

CAPITULO III

CATAMARCA. TRADICIÓN REPRODUCTIVA. ¿PURO CUENTO?

INTRODUCCION

En Argentina, los asuntos referidos a la reproducción integran políticas nacionales de salud y población, que en su interpelación pueden llegar a presentarse como políticas natalistas o pronatalistas. En este sentido las políticas públicas encuentran en las instituciones la condición de posibilidad para su materialización. Las instituciones de salud activan el dispositivo destinado a ordenar comportamientos, a imponer la maternidad como ideal a seguir, a definir las prácticas sexuales en convencionales (heterosexuales), seguras o de riesgo (embarazo no deseado, aborto, infecciones de transmisión sexual); saludables (varón-mujer) o pervertidas (adultos-niños o niñas; varón-varón-mujer-mujer; transexuales); o crear ritos de consulta médica consistentes en intervenciones periódicas, sea para la provisión de los métodos anticonceptivos, para el control del embarazo, o el seguimiento de infecciones de transmisión sexual. La reproducción de la vida en nuestro país presenta rasgos en su organización concordante con la vigencia del sistema heterosexista que determina la posición subordinada de la mujer en un plano similar al de los niños, niñas, y/o adolescentes. La programación familiar como método encubre la imposición ideológica de grupos hegemónicos que bajo el primado del saber y del poder construyen en las mujeres adolescentes pobres cuerpos aptos para controlar, examinar, vigilar y reproducir las desigualdades sociales de carácter estructural.

3.1. Reproducción desde el paradigma de los derechos humanos

Los Derechos Humanos se definen como los derechos y libertades básicas de todas las personas, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política, origen nacional o social, bienes, nacimiento u otra condición. Estos derechos se reconocen en los documentos internacionales que se indican; la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948; la Convención sobre los Derechos Políticos de la Mujer de 1952; la Proclamación de la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán de 1968; el Pacto de Derechos Civiles y Políticos de 1966; la Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación hacia la Mujer de 1979 y la Declaración de Viena de 1993.

El paradigma de los Derechos Humanos reconoce que los derechos civiles y políticos de las personas se sitúan en la esfera pública, y que las violaciones de estos derechos en la esfera privada no se consideran como tales. Sin embargo, es en la esfera privada el lugar donde se producen violaciones a los derechos humanos vinculados con las diferencias genéricas que

“marcan la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano”. (Lamas 1998:35). Las diferencias sexuales construyen las diferencias genéricas que son las bases sobre las cuales se establecen las desigualdades sociales entre hombres y mujeres que otorgan significados, valoraciones, espacios diferentes a unos y otros. Las desigualdades sociales se gestan en el ámbito público y reconoce su origen en las diferencias biológicas que inciden en la división del trabajo, la que a su vez es reforzada por condicionamientos sociales y culturales. La dicotomía público/privado para diferenciar ámbitos de acción, participación y valoración de las actividades realizadas por hombres y mujeres, profundizan las brechas de género y se materializan en las relaciones inequitativas entre hombres y mujeres que restringen las oportunidades de las mujeres para su pleno desarrollo personal, autonomía e independencia económica y se constituye en una forma de violación a los Derechos Humanos.

Las relaciones asimétricas en aspectos relativos a la vida sexual como a las decisiones sobre la reproducción, contienen la violencia sexual, el control de las decisiones sobre la procreación, los embarazos no deseados, el aborto, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos en adolescentes. Estos temas emergen desde el ámbito privado para interpelar a la esfera pública en demanda de políticas y programas que garanticen el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Pecheny y Petracci (2006) en su obra “Derechos Humanos y Sexualidad en la Argentina” reconocen que el Estado es garante de derechos, y que existe una relación jerárquica entre las normas según sea el orden del que se trate. En este sentido plantean que los tratados internacionales de derechos humanos incorporados a partir de la reforma de 1994 están en la cúspide de la pirámide jurídica o bloque de constitucionalidad. En un nivel inferior, en un mismo plano, están los demás tratados internacionales suscriptos y la costumbre internacional. En la base de la pirámide se encuentran en orden jerárquico, las leyes federales, los decretos, las constituciones y leyes provinciales y las ordenanzas municipales. Los tratados internacionales, después de ser ratificados por el Congreso, tienen jerarquía superior a las leyes aunque inferior a la Constitución. Diez tratados de derechos humanos adquirieron rango constitucional a partir de la reforma de 1994; entre los que se encuentran la Declaración Universal de Dere-

chos Humanos (1993), las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo, (1994); de la Mujer, (1995) y la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), -la República Argentina sancionó esta convención como Ley Nacional 23.849, y la incorporó al art. 75, inciso 22. En 1985 el Congreso Nacional ratificó la Convención sobre todas las Formas de Discriminación contra la Mujer que fue posteriormente incorporada a la Constitución Nacional en 1994. Se puede decir que hasta la conferencia de El Cairo (1994) la reproducción había sido concebida sobre todo como parte de políticas de control demográfico cuya espina dorsal es la planificación familiar, orientada a reducir la reproducción sobre todo para las mujeres que son pobres. Sin embargo en el contexto local estos derechos son desestimados porque no responden a las estrategias que impulsan políticas pro natalistas. Las estrategias pro natalistas inducen una visión asistencial en los servicios de planificación familiar insertos en las instituciones de Salud Pública.

