede decir que, entre el año 2000 y 2007, se realizaron numerosas campañas, utilizando diversos medios, para instalar en el espacio público temas relacionados con los derechos sexuales y reproductivos. Algunas de las estrategias de comunicación más utilizadas implicaban la distribución de volantes, panfletos, señaladores, preservativos con packaging alusivo, presencia de afiches en la vía pública, entre otras. Las campañas más notorias fueron:

“1- La distribución de mazos de naipes con mensajes de promoción de la salud en días del estudiante en parques y otros lugares de concentración de adolescentes, con formato de campaña de promoción (jóvenes con remeras identificatorias, pendones y vehículos con audio).

2- “La última barrera: Campaña informativa sobre anticoncepción de emergencia, de alto impacto por la puesta en escena, la calidad gráfica y el naming, que se instaló espontáneamente como marca.

Productos: afiches en vía pública, trípticos, posavasos, señaladores para libros, afichetas autoadhesivas. También en este caso se usó el formato de campaña de promoción.

3.- La abuela Spertta: Esta campaña se inició con afiches en vía pública anunciando la llegada de “los consejos de la abuela Spertta” para el 21 de septiembre de 2004 (estrategia de incógnita)”.¹⁴²

La visibilidad del Programa fue muy importante entre 2000 y 2007. Las estrategias de comunicación e información pública se llevaban adelante en espacios claves y se reforzaban en algunas fechas especiales: festejos del día del estudiante, recitales, eventos públicos, etcétera. En esos contextos no sólo se repartían elementos informativos (folletos, volantes, posavasos, señaladores, etcétera), sino también preservativos.

¹⁴¹ González, Juan Carlos, *Op. Cit.*, p. 17.

¹⁴² *Ibid.*, p. 22.

A nivel institucional, el PPSR era autónomo y tenía una relación fluida con otras instituciones no sólo vinculadas a la salud, sino también a la justicia, a la educación, a la formación, etcétera. Sus lazos incluían a Organizaciones de la Sociedad Civil. Contaba con sus propios recursos humanos y tenía la posibilidad de incluir pasantes para fortalecer o ampliar actividades.

Entre 1998 y 2007 el Programa fue virando de acento, de un enfoque de salud, orientado a la atención de las mujeres más vulnerables, se fue transitando hacia un enfoque en derechos humanos y género en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Es de señalar, además, que el contexto nacional era favorable: no sólo el Ministro de Salud, Ginés González García (2002-2007) estaba firmemente convencido de la importancia de promover los derechos sexuales y reproductivos, sino que en 2003 se daba comienzo a una política pública de cobertura nacional: el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Es en ese marco que, en el año 2006, el Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza informó que no hubo ningún caso de muerte gestacional por causa de abortos, lo que significó un hito en salud sexual y reproductiva en nuestra provincia.

Otro elemento clave en la aplicación de las política pública es el presupuesto. Éste no sólo brinda autonomía y margen de gestión a un programa, sino que da cuenta del peso político e institucional que se le otorga desde el Estado. Por ello, es interesante hacer un breve recorrido por las partidas presupuestarias recibidas por el PPSR entre 1998 y 2007.

Ejecución Presupuestaria Año	Presupuesto provincial en Pesos Argentinos	Presupuesto asignado al PPSR en Pesos Argentinos	Porcentaje que representa el presupuesto del PPSR en el Presupuesto Provincial
1998	\$ 1.678.674.796	\$ 300.000	0,018%
1999	No disponible en	\$300.000	-

	la Página Oficial		
2000	\$ 1.541.976.932	\$ 300.000	0,019%
2001	\$ 1.617.016.996	\$ 300.000*	0,018%
2002	\$ 1.493.106.574	\$ 300.000	0,020 %
2003	\$ 2.542.114.273	\$ 300.000	0,012%
2004	\$ 2.917.360.619	\$ 300.000	0,010%
2005	\$ 2.683.269.761	\$ 300.000	0,011%
2006	\$ 3.475.328.218	\$ 300.000	0,008%
2007	\$ 4.312.624.584	\$400.000	0,0093%

Cuadro de elaboración propia. Fuente: www.tribunet.com.ar

El repaso de los presupuestos asignados al Programa a lo largo del periodo analizado permite notar una inmovilidad presupuestaria que, en los hechos, representa un desfinanciamiento del mismo. Hay que tener en cuenta la devaluación del peso argentino ocurrida a principios del año 2002, cuando éste perdió las tres cuartas partes de su valor abruptamente, caída que continúa, aunque más lentamente, hasta hoy.

Si bien es verdad que el PPSR perdió peso relativo en las finanzas de la Provincia si se considera qué porción del presupuesto provincial representó en 1998 y qué porcentaje representó en 2007 (en el año 1998 el presupuesto asignado al PPSR significó el 0,018% del total presupuestario de Mendoza, mientras que en 2007 esta participación cayó al 0,0093%), es preciso construir una explicación compleja de la situación paradójica de esta política pública en una provincia de hegemonía conservadora.

* Hasta este año se sostuvo la política monetaria por la cual un peso (\$) argentino era equivalente a un dólar (USD 1).

El Programa realizó, hasta 2006, una serie de acciones diversas (asistenciales, sociales, de capacitación, de educación, comunicación e información) que le valieron tanto apoyos nacionales como relaciones con Organizaciones de la Sociedad Civil. Tenía visibilidad y reconocimiento público. Sin embargo, es también notorio que su lugar institucional en el aparato del Estado era precario: no sólo los datos presupuestarios, sino la desarticulación respecto del conjunto de las políticas de salud dan cuenta de su fragilidad. No obstante, es innegable que la continuidad lograda desde su creación hasta 2007 le valieron un logro que no ha vuelto a alcanzarse: ninguna muerte materno-gestacional provocada por abortos inseguros en el año 2006.

4.2.3. El Programa pierde visibilidad pública.

El cambio de autoridades producido luego de que Celso Jaque asumiera la gobernación de la provincia, a finales de 2007, significó un cambio de signo para el PPSR. No sólo se trató del reemplazo de Ana María Andía por Alicia de Motta, una vez que fuera reemplazado el Ministro de Salud, Armando Caletti, por Sergio Saracco, sino del cese de una serie de acciones que éste llevaba a cabo y de la pérdida de visibilidad pública.

Motta fue reemplazada por Pablo Alonso en 2012 tras la asunción de Francisco Pérez, cuyo Ministro de Salud es Carlos Díaz Russo, que se ha negado a cumplir con el fallo de la Suprema Corte de Justicia que regula el acceso sin obstáculos a abortos no punibles.

Es relevante analizar lo sucedido con las asignaciones presupuestarias entre 2008 y 2011:

Ejecución Presupuestaria Año	Presupuesto provincial en Pesos Argentinos	Presupuesto asignado al PPSR en Pesos Argentinos	Porcentaje que representa el presupuesto del PPSR en el Presupuesto Provincial
2008	\$ 6.456.293.518	\$400.000	0,006%

2009	\$ 7.724.451.141	\$400.000	0,005%
2010	\$ 9.245.575.356	\$400.000	0,004%
2011	\$ 12.042.785.558	\$400.000	0,003%

Cuadro de elaboración propia. Fuente: www.tribunet.com.ar

La pérdida de peso relativo por parte del Programa en el presupuesto provincial siguió aumentando. Mientras que en 2008 la asignación presupuestaria del PPSR representó el 0,0062% del presupuesto total de la Provincia, en 2011 este porcentaje cayó al 0,003%.

El proceso de devaluación del Programa es visible en sus distintos componentes.

Respecto del componente asistencial, hay que tener en cuenta que desde la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en 2003, muchas de las acciones llevadas adelante por el Programa Provincial se vieron fortalecidas por el apoyo de la Nación. Incluso el componente asistencial, fundamentalmente la provisión de insumos, está sostenida desde el Programa Nacional, hecho sobre el que se volverá más adelante.

Según consta en el Monitoreo de CoNDeRS del año 2008, a mediados de 2007 ya se tenían algunas dificultades para mantener el stock de insumos. De acuerdo al mismo informe,

“Ello se debió a que el buen stock inicial comenzaba a agotarse mientras la nación reiteraba los incumplimientos en las entregas, cuyas fechas estipuladas se postergaron sucesivamente durante todo el año. Tales incumplimientos complicaron la programación de las compras provinciales, pues las alternativas se dirimían entre la confianza o no, en que llegara lo prometido desde Nación”.¹⁴³

¹⁴³ González, Juan Carlos, *Op. Cit.*, p. 7.

Las dificultades en mantener una provisión constante y homogénea de métodos anticonceptivos por parte del Programa, sin duda impactó en las usuarias. En 2008 comenzó a notarse una disminución en la utilización de métodos anticonceptivos. Entre 2006 y 2008 dejaron de estar bajo programa 8322 parejas.¹⁴⁴

“Puede hipotetizarse entonces, sobre varios elementos que no son excluyentes. Podría darse una disminución de la demanda, no porque haya menos necesidad, sino por la expulsión de la red sanitaria al haber “negado” el insumo en algún momento, o al haber ofrecido un cambio de método no aceptado.

La posibilidad de que se hayan dado cambios masivos a los métodos alternativos de reemplazo quedaría descartada en tanto no se observan aumentos en la aceptación de ningún insumo. Los AOC 30 se mantuvieron en sus valores históricos hasta el reciente quiebre de stock y los DIU experimentan una leve pero sostenida disminución.

También podría haber inconvenientes a nivel de la oferta de servicios en cuanto a que no habría funcionado la comunicación centrífuga (desde el programa a los efectores) sobre el reestablecimiento de la cadena de distribución”.¹⁴⁵

Queda claro que las debilidades en el componente asistencial del Programa representa un factor expulsivo para las usuarias. Asimismo, dicho componente no se reduce sólo a los insumos anticonceptivos, sino a todos aquellos ligados a una buena atención en salud sexual y reproductiva. Éstos también sufrieron disminuciones durante la coyuntura del cambio de gestión, entre finales de 2007 y principios de 2008.

“En cuanto a insumos no anticonceptivos que se requieren para la atención en SR, tales como antimicóticos, antibióticos y demás insumos biomédicos como test de embarazo, no hay en existencia ni se han registrado compras

¹⁴⁴ González, Juan Carlos, *Op. Cit.*, p. 15.

¹⁴⁵ *Íbid.*, p.10.

durante el año. Igual situación se verifica respecto de otros insumos descartables como espéculos y guantes de examinación o estériles”.¹⁴⁶

En el monitoreo realizado por CoNDeRS en 2009 también queda de manifiesto la creciente dependencia del PPSR respecto del Programa Nacional. Esta dependencia se hace más y más evidente con el transcurso de los años y la inmovilidad del presupuesto asignado. Respecto de los recursos del PPSR, la Jefa del Programa en 2009, Dra. Alicia de Motta, decía:

“(...) Se utiliza para llevar adelante capacitaciones, comprar insumos cuando hay faltantes o no llegan a tiempo los envíos de Nación, así como para financiar gastos administrativos y de gestión, como el flete de envío desde Nación.

La compra de MACs por parte de la provincia se hace de acuerdo a la necesidad (...)”.¹⁴⁷

Desde al año 2010 los insumos anticonceptivos se distribuyen desde la Nación a través de REMEDIAR + REDES¹⁴⁸, lo que, de acuerdo a lo manifestado por el actual Jefe del PPSR, Dr. Pablo Alonso, mejoró la provisión de insumos anticonceptivos de manera notable, garantizando el abastecimiento de toda la red pública de salud en la provincia.

“Hay un marco de acuerdo entre el Ministerio de la Nación y de la Provincia donde lo que se acuerda es esto: (...) Primero trabajar sobre ciertas acciones y en lo que respecta a la distribución de insumos, la Provincia (nosotros) estimamos las necesidades y Nación nos las cubre. Y eso se acuerda también en una entrega gradual que se hace a través de lo que es la logística REMEDIAR+REDES en forma bimestral, durante cinco entregas al cabo un ciclo (un año). Y esto involucra dos entregas, que serían en forma directa a los Centros de Salud, CAPS, (...) y al depósito provincial. El depósito provincial recibe los insumos en dos entregas

¹⁴⁶ González, Juan Carlos, *Op. Cit.*, p. 10

¹⁴⁷ Monitoreo Social 2009, Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales. Disponible en www.conders.org [citado el 30 de agosto de 2012]

¹⁴⁸ Ver <http://www.remediar.gob.ar>

semestrales y, repito, los Centros de Salud, en entregas bimensuales, pero cinco entregas al año, no seis. En base a esas necesidades planteadas desde la Provincia, la logística REMEDIAR lo que persigue es mejorar el acceso, garantizar la existencia de los insumos en todos los centros de salud, y lo hace a través de una estrategia que se llama "distribución por asignación", basada en el número de consultas, basada en el número de recetas de cada CAP. Y nos ofrece, o nos permite, esta disponibilidad de las entregas semestrales en el depósito provincial, disponer [de insumos] si hubiese alguna situación de una necesidad mayor de ir regulando y ajustando a cada Centro de Salud".¹⁴⁹

Asimismo, la logística de REMEDIAR estipula que los botiquines "se autorregulan" de acuerdo a las necesidades planteadas desde los efectores. De lo anterior se desprende que, desde que la Nación tomó a su cargo la distribución de insumos de salud sexual y reproductiva a través de REMEDIAR+REDES, las necesidades del componente asistencial del PPSR quedaron prácticamente cubiertas, al menos en cuanto a disponibilidad de insumos se refiere.

