

## **CAPITULO VIII**

### **REFLEXIONES FINALES**

#### **8.1. Los Derechos Sexuales y Reproductivos en perspectiva**

Las políticas de Población y Desarrollo implementadas sobre el control de la natalidad vinculada al ejercicio de la sexualidad de varones y mujeres operan de diversos modos según sea el contexto de aplicación. El control de la natalidad emerge unido al fantasma de la explosión demográfica provocada por el crecimiento de la fecundidad en países como África y América Latina que provocan temor e inseguridad en algunos gobiernos ante el eventual desabastecimiento de productos alimentarios. En este contexto, la demografía se constituye como una disciplina vinculada a variables, categorías y resultados tendiente a brindar información relativa a la estructura poblacional y su distribución en el territorio.

El ejercicio de la sexualidad de varones y mujeres oscila entre políticas que orienten la planificación del desarrollo en sentido amplio, o la planificación familiar como un derecho fundamental de “todas las parejas e individuos” a “decidir sobre el número de hijos” en sentido restringido; el cual es interpretado como un derecho privativo de las parejas.

Sin embargo las líneas trabajadas ponen en evidencia que los fenómenos demográficos y el desarrollo son interdependientes. Es decir que los objetivos y políticas demográficas en términos de derechos privativos de la pareja son elementos constitutivos de las políticas de desarrollo social y económico.

Las políticas de control de la natalidad implementadas por algunos países tales como la esterilización forzada de las mujeres en África, la imposición a las familias chinas de tener sólo un hijo y que ese hijo sea preferentemente varón provoca la reacción de grupos de feministas, movimientos de mujeres y minorías sexuales a favor del derecho al aborto, el derecho a la contracepción y contra la esterilización forzada.

En Argentina la legislación referida a fenómenos demográficos forma parte de políticas nacionales de salud y población. Desde esta perspectiva la fecundidad se construye como variable dependiente de los procesos políticos al igual que las temáticas referidas a la salud sexual y reproductiva.

La disminución de la fecundidad, a partir de la década del 70 en nuestro país, se corresponde con la incidencia de las mujeres en el nivel de actividad económica, como del acceso a la planificación familiar. La inserción de las mujeres en la actividad económica se contrapone con los intereses políticos de los grupos dominantes que explicitan la necesidad de poblar el territorio nacional por una cuestión de seguridad nacional y aprovechamiento de la riqueza de grandes extensiones geográficas. En este escenario las políticas pronatalistas son definidas claramente en correspondencia con políticas compensatorias para favorecer el aumento de la natalidad, con incentivos subsidiarios por matrimonio, maternidad y nacimiento, asignaciones familiares, acompañada de una política fiscal y crediticia especial, y planes de vivienda, salud y educación para las familias. Para el logro de los objetivos de poblar para gobernar se imponen medidas destinadas a restringir el acceso a los métodos de planificación familiar que se brindan en los hospitales públicos.

Hasta ese momento la perspectiva de los derechos humanos de las parejas, mujeres e individuos a la planificación de la familia, que defiende el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo, como una prerrogativa individual y una cuestión separada de las agendas estatales e internacionales en nuestro país y en la Provincia de Catamarca se mantuvo ausente.

La década del 80 en el orden mundial plantea la necesidad de que los gobiernos adopten medidas eficaces en la toma de decisiones políticas sobre población para lo cual se crea el término derechos reproductivos como variables de población y desarrollo vinculados a los requerimientos individuales de las mujeres a controlar su propia fecundidad a través del acceso a la información y a los métodos anticonceptivos, que garantice el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos.

La legitimidad social y política de los derechos sexuales y reproductivos comienza a ser construida en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Ámsterdam (1984), organizada conjuntamente por la Red CARASA y por una red europea por luchas por el derecho al aborto y a la contracepción (que luego se convertiría en la Red Mundial por los Derechos Reproductivos de las Mujeres). En esa reunión participaron mujeres de los países en desarrollo y, por primera vez, el término derechos reproductivos fue utilizado de manera amplia sea para expresar la salud de la mujer, la salud integral de la mujer, el derecho al aborto o el derecho a la anticoncepción.