El debate sobre los derechos sexuales y reproductivos en las dos últimas décadas, se centra en el derecho a la integridad personal, que articula la noción individual, de dignidad, seguridad con la dimensión social de los derechos sexuales y reproductivos. Estos derechos, siendo individuales, no pueden ser ejercidos si no existen condiciones sociales que las garanticen. Otro punto de tensión lo constituye la distinción público/privado, ya que si bien el ejercicio de la sexualidad con fines reproductivos pertenece al ámbito privado, su ejercicio demanda el acceso a la información oportuna y adecuada; a servicios de salud de calidad; a métodos anticonceptivos, cuyas principal responsabilidad recae en el ámbito público Estatal. La discusión se produce porque el ejercicio de la sexualidad no conduce necesariamente a una finalidad reproductiva.

Desde esta perspectiva cuando se habla de adolescentes y del ejercicio de la sexualidad en términos de derechos, sin fines reproductivos, surgen prohibiciones, sistemas de ideas y creencias que circulan en el acceso a los servicios que organiza el sistema de salud público y que son tematizadas bajo el prisma de los valores culturales, ideológicos, políticos y sociales.² Si bien la Ley N° 26061 de Protección Integral de los De-

² Para desarrollar este estudio se apela a las metodologías cualitativas. En el diseño se valoran los aportes de la descripción densa presente en narrativas de los sujetos cuando posibilitan pasar de hechos en apariencia insignificantes a una realidad compleja no observable. Con este paradigma se relaciona la abducción en tanto método que se interesa por el caso, entendido el caso como lo singular e irreplicable. Concordante con el paradigma indiciario, la lógica abductiva y el pensamiento complejo para el análisis del discurso se trabaja con los aportes de Foucault (1999). En el trabajo de campo se realizan entrevistas en profundidad a sujetos seleccionados en una muestra intencional, guiada por casos típicos, que responden a la posición social en el Ministerio Provincial de Salud Pública, en Atención Primaria de la Salud Departamento Capital y adolescentes que asisten a estos servicios. Las entrevistas fueron grabadas con total consenti-

rechos de Niños, Niñas y Adolescentes los reconoce como sujetos de derecho, en la práctica los profesionales y técnicos de la salud los interpelan aún desde los alcances del paradigma tutelar. En este sentido los sujetos son nominados como nenas, niñas, chiquitas, menores, cría. En el Hospital Provincial de Niños “Eva Perón”, la reproducción se hace presente de modo imprevisto, inapropiado e impensado tanto en términos institucionales como individuales.

Nosotros ante la demanda tuvimos que acceder a poner un consultorio para adolescentes, porque vienen las mamás con chiquitas de 11,12 años que tuvieron ya su primera relación sexual, embarazadas y con infección de transmisión sexual que son gravísimas y es difícil sacarlas rápidamente de ese cuadro” ya sabemos que muchos de estos cuadros se producen por abusos y violaciones que los mismos familiares hacen a veces son tíos, otras abuelos, primos, hermanos, ni el padre se salva. (Francisca. Ginecóloga).

La Institución crea un servicio diferencial para atender una demanda que evoluciona, en número y complejidad. De este modo la interpretación de los derechos sexuales y reproductivos como de la sexualidad adolescente que los entrevistados realizan se impone como la única realidad.

Tenemos...digo tenemos en el servicio de atención estamos a veces con la ginecóloga o la médica de familia y son nenas con sus 11 o 12, que descubren su cuerpo, su desarrollo y despiertan un día en una situación de embarazo. Esa niña qué puede hacer con otro niño, cuando ella a veces no ha recibido cuidados afectivos-emocionales, ¿sabe usted lo importante que son los primeros años en la vida de una persona? Requiere cuidados, atención, se desarrollan sus emociones, su personalidad. A medida que vamos conociendo casos vemos que muchas niñas de las afueras, como dicen muchos, en los barrios de las orillas dicen otros se embarazan cuando son abusadas, y esto cada vez es más usual en Catamarca, y si no miremos los diarios. Pero claro acá en esta provincia tienen la idea de que la mujer tiene que tener sí o sí el chico no importa el costo emocional, el costo del

miento del participante y en el caso que lo solicitaron escuchadas por los interesados. Los nombres de fantasía son elegidos por el entrevistado. En algunos casos responde al cargo y nombre cuando se trata de referencias realizadas en los medios de comunicación social mediante publicaciones autorizadas o a través del análisis de archivo por la autoría de legisladores en Proyectos de Ley.

cuerpo que no está preparado y tenemos una vida que sigue a medias. En ocasiones son las niñas que luego se prostituyen, que abandonan a sus hijos, o reingresan con otro embarazo por violación pero... la familia oculta y prefiere sacrificar a la mujer antes que denunciar el caso (Adriana. Psicóloga).

El embarazo aparece enlazado a infecciones de transmisión sexual por abuso sexual infantil. La reproducción subvierte por sí sola el estado de integridad personal de niñas y/o adolescentes cuando se produce sin consentimiento de una de las partes en clara violación de los derechos sexuales. Sin embargo el Estado, garante de los derechos individuales se encuentra ausente en la creación de las condiciones que los garanticen.