Uno de los retrocesos con mayor resonancia en los medios durante 2008 fue la decisión, comunicada públicamente por Silvia Dávila, entonces Directora de Promoción, Prevención y Atención Primaria de Salud, de evitar la distribución masiva de preservativos en eventos públicos, tales como recitales, fiestas provinciales, festejos estudiantiles, espectáculos, etcétera¹⁵⁰. Esta disposición dio por terminada una estrategia de visibilidad pública que había mantenido el PPSR prácticamente desde su creación. Esta disposición sigue vigente. De acuerdo a lo manifestado por el actual Jefe del Programa Provincial en una entrevista realizada en 2012,

"(...) a nivel preservativos, hoy estamos trabajando con otra logística que es dar a conocer dónde están disponibles, dar a conocer un instrumento de reclamo que es este 0800 de Salud Sexual, con la finalidad de que si no está disponible, o hay alguna barrera, turno, receta, lo que sea, pero...

¹⁴⁹ Entrevista al Jefe del Programa Provincial de Salud Reproductiva, *Op. Cit.*

¹⁵⁰ Ver nota periodística disponible en *Diario Los Andes*, disponible en www.losandes.com.ar [citado el 15 de septiembre de 2012]. Link permanente <http://ww2.losandes.com.ar/notas/2008/9/24/sociedad-382799.asp>

guiar a la gente o guiar a la comunidad para que sepa dónde puede reabastecerse. Más que entregarlos en forma masiva, que es algo casual, y que en algunas situaciones se mal utiliza, eso es lo que hemos podido observar es que están tirados, o alguien se sobre- abastece y después no lo usa”.¹⁵¹

De acuerdo a lo manifestado por el Dr. Pablo Alonso, los insumos anticonceptivos llegan a alrededor de trescientos cincuenta (350) efectores de salud en la provincia, que representan la totalidad de los dependientes al subsector público. Cien (100) de ellos son abastecidos directamente a través de la logística REMEDIAR, mientras que es el Programa el que distribuye los insumos a hospitales y otros centros de salud.

La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) siempre estuvo dentro del abanico anticonceptivo ofrecido por el PPSR, pero es un método frente al cual los equipos de salud suelen tener resistencias. En la actualidad, el Jefe del Programa manifiesta que la accesibilidad a este método ha mejorado:

“Otro avance importante es la disponibilidad de anticoncepción de emergencia donde también se ha mejorado la accesibilidad (...) porque es una situación de emergencia, independientemente de que al momento se disponga o (no) esté disponible la receta médica. Hemos trabajado, por ejemplo, mucho en que no tiene ningún tipo de contraindicación y que, ante la duda, se debe usar. (...) El daño que uno pudiera llegar a generar es mucho menor que un embarazo no planificado, no deseado, que puede terminar en un aborto inseguro. Y otra estrategia nueva es la entrega anticipada en poblaciones vulnerables. Sobre todo en las trabajadoras y trabajadores sexuales, a los varones también se les entrega. En los Centros de Salud también se les entrega a los varones que solicitan anticoncepción de emergencia, llevando su documento solamente, hasta el momento por una cuestión formal de las recetas que hacen falta, ¿no? Y lo otro que sugerimos es que en los equipos de salud donde hay resistencia en la parte de farmacia (por justificar las salidas de insumos del boticario de la farmacia), es la entrega anticipada al personal de salud. A las

¹⁵¹ Entrevista al Jefe del Programa Provincial de Salud Reproductiva, *Op. Cit.*

enfermeras, al administrador, que cuenten con anticonceptivos de emergencia, si está la demanda se ofrece y después, con los datos obtenidos se recupera la receta y se reabastece. Hemos buscado un intermediario, una figura intermediaria”.¹⁵²

Los insumos se reciben en paquetes o cajas con la leyenda “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, lo que evita el cambio de nombres de fantasías en los métodos distribuidos. El cambio de marca en los insumos anticonceptivos genera dudas y desconfianza en las usuarias. En este momento se cuenta con el siguiente abanico anticonceptivo:

“(…) preservativos masculinos, anticoncepción de lactancia o minipíldora, anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables mensuales, anticonceptivos inyectables trimestrales, Dispositivos Intrauterinos con forma herradura y con forma de T, anticonceptivos de DIU hormonados y los quirúrgicos, vasectomía y ligadura, y anticoncepción de emergencia”.¹⁵³

Al mismo tiempo, desde el PPSR aseguran que cuentan con cantidades más que suficientes de todos los métodos arriba enumerados. No obstante los avances descritos en materia de insumos y regularidad en cuanto a la disponibilidad de los mismos, el Programa se encuentra con otras barreras que impiden que los/as ciudadanos/as tengan garantizado su derecho a la salud sexual y (no) reproductiva.

“(…) la realidad es ésa: nos asignaron una cantidad de insumos muchísimo mayor que la capacidad que tenemos para utilizarlos. Esto lo que revela es: bueno, tenemos insumos disponibles, pero tenemos unas barreras que todavía no podemos superar”.¹⁵⁴

¹⁵² Entrevista al Jefe del Programa Provincial de Salud Reproductiva, *Op. Cit.*

¹⁵³ *Íbid.*

¹⁵⁴ *Íbid.*

Esta afirmación hecha por el Jefe de Programa es reforzada por la otra entrevistada, también parte del PPSR, Lic. Mary Travaglini, quien declara:

“Si, en realidad, las barreras en atención primaria son cuestiones que no se han ido mejorando”.¹⁵⁵

Existe una enorme falencia en cuanto a la información básica que debería determinar el alcance real del componente asistencial y direccionar las acciones del Programa:

“No tenemos nominalizada la población que está bajo programa. Si, la estimación la hacemos en base a la distribución. A la distribución basada en el uso. (...) También trabajamos con un instrumento de registro que es el fichero cronológico (...) Se sugiere [su utilización] porque en algunos espacios hay resistencia en el uso, o no hay posibilidades por falta de recursos humanos. En ese fichero cronológico se van identificando en forma cronológica, en la medida que se van presentando a partir del primero de enero, las mujeres que solicitan los insumos. Ese fichero cronológico se construye según el método a usar. Y lo que permiten estos ficheros cronológicos es identificar qué población, en cada CAP, recibe el insumo. Nos permite identificar, en cierta medida, la calidad de atención. Si es que tienen que, para reabastecerse, tienen que ir mensualmente o si les entregan de a tres o más ciclos, es decir, ciclos múltiples. También permite el fichero cronológico el seguimiento de la población usuaria con respecto a si hubo discontinuidad o no en el método, (...) En realidad, nosotros acá, a nivel central, no hay posibilidades de cargar todos esos datos y lo que sí, lo estamos trabajando a nivel de DIU, para ver el acceso a Dispositivo Intrauterino”.¹⁵⁶

De la información obtenida es posible inferir que la mejora en la provisión de métodos anticonceptivos a través de REMEDIAR no basta, en modo alguno, para mejorar la cobertura en salud sexual y reproductiva ni la incidencia del Programa

¹⁵⁵ Entrevista al Jefe del Programa Provincial de Salud Reproductiva, *Op. Cit.*

¹⁵⁶ *Ibid.*

sobre el conjunto del sistema de salud. Las palabras de Travaglini revelan un punto clave: existe una resistencia de parte de los prestadores del sistema público de salud para aceptar que la elección del método anticonceptivo es un derecho de los/as sujetos, el derecho a regular la propia fecundidad, si desean o no tener hijos/as, la cantidad y el espacio intergenésico.

De acuerdo a lo recogido en la entrevista hecha a Alonso y a Travaglini, el PPSR continúa con sus espacios de consejería en el Hospital Notti, en el Hospital Paroissien, en el Hospital Perrupato, en el Hospital Luis Lagomaggiore y en distintos Centros de Salud. Dichos espacios se desarrollan en tres niveles: los consultorios de consejería propiamente dichos, la que se realiza en el momento de una consulta en particular y consejerías grupales. Al mismo tiempo, el Programa continúa con proyectos que abordan diversas temáticas: mediación del maltrato institucional; seguimiento de situaciones de alto riesgo (por ejemplo, acompañamiento post- aborto), de embarazo adolescente y maternidad adolescente); de mujeres en crisis con la maternidad; y de personas que viven con HIV.

Respecto de la anticoncepción quirúrgica es posible notar un avance en cuanto a la accesibilidad. En el monitoreo de CoNDeRS del año 2009 quedó de manifiesto que en ese año todavía se solicitaban tres formularios (innecesarios según la ley 26.130 de Contracepción Quirúrgica), además del consentimiento informado:

“(...) cualquier paciente puede solicitar la **ligadura de trompas**, y se deriva al hospital con el triple formulario que solicitan: médico, psicológico y social. En el hospital exigen estos tres informes para acceder a la LT, además del consentimiento informado, que serán evaluados por un equipo interdisciplinario.

Este servicio está disponible tanto para mujeres embarazadas como no embarazadas, con el mismo mecanismo. Una vez aprobada la solicitud, los turnos demoran aproximadamente un año. Según el entrevistado, las demoras se originan en el quirófano por falta de presupuesto, dado que

para estas intervenciones se debe pagar aparte al anestesista, al médico/a y al cirujano/a. Se hacen alrededor de 6 LT por mes”.¹⁵⁷

Si bien la ley 26.130 fue sancionada en 2006, recién en la actualidad la anticoncepción quirúrgica está dejando de ser tomada como una indicación terapéutica para ser abordada como un derecho, según señala Alonso. Sin embargo, cuando se le preguntó acerca de las listas de espera para acceder a ligaduras tubarias contestó que:

“Las listas de espera siguen existiendo, no son abultadas. Hay mucha mayor respuesta. En 2010 y 2011 se hicieron, aproximadamente, mil ligaduras. (...) Hoy por hoy está mucho más facilitado el acceso, porque inclusive hay una resolución reciente, a nivel provincial, para desestimar el uso y la exigencia de informes no necesarios, que eran el informe médico, el informe de Trabajo Social y el informe de salud mental. Hoy sólo con el consentimiento informado es más que suficiente. (...) Lo que sí se ha incorporado es una solicitud de garantía de la identidad, a través de la fotocopia del documento, y si no tuviera el documento un testigo que diga que tal persona es tal persona. Sobre todo por el tema de la edad (...)”.¹⁵⁸

El Jefe de Programa añadió que “el 30% de las mujeres que egresan de las maternidades, luego de haber dado a luz, lo hace con una ligadura tubaria”.¹⁵⁹

Con respecto a las vasectomías, las autoridades del PPSR señalaron que no es una práctica solicitada habitualmente en la red pública de salud. Se realizan alrededor de treinta (30) vasectomías anuales. El aumento en la solicitud de esta intervención (mucho más sencilla desde el punto de vista médico, dado que es ambulatoria) está relacionado con un trabajo con enfoque de género realizado desde el Programa, a través del cual se ofrece a las mujeres que se hallan en lista de espera para la ligadura tubaria la posibilidad de la anticoncepción quirúrgica para su pareja.

¹⁵⁷ Monitoreo Social 2009, *Íbid.*, p. 3. (El subrayado es propio)

¹⁵⁸ Entrevista al Jefe del Programa Provincial de Salud Reproductiva, *Op. Cit.*

¹⁵⁹ *Íbid.*

Los entrevistados insistieron sobre la transformación que se habría producido en lo referido a la anticoncepción quirúrgica que, según sus dichos, ha pasado a ser percibida como un derecho y practicada de manera expeditiva. No obstante, las cifras proporcionadas resultan inverosímiles si se tiene en cuenta la cantidad de nacidos vivos en la Provincia, la cantidad de ligaduras tubarias que se practicaban en 2009 (72 al año, aproximadamente), la capacidad de los efectores para la realización de esta práctica y la resistencia que históricamente obstetras y ginecólogos/as han puesto de manifiesto ante este tipo de intervención, pues se trata de un método de carácter irreversible.

Si se considera el componente de capacitación, el Programa continúa realizando capacitaciones orientadas a profesionales de la salud y a la comunidad en general, como así también otros cursos específicos según el grupo u organización que lo solicite. El “Curso de Salud Sexual y Reproductiva” se realiza una o dos veces por año, es abierto a la comunidad de los/as efectores de salud, y se presenta en dos niveles. El primer nivel es más general, mientras que el segundo refuerza el enfoque de derechos, de género y de consejería.

También se realiza un curso de actualización en anticoncepción, orientado a médicos/as y Licenciados/as en Obstetricia y uno sobre anticoncepción en situaciones especiales.

El PPSR es el encargado de llevar adelante regularmente la capacitación para la atención de víctimas de violencia sexual en los efectores de salud pública referentes.

Los/as entrevistados/as anunciaron que el PPSR iniciaría durante 2012 un curso sobre violencia obstétrica y sexual, como así también capacitaciones relacionadas con atención no heterosexista, que dé cuenta de la diversidad sexual. Asimismo, se realizarían capacitaciones a operadores/as penitenciarios/as, continuando con una línea de trabajo que incluyó a personal profesional y penitenciario en la cárcel de Almagre.