Los métodos anticonceptivos permiten el control de las mujeres sobre su capacidad reproductiva, sin embargo las posibilidades de utilización de los métodos son diferentes según el país, la clase social o posición social de las mujeres, lo que estaría dando cuenta de las desigualdades entre los países y a su vez al interior de cada país. Los métodos de control de la natalidad sustentan en el término planificación familiar un modo de interpretar la sexualidad como una función biológica con fines reproductivos que reprime la sexualidad de la mujer al régimen de la alianza. El sexismo machista construye la otra parte (la mujer) como objeto para la reproducción. En este sentido el empleo público de los anticonceptivos si bien libera la vida sexual de la mujer limitada ancestralmente por el temor al embarazo, sufre las restricciones de la ideología dominante de carácter patriarcal. Esto sucede tanto en Argentina como en la provincia de Catamarca que mantienen privados del acceso a los derechos sexuales y reproductivos a la ciudadanía durante la Presidencia del Dr. Carlos Menen (1989-1999), hecho que en la Provincia de Catamarca se extiende aún más (2003) por influencia de la Iglesia Católica. Las principales proscipciones afectan a las prácticas abortivas, sean éstas de carácter eugenésico o terapéutico al empleo de contracepción quirúrgica voluntaria y de los métodos anticonceptivos que son investidos en base a criterios permitidos o prohibidos aliados a la moral, instalados en el discurso religioso, con planteos que sostienen que tanto la pastilla de anticoncepción de emergencia como los dispositivos intrauterinos son abortivos.

La mujer es puesta en la escena pública con la premisa que el control de la natalidad se realiza a través de los métodos naturales, como opuestos a los métodos anticonceptivos que serían antinaturales y además con la carga valorativa de abortivos. El control del propio cuerpo queda supeditado en la práctica a los condicionamientos culturales y sistemas de creencias de los grupos dominantes, que articulan el discurso sobre los métodos anticonceptivos alrededor de la moral sexual para decir cuáles deben ser las conductas y comportamientos permitidos para los adolescentes.

Desde las prácticas discursivas en relación a los derechos sexuales y reproductivos destinados a adolescentes los procesos de relectura y reescritura construyen contenidos nuevos que tienen el propósito de implementar servicios de salud sexual centrados en la planificación familiar como método y como servicio. Esta primera distinción a partir del reconocimiento de la familia como institución, recrea la necesidad de contar con un varón, una mujer y la posibilidad de engendrar hijos. Además la familia como tal, plantea una diferencia en el ejercicio de roles y funciones de varones y mujeres con el propósito de legitimar los condicionamientos culturales relacionados

con las voces que aprueban o desaprueban modos de proceder peculiares de cada sexo en función de lo que cada sociedad impone como mecanismos de opresión que naturaliza lugares sociales en la distribución y asignación en el sistema de parentesco.

Una de las maneras de naturalizar los lugares que a cada quien le corresponde en la división socio-sexual lo constituye la anatomía cuando a través de la lectura ideológica es interpretada como una dicotomía que organiza el sexo varón o mujer para encontrar en el reconocimiento sexual su correspondencia con la heterosexualidad androcéntrica, centrada en la sexualidad del hombre que hace que una mujer se constituya como tal cuando un hombre la hace mujer en la relación sexual. Esta dependencia de la supremacía masculina le otorga a la mujer unos menores derechos que se traducen en naturalizar el ejercicio de prácticas sexuales bajo coerción, discriminación o violencia.

## **8.2. La mujer en el marco de los derechos sexuales y reproductivos**

A partir de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena (1993) los Estados se preocupan por toda violación de los derechos específicos de las mujeres como una violación a los derechos humanos de la mujer frente a las demandas del movimiento de mujeres que incluyen actores estatales, movimientos sociales, organizaciones no gubernamentales, organismos y funcionarios del sistema internacional, que comparte valores en un incesante intercambio de información, de servicios, de actividades y estrategias puesto que “En el plano internacional, el resultado de este tipo de red y de los encuentros, cumbres y conferencias es la aprobación de documentos y convenciones, que establecen parámetros para la acción futura”.(Jelin: 1999). En este sentido la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, (1994) con más 180 Estados presentes, aprueba un nuevo Programa de Acción como guía para la acción nacional e internacional en el área de población y desarrollo para los próximos 20 años. Si bien el programa de acción plantea la dependencia armónica entre la población y el desarrollo se centra en reconocer las necesidades de los individuos en las propuestas de desarrollo socioeconómico para alcanzar una mejor calidad de vida para todas las personas, incluidas las de las generaciones futuras.