“A pesar de la preocupante cifra de casos de abusos sexuales que año tras año se denuncian en la provincia, no hay ningún psiquiatra que trate a las víctimas de este tipo de delito. El 75 % de los casos tiene como víctimas a menores -tanto mujeres como varones-, cuya edad promedio no supera los 20 años, según indicaron fuentes policiales y judiciales consultadas por LA UNION. Aunque la Justicia cuenta con un Cuerpo Interdisciplinario Forense -constituido entre otros profesionales por psicólogos y psiquiatras-, las víctimas no son tratadas, y su trabajo sólo se limita a la realización de la pericia oficial, es decir a aquellos estudios dispuestos por la Justicia para corroborar o no la existencia del caso de abuso sexual denunciado. Anualmente se reciben más de 250 denuncias por delitos en contra de la integridad física de las personas -abusos y violaciones. ¿Qué sucede con esas familias de escasos recursos que no pueden brindarle en forma particular dicha atención a sus seres queridos, víctimas de abusos? Las autoridades competentes en el tema deberían preocuparse, pero sobre todo ocuparse de esta situación para nada fácil que soportan las familias de estas víctimas, y comprender que su responsabilidad no termina sólo con el asesoramiento jurídico -toma de denuncia y posible sentencia-, sino que también se extiende a un tratamiento que ayude tanto a la víctima como a su familia a superar el grave daño” (La Unión- Judiciales- 21-08-2007).

De este modo las decisiones sobre sexualidad y reproducción presentan consideraciones culturales vinculadas a la maternidad, a las relaciones asimétricas entre

hombres y mujeres, con rasgos que registran la omisión de la mujer en el consentimiento ya que las decisiones de cómo, cuándo, dónde, en el régimen de la ideología patriarcal, las asume el hombre.

“Estando de novia con el Juan, que me lleva 12 años, el ya va pa los 25, no hacía mucho que salía con él te imaginás, me hizo que me entregue...yo no tenía idea de nada...me dijo que íbamos pa la casa de los padres pero allá no pasaba nada...los viejos no estaban y me dijo vení conocé la casa, y se sentamos en un sillón y me empezó a tranzar mal, me quedé preñada y mi mamá me llevó a la doctora de la posta pa que me controlen y esas cosas y me de el certificado pa presentar en la Ansés así cobro ese susidio por hijo... después lo habló al Juan pa que se haga cargo de mí y me banque, por que como soy una cría alguien tiene que responder por mí y como él es policía cobra y nos trae mercadería. (Elena, 13 años, periferia)

Las relaciones asimétricas, basadas en la situación de desigualdad social, económica, política de las mujeres en relación a los hombres son naturalizadas en el ámbito familiar por la condición de niña-mujer, pobre. El abuso sexual infantil se constituye en una agresión que deja huellas en la capacidad de auto conservación, sin embargo las mujeres embarazadas por abusos o ataques sexuales son obligadas a asumir la defensa de la vida cuando aún no son capaces de conservar la propia. A pesar de ello, el Estado estimula la protección social a la maternidad a través de políticas compensatorias como la Asignación Universal por Hijo, que garantiza a toda mujer embarazada a partir del 3º mes un ingreso mensual. Este beneficio les corresponde a las personas desocupadas que trabajan en el mercado informal o que ganan menos del salario mínimo vital y móvil. Consiste en el pago mensual de \$480,00 para niños menores de 18 años o de \$1.500,00 para discapacitados sin límites de edad en los términos del Decreto 1602/09 con vigencia a partir del 01 de noviembre del 2009. De acuerdo a informes del ANSES para el período del segundo semestre 2010, la Provincia de Catamarca cuenta con 75.631 beneficiarios.

Beneficiarios que reciben en el sistema de salud público la cobertura en lo referente a control y seguimiento del embarazo, prestaciones relacionadas con el control y seguimiento durante el primer año de vida y los correspondientes a las contingencias del ciclo vital hasta los 18 años de edad o sin límite de edad en el caso de las personas con discapacidad.

El control de la natalidad puesto en el escenario público a través de los Centros de Atención Primaria de la Salud, es referenciado con términos de efectividad cuando se trata de adolescentes de estratos medios; pero surge el término vulnerabilidad para cualificar a las adolescentes de estratos pobres.

La Tasa de Natalidad, se mantiene en franco descenso, y se podría relacionar con el Programa de Salud Reproductiva que se está ejecutando en la provincia. No obstante ello éste descenso no es en base a la población más vulnerable, es decir en mujeres adolescentes de alto riesgo social, biológico, obstétrico (gran multíparas), cultural, etc. (Roxana referente del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable).

Las estadísticas en el sistema de salud público dan cuenta sólo de indicadores vinculados con las mujeres adolescentes que no poseen obra social, ya que pertenecen a sectores pobres o empobrecidos. Las mujeres adolescentes con acceso a obras sociales no concurren a los servicios públicos de salud. Susana Torrado (2004:14) plantea que hasta el presente, los estratos sociales más desfavorecidos (en los que las uniones son más precoces, el número de hijos por mujer más elevado, la proporción de niños y jóvenes más alta y, por ende, a pesar de sus peores condiciones de salud, la tasa bruta de mortalidad más baja) han tenido un ritmo de crecimiento vegetativo superior al de los estratos medios y altos. Al punto que podría afirmarse que son las capas sociales más pobres de la Argentina las que han “sostenido” el ritmo de crecimiento promedio correspondiente al total del país. Lo que se visibiliza es que el riesgo social, biológico, obstétrico y/cultural es propio de las mujeres adolescentes distinguidas como “vulnerables” por su condición de pobreza.

La tradición reproductiva en el orden local, se construye en el llamado ámbito privado con indicadores de violencia sexual, embarazos no deseados, irrupción de infecciones de transmisión sexual que afecta en gran medida a las mujeres que se encuentran en condiciones estructurales de pobreza. El biopoder registra su marca en los cuerpos de las mujeres pertenecientes a sectores más desfavorecidos en la estructura económico-social, quienes son estimuladas a asumir la maternidad, sometidas a los dispositivos de control del embarazo, parto, lactancia que genera el sistema de salud. En este sentido la reproducción subvierte el derecho a la integridad personal.