Cabe señalar que las capacitaciones ofrecidas por el Programa han perdido visibilidad. Hasta donde es posible saber, la cuestión de la violencia obstétrica, de la violencia sexual y de la perspectiva heterosexista en la atención de salud,

continúan siendo puntos ciegos en la formación de los/as profesionales y el PPSR no ha ofrecido cursos destinados a llenar estos vacíos de conocimiento. Quienes se han ocupado de ese campo de problemas han sido las OSCs y otros/as actores sociales procedentes del mundo académico y el activismo feminista.¹⁶⁰

Durante el período considerado en este apartado no se realizaron campañas públicas de visibilización del Programa, ni éste tuvo espacio en los medios de comunicación. De hecho, hasta la actualidad el PPSR no cuenta con página web, recurso que sería de gran utilidad dada la masividad del alcance de una herramienta como Internet. En la entrevista realizada Alonso decía, respecto de un espacio propio en la Web:

“Es un deseo, pero... desde la parte interna del Programa es como que no hay posibilidades. Cuando haya presupuesto o, si no, el recurso que haga el mantenimiento de la página. Inclusive se pensó en hacer un blog, pero hace falta recurso humano para poder trabajar, ¿no?”.¹⁶¹

El PPSR distribuye la información que se va construyendo y recogiendo vía correo electrónico en un boletín periódico. Sin embargo, ésta es una herramienta muy nueva, dado que al momento de la entrevista (comienzos del mes de septiembre de 2012) estaba a punto de ser enviado el tercer boletín.

El entrevistado y la entrevistada hicieron hincapié en la importancia de la línea telefónica 0800 Salud Sexual y Reproductiva sostenida desde Nación. Este recurso permite recibir tanto denuncias como consejería e información.

¹⁶⁰ Durante 2011 se llevaron a cabo los ciclos formativos sobre “Buenas Prácticas para la Intervención Socio-Sanitaria: incorporación de la perspectiva de género y derechos humanos”, impulsada por el Hospital Universitario en forma conjunta con el Instituto de Estudios de Género de la U.N.Cuyo, en el marco del Programa de Inclusión Social e Igualdad de Oportunidades de la Universidad Nacional de Cuyo. Se efectivizaron siete (7) ciclos formativos, con una carga horaria de 20 horas cada uno, en las siguientes sedes: Hospital Universitario, Centro de Salud nº 17 de Las Heras, Centro de Salud nº 28 de Godoy Cruz, Hospital T. J. Schestacow de San Rafael, Centro de Salud nº 16 de Guaymallén, Centro de Salud Nº 2 de Capital, Hospital Lencinas y Hospital El Carmen -en forma coordinada-. Recibieron la formación completa 251 trabajadoras/es de la salud de la provincia, y asistieron a más de la mitad del ciclo 352 personas.

¹⁶¹ *Íbid.*

Acerca del componente institucional del Programa se puede detectar dependencia respecto del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Retomando el tema presupuestario y la visible disminución del mismo, un dato relevante surgido de la entrevista es que para el ejercicio 2012, el presupuesto asignado fue aún menor que el de los años anteriores:

“(…) El presupuesto asignado para este año fue cercano a los \$300.000. Nos piden todos los años el presupuesto a considerar, a trabajar en el ejercicio del año siguiente. Pero, bueno, por diferentes circunstancias, ha tenido que haber una redirección de créditos (…).”¹⁶²

Según Alonso aproximadamente el 33% del presupuesto del PPSR está destinado a capacitación, el 15% o 20% a materiales de difusión (folletería, impresos, volantes, etcétera), y el resto se asigna al mantenimiento de la oficina y al pago de diversos servicios.

Si tenemos en cuenta el magro presupuesto asignado al PPSR, es posible deducir que el monto real de recursos asignados a cada área es mínimo, lo que explica, en buena medida, la pérdida de visibilidad y de presencia pública. Por otro lado, tal y como se desprende de lo manifestado por Alonso y Travaglini, hay áreas fundamentales que son imposibles de abarcar en el estado actual del Programa, ya sea por falta de recursos económicos o de recursos humanos, factores ambos que dependen en buena medida del peso institucional.

En este sentido, si bien está garantizada la continuidad en la provisión de insumos, el PPSR no puede llevar adelante un monitoreo de la atención de la Salud Sexual y Reproductiva, su incidencia sobre los efectores se ve reducida a la participación que éstos puedan tener en las capacitaciones que brinda el Programa. El registro de flujos de insumos es dispar y muchas veces arbitrario, dado que queda librado a la buena voluntad o a la existencia de recurso humano en cada Centro de Salud para rellenar las planillas entregadas. Al mismo tiempo esto impide conocer, de manera cabal, el número de personas bajo programa, lo

¹⁶² Entrevista al Jefe del Programa Provincial de Salud Reproductiva, *Op. Cit.*

que se traduce en una acotada capacidad de previsión y de proyección en las acciones a realizar, y una imposibilidad de adaptación al crecimiento demográfico o a la ampliación de demandas. Incluso, el Programa parece no contar con mecanismos para recoger nuevas demandas, en caso de que las hubiera.

Tal como se mencionó anteriormente, el PPSR depende orgánicamente de Promoción y Prevención de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia. El organigrama oficial del Ministerio¹⁶³ muestra que Promoción, Prevención y Atención Primaria se halla, junto con los hospitales provinciales, bajo la égida de la Subsecretaría de Gestión Sanitaria. Sin embargo, nada hace suponer la existencia de una red que permita el intercambio fluido de información entre los distintos componentes de dicha Subsecretaría, ni hay evidencias de que se trabaje en conjunto para brindar un mayor y mejor acceso a los servicios de salud reproductiva a las usuarias de los mismos.

Si bien es cierto que a lo largo de estos años el Programa ha hecho un cambio cualitativo en cuanto a su enfoque, pasando de una visión centrada en lo materno-infantil a una de reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho humano, e incorporado la perspectiva de género, sigue sufriendo de grandes limitaciones para posicionarse como referente en la materia.

Es paradójico que en un momento en que ha crecido la visibilización de los Derechos Sexuales y Reproductivos, el Estado Provincial haya retrocedido en sus políticas públicas de tal modo que produjo un vacío en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la pérdida de visibilidad de un Programa que supo ser punta de lanza, no sólo en Mendoza, sino en todo el país, en las acciones ligadas al impulso de la salud sexual y reproductiva en tanto derecho.

¹⁶³ Disponible en www.salud.mendoza.gov.ar [Citado el 02 de noviembre de 2012], link permanente http://www.salud.mendoza.gov.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=328&Itemid=3

Capítulo 5: El anverso de los Derechos Sexuales y Reproductivos: la Mortalidad Gestacional y Materna.

“(...) las mujeres mueren dando a luz porque las sociedades no consideran que sus vidas valen el costo necesario para salvarlas. La esclavitud de las mujeres hacia su rol reproductivo y doméstico es responsable por la forma en que la sociedad subestima su valor” (Fathalla, 1992)

Introducción

En el presente capítulo se abordará la Mortalidad Gestacional y Materna como una de las tantas aristas de los derechos humanos de las mujeres. En este caso, cómo la sucesión de incumplimientos, falta de garantía, protección y respeto por dichos derechos se transforman en un peligro para la salud y la vida de las mujeres en edad fértil.

En los capítulos precedentes se ha abordado la salud sexual y reproductiva como un tema de derechos humanos. Para lograr este enfoque es necesario adoptar un concepto integral y dinámico de salud, que contenga no sólo las dimensiones física, psicológica, social y emocional (de las que da cuenta la definición de salud brindada por la OMS y previamente citada), sino también el punto de vista histórico, que permite tomar a la salud como un proceso.

“La Salud es un proceso social, un continuo que ocurre a lo largo de la vida de las personas en la que se combinan dimensiones individuales y generales. Son decisivas en esta combinatoria las condiciones del contexto, los procesos ecológicos y culturales y la cotidianeidad y el trabajo.

Es una estructura compleja de determinaciones, condicionamientos e incertidumbres, con fuerzas en conflicto y mecanismos de reproducción y producción en el doble nivel de lo material y lo simbólico. Comprende, además de los polos de salud y enfermedad, las respuestas técnico-políticas expresadas centralmente en la cobertura de atención, pero

también en los focos de investigación y desarrollo tecnológico y el sistema mismo de salud”.¹⁶⁴

Este punto de vista es clave para analizar la Mortalidad Gestacional y Materna como fenómeno que, de acuerdo a Pérez Chávez, representa un analizador en salud:

“Desde un polo de salud, la Mortalidad Materna es el reverso de la salud reproductiva, término éste que no es ajeno a la salud sexual, y que además se encuentra actualmente vinculado a la cuestión de los derechos de ciudadanía”.¹⁶⁵

El tema que se abordará en este capítulo es sumamente complejo y para dar cuenta de manera acabada de dicha complejidad, sin dudas, debería hacerse un trabajo específico. Por lo pronto, en este apartado se pondrán en consideración algunas cuestiones básicas para completar el análisis del acceso real de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos, y el rol que juega el Estado en dicho acceso, o en la falta del mismo.

En primer término, se retomarán algunos conceptos fundamentales para facilitar un acercamiento al tema de la Mortalidad Materno-Gestacional en los términos propuestos por Pérez Chávez y citados más arriba: como contracara del pleno acceso a la salud sexual y reproductiva. En otras palabras, como anverso del ejercicio real de los derechos humanos de las mujeres. Se planteará la necesidad de trabajar el concepto de Muerte Gestacional y Materna no como mero indicador de salud, sino como cristalización de los conflictos que existen en el campo de la salud respecto de las mujeres; los estereotipos implícitos en dicho campo; el abordaje que, desde las políticas públicas, se hace (y se ha hecho históricamente) de la garantía de los derechos de las mujeres; las desigualdades sociales, económicas, étnicas y culturales que determinan la atención diferencial de la salud; etcétera.

¹⁶⁴ Pérez Chávez, Katty (2007). *Decisiones y omisiones en salud sexual y reproductiva. El problema de la mortalidad materna en Argentina*. Buenos Aires: Ediciones Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini, p. 11.

¹⁶⁵ Pérez Chávez, Katty, *Op. Cit.*, p.13.

Luego se considerarán algunas cuestiones metodológicas importantes para el trabajo de análisis de datos secundarios, teniendo en cuenta que se utilizarán los datos oficiales brindados por el Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Mendoza, así como también las cifras brindadas por la Organización Mundial de la Salud, para el país y la región.

A continuación se analizarán las cifras de Mortalidad Materna, estableciendo comparaciones entre la provincia, el país y la región, y teniendo en cuenta algunos casos testigo en lo que a este indicador se refiere. Se hará un seguimiento de la evolución de la Razón de Mortalidad Materna a lo largo del período abarcado en este trabajo.

Finalmente, se abordarán brevemente las principales causas de Muertes Maternas y Gestacionales, haciendo principal hincapié en el aborto inseguro, no sólo por la importancia que tiene este fenómeno en el total de las muertes, sino también porque las muertes ocasionadas por esta causa son completamente evitables.

5.1. Consideraciones conceptuales y metodológicas

Para comenzar, es necesario definir el concepto que será el eje de análisis del presente capítulo:

“La mortalidad “materna” se define como la muerte de una mujer durante el período de embarazo y hasta 42 días después del parto, a raíz de causas relacionadas con el estado de gravidez o agravadas por la gestación”.¹⁶⁶

Es de suma importancia tener en cuenta los supuestos que cada definición implica. En la denominación “Mortalidad Materna” subyace la identificación entre mujer y madre. Es decir, aquí también está presente uno de los estereotipos más arraigados de la sociedad capitalista patriarcal (mujer=madre) al que se ha hecho referencia en repetidas oportunidades a lo largo de este trabajo. Tal como señala Katty Pérez Chávez:

¹⁶⁶ Faúndes, Aníbal y Barzelatto, José (2005), *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Bogotá: Tercer Mundo Editores, p. 65.

“Esta problemática que afecta directamente a las mujeres en edad fértil no se refiere a todas ellas, ni a la muerte de mujeres madres. Se refiere exclusivamente a la mortalidad que ocurre durante un período gestacional incluido el período posparto, si lo hubiera. Hablamos entonces de una gestación que pudo ser la primera para una joven de 15 años o la cuarta para una mujer de 35, en cuyo caso sí es preciso comprender el impacto de estas muertes en términos de desamparo infantil”.¹⁶⁷

Para lograr un punto de vista que dé cuenta de la complejidad de dicha noción, es importante considerar que existe una visión dominante, anclada en el estereotipo mujer=madre, que marca una determinada forma de relación entre la sexualidad, la reproducción y la maternidad. Previamente se trazó el recorrido de reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho humano que implica la posibilidad de que cada mujer decida si el goce de su sexualidad estará o no vinculado a la reproducción biológica en un determinado momento de su vida. Por esto el concepto de Mortalidad Gestacional y Materna reviste una gran importancia e implica la cristalización de los conflictos en torno a los cuerpos de las mujeres, que condicionan el acceso real de las mismas al derecho a tomar decisiones, libre y responsablemente, acerca de sus sexualidades y sus cuerpos, al mismo tiempo que refleja el acceso diferencial a servicios de salud de calidad, lo que significa, en última instancia, un acceso diferencial al derecho a la salud.

“Las probabilidades de morir por causas relacionadas con un embarazo, parto o puerperio están íntimamente relacionadas con el acceso igualitario a servicios de salud de calidad, y al pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Por eso la mortalidad materna constituye uno de los indicadores más sensibles para medir el estado de la salud sexual y reproductiva de las mujeres”.¹⁶⁸

Todas las mujeres que transitan por un proceso de gestación quedan expuestas a las complicaciones que éste trae aparejado. Las cargas sociales y

¹⁶⁷ Pérez Chávez, Katia, *Op. Cit.*, p. 16.