Desde un enfoque multisectorial se define a la salud reproductiva con componentes que la diferencian de los demás campos de la salud. Sin embargo las definicio-

nes convencionales adoptadas encierran las intenciones de implementación de políticas pronatalistas empleadas de modo dominante por los gobiernos militares en América Latina o de control de la natalidad empleadas por los países que registran un acelerado crecimiento poblacional. En un sentido u otro las políticas con metas demográficas transgreden los derechos humanos, al procurar incidir de diversos modos con formas que contienen restricciones sobre las decisiones personales, principalmente de las mujeres. La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995) logró avances en el proceso hacia la definición de los derechos sexuales, aunque sin conseguir la admisión del término, ni la representación de aquellos contenidos relativos a la experiencia homosexual. Esta postura se replica en nuestro país y en la provincia de Catamarca, de tal modo que tanto el término sexualidad como homosexualidad quedan excluido de los enunciados discursivos en la implementación concreta de políticas de salud sexual y reproductiva. La sexualidad se suprime de tal forma que en el orden local se redefine este término como procreación responsable. El proceso de mutación facilita afirmar y consolidar los pares binarios hombre-mujer como el complemento obligatorio para cumplir con la función reproductiva, de continuidad de la familia.

Que la mujer sea capaz de tener “control sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de estas cuestiones, libres de coerción” genera una contra reacción en los grupos dominantes tendientes a instalar en el escenario de las políticas públicas el orden social instituido por la célula básica de la sociedad, es decir “la familia”. De este modo “la familia” se transforma en el reaseguro para lograr múltiples fines; es decir los fines políticos de construir una sociedad más sana, los fines honorables de preservar la ética y los fines religiosos de resguardar la integridad moral. “la familia” se inviste con cualidades de salud, ética y moral.

Los derechos sexuales y reproductivos representan discursos sobre el sexo que operan como dispositivos de control sobre los individuos (varones-mujeres-parejas-mujer embarazada-niño) creados en la producción y coacción de una red de axiomas sobre las posibilidades del cuerpo. Para ello se instituyen sistemas de control y vigilancia sobre los cuerpos sea para controlar la natalidad o para alertar respecto a si se cumplen o no con las restricciones impuestas al empleo de los métodos anticonceptivos. De un modo u otro la fecundidad como proceso inherente a un momento del ciclo de vida de la mujer es tomada por la ciencia médica como organizador de conductas, de comportamientos saludables y como productor de la reproducción desde el saber-

de la norma del intercambio genital heterosexual. Todo lo que se aparte de ese patrón ingresa para ser clasificado estadísticamente o ser medicalizado dado que los factores patológicos se encuentran en el origen de la enfermedad y por lo tanto requiere la puesta en vigencia del modelo de vigilancia o atención asistencial en la organización de los servicios destinados a adolescentes. La prevalencia de la impronta médico asistencial de los servicios se refleja en el control de Enfermedades de Transmisión Sexual, VIH/sida, cáncer genital y mamario, unido a comportamientos de riesgo y a prácticas sexuales vergonzosas ya que se alejan del modelo heterosexual con fines reproductivos.