3.2. Reproducción planificada

La planificación familiar llega a nuestro país alrededor de la década del 50 con la píldora como método anticonceptivo y de la mano del progreso científico³

El empleo de métodos anticonceptivos orales para el control de la natalidad genera fuertes discusiones que relacionan moral, orden familiar, buenas costumbres, soberanía, desarrollo económico y salud de la mujer.

En este sentido la Primera Conferencia Mundial de Población, (1954), centra su preocupación en la necesidad de profundizar el conocimiento de las variables, categorías y resultados demográficos, enlazados al ejercicio de la sexualidad de varones y mujeres. La Segunda Conferencia Mundial sobre Población (1965) se ocupa del análisis de la fecundidad como parte de una política para la planificación del desarrollo, mientras que la Tercera Conferencia Mundial sobre Población (1974) señala el interés en los temas vinculados a la relación entre población - desarrollo y el derecho a la planificación familiar como un derecho fundamental de “todas las parejas e individuos” a decidir sobre el número de hijos.

El crecimiento poblacional surge como preocupación en el orden internacional, pero no se corresponde con la realidad de nuestro país, ni de la Provincia de Catamarca.

Hasta mediados del siglo XX, las parejas no contaban con demasiadas alternativas para evitar los embarazos no deseados. Los métodos más empleados eran el coitus interruptus y el preservativo, usado generalmente por los sectores medios. Ambos métodos implicaban la disposición y compromiso del varón como sujetos activos en el control de la concepción; para las mujeres restaban prácticas más peligrosas y con mayor peso emocional como los abortos, el abandono de niños y el infanticidio (Felitti, K. 2009: 339). Los análisis de las tasas de natalidad previos a la década del 60, advierten que las parejas cuentan con métodos de control eficaces de los nacimientos, y que el control de la natalidad está a cargo de los varones. Sin embargo, la aparición de la píldora junto con el incipiente ingreso de la mujer al mercado laboral, transforma esta responsabilidad ya que se le adjudica a la mujer los bajos índices de nacimien-

³ Hacia principios de los años '50, el médico norteamericano Gregory Pincus comenzó sus investigaciones sobre anticonceptivos orales. Estimulado por Margaret Sanger y el apoyo financiero de Catherine McCormick, Pincus junto a los doctores John Rock y Min-Chueh Chang desarrollaron la “píldora” que revolucionó el mundo en los años sesenta. Aprobada por la Food and Drug Administration en mayo de 1960, las pastillas ENOVID salieron a la venta. En 1965, 6.500.000 de mujeres norteamericanas las tomaban, aunque la cifra debía ser superior, ya que los registros oficiales sólo contabilizaban a las casadas” (Andrea Tone, *Devices and Desires. A History of Contraceptives in America*, Nueva York, Hill and Wang, 2001).

tos⁴. En un contexto de importantes cambios al interior de la autoproclamada “Revolución Argentina” (1966- 1973), se produce en nuestro país, una “caída demográfica” concordante con el nivel de actividad económica de las mujeres y un número menor de hijos (Torrado, 2003:88), que coincide además con la instalación progresiva de las clínicas que la Asociación Argentina de Planificación Familiar inicia en 1966. En el término de dos años de las 29 clínicas de planificación familiar, 26 se desempeñan en Hospitales y Policlínicos de orden oficial.

Paralelo a estos acontecimientos se producen procesos migratorios internos con desplazamiento de jóvenes tanto varones como mujeres hacia Provincias como Buenos Aires, Córdoba, Rosario en busca de mejores oportunidades laborales. No obstante, los países desarrollados vinculan ya la planificación familiar con el desarrollo y desde la posición de poder pretenden imponer sus intereses económicos para argumentar que existe una correspondencia directa en un problema social, que articula el aumento de la población, con el aumento de la pobreza y con una menor disponibilidad de alimentos. Este círculo vicioso: aumento de la población-aumento de la pobreza-hambre, interpela a los países dominantes en el diseño de estrategias de población y desarrollo que imponen a los países menos desarrollados el control demográfico. De este modo la categoría población se constituye en un instrumento que el gobierno emplea cuando actúa “de manera directa a través de campañas o de manera indirecta mediante técnicas que van a permitir...estimular, sin que la gente lo advierta demasiado el índice de natalidad” Foucault (2006:132).

La población como objetivo de políticas públicas ingresa en el sistema de salud mediada por un procedimiento de control y vigilancia para estructurar el dispositivo de sexualidad, que se inscribe en las clases populares como problemas de natalidad. En realidad los problemas de natalidad encubren las necesidades de control político y regulación de la familia, ajustada al modelo impuesto por el proceso de supremacía de los grupos hegemónicos en alianza con la Iglesia Católica. La institución familiar participa, en términos de capital, de las condiciones de posibilidad consideradas imprescindibles “para la sujeción del proletariado urbano”, ya que el dispositivo estratégico clave de la socialización de las conductas procreadoras a partir del Siglo XVIII, es la Institución familiar mediatizada por la alianza matrimonial. La alianza matrimonial re-

⁴ Hasta mediados del siglo XX “las formas de anticoncepción eran el coitus interruptus y el preservativo, cuya implementación dependía, casi exclusivamente, de los varones”. La aparición de la píldora como elemento de control de los nacimientos provoca que “la mujer sea responsabilizada por los bajos índices de natalidad propios de su inserción en el mercado de trabajo, que la distancia a su vez de la vida doméstica” (Torrado, 2003:88)

glamenta y ordena el sexo, y a su vez la organización de la familia canónica pareció un instrumento de control político y regulación económica indispensable para la sujeción del proletariado urbano a través de las campañas moralizadoras de las clases pobres. (Foucault, 2002).