¹⁶⁸ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2011) *Políticas de Salud Sexual y Reproductiva. Avances y desafíos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, p. 105.

culturales impuestas sobre este proceso usualmente oscilan entre la “patologización” del embarazo, que significa una forma de tutela de las mujeres por parte del sistema médico, o la negación de las especificidades de dicho proceso en pos de una “naturalización” exagerada y coercitiva del rol reproductivo de las mujeres. El trabajo “Para que cada muerte materna importe”, realizado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) con la colaboración del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, dice al respecto:

“Toda mujer está expuesta a los riesgos que implica el embarazo, dado que durante la gestación puede tener complicaciones imprevistas que pongan su vida en peligro y que requieran atención médica inmediata. Los datos disponibles sugieren que alrededor del 40% de todas las mujeres embarazadas tendrán alguna complicación y cerca del 15% necesitarán cuidados obstétricos para atender las complicaciones que pueden poner en riesgo su vida o la del bebé. Muchas de estas complicaciones aparecerán de forma sorpresiva e imprevistamente (Koblinsky *et al.*, 1993). Las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son las principales causas de incapacidad, enfermedad y muerte entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo. Estas causas representan al menos el 18% de la carga global de enfermedad en este período de la vida de las mujeres (WHO, 1998)”.¹⁶⁹

El modo en que cada mujer puede enfrentar los riesgos implicados en el embarazo, el parto y el puerperio no habla sólo de una trayectoria personal, sino de cómo esa trayectoria personal se imbrica en un tejido cuyas tramas son económicas, sociales, culturales, educacionales, étnicas, etcétera. En este tema hay un abismo entre las posibilidades que brinda la Ciencia Médica y la Obstetricia, en tanto saberes dominantes en el campo de la reproducción biológica, y el acceso real de las mujeres a dichas posibilidades.

“Las muertes maternas son evitables. Las intervenciones para prevenir sus causas más frecuentes están probadas, disponibles y son costo-efectivas.

¹⁶⁹ Ramos, Silvina y otros/as (2004). *Para que cada muerte materna importe*. Buenos Aires: CEDES, p. 26.

Los países que han conseguido disminuirlas han adoptado medidas globales, tales como:

- La planificación familiar para la prevención del embarazo no deseado.
- El manejo apropiado del embarazo de alto riesgo (diabetes, hipertensión y anemia).
- El mejoramiento de los estándares y prácticas de personal calificado para el manejo del parto basado en evidencias: uso del partograma, prácticas asépticas, procedimientos manuales (remoción de placenta y reparación de episiotomía) y drogas para tratar la sepsis, la eclampsia y las hemorragias, intervenciones quirúrgicas (cesáreas) y anestesia.
- La provisión de abortos seguros y el tratamiento de sus complicaciones cuando han sido realizados en condiciones riesgosas.
- La vigilancia de las muertes maternas para monitorear su evolución, distribución, determinantes y causas, evaluar el impacto de las intervenciones y realizar las acciones necesarias”.¹⁷⁰

El hecho de que sean muertes evitables pone el acento en la cuestión de quiénes son las mujeres que mueren por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio. Si volvemos sobre las cifras citadas más arriba, queda claro que un gran porcentaje de mujeres puede tener complicaciones en el parto y que otras tantas necesitarán cuidados especiales. Pero no todas ellas mueren, por supuesto. Entonces ¿qué mujeres tienen más probabilidades de morir en este proceso?

“Las muertes maternas son asimismo una expresión inequívoca de las desventajas económicas, sociales y culturales que padecen las mujeres. La muerte de una mujer durante el embarazo o el parto es no sólo un problema de salud, sino también una cuestión de injusticia social. La magnitud de la mortalidad materna puede considerarse un indicador de la desventaja social de las mujeres, y sus determinantes y diferenciales

¹⁷⁰ Ramos, Silvina y otros/as *Op. Cit.*, p. 26.

pueden ser entendidos como una expresión de los desequilibrios en la distribución de los riesgos de enfermar y morir relacionados con la capacidad reproductiva de las mujeres. Como parte de esos desequilibrios, la división sexual del trabajo dispone que las tareas a cargo de las mujeres sean frecuentemente peor remuneradas. Al mismo tiempo, la doble jornada laboral (el trabajo fuera del hogar para ganar un sustento y el trabajo dentro del hogar para asistir las necesidades de alimentación, higiene y crianza de los hijos) suele exponerlas a muchas horas de esfuerzo, comprometiendo así su salud física y psíquica, y creando obstáculos para que puedan cuidar y atender su salud en forma apropiada y oportuna (Center for Population and Family Health, 1992)¹⁷¹.

Una vez hechas estas breves observaciones acerca del concepto de Mortalidad Materno-Gestacional, se realizarán algunas consideraciones metodológicas importantes para abordar el tema en cuestión.

Es fundamental dejar en claro que la decisión de utilizar el término Mortalidad Gestacional, acompañando al de Mortalidad Materna, se apoya en la intención de poner en cuestión el estereotipo mujer=madre implícito en el concepto Mortalidad Materna y del que se dio cuenta en el apartado anterior. Al mismo tiempo, es importante reconocer que existe una diferencia en las implicancias de las muertes gestacionales y las muertes maternas: mientras que las primeras suelen ocurrir entre mujeres jóvenes que deciden no ser madres, y que mueren, justamente por la clandestinidad inherente a esa decisión en nuestro país, en el caso de las segundas, se trata de mujeres que ya tienen hijos/as, por lo que las consecuencias sociales de esas muertes tienden a relacionarse con la orfandad de esos/as niños/as y con la pérdida de la persona a cargo del cuidado de otros miembros de la familia (personas ancianas o con alguna discapacidad) que se sufre en estos casos. Sin embargo, el término Mortalidad Materna (en adelante MM) es el más utilizado en las estadísticas oficiales y en los trabajos científicos respecto del tema, por lo que se lo utilizará solo o combinado con el término Mortalidad Gestacional (MG). Según sea conveniente, y a los fines del presente trabajo, serán equivalentes.

¹⁷¹ Ramos Silvina y otros/as, *Op. Cit.*, p. 43.

A lo largo del capítulo se trabajará sobre las estadísticas oficiales de MM, y sobre datos brindados por la Organización Mundial de la Salud. Dichas estadísticas presentan, por lo general, la tasa de MM definida como:

“La tasa de Mortalidad Materna es un indicador epidemiológico descriptivo que informa la frecuencia relativa de muertes maternas en relación con los nacimientos de niños vivos”.¹⁷²

Es importante aclarar que, a pesar de que usualmente figura en las estadísticas oficiales como “Tasa de Mortalidad Materna”, sería más adecuado hablar de Razón, dado que una Tasa establece una relación entre la totalidad de una población determinada y una parte de la misma población, mientras que la Razón es una relación entre dos poblaciones.¹⁷³ En el presente trabajo, para realizar la interpretación de las cifras de MM y MG se utilizará el término propuesto por la fuente citada en cada caso, es decir que será muy probable hallar Tasa de Muerte Materna y Razón de Muerte Materna como sinónimos.

Por lo general, para la presentación de los datos del país y la provincia, la Razón de MM se calcula cada 10.000 Nacidos Vivos. En las estadísticas internacionales, para presentar indicadores regionales o mundiales, el cálculo se realiza cada 100.000 Nacidos Vivos.¹⁷⁴

La fórmula que se utiliza para calcular la Razón de MM¹⁷⁵ es la siguiente:

$$\text{Tasa anual de MM} = \frac{\text{Nro.de defunciones por causas maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año dado}}{\text{Nro. de nacidos vivos registrados en la población del área geográfica dada durante el mismo año}} \times 10.000$$

¹⁷² Pérez Chávez, Katia, *Op. Cit.*, p.18.

¹⁷³ Pérez Chávez, Katty, *Op. Cit.*, p. 18.

¹⁷⁴ Dirección de Estadísticas e Información de la Salud. Sistema Estadístico de Salud, Boletín N° 134. Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de residencia. Argentina. Año 2010. Disponible en www.deis.gov.ar [Citado el 01 de octubre], link permanente <http://www.deis.gov.ar/publicaciones/archivos/Boletin134.pdf>, p. 14.

¹⁷⁵ *Ibid.*

Respecto de las causas de MG y M, se pueden señalar dos grupos: las obstétricas directas y las obstétricas indirectas. Entre las primeras se pueden encontrar: el aborto provocado en condiciones inseguras, las hemorragias, las infecciones/ sepsis y, por último, los trastornos hipertensivos durante el embarazo. Respecto de las segundas, se puede decir que incluyen todos aquellos cuadros clínicos que no se presentan exclusivamente por la ocurrencia de la gestación y el parto, pero que se agravan por éstos.¹⁷⁶

A continuación se realizará un análisis descriptivo de las cifras de MM brindadas por organismos oficiales, ya sea internacionales, nacionales o provinciales a fin de lograr un cuadro de la situación, a lo largo de los últimos años, de la Mortalidad Gestacional y Materna en nuestro país y provincia.

5.3. La Mortalidad Materno Gestacional en cifras, un asunto de desigualdades.

La problemática de la muerte materna y gestacional es un fenómeno que, con diversos grados de intensidad, se presenta en todo el mundo. Tal como se ha visto más arriba, la ocurrencia de las muertes de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio implica un abanico de situaciones de orden económico, social, cultural y de acceso a derechos, por lo que las diferencias regionales en la Razón de MM y G replican las desigualdades que existen entre los diferentes países.

“La razón de mortalidad materna (...) en los países en desarrollo es de 240 por 100 000 nacidos vivos, mientras que en los países desarrollados es tan solo de 16 por 100 000. Hay grandes disparidades entre los países. Pocos tienen razones de mortalidad materna extremadamente altas, superiores incluso a 1000 por 100 000 nacidos vivos. También hay grandes disparidades en un mismo país entre personas con ingresos altos y bajos y entre población rural y urbana”.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Ramos Silvina y otros/as, *Op. Cit.*

¹⁷⁷ Organización Mundial de la Salud, disponible en www.who.int [Citado el 20 de octubre de 2012], link permanente <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/index.html>

De acuerdo a los datos brindados por la Organización Mundial de la Salud, el 99% de las muertes maternas y gestacionales ocurre en los denominados “países en desarrollo”. Si bien entre 1990 y 2010 ha habido una enorme disminución de la cantidad de MM y G, cada día mueren en el mundo alrededor de 800 mujeres por causas relacionadas al embarazo, parto y puerperio.¹⁷⁸ Esta enorme caída en la Razón de MM y G, puede vincularse a que éste es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas, por lo que la mayoría de los países (entre éstos, el nuestro) se han comprometido a implementar políticas efectivas para disminuir la cantidad de mujeres que mueren en eventos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio. Sin embargo, es importante tener en cuenta que muchas veces los Estados encuentran estrategias metodológicas para que las estadísticas oficiales muestren los números necesarios a los fines de cumplir con las exigencias de los Organismos Internacionales. Es decir, el compromiso asumido por los Estados para con dichos organismos no se traduce necesariamente en respeto de los derechos. Asimismo, la MM y G presenta, desde el punto de vista del registro, fuertes dificultades vinculadas, al menos en América Latina, a la clandestinidad de las prácticas abortivas que están penalizadas en la mayor parte de los países del continente. Existe una diferencia sustancial entre la conquista de un derecho humano y el respeto a la dignidad del/la sujeto, y esa diferencia fundamental es inasequible para las estadísticas.

Aún con subregistros y malabarismos estadísticos, es importante destacar que las adolescentes son quienes corren más riesgos de morir en eventos relacionados a la salud reproductiva:

“El mayor riesgo de mortalidad materna corresponde a las adolescentes de menos de 15 años. Las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte de las adolescentes en la mayoría de los países en desarrollo”.¹⁷⁹

¹⁷⁸ Organización Mundial de la Salud, *Op. Cit.*

¹⁷⁹ *Ibid.*

Este dato no es menor a la hora de reflexionar sobre las políticas públicas que debieran garantizar el acceso a derechos sexuales y reproductivos. Los embarazos adolescentes proceden, en muchos casos, de situaciones de violencia y de una educación sexual inadecuada o inexistente.

Al interior de América Latina y el Caribe existen enormes diferencias entre los países respecto de la MM y G.

“Entre 1990 y 2008 —último año para el que se dispone de datos— la mortalidad materna de América Latina pasó de 156 a 88 por cada 100.000 nacidos vivos (descendió un 43,6%) y la del Caribe pasó de 156 a 109 (bajó un 30%). (...) A primera vista, el descenso parece acelerado y alentador para el logro del Objetivo, pero la realidad es diferente. Algunos países, como Guyana, el Estado Plurinacional de Bolivia y Haití, partieron de cifras muy elevadas (310, 510 y 670, respectivamente) y se invisibilizan bajo el promedio regional. Sumado a ello, existe la restricción de la consideración metodológica, que no permite comparar un país con otro en los distintos períodos”.¹⁸⁰

Las desigualdades existentes no son otra cosa que una evidencia más de que la MM y G es uno de los indicadores más sensibles a las desigualdades entre las mujeres. Desigualdades de clase, de educación, de ubicación geográfica, etarias condicionan fuertemente los riesgos que una mujer correrá en eventos relacionados con sus capacidades reproductivas.

5.3.1. Evolución de la Mortalidad Materno Gestacional en Mendoza

En el presente apartado se realizará un análisis descriptivo de la situación de la provincia de Mendoza respecto de la Razón de Mortalidad Materna. Para contextualizar la situación de nuestra provincia, se repasará brevemente la situación de la Argentina respecto de este indicador.