Tanto en el país como en la provincia de Catamarca los métodos de control de la natalidad como los aspectos vinculados a la sexualidad producen reacciones propias de lo que se conoce como “doble moral”. Por un lado se facilita el acceso mercantilizado, en condiciones de seguridad y privacidad en el ámbito privado a mujeres que pueden pagar la realización de una práctica abortiva, mientras que las mujeres pobres deben asistir a un mercado clandestino con el riesgo de exponer su vida si el procedimiento aplicado presenta fallos en el proceso; además de tener que someterse a la sanción legal y moral que la práctica conlleva. En ese sentido, el aborto se convertiría en un tema de justicia social dado que las mujeres que tienen recursos, acceden a abortos sin riesgo, con el procedimiento y la tecnología correctos. La interpretación que se realiza de la mujer que se somete a una práctica abortiva afronta interrogatorios de carácter moral, religioso y jurídico. Las voces que cuestionan a la práctica abortiva y a las mujeres que la ejecutan eluden completamente las condiciones reales que producen y reproducen el embarazo indeseado. Estas condiciones de producción están relacionadas con la falta de información, la ausencia de conserjería, las restricciones impuestas por profesionales de la salud en la prescripción y distribución de métodos anticonceptivos en algunos casos como consecuencia del cambios de métodos (de inyectables a orales o viceversa) que malogran los resultados esperados. Tampoco se reconocen las consecuencias que derivan del ejercicio de la sexualidad forzada por dificultades que tiene la mujer por su posición frente al varón para asumir el consentimiento en condiciones de igualdad.

### 8.3. Una cuestión médica

Los universales como categorías construidas para nominar, categorizar, clasificar integran la clasificación de enfermedades correspondiente a la N° 10, como un modo de mapear estratégicamente a través de los datos recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas las variaciones de la morbi-mortalidad de la población, a fin de establecer parámetros comparativos de la situación epidemiológica en términos generales.

El empleo de las anomalías son dispositivos utilizados por la ciencia médica hacia el diseño de acciones estratégicas que interpelan al adolescente en la indagación de la intimidad de las prácticas sexuales, para darle entidad desde la clasificación disponible, lograr interpretar los posibles factores causales de “esa enfermedad que está en el nomenclador” a fin de ingresar a los sujetos al proceso de medicación y seguimiento.

En este sentido las anomalías permanecen en los servicios de “infectología” o del “Centro Único de Referencia” para advertir con cifras estadísticas en creciente aumento los peligros que tienen las prácticas sexuales cuando no son heterosexuales con fines reproductivos. La recreación del sida y de la nominación de “Enfermedades de Transmisión Sexual” impone miedos, temores, angustias, que aliadas con la desinformación reproducen lo que desde el discurso pretenden evitar.

La información sobre las prácticas sexuales circula desprovista de soportes de contención que faciliten procesos de interpretación acerca de las nociones de sexo seguro, sexo inseguro. Tanto la desinformación, como la ausencia de conserjería y el “llamar a la sexualidad por su nombre” construyen en los adolescentes más irresoluciones que certezas, que deriva en consecuencias indeseadas para la salud sexual y reproductiva. El dispositivo de silencio y represión que se acciona en la “familia” sostiene que la sexualidad es privativa de los adultos y que toda práctica que se realiza fuera de ese ámbito habilitado para tal fin puede llegar a tener riesgos para la salud sexual y reproductiva.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos en su correspondencia con la Salud Sexual y Reproductiva son garantizados por los Estados a mujeres embarazadas, en servicios de atención y control del embarazo, parto y puerperio. La reproducción como objetivo específico disciplina los cuerpos cuando los cuerpos ingresan en el dispositivo de poder sexo-cuerpo para establecer patrones de conducta mediante los procesos de socialización de las conductas procreadoras.

#### **8.4 Un asunto de políticas públicas**

En nuestro país los Derechos a la Salud Reproductiva como objeto de política pública alcanzan mayor grado de legitimidad en comparación con los derechos sexuales.