La creación del Programa Nacional de Procreación Responsable (2002) constituye un importante avance en materia de reproducción. El objetivo del Programa Nacional es el de confirmar que todos los habitantes consigan decidir y ejercer, libre y responsablemente, sus pautas procreativas. En este sentido, el Estado se obliga a ofrecer, en los servicios públicos de salud, información y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, prevención del cáncer génito-mamario y de enfermedades de transmisión sexual y SIDA, y asimismo, a suministrar métodos anticonceptivos de carácter reversible y transitorio. A partir de la recuperación democrática en 1983, y especialmente desde 1994, la mayor presencia pública del feminismo y los debates públicos que acompañaron el proceso de sanción de esta ley permitieron que las nociones de «salud reproductiva», «derechos humanos» y «derechos sexuales y reproductivos» se volvieran familiares para una gran parte de la sociedad. (Petracci, M.; 2004).

Sin embargo, el dispositivo de sexualidad instala los problemas vinculados a la natalidad en las clases populares. De este modo el derecho al control de la natalidad, mediado por los Métodos Anticonceptivos, aparece discursivamente en la Provincia de Catamarca, en el período 2000-2005 en las propuestas de los siguientes proyectos de Ley.

1.- Programa Provincial de Salud Sexual Reproductiva, Sexualidad Humana y Planificación Familiar. "Expte N° P-0056, letra J del 26 de Julio del 200, iniciado por el ex Senador Provincial Gustavo Jalile (texto 1)

2.- Programa Provincial de Salud Reproductiva, Sexualidad Humana y procreación responsable. Expte N° SP-0026, letra M del 04 de Junio de 2003, iniciado por la ex Diputada Provincial Marta Torres de Mansilla. (texto 2)

3.- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Expte. N° SP-0037 letra C, del 31 de Mayo del 2005, iniciado por los diputados Provinciales Dr. Miguel Ángel Córdoba, Dr. Víctor Castillo, Dr. Luis E. Castro, Dr. Hugo Alem, Dr. Gustavo Mena y Dr. Daniel Andrada (Texto 3)

Si bien estos proyectos de ley no pudieron ser sancionadas, pueden ser analizados desde lo que dicen sus autores en los artículos que expresan sus ideas, a los efectos de distinguir cuáles son los elementos que comparten los grupos dominantes

en relación a la reproducción. De este modo y a los fines de una mejor comprensión, se numeran los enunciados de acuerdo al siguiente detalle. El término T1, T2 o T3 hace referencia a los textos de los proyectos enunciados precedentemente, seguidos por el artículo y/o inciso de los artículos. Se procura señalar cómo los grupos hegemónicos construyen el acceso de la población a los servicios de salud reproductiva.

Promover la maternidad y paternidad responsable (T. 1 art 2.inciso a).
Fortalecer la participación conjunta de matrimonios o parejas en el cuidado de embarazo, parto y puerperio. (T. 2 art 5.b)
Proteger la vida desde el momento de la concepción (T. 2 art 5.b)
Asegurar, desde la concepción la prestación de todos los exámenes médicos, controles y prácticas necesarias para garantizar la protección integral del niño por nacer y la madre (T.2 art 5.f).
Disminuir la morbilidad perinatal y materna (T. 1 art 2.b), (T. 3 art 5.b)
Promover mejor calidad de vida de padres e hijos. (T.1 art 2.g).
Promover el desarrollo integral de la familia” (T. 3 art 2.f).

Los autores –legisladores- impulsan el acceso a los servicios de salud reproductiva que tienen en cuenta la concepción de familia a partir de las uniones de hecho, o matrimonios.

Conciben sujetos femeninos y masculinos, padres, niños por nacer. Plantean la paternidad y maternidad responsable en el marco de las posibilidades que traza la planificación familiar como método y como servicio. Los papeles femeninos y masculinos son formas institucionalizadas de regulación sexual y son atributos distintivos en los servicios de salud que posibilitan nominar y crear una red de significados con los términos “maternidad-paternidad”, “hijo-padre”, “madre niño por nacer”.

En los fundamentos del proyecto de Ley de su autoría, el legislador Gustavo Jalile realiza una asociación entre salud reproductiva con mujeres carenciadas, y reproducción de los más humildes con obstáculos para el progreso, con consecuencias en los índices de pobreza, el hambre, enfermedades, mortalidad infantil, la humillación, explotación y sufrimiento.

“El presente proyecto de ley apunta en especial a proteger a los sectores en condiciones más humildes, a mujeres carenciadas que no cuentan con los recursos mínimos y necesarios para una salud reproductiva, una sexualidad humana y planificación familiar. El estado debe proteger y destinar recursos para evitar que esta necesidad impida a los más humildes progresar, superar su marginación y lograr mejorar su calidad de vida. La falta de planificación familiar contribuye a mantener una impor-

tante franja de la sociedad, con las consecuencias del alto índice de pobreza que conlleva al hambre, las enfermedades, la mortalidad infantil y también la humillación, la explotación y el sufrimiento de todo tipo. El Programa Provincial de Salud Reproductiva, Sexualidad Humana y Planificación Familiar, tienen como objetivo principal que cada mujer pueda establecer el momento y el número de embarazos considerados que está en condición de afrontar” (T.1.)