¹⁸⁰ Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, Informe Anual 2011 “El salto de la autonomía de los márgenes al centro”. CEPAL, disponible en www.cepal.org [Citado el 30 de octubre de 2012], link permanente http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/42800/2011-242-OIG-Informe_anual_WEB.pdf, p. 15.

En el año 2000, los representantes de ciento ochenta y nueve países se reunieron en la denominada “Cumbre del Milenio” y fijaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio a alcanzarse para el año 2015. Previamente se ha hecho referencia a dichos objetivos, por lo que en el presente capítulo no se volverá sobre ellos. Simplemente se los retomará a los fines de recordar los compromisos asumidos por nuestro país a nivel internacional respecto de la disminución de la Mortalidad Materna. El Objetivo número 5 es mejorar la salud materna, y la meta número 6, incluida en el mismo, se plantea la disminución en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, de la tasa de mortalidad derivada de la maternidad. Es fundamental tomar en consideración lo anteriormente expuesto acerca de que el mejoramiento en las estadísticas no significa, necesariamente, un avance en la situación real de las mujeres respecto de sus derechos. Sin embargo, el análisis de los indicadores permite, al menos, un acercamiento al estado de situación respecto de esta problemática.

Entonces, ¿cuál fue la evolución de la Razón de MM en Argentina desde la década del '90 hasta el 2010?

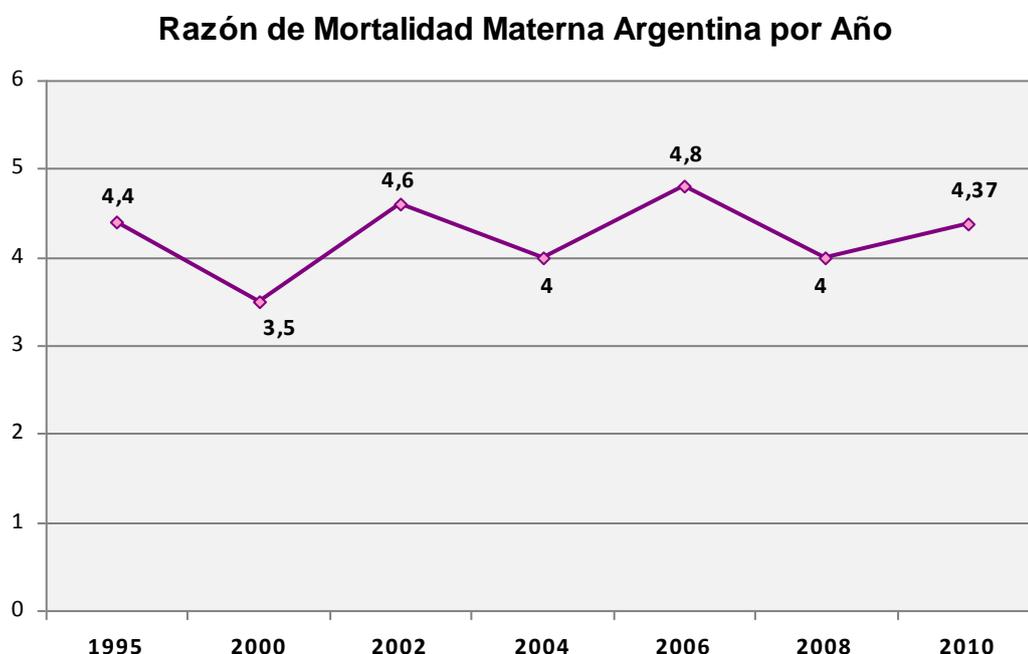


Gráfico de elaboración propia. Fuente Boletín del Ministerio de Salud de la Nación.

Tal como puede verse en el gráfico anterior, en nuestro país la Razón de MM no ha sufrido grandes variaciones desde mediados de la década de 1990 a la actualidad. Este indicador oscila alrededor de 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos en el período considerado. Se puede decir, entonces, que el objetivo de disminuir dicha razón no está siendo cumplido por nuestro país.

Al mismo tiempo, y tal como se dijo en el apartado anterior respecto de la situación mundial, la Razón de MM de Argentina esconde enormes diferencias regionales. De acuerdo al Boletín del Ministerio de Salud de la Nación emitido en 2012, en 2010 en Argentina ocurrieron 331 MM, lo que se traduce en una Razón de MM de 4,37 por 10.000 Nacidos Vivos.

A continuación se presenta un gráfico comparativo de las Razones de MM por provincia y la Razón de MM del total del país para el año 2010, último registro disponible.

Razón de Mortalidad Materna por Provincia y Total País 2010

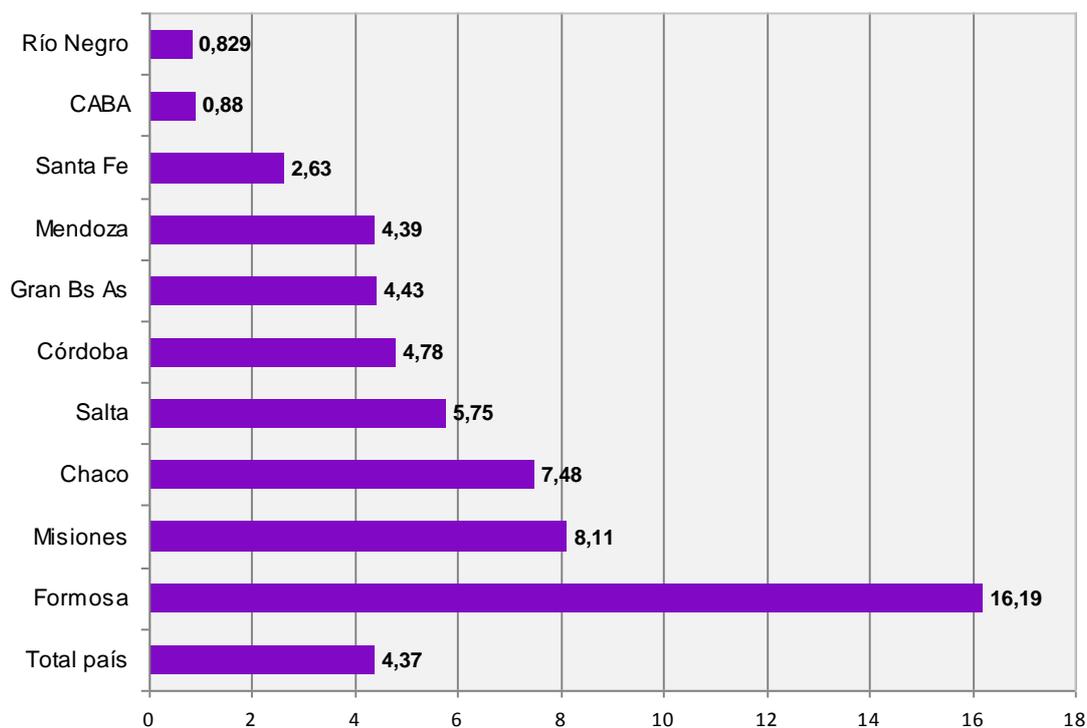


Gráfico de elaboración propia. Fuente Boletín del Ministerio de Salud de la Nación.

De esta forma, se puede apreciar la brecha entre la situación de distintas provincias argentinas. Para la confección del gráfico se eligieron aquellas provincias con Razones de MM y G extremas, y la provincia de Mendoza a los fines comparativos. Formosa es la provincia con la Razón de MM y G más alta del país: 16 muertes por cada 10.000 nacidos vivos, superando ampliamente el promedio nacional. Otras provincias, cuya Razón de MM y G es más alta que la nacional, son Misiones, Chaco, Salta, sólo por mencionar aquellas en las que la situación es más grave. Al mismo tiempo, provincias como Río Negro y Santa Fe, así como la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, presentan Razones de MM y G muy por debajo del promedio nacional. Mendoza, tiene una Razón de MM y G casi idéntica a la nacional, y muy similar a la del Gran Buenos Aires y Córdoba.

¿Cómo se traduce esta desigualdad estadística? Una mujer en Formosa tiene, aproximadamente, un riesgo 18 veces más alto de morir en un evento de su vida reproductiva que una mujer en la Ciudad de Buenos Aires. Mientras que una mujer mendocina corre un riesgo 5 veces mayor de morir en estas circunstancias que una mujer oriunda de Río Negro. Por esta razón es fundamental pensar la MM y G como una cuestión de derechos humanos. O, más bien, como la consecuencia fatal de la falta de acceso de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos.

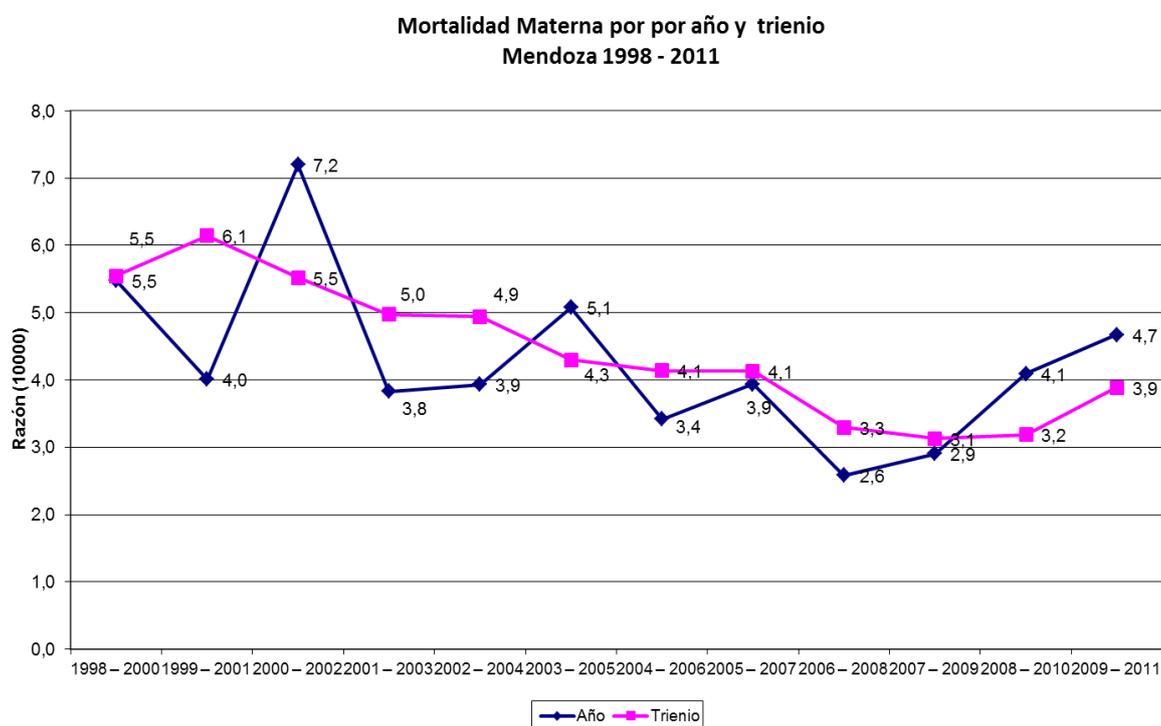
“Las diferencias regionales son tan profundas que desmarcan el promedio para construir un mapa de varios países en un solo país.

La mortalidad materna refleja el grado de desigualdad de las posibilidades de las mujeres de vivir o morir según las condiciones económicas y regiones del país”.¹⁸¹

¿Cómo se encuentra nuestra provincia en este contexto? El siguiente gráfico presenta la evolución de la Razón de MM en Mendoza desde 1998 hasta 2011. En el mismo se presenta la Razón por año y por trienio a los fines de analizar las variaciones en períodos más largos de tiempo, y hacer un seguimiento de la tendencia del indicador menos influenciado por valores

¹⁸¹ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Op. Cit.*, p. 109.

extremos que podrían ser incidentales. Tal como presenta el gráfico, se dio una ligera disminución en la Razón de MM, fundamentalmente a partir del período 2002-2004. Sin embargo, resulta llamativo que, luego de un descenso muy marcado en el trienio 2006-2008, la Razón de MM comenzó un lento pero sostenido aumento, que significa que en el último trienio el indicador analizado alcanzó el nivel más alto desde el período 2005- 2007. Nuestra provincia, entonces, lejos está de cumplir con el compromiso de disminuir la cantidad de muertes de mujeres en eventos relacionado al embarazo, parto y puerperio.



Fuente: Dr. Carlos Cardello.

Luego de este breve recorrido por la situación de la Razón de MM y G en nuestro país y provincia, se realizará un análisis descriptivo de las principales causas de Mortalidad Materno Gestacional, haciendo principal hincapié en el aborto clandestino como causa de muerte de mujeres en edad fértil.

5.4. Breve análisis de las principales causas de Mortalidad Gestacional y Materna

Previamente se hizo referencia a la clasificación de las causas de MM y G en Causas Obstétricas Directas e Indirectas. Se retomará esta clasificación para comenzar un breve análisis de la estructura de causas de las muertes de mujeres en eventos relacionados al embarazo, parto y puerperio. Para ello se utilizará el trabajo realizado a modo de balance por el Programa Nacional de Salud Sexual y procreación Responsable.

“Al analizar las causas de la mortalidad materna, las defunciones se subdividen en dos grandes problemáticas, según sean consecuencia de causas obstétricas directas o indirectas:

- Las causas obstétricas directas son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de gestación (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias antes mencionadas. Por ejemplo, las infecciones producto de abortos practicados en condiciones inseguras son muertes por causas obstétricas directas.