El sistema de salud planifica los servicios y prestaciones destinadas a adolescentes, en los términos previstos por el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, a través del modelo de Atención Primaria de la Salud que organiza el nivel de atención asistencial articulado con las funciones de prevención y promoción de la salud, para lo cual demanda la intervención de equipos multidisciplinares y el protagonismo de la comunidad en general. En este escenario el grupo médico revalida sus prácticas para sostener la noción de cuerpo biológico, con base en la dicotomía sexual, que permite confirmar el ideal de sexualidad sano a partir del patrón de intercambio genital heterosexual. Para el logro de esta creencia reclama a la institución familia asumir sus deberes en términos de “responsable” a fin de orientar el control de la natalidad, mediante el acceso a la planificación familiar como métodos y como servicios. Cuando la paternidad y maternidad responsable irrumpen desde la concreción de la misión del “ser padres” los servicios de salud, imprimen en la organización la visión materno-infantil para construir ese vínculo indisoluble del binomio niño-madre, madre-niño, mujer madre. Los servicios asistenciales se caracterizan por la institucionalización de los procesos de embarazo, parto, puerperio y lactancia que como tales requieren controles, exámenes, seguimiento. Esta valoración logra que los servicios de atención privilegien la salud reproductiva, en desmedro de la consulta relacionada con la actitud, conducta u orientación sexual, o de los riesgos contextuales. La función asistencial adquiere jerarquía, demanda recursos, exige profesionales, da lugar a las urgencias, a los turnos programados, a las guardias, a la departamentalización del servicio hospitalario y desplaza a un nivel subsidiario a las funciones de promoción, educación, información y/o conserjería.

Los dispositivos utilizados por el sistema de salud para consolidar el patrón normalizador e ideario de salud están interrelacionados con la institución familiar a través de la vigencia del sistema de parentesco que además tiene una función clave en la socialización del comportamiento procreativo, que derivan en la planificación de la fa-



milia, el determinismo biológico, la bipartición sexual y/o la creación de satisfactores humanos universales a demandas instintivas y roles de género.

Mientras el sistema sexo-género, organiza el mandato heterosexual y habilita el reconocimiento de sujetos de derecho, la regulación de la moral sexual mantiene invisibles las inequidades sociales y ejerce desde el poder pastoral tecnologías de regulación que son transferidas al campo de la medicina para normalizar los cuerpos adolescentes.

### **8.5 Sexualidades adolescentes en el contexto local**

Cada cultura produce códigos para instituir criterios que normalizan conductas como lo es el caso de las niñas o adolescentes embarazadas que deben enfrentar embarazos no deseados aún siendo víctimas de violencia sexual. Es decir que el mandato de privilegiar la vida, desde la asignación de la función maternal obtura el derecho a la integridad física, sexual, psíquica y moral de los adolescentes. De este modo se imprime en el comportamiento sexual inesperado, (víctimas de violencia sexual,), lo previsible como castigo ante la transgresión de la norma, (penalización del aborto).

Los silencios intervienen sobre lo sexual, para construir sujetos sexuados cuyo sentido político es el de control de las formas sociales de entender, presentar y expresar las emociones y los cuerpos que a su vez regulan la sexualidad a partir de la asimetría relacional 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.

En la Provincia de Catamarca la sexualidad como objeto en sentido amplio y los Derechos Sexuales y Reproductivos en sentido estricto son producto de reglas y prácticas que hacen visible los Derechos Sexuales y Reproductivos que en tanto objetos reúnen condiciones de existencia siempre y cuando sus funciones estén ligadas a la reproducción, en el marco del sistema de parentesco, para legitimar el modelo heterosexista. El modelo heterosexista tiene como eje dos figuras centrales el hombre que es el patrón que define a su par complementario la mujer, pero que remite a su vez a la voz de Padre como quien ordena, domina a la familia, instaura la Ley, es quien goza

de mayores derechos en tanto es quien se constituye en el vínculo entre la unidad doméstica y el mundo de lo público, mientras que la mujer se constituye en su par complementario, que habita el mundo privado, y se encuentra dependiendo del llamado Jefe de Hogar. En las unidades domésticas que no existe el varón como medida del orden la mujer recibe la nominación de Jefa de Hogar, madre soltera o niña-madre para justificar el rol paternalista del Estado y la relación de dependencia que las políticas compensatorias establecen desde los programas con las mujeres adolescentes de los sectores de la periferia. Los casos de incesto o violaciones sexuales ponen en tensión la Ley del Padre como organizadora de la institución familiar y además genera conflicto entre las relaciones conyugales, el vínculo de la monogamia y la heterosexualidad obligatoria. La sexualidad actuada en el propio cuerpo desde la posición de inferioridad y la condición de subordinación que el poder inaugura