El proceso de la salud-enfermedad, se presenta como un binarismo necesario y emerge en uno de los fundamentos del Proyecto de Ley impulsado por la Diputada Provincial Marta Torres de Mansilla.

“Los datos de la realidad nos señalan con dramática crudeza lo alejados que estamos del derecho a la vida-vigente desde el momento de la concepción-por un sistema económico-social injertado a contrapelo de nuestros más puros ideales, condena de hecho a inmensas mayorías a la miseria y la marginación, la realidad de familias carenciadas de lo mínimo indispensable (trabajo, alimento, salud, educación y vivienda) supone como consecuencia la degradación en lo material y lo espiritual, de las condiciones de vida de estos seres humanos. La sociedad misma alberga y cierra el círculo-sorda, ciega, hipócrita, tantas veces-en torno a una subcultura en la que no caben los derechos del niño y de la mujer, donde el alcoholismo, el delito, la promiscuidad, la violación o la procreación como puro acto animal sientan sus reales profundizando los niveles de decadencia, donde el concepto de familia, como núcleo afectivo de contención, amor y respeto a sí mismo y a los demás, se desvanece y pierde su rol educador primario” (T.2).

La subcultura se construye a su vez con rasgos que indican que la enfermedad y descontrol se encuentran insertos en la miseria, la marginación de familias carenciadas, en cuyo seno se producen los desbordes del placer sexual, de “estos seres humanos” reconocidos como Otro del que proviene la caída de la Institución Familiar. El control de la natalidad en el orden local, constituye un espacio de tracciones que interpela de modo permanente a las mujeres pobres, con el argumento de “mujeres vulnerables” se emparenta la condición de marginación con la degradación material y espiritual. Se acentúa la existencia de una subcultura atravesada por los males sociales como el alcoholismo, el delito, la promiscuidad, la violación o la procreación como puro acto animal. En esta subcultura la sexualidad es la que marca el límite entre la civilización y

la barbarie. Se piensa en un programa para disciplinar a unos individuos que requieren ser recuperados desde el rol de educador que le cabe a la familia.

3.3. Estado garante de derechos

En nuestra Provincia los servicios de planificación familiar se insertan en el nivel de atención primaria, en el marco de lo establecido en el Decreto Acuerdo N° 341/94. Atención primaria de la salud constituye la función central y núcleo principal del sistema nacional de salud y además es parte integrante del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Se caracteriza por llevar lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo de la población que demanda sus servicios, por lo tanto constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria, con presencia de equipos de salud en todo el territorio a fin de garantizar el acceso de la población a los servicios de salud.

En este contexto se incluye el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado por la Ley Nacional N° 25.673, que se propone dar respuesta al grave problema de la mortalidad materna a consecuencia de los abortos practicados sobre embarazos no deseados, el embarazo adolescente y la transmisión del Sida u otras infecciones de transmisión sexual a causa de relaciones sin protección. Reconoce que el derecho a la salud comprende a la salud sexual y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente de acuerdo con sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para decidir la cantidad de hijos que cada pareja desea tener.⁵ El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se encuentra mediatizado por la distribución gratuita de métodos anticonceptivos, inscriptos en la incorporación de un Programa Médico Obligatorio, en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico. Brinda a todas las jurisdicciones la provisión de insumos necesarios para la implementación del programa.

⁵Véase ley nacional 25.673.

La atención de la salud sexual y reproductiva se delimita como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen al bienestar de la salud a través de la prevención y resolución de sus problemas.

La salud sexual y reproductiva es un tema controversial prácticamente en todas las regiones del mundo, por las presiones que ejercen los grupos dominantes acerca de lo que debe ser considerado derecho. Estos grupos son los que a su vez tienen incidencia en la discusión, diseño y aprobación de políticas públicas.

El proyecto nacional de salud sexual es un proyecto materialista, hedonista, banalizador del sexo. Las modificaciones descritas no sirven siquiera para paliar los efectos más adversos del proyecto: Distribución de anticonceptivos a menores de edad a espaldas de los padres. Suministro de métodos abortivos. Al proyecto aprobado por diputados se le introdujo una modificación que intenta salvaguardar el derecho a la vida, pero también es insuficiente. Al art. 6b se le incluyó la mención de que los métodos anticonceptivos sean no abortivos pero sigue aceptando los que autoriza la ANMAT -Administración Nacional que efectúa el control de los medicamentos- que permite el uso del DIU y la píldora del día después – Imediat de laboratorio Gador (Roemmers) y Femexin de laboratorios Elea. (Notivida, Año I, 18 de agosto de 2001. Catamarca, Argentina)

Los sectores de la Iglesia plantean el carácter abortivo de los métodos anticonceptivos; el énfasis de los argumentos está puesto en lo insignificante que es el goce como para que sea tema de interés de un proyecto que aspira distribuir métodos anticonceptivos a menores de edad, sin la participación de los padres. Se instalan el carácter de menores que ponen en práctica acciones abortivas en función de atentar contra el derecho a la vida cuando consumen los métodos anticonceptivos considerados abortivos como el dispositivo intrauterino y la píldora del día después.