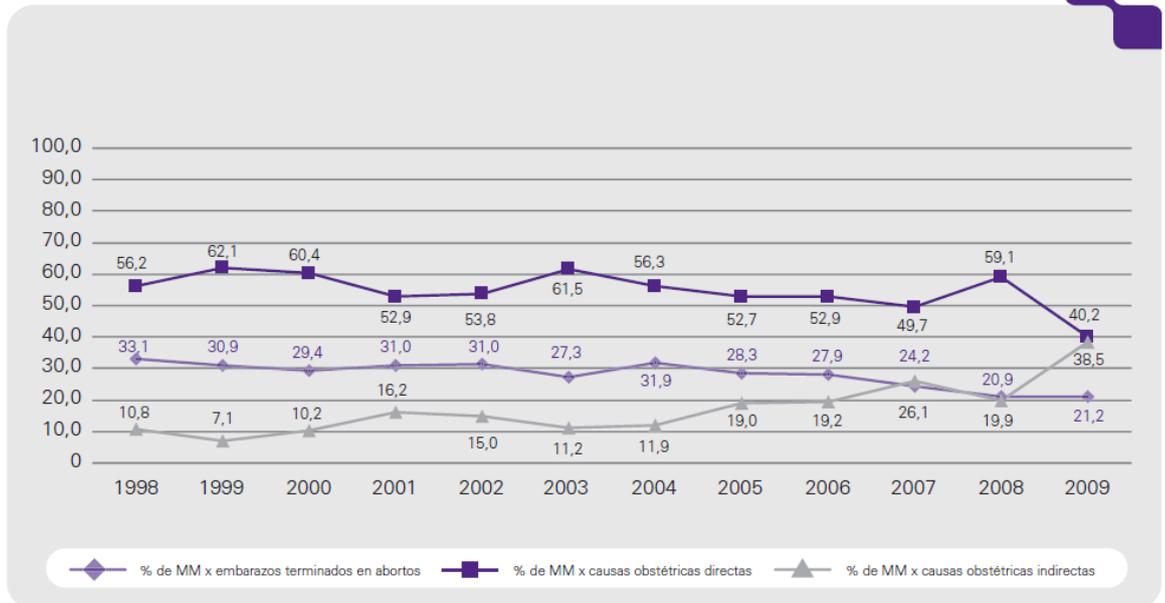
- Las causas obstétricas indirectas son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Por ejemplo, una mujer que vive con VIH, o que contrae gripe o algún tipo de enfermedad respiratoria durante el embarazo está más expuesta a complicaciones, que pueden terminar en la muerte.

En la Argentina, desde 1998, el 60% de las muertes maternas se deben a causas obstétricas directas, pero **el embarazo terminado en aborto es la principal causa individual de mortalidad**¹⁸².

¹⁸² Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Op. Cit.*, p.109. (El subrayado es propio)

A continuación, se presentan datos que registran la evolución de las causas de MM y G en la Argentina en la última década, en un gráfico confeccionado por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Gráfico 13. Defunciones maternas según causa. Porcentajes - Total País - Años 1998-2009.



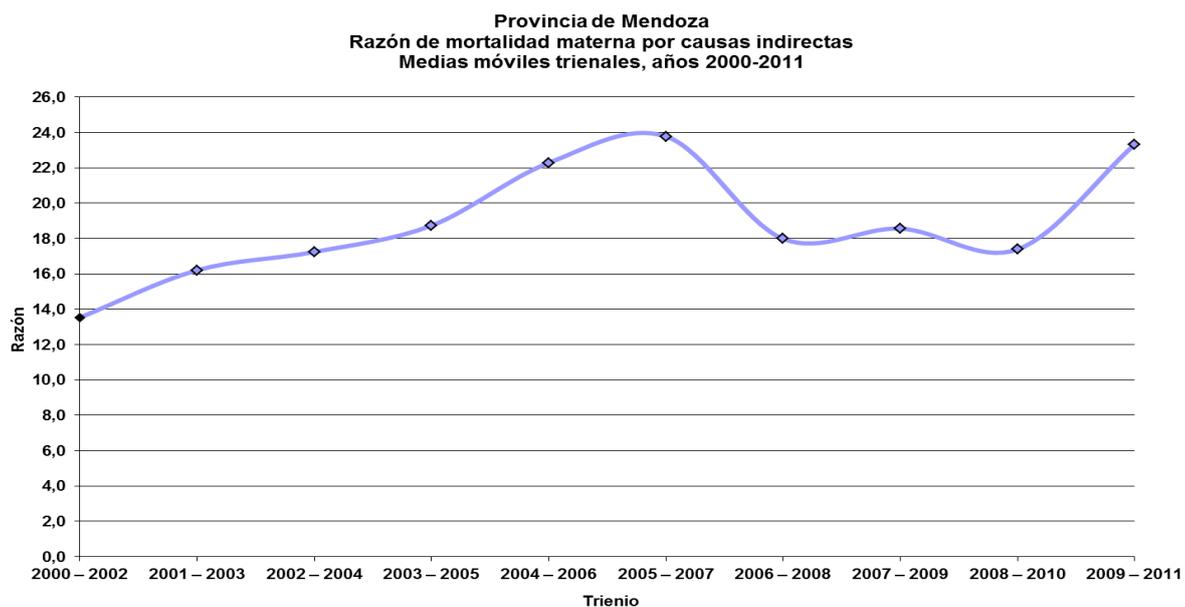
Fuente: DEIS - Ministerio de Salud de la Nación 2010.

Fuente: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, *Op. Cit.*, p. 111.

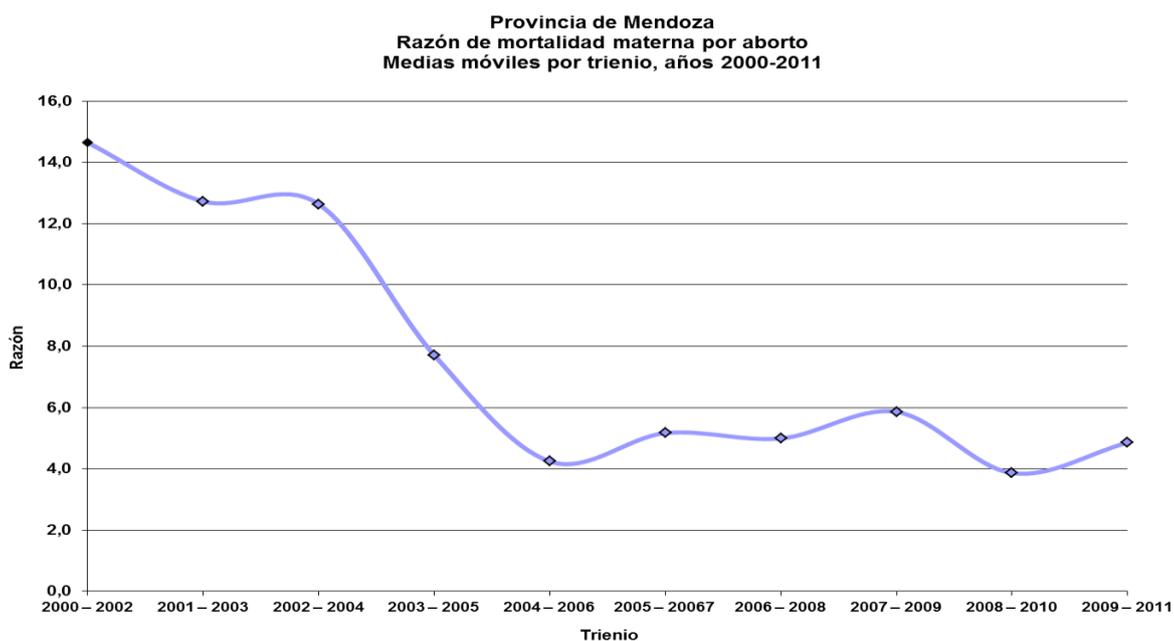
Tal como se ve, en los últimos años, las muertes de mujeres por abortos disminuyeron levemente, mientras que las MM y G por causas obstétricas indirectas aumentaron, y las relacionadas a causas obstétricas directas sufrieron una disminución más notoria.

¿Cuál es la situación en nuestra provincia en cuanto a la estructura de causas de las MM y G?

De acuerdo a información provista por Carlos Cardello, quien se desempeñó como director de Atención Primaria de la Salud en la Provincia de Mendoza, durante el año 2012, la estructura de causas de MM y G presenta un panorama similar a la del resto del país a lo largo de los últimos años. En Mendoza, en la actualidad, la mayor cantidad de MM y G se produce por causas indirectas, mientras las muertes ocurridas por abortos inseguros han disminuido. En los gráficos siguientes se puede observar la evolución de ambas causas de MM y G en el período analizado.



Fuente: Dr. Carlos Cardello.



Fuente: Dr. Carlos Cardello.

Si bien es cierto que las estadísticas dan cuenta de una disminución de la cantidad de muertes por aborto en nuestra provincia, nada dicen acerca de las razones posibles de dicha disminución. Dado que la interrupción voluntaria del embarazo es aún una práctica ilegal en la Argentina, es imposible contar con

registros confiables acerca de la cantidad de abortos provocados que se producen cada año. Sin embargo, es factible acceder a algunas estimaciones:

“Cada año se producen entre 460 mil y 600 mil interrupciones voluntarias del embarazo en la Argentina: casi un aborto por cada nacimiento registrado en el país. El cálculo surge de la aplicación de dos métodos científicos validados internacionalmente. A lo largo de su vida fértil, en promedio, cada mujer argentina tendría dos abortos inducidos. Por cada aborto que termina con complicaciones que demandan atención hospitalaria, siete no la requerirán

(...)

¿Cómo se llega a esa estimación? Este método no es sencillo de explicar. Consiste en relacionar una tasa de fecundidad máxima teórica por mujer – que surge de estudios internacionales que evaluaron distintas poblaciones – con los factores que la disminuyen: el uso de anticonceptivos, la infertilidad post parto y el aborto (...).¹⁸³

¿Es posible, entonces, pensar que la disminución de la cantidad de muertes de mujeres por abortos sépticos se debe a una disminución en la cantidad de abortos que se practican? Teniendo en cuenta que las interrupciones voluntarias del embarazo están ligadas, necesariamente, a embarazos no deseados, cabe preguntarse si ha disminuido la cantidad de mujeres que están embarazadas sin haberlo decidido. Aparece así, una vez más, el tema del acceso real a los derechos sexuales y reproductivos.

“El aborto, se sabe, está relacionado con el embarazo no deseado. En Mendoza hicieron una encuesta muy interesante: le preguntaron a todas las mujeres que acababan de parir en las maternidades de referencia de la provincia a lo largo de un mes, entre julio y agosto de 2007, si querían o no tener el hijo que acababan de dar a luz. De un total de 1.200 encuestadas, “un 16 por ciento respondió, en sentido estricto, que no quería tener esa criatura y casi un 45 por ciento dijo que el embarazo no había sido

¹⁸³ Carbajal, Mariana (2009) *El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires: Paidós, p. 34- 37.

planificado, con lo cual sumamos casi 60 por ciento de embarazos no deseados”, detalló Cardello”.¹⁸⁴

Si se tiene en cuenta que en nuestra provincia la implementación de la Educación Sexual Integral ha sido sistemáticamente postergada, que el Programa Provincial de Salud Reproductiva ha perdido peso en el espacio público, que el acceso a abortos no punibles es obstaculizado desde el Gobierno Provincial y desde la Cámara de Senadores, no hay evidencias de que las condiciones de acceso de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos hayan mejorado, por el contrario, todo parece indicar que se ha perdido terreno en este aspecto. Entonces, si no existen razones para pensar que la ocurrencia de embarazos no deseados/ no planificados puede haber disminuido, las causas de la caída en el número de muertes de mujeres por abortos inseguros debe ser analizada desde otra perspectiva.

El uso de misoprostol y el aborto medicamentoso se ha difundido ampliamente en los últimos años. Se sabe partir de organizaciones feministas que, apelando al derecho a la información, se han generado redes de apoyo para las mujeres que deciden abortar. En Argentina existe, desde hace algunos años la línea “Más información, menos riesgos”¹⁸⁵, una iniciativa de una organización feminista denominada “Lesbianas y Feministas por la Descriminalización del Aborto” que brinda información telefónica a las mujeres que deciden practicarse un aborto medicamentoso a fin de disminuir los riesgos asociados a la práctica.

Este tipo de iniciativas se sustentan en una tradición entre las feministas respecto de las prácticas de aborto que ha sido retomada en nuestro país. Tanto en Europa como en Estados Unidos hubo, antes de la legalización del aborto, grupos de mujeres auto-organizadas para que la práctica pudiera producirse en condiciones seguras. Las italianas nombraron esas prácticas de apoyo “Socorro rosa”¹⁸⁶. En Argentina, y retomando esas estrategias, existen redes de apoyo

¹⁸⁴ Carbajal, Mariana, *Op. Cit.*, p. 31.

¹⁸⁵ Ver www.informaciónaborto.blogspot.com.ar [Citado el 26 de noviembre de 2012], link permanente <http://informacionaborto.blogspot.com.ar/2009/10/linea-aborto-mas-informacion-menos.html>

¹⁸⁶ Galeotti, Giulia (2004) *Historia del aborto*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.

para quienes deciden abortar vinculadas a organizaciones feministas, incluidas en la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Dichas organizaciones no sólo consideran el derecho a la información, sino el acompañamiento y el seguimiento de la salud y bienestar de la mujer que decide abortar, pues de lo que se trata es de un asunto de dignidad.¹⁸⁷

“En la década de 1990 se comenzó a difundir el uso de medicamentos para la interrupción del embarazo para convertirse en una alternativa de acceso al aborto seguro en los países con legislaciones restrictivas. (...)