“La principal traba es la oposición de la Iglesia. No es un tema polémico, es un problema de reacción; ante un drama social muy grande, en el cual por estas posiciones dogmáticas de sectores ligados a la Iglesia influye sobre la postura de legisladores y quedan sometidos a eso. Los legisladores deben poder separar su relación con el credo y asumir su obligación para con la sociedad. No podemos

pretender que la Iglesia acepte la anticoncepción, debemos ser respetuosos de estos temas, pero la Iglesia debe serlo también de la realidad que vivimos donde hay un índice de mortalidad materna altísimo, embarazos no deseados, suicidios por embarazos y un montón de cosas que las vemos día a día”. (Mansilla, Marta. La Unión-La Ciudad-19-06-2005).

En nuestra provincia la ley y posteriormente el programa son combatidos por representantes de sectores hegemónicos, integrantes de la iglesia católica y grupos confesionales que ponen en tela de juicio las virtudes de las acciones previstas en los objetivos y servicios del programa, sin tener en cuenta la dramática que provoca el estímulo de la natalidad en la salud de las mujeres adolescentes. El Senador Gustavo Jalile, en el proceso de discusión que produce la defensa del proyecto de ley que impulsa en el ámbito de la legislatura expresa en relación al aborto que “sólo en Catamarca se realiza un promedio de cinco operaciones por día, anualmente la cifra llega a 2000” lo que implica que de cada “diez embarazos dos son voluntariamente interrumpidos”; cuando establece un paralelo con el país enuncia que esta cifra llega a “medio millón de abortos cada año”. Además enuncia que:

“el costo de las operaciones de “legrado” o “raspaje” varía notablemente de acuerdo con las medidas de seguridad que pueda pagar la paciente. La tarifa jamás baja de los 100 pesos, pero virtualmente carece de techo. La suma inicial crece a medida que se le añaden los honorarios de anestesiistas y asistentes adicionales. Los médicos abortistas suelen llevar adelante la operación simulando concretar un favor aislado...quienes se especializan en este tipo de intervenciones cuentan con todo a favor, el médico sabe que si el paciente lo denuncia quedará tan comprometido como él, lo que hace muy complejo probar la actividad que desarrolla...el negocio del aborto marcha viento en popa, movilizándolo un capital superior a los 5 millones de pesos por año. (T.1).

No obstante ello, el aborto es considerado un problema de salud público, que aún permanece encubierto en los llamados “informes sombra” que resguardan una práctica que se mantiene en reserva por el temor que despierta la sanción moral.

Acá vemos muchos casos en que las adolescentes con pareja o sin pareja se embarazan y no lo desean y bueno, se da que como no tienen dinero para pagar un aborto en buenas condiciones de seguridad, usan cualquier método casero, se ponen tallos de perejil, se meten una sonda, hasta agujas de tejer y cuando llegan al hospital ya están desangradas o infectadas; este tema es muy delicado (Marta. Enfermera).

La clandestinidad de la práctica abortiva impide el acceso a las cifras reales de muertes producidas por abortos.

...algo está fallando en el sistema, porque hay casos de abortos, lo que pasa es que no se registran o se judicializan, entonces para no entrar en líos los médicos deciden tapar todo...pero por ejemplo tenemos ingresos por lo que conocemos como aborto "doméstico", que además de dolorosas por los métodos utilizados, como agujas de tejer y otros instrumentos punzantes, se hacen en condiciones de higiene paupérrimas y sin conocimientos médicos adecuados. Estas prácticas a veces salen bien pero otras veces te encontrás que a las horas nomás se vean obligadas a asistir a un hospital porque ya están semi desangradas, o con infecciones avanzadas, y algunas veces dejar pasar las horas o los días el aborto les termina provocando la muerte, estos casos por lo general se denuncian, porque en el medio están los curanderos y a esos que son competencia, hay que mandarlos al frente. (Esther, Enfermera. Supervisora del Servicio de Ginecología).

La práctica abortiva expresa a su vez la opresión que sufre la mujer de sectores populares para acceder al derecho a recibir una amplia y adecuada información sobre el empleo de los métodos anticonceptivos, a fin de prevenir abortos provocados por embarazos no deseados. El embarazo no deseado expresa la inequidad en su resolución con la clasificación de los métodos abortivos seguros o inseguros, con la tipificación judicial de lícito cuando se realiza bajo las condiciones que estipula el Código Penal de la Nación para el aborto no punible art 86, incisos 1º y 2º, a saber:

- a. en casos de peligro para la vida de la mujer
- b. en los casos de peligro para la salud de la mujer
- c. cuando el embarazo sea producto de una violación

d. cuando el embarazo sea producto del atentado al pudor sobre mujer idiota o demente.

Sin embargo, muchos de estos casos se judicializan. La ley jerarquiza el mandato social de la maternidad por sobre las circunstancias que provocan el embarazo. Estas ideas entrecruzan las representaciones sociales compartidas en el ámbito local vinculadas a cómo se interpreta la salud sexual y reproductiva, además de la influencia ideológica que vinculan pecado (relaciones sexuales ilícitas) con crimen (aborto punible) y derecho penal con moral. Los discursos que interpelan a la práctica abortiva se sustentan en el examen a partir del ingreso hospitalario que pone en acción el dispositivo de vigilancia sobre los cuerpos, cuerpos que llegan desangrados, con signos de haber sido sometidos a prácticas brutales por carecer de medios económicos que les permita acceder en condiciones dignas a la práctica de un aborto en condiciones seguras. Unos cuerpos que soportan la vigilancia, o que son requeridos para entrar en el dispositivo de “control médico- jurídico” que como instancia de poder condena o libera en base a la recolección de pruebas (historia clínica, indagaciones, exámenes médicos, etc.). En este sentido las estrategias de saber-poder está relacionado en algunas oportunidades en determinar quién/es, dónde, bajo qué condiciones se ejerce la práctica ilegal del aborto. Se trata de una práctica ilegal que se contrapone con el orden social preestablecido, un orden social que se sostiene en la norma de la alianza matrimonial, en la institución familiar y en el principio de la vida a partir de la concepción.

La Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles, publicado por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, dependiente de la Secretaría de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud de la Nación, forma parte de políticas públicas cuyo propósito está dado por el ingreso a los servicios de salud, de mujeres adolescentes o mujeres víctimas de violación o de atentado al pudor. Además tiene en cuenta las restricciones que algunos profesionales de la salud realizan frente a la objeción de conciencia, pero garantiza el derecho a recibir la prestación por parte de otro profesional. En los casos permitidos por la ley el Estado procura reducir y eliminar las barreras para el acceso al aborto en distintos niveles de atención; con el propósito de disminuir los riesgos para la salud desde un enfoque integral que garantice el acceso a la calidad de los servicios de atención.

El embarazo no deseado desde la prevención es trabajado con educación sexual, promoción y acceso a los métodos anticonceptivos que incluye la doble protección. Los servicios de salud contemplan un trato humanitario que responda a las necesidades de salud emocional y física de las mujeres; se relacionan con el primer nivel de

atención y los derechos a recibir asesoramiento, información y consentimiento informado. La consulta realizada por primera vez indaga la atención pre aborto, la confección de Historia Clínica y la profundización de las condiciones preexistente que generen la demanda. Tanto la anticoncepción de emergencia, el tratamiento de las lesiones y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, como la recolección de evidencia forense cuando la mujer o quien la represente lo consienta, el asesoramiento y el cuidado de seguimiento se desarrollan conforme a lo establecido en las normas aplicables. De igual modo la Guía Técnica para la Atención Integral de los abortos no punibles, expresa que cuando el embarazo se hubiere producido como consecuencia de una violación, se debe solicitar a la mujer constancia de la denuncia judicial o policial de la existencia de la violación. Cuando el embarazo se hubiere producido como consecuencia del atentado al pudor, se debe solicitar a quien represente a la mujer víctima constancia de la denuncia judicial o policial de la existencia del atentado al pudor. Los profesionales de la salud no pueden requerir ningún otro tipo de documentación adicional a la constancia de denuncia mencionada. (Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles. Ministerio de Salud de la Nación. Presidencia de la Nación Argentina; 2007:20)

Concordante con esta normativa la Resolución No 989/2005 del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación que aprueba la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto, reconoce que “el aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo” y en Argentina representa un problema de Salud Pública, al ser considerada la primera causa de muerte materna. Sin embargo el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) en su Recomendación N° 2/07, reflexiona acerca de los alcances que tiene esta reglamentación, ya que en muchas ocasiones se genera una violación a los derechos humanos básicos de las mujeres por la “omisión de la reglamentación de los abortos legales..., reconocidos y protegidos por nuestra legislación interna, así como también por los Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos con jerarquía constitucional”.

Conclusiones

En nuestro país, la legislación referida a fenómenos demográficos forma parte de políticas nacionales de salud y población. Si bien la fecundidad como variable dependiente de los procesos políticos se anuda a la planificación familiar como método y como servicio, propone esta construcción en función de la Institución Familiar. De este modo los servicios asistenciales se caracterizan por la institucionalización de los procesos de

embarazo, parto, puerperio y lactancia, que como tales requieren controles, exámenes, seguimiento.

Los procesos normativos instalan de modo dominante el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de unos sujetos que asumen la planificación familiar, como reguladora de las prácticas sexuales de varones y mujeres con fines reproductivos y crean discursos para disciplinar la sexualidad, encarnada en la capacidad reproductiva que el ejercicio de la sexualidad de varones y mujeres que participan del modelo heterosexual con fines reproductivos.

Las mujeres son interpeladas por las instituciones de salud, educación, derechos, mediados por el proceso de socialización tendiente a disciplinar las relaciones sexuales desde el dispositivo sexo-género a través de las estrategias de vigilar y castigar. Sin embargo los límites a las prácticas sexuales se imponen desde los dispositivos de saber y poder a los sujetos que se alejen del patrón heterosexual o a las relaciones de pareja que discrepen de la institución familiar.

Cada cultura produce códigos para instituir criterios que normalizan conductas como lo es el caso del cuerpo de la niña iniciada sexualmente por abusos o coerción sexual, que exteriorizan procesos formativos vinculados a la maternidad, con una fuerte prevalencia de relaciones asimétricas de clase, género y edad. La distinción binaria que antecede al modelo materno infantil, o madre-niño, o varón-mujer determina la gestión política de la corporalidad como constante en diferentes culturas y épocas atravesadas por la estatalidad.

Los procesos normativos de los Derechos Sexuales Reproductivos forman parte de consensos celebrados por representantes de los países del mundo. En la redacción final de los documentos existen declaraciones y reservas de los países en relación a “ciertos artículos, alcance de los términos, y/o interpretación realizada en base a sus Leyes, Constituciones, Usos, Costumbres o Creencias” que producen contradicciones, sentidos y significados encontrados frente a los términos acuñados para la redacción de los documentos finales que condicionan y limitan el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos. En este escenario se construyen las condiciones de posibilidad con las que cada sociedad interpreta qué, cuáles, de qué modo y para quiénes planifica el acceso a estos derechos.