El uso del misoprostol ha transformado radicalmente la gestión del aborto voluntario en los contextos de ilegalidad. Las mujeres disponen por primera vez de un método relativamente seguro y eficaz que además no requiere la participación de terceros. El aborto con misoprostol está creciendo en toda la región, y en los países donde el aborto no es legal ha aumentado la seguridad de los procedimientos clandestinos, disminuyendo las complicaciones relacionadas con el aborto inseguro”.¹⁸⁸

El aumento de la cantidad de abortos medicamentosos se presenta, así, como la razón más factible de la disminución del número de muertes por interrupciones voluntarias del embarazo. El hecho de que las mujeres hayan encontrado un modo más seguro para practicarse abortos en la clandestinidad, sin dudas contribuye a la disminución de la cantidad de MM y G, sin embargo no mejora las condiciones en las que las mujeres transitan por esta experiencia. Si las cifras han disminuido y las mujeres corren menos riesgos ello no se debe al reconocimiento y pleno acceso a los derechos sexuales y reproductivos. No es el Estado quien brinda soluciones eficaces frente a la problemática, sino que son las propias mujeres, acompañadas por organizaciones de mujeres y feministas,

¹⁸⁷ “En esta lucha está en juego nuestra propia dignidad -por eso decimos que no es una simple reivindicación- es no ser consideradas como cosas, sino como seres humanos dispuestos a vivir una vida digna de ser vivida”. Coledesky, Dora (2003), *Dudas, Reflexiones y Preguntas en la Lucha por el Derecho al Aborto*

¹⁸⁸ Zamberlin, Nina y Raiher, Sandra (2010) *Revisión del conocimiento disponible sobre experiencia de las mujeres con el uso del misoprostol en América Latina*. CEDES y CLACAI. Disponible en www.clacai.org [Citado el 20 de noviembre de 2012], link permanente: http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/25/InformeFinal_Revision_Miso_Argentina.pdf?sequence=1, pp. 5-6.

quienes hallaron una estrategia para disminuir los riesgos de morir, o resultar gravemente dañadas, como consecuencia de la interrupción voluntaria de un embarazo.

A partir de lo expuesto en el presente capítulo se puede acceder a algunos puntos fundamentales para plantear el tema de la Mortalidad Materno-Gestacional como una cuestión de derechos humanos de las mujeres.

Reconocer que muchas mujeres mueren en eventos relacionados con su vida reproductiva y comenzar a reflexionar sobre las razones por las que esas muertes ocurren requiere, necesariamente, plantear la problemática desde un punto de vista alejado de estereotipos que imponen la maternidad como un destino para las mujeres. Requiere, asimismo, despojarse de los prejuicios que presentan el embarazo, parto y puerperio o bien como un proceso puro y exclusivamente “natural”, por el que las mujeres están “obligadas a pasar” en algún momento de sus vidas, o bien como un momento de debilidad y cuasi enfermedad que hace que requieran de tutela por parte del sistema médico dominante.

La cuestión de la mortalidad materno-gestacional es uno de los puntos nodales en el que se muestra la relación entre cuerpo y política, pues revela las relaciones entre el Estado y las mujeres: el estado de los derechos, las políticas públicas que éste lleva a cabo para la garantía de los derechos de los/las ciudadanos/as en razón de la diferencia sexual.

El Estado argentino debería, en razón de las leyes existentes, garantizar el acceso de las mujeres a los derechos sexuales y (no) reproductivos. Sin embargo las mujeres acceden de forma desigual a estos derechos ¿Quiénes son las mujeres que mueren, principalmente, en eventos relativos al embarazo, parto y puerperio?

A lo largo del presente capítulo se ha visto que las desigualdades sociales, educacionales, la diferencia de acceso al derecho a la salud entre sectores urbanos y rurales, la edad en que se produce un embarazo, la clase social de pertenencia, son factores determinantes en el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El impacto de estas desigualdades es igualmente

potente en nuestra provincia, nuestro país, la región y el mundo. A través del gráfico confeccionado con datos del Ministerio de Salud de la Nación se puede apreciar que nuestro país contiene situaciones fuertemente contrapuestas en cuanto a la Razón de MM y G. Mientras existen provincias en las que el indicador en cuestión presenta valores aceptables, similares a los de los países “desarrollados”, hay otras provincias en las que la Razón de MM y G es sumamente alta.

Específicamente, nuestra provincia ha mantenido valores similares a lo largo de los últimos quince años, aunque es altamente alarmante que desde 2008 la Razón de MM y G haya aumentado de forma sostenida. Si bien la estructura de causas de MM y G en Mendoza muestra una disminución en la cantidad de muertes relacionadas a abortos inseguros, dicha variación no parece estar vinculada con un mejoramiento en el acceso real de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos. Es decir, no habría menor cantidad de abortos clandestinos como resultado de embarazos no planificados/no deseados, sino que las propias mujeres se han provisto de formas de interrupción voluntaria del embarazo menos riesgosas, como es el caso de abortos medicamentosos.

Si bien el país ha asumido compromisos internacionales para la disminución de la MM y G, la revisión de los datos proporcionados por el propio Ministerio de Salud hace pensar que el cumplimiento de los objetivos del milenio se halla aún muy lejos. Ni la provincia ni el país están a la altura del compromiso asumido respecto de la disminución, en tres cuartas partes, de la cantidad de muertes maternas y gestacionales. El principal obstáculo, al menos en la provincia de Mendoza, parece residir en el retroceso de las políticas públicas que debieran garantizar el acceso de las mujeres al derecho a decidir, tal como establece la CEDAW, la cantidad de hijos /as, si decidieran tenerlos/as y el espaciamiento intergenésico.

Conclusiones

A lo largo de este trabajo se ha procurado evidenciar, por la vía de la producción de conceptos críticos y datos empíricos, hasta qué punto los cuerpos de las mujeres, su poder de decisión sobre sí mismas como sujetos corporales, su relación con el mundo, ha sido, y aún es, un campo de luchas políticas. Estas luchas han aparecido históricamente veladas por concepciones, mandatos e instituciones que se encargaron de producir y reproducir una visión del mundo que incluye un modo específico de “deber ser mujer”. Este “deber ser” sujeta a las mujeres a la institución de la maternidad, en cuanto institución que articula domesticidad, maternidad y heterosexualidad obligatoria y monogamia. El Estado, como producto de relaciones históricas y sociales marcadas por el capitalismo y el hetero-patriarcado, ha sido durante años el lugar de garantía de los derechos de un ciudadano que se presentaba como individuo abstracto, carente de determinaciones de cualquier tipo, cuyo modelo ha sido, sin embargo, el varón adulto, blanco, burgués y heterosexual. En los últimos años se han puesto en discusión las consecuencias políticas de la diferencia entre los sexos y el rol que el Estado debe asumir con vistas al reconocimiento, promoción y garantía de los derechos surgidos de la asunción del peso político de esa diferencia. Ello ha puesto en cuestión el carácter neutral asignado a las políticas públicas. Sin embargo, el proceso de conquista de derechos ciudadanos dista de presentarse como de avances sin obstáculos ni retrocesos.

Este trabajo muestra hasta qué punto persisten en el Estado imaginarios vinculados a una larga tradición asentada sobre la asignación del destino doméstico, la naturalización del rol maternal, y la idea de la existencia de un espacio naturalmente separado, el del “dulce hogar”.

Desde su fundación, en el siglo XIX, el modelo de familia hetero-patriarcal y monogámica ha sido el baluarte del Estado Nacional, que ha mantenido, desde entonces, una relación irresuelta con la Iglesia Católica, que es considerada aún en la legislación como persona jurídica de carácter público. La legislación y las políticas públicas estuvieron orientadas a reproducir y proteger ese modelo, tutelando a las mujeres como portadoras del honor masculino y negándoles su

condición de ciudadanas y sujetos de derecho. Nos atreveríamos a decir que la persistencia de estas significaciones imaginarias y de prácticas, arraigadas en las instituciones, continúa obstaculizando, aún hoy, la consideración de las mujeres como sujetos autónomas, capaces de decidir sobre sus vidas y sus cuerpos.

Para el Estado argentino las mujeres eran las depositarias del honor de los varones de la familia, tal como lo revelan el Código Civil y Penal. De allí su carácter de eternas menores, sin derechos ni autonomía. Este núcleo duro ha persistido de diversas maneras, incluso cuando se produjo el logro de otros derechos, como el de votar. En el marco del modelo de sustitución de importaciones y de la versión argentina de Estado de Bienestar, éste promovió los derechos sociales apoyado sobre la naturalización de la división entre varones proveedores y mujeres domésticas.

En 1985, una vez recuperada la democracia en Argentina, se comenzaron a discutir las cuestiones relativas a la ciudadanía de las mujeres en el marco del reconocimiento internacional de “nuevos derechos”. La transformación del debate en un tema de derechos humanos es fundamental para la ciudadanía en general, pero en particular para las mujeres, “atrapadas” en regulaciones poblacionales que sólo las tenían en cuenta en tanto madres.

Las luchas feministas y de las organizaciones de mujeres, pusieron sobre la mesa la cuestión de los derechos, no ya del ciudadano abstracto y asexuado, sino de las mujeres reales con cuerpos sexuados y autonomía para tomar decisiones. Es en este contexto que los derechos sexuales y reproductivos comienzan a ser reconocidos como derechos humanos. Sin embargo, cabe preguntarse ¿qué sucede con el respeto, la protección, la garantía y la promoción efectivos de dichos derechos? ¿Qué acciones realiza el Estado para asegurar el acceso de los/as ciudadanos/as a esos derechos formalmente reconocidos?

Bajo el objetivo general de dilucidar la relación entre la aplicación de acciones políticas y programáticas en salud sexual y reproductiva y la Razón de Mortalidad Materna en Mendoza a lo largo de los últimos años, en este trabajo se analizó el funcionamiento del Programa Provincial de Salud Reproductiva de Mendoza, en tanto estrategia estatal para hacer efectivo el cumplimiento de los compromisos formalmente asumidos en torno a los derechos sexuales y

reproductivos. La existencia de programas específicos que trabajan sobre la salud sexual y (no) reproductiva de la población permite pensar que se ha logrado una transformación de las relaciones entre Estado y ciudadanos/as. Se supone que, bajo el paradigma de los derechos humanos y la incidencia de la perspectiva de género en el campo de las políticas públicas, las prácticas estatales debieran haberse transformado. Sin embargo, existe un desajuste, que este trabajo hace visible, entre avances legales y políticas efectivas que reconozcan a los/as sujetos como personas autónomas, capaces de decidir las cuestiones relacionadas a sus cuerpos, sus sexualidades, sus capacidades reproductivas, sus opciones no reproductivas, su orientación sexual.

El recorrido hecho en este trabajo respecto de la situación de algunos derechos básicos, como el de acceder a métodos anticonceptivos eficaces y seguros, la Educación Sexual Integral, la Contracepción Quirúrgica, el acceso a abortos no punibles, permite vislumbrar las dificultades con las que se topan los/as ciudadanos/as a la hora de acceder a derechos consagrados. El repaso realizado evidencia una contradicción entre derechos formales y reales, entre retórica y prácticas, entre ley y garantía.

El hecho de que la garantía para acceder a servicios de salud y educación se encuentre sujeta a la órbita de competencia de los estados provinciales suma dificultades a la hora del cumplimiento de la debida diligencia estatal para con los derechos de los/as ciudadanos/as. A las resistencias políticas para la aplicación de las leyes consagradas, se suma la escasez de recursos, la falta de formación de los agentes estatales, la intervención de sectores conservadores, ligados principalmente a la Iglesia Católica, cuya importancia central deriva de su vínculo con el Estado, entre otros obstáculos.

Los objetivos específicos se orientaban a determinar el alcance de las acciones políticas y programáticas en salud sexual y reproductiva y a vincularlas con la situación de mortalidad materno-gestacional en la provincia durante los últimos quince años. El análisis del PPSR de Mendoza permitió notar una pérdida de peso del mismo en el espacio público, luego de haber sido un referente en materia de salud sexual y reproductiva, no sólo en la provincia, sino también en el país. A pocos años de su creación el Programa hizo un cambio cualitativo en

cuanto a su enfoque, pasando de una visión centrada en lo materno-infantil a una de reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como derecho humano, incorporando la perspectiva de género.

Durante los primeros años de funcionamiento, el PPSR contaba con un presupuesto que le permitía adquirir sus propios insumos y realizar acciones en pos de la visibilidad pública de los derechos sexuales y reproductivos. A partir de la Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Nación comenzó a proveer de insumos a las provincias, por lo que el PPSR sólo debía comprar los insumos faltantes o cubrir las necesidades que, por dificultades de distribución, el Programa Nacional no satisfacía. Este proceso se dio en el marco de una constante devaluación de la moneda nacional y una inmovilidad presupuestaria que se tradujo en el gradual y sostenido desfinanciamiento del PPSR. En la actualidad, la provisión de insumos está completamente a cargo de la Nación a través del Programa REMEDIAR + REDES. No obstante la disponibilidad permanente de métodos anticonceptivos y otros materiales básicos para la atención de salud sexual y reproductiva; el PPSR ha perdido peso institucional: no cuenta con recursos financieros ni humanos para llevar adelante un seguimiento de la distribución de métodos; no se conoce un número cabal de la cantidad de personas bajo programa; no lleva adelante nuevos proyectos, sino que se limita a mantener los históricamente existentes; no ha realizado en los últimos años campañas de difusión masiva; no tiene presencia en los medios de comunicación ni en la vía pública; su incidencia sobre los efectores de salud es limitada e irregular; no cuenta con un canal para conocer las demandas de la población ni de herramientas para satisfacerlas; entre otras graves falencias.

Es paradójico que en un momento en el que ha crecido la visibilización de los Derechos Sexuales y Reproductivos, el Estado Provincial haya retrocedido en sus políticas públicas de tal modo que se han generado severos obstáculos en el respeto, la promoción, garantía y protección de los derechos sexuales y reproductivos, integralmente considerados.

¿Qué relación puede establecerse entre estas falencias del Estado provincial en el cumplimiento de sus obligaciones y las muertes de mujeres en

eventos relacionados al embarazo, parto y puerperio? El tercer objetivo se orientaba a detectar y analizar los elementos que se conjugan en la acción u omisión pública respecto de la prevención del embarazo no deseado en relación con su impacto sobre los determinantes de Mortalidad Materna.

La cuestión de la mortalidad materno-gestacional es uno de los puntos nodales en el que se muestra la relación entre cuerpo y política, pues revela las relaciones entre el Estado y las mujeres: los avances legales, las políticas públicas que éste lleva a cabo para la garantía de los derechos de los/las ciudadanos/as en razón de la diferencia sexual. Al mismo tiempo, es un indicador que da cuenta de las desigualdades sociales que atraviesan a los/as sujetos: el nivel educativo, las diferencias entre sectores urbanos y rurales, de edades en las que se producen los embarazo, la clase social de pertenencia. El impacto de estas desigualdades es tan potente en nuestra provincia como en el país, la región y el mundo. Argentina contiene situaciones fuertemente contrapuestas en cuanto a la Razón de Mortalidad Materna y Gestacional. Mientras existen provincias en las que el indicador en cuestión presenta valores aceptables, similares a los de los países “desarrollados”, hay otras provincias en las que la Razón de MM y G es sumamente alta.

Específicamente, nuestra provincia ha mantenido valores similares a lo largo de los últimos quince años, aunque es alarmante que, desde 2008, la Razón de MM y G haya aumentado de forma sostenida. Si bien la estructura de causas de MM y G en Mendoza muestra una disminución en la cantidad de muertes relacionadas a abortos inseguros, dicha variación no parece estar vinculada con un mejoramiento en el acceso real de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos garantizados desde el Estado. Es decir, no habría menor cantidad de abortos clandestinos como resultado de embarazos no planificados/ no deseados, sino que las propias mujeres han buscado y encontrado, de manera colectiva y vinculada a sus propias organizaciones, formas de interrupción voluntaria del embarazo menos riesgosas, a través de la adopción de una estrategia relativamente nueva: los abortos medicamentosos.

La persistencia de valores de MM y G altos y relacionados con causas evitables muestra hasta qué punto las mujeres no son un asunto prioritario para

el Estado. Las resistencias a considerar a las mujeres como sujetos de derecho toman cuerpo en el sistema médico y jurídico, e incluso en asuntos tan sutiles como la resistencia a admitir que quienes mueren en eventos de sus vidas reproductivas a menudo lo hacen con claro designio de no ser madres. Aún así la mayor parte de la bibliografía habla de “Mortalidad Materna”, y no de “Mortalidad Materna y Gestacional”, dos asuntos con distintas implicancias sociales y simbólicas, como este trabajo ha mostrado.

Por todo lo anterior se puede concluir que el monopolio del control poblacional por parte del Estado, la mayor parte de las veces, está ligado a la forma y función que el Estado tenga en cada coyuntura histórica y a las relaciones de fuerza en el campo de lo social. Las visiones y concepciones ligadas a la sexualidad forman parte de esas relaciones de fuerza que inciden sobre el Estado. Durante la década de 1960, la sexualidad estaba ligada a la libertad, la autonomía, el goce, en un momento histórico tan singular que ha sido denominado “edad de oro del capitalismo”. Aún así los efectos de esas concepciones fueron desiguales. El componente clasista, racista y heteropatriarcal produjo efectos contradictorios. Mientras en Estados Unidos se promovía fuertemente la fecundidad entre las mujeres blancas y burguesas, se esterilizaba forzosamente a mujeres negras, latinas y chicanas, y se extendía esa política hacia los países latinoamericanos bajo el signo del Plan MacNamara. Mientras europeas y norteamericanas lograban el derecho al aborto, en Argentina se prohibía la venta de anticonceptivos.

Hacia la década del '80 en Argentina, toma fuerza la cuestión de derechos y de compromisos de parte del Estado, lo cual implica la incorporación de perspectivas críticas acerca de las sexualidades en el campo de la salud y las políticas públicas. Sin embargo, el ingreso de las sexualidades en el campo del Estado presenta un desajuste permanente entre el nivel normativo y la aplicación de las leyes vinculadas al avance en derechos sexuales y reproductivos. Si bien el reconocimiento formal de estos derechos es relevante y producto de las luchas de los movimientos de mujeres y feministas, la inercia de ciertas lógicas del

Estado obstruye a menudo el acceso a estos derechos de manera desigual, una vez más la clase, localización, etnia, educación inciden de forma decisiva.

El Estado, y particularmente el argentino, ha contraído el compromiso de mejorar las condiciones en que las mujeres viven sus vidas sexuales y pasan por los procesos relacionados al embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, no se implementan las medidas necesarias a tal fin. ¿Será que ciertas significaciones, como la centralidad de la maternidad persisten con fuerza en los imaginarios sociales? ¿Será que la resistencia de las instituciones y prácticas establecidas es aún muy fuerte? ¿Será que los derechos de las mujeres están siempre en estado de incertidumbre? ¿Será que el control sobre los cuerpos de las mujeres es más importante que sus propias vidas?

Bibliografía

ANZORENA, Claudia (2002), **Las representaciones de la sexualidad femenina en el campo de las políticas públicas. Un seguimiento de organismos y programas en la provincia de Mendoza, 1998- 2001**, Mendoza, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales- Tesina de Grado.

BOURDIEU, Pierre (2007), **El sentido práctico**, Buenos Aires, Siglo XXI Editores. 1ra edición argentina.

BOURDIEU, Pierre (2000), **La dominación masculina**, Barcelona, Editorial Anagrama.

CASTELLS, Carme (compiladora) (1996), **Perspectivas feministas en teoría política**, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica.

CIRIZA, Alejandra (2006), "Ciudadanas en el siglo XXI: sobre los ideales de la ciudadanía global y la privatización de derechos", en **Utopía y Praxis Latinoamericana. Revista Internacional de Filosofía Iberoamericana y Teoría Social**, Maracaibo, Universidad de Zulia. ISSN 1315-5216.

FAÚNDEZ, Aníbal y BARZELATTO, José (2005), **El drama del aborto. En busca de un consenso**, Bogotá, Tercer Mundo Editores.

FERNÁNDEZ, Ana María (2012), **La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres**, Buenos Aires, Paidós (Primera Edición, Quinta Reimpresión)

FEDERICI, Silvia (2010), **Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria**, Buenos Aires, Tinta Limón.

FLEURY, Sonia (1997), **Estado sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina**. Buenos Aires, Lugar Editorial.

FOUCAULT, Michel (2002), **Vigilar y castigar**. Buenos Aires, Siglo XXI Editores. 1ra reimpresión argentina.

GALEOTTI, Giulia (2004), **La historia del aborto**. Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión.

GAMBA, Susana (coordinadora), (2007), **Diccionario de Estudios de Género y Feminismos**. Buenos Aires, Biblos.

JULIÁ, Silvia; KOHAN, Hilda y MINYERSKY, Nelly (2009), **Acceso Universal a la Salud Sexual y Reproductiva. Un desafío para las políticas públicas.** Córdoba, Católicas por el Derecho a Decidir.

MARX, Karl (1998), **La cuestión judía**, Buenos Aires, NEED.

MORÁN FAÚNDES, José Manuel; SGRÓ RUATA, María Candelaria y VAGGIONE, Juan Marco (editores) (2012). **Sexualidades, desigualdades y derechos. Reflexiones en torno a los derechos sexuales y reproductivos**, Córdoba, Ciencia, Derecho y Sociedad Editorial.

MUÑOZ, Vernor (2010), **Educación Sexual, derecho humano: La piedra y el viento. El derecho humano a la educación sexual integral**, Montevideo, CLADEM.

NARI, Marcela (2004), **Políticas de maternidad y maternalismo político**, Buenos Aires, Biblos.

PÉREZ CHÁVEZ, Katia (2007), **Decisiones y omisiones en salud sexual y reproductiva. El problema de la mortalidad materna en Argentina**, Buenos Aires, Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini.

PETRACCI, Mónica y RAMOS, Silvina (compiladoras) (2006), **La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina: aportes para comprender su historia**, Buenos Aires, CEDES y UNFPA, 1ra edición.

RAMOS, Silvina y otros/as (2004), **Para que cada muerte materna importe**, Buenos Aires, CEDES.

RODRÍGUEZ, Rosana (2004), **La medicalización del cuerpo femenino. Debate éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza**, Mendoza, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales- Tesina de Grado.

RODRÍGUEZ, Rosana (2011), **Cuerpo y política. Palabras y silencios sobre experiencias de aborto. Testimonios de dos orillas**, Sevilla, Universidad Pablo de Olavide- Tesis de Doctorado

SEGATO, Rita Laura (2003), **Las estructuras elementales de la violencia**, Buenos Aires, Universidad Nacional de Quilmas Editorial.

TORRADO, Susana (2003), **Historia de la familia en la Argentina moderna (1870- 2000)**, Buenos Aires, Ediciones de la Flor.

Páginas Web Consultadas

www.plannacer.msal.gov.ar

www.anses.gob.ar.

www.un.org

www.feminaria.com.ar

www.who.int

www.paho.org

www.msal.gov.ar

www.conders.org.ar

www.portal.educacion.gov.ar

www.me.gov.ar

www.infoleg.gov.ar

www.cij.gov.ar

www.lavoz.com.ar

www.diariouno.com.ar

www.mdzol.com.ar

www.abortolegal.com.ar

www.cnm.gov.ar

www.conders.org.ar

www.remEDIAR.gob.ar

www.losandes.com.ar

www.salud.mendoza.gov.ar

www.deis.gov.ar

www.cepal.org

www.informaciónaborto.blogspot.com.ar

www.clacai.org

www.feim.org.ar

Índice

Introducción	3
Capítulo 1: Elementos conceptuales. Una propuesta de lectura de las regulaciones sobre los cuerpos de las mujeres.	10
Introducción.....	10
1.1. Cuerpo y Política	12
1.2. El Estado como elemento de regulación de las vidas de los/as sujetos....	20
1.3 Regulaciones de los cuerpos: masculinización del saber biomédico	27
1.3.1 La expropiación de la experiencia de la maternidad.	32
1.4 La institución de la maternidad y la heterosexualidad obligatoria.....	36
Capítulo 2: Del ciudadano neutro a los Derechos Sexuales y Reproductivos.	41
Introducción.....	41
2.1 Del ciudadano neutro a la ciudadanía de mujeres.	42
2.2. El proceso de ciudadanización de las mujeres en Argentina	47
2.3. El Estado argentino frente a las mujeres: ideas y regulaciones	49
2.3.1. Regulaciones ligadas a la natalidad	53
2.3.2. Regulaciones sobre las familias. 1869- 1987	59
2.3.3. Regulaciones en el mundo del trabajo para las mujeres	63
Capítulo 3: Estado y Derechos Sexuales y Reproductivos.	71
Introducción.....	71
3.1. ¿De qué hablamos cuando hablamos de Derechos Sexuales y Reproductivos?	75
3.2. Obligaciones del Estado respecto de los Derechos Sexuales y Reproductivos como Derechos Humanos.	81
3.3. Derechos, Estado y ciudadanos/as.	83
3.4. Derechos Sexuales y Reproductivos, Estado y Ciudadanos/as.	90
3.4.1. Avances legales y programas relativos a la Salud Sexual y Reproductiva.....	92
3.4.2. Ley de Contracepción Quirúrgica	95
3.4.3. Educación Sexual Integral	98
3.4.4. Aborto No Punible. De delito contra el honor a derecho a la integridad sexual de las personas. Un caso testigo.	103

3.4.5. El aborto legal en la Argentina. Una deuda de derechos para las mujeres.....	109
Capítulo 4: De la ley a la política pública. El Programa Provincial de Salud Reproductiva de Mendoza. 1996-2012.....	112
Introducción.....	112
4.1. El debate previo	112
4.2. Hitos en la historia del Programa Provincial de Salud Reproductiva	115
4.2.1. Los inicios. Un enfoque de salud sexual y reproductiva	115
4.2.2. Una década de expansión	118
4.2.3. El Programa pierde visibilidad pública.	125
Capítulo 5: El anverso de los Derechos Sexuales y Reproductivos: la Mortalidad Gestacional y Materna.	139
Introducción.....	139
5.1. Consideraciones conceptuales y metodológicas.....	141
5.3. La Mortalidad Materno Gestacional en cifras, un asunto de desigualdades.	147
5.3.1. Evolución de la Mortalidad Materno Gestacional en Mendoza	149
5.4. Breve análisis de las principales causas de Mortalidad Gestacional y Materna	154
Conclusiones	162
Bibliografía.....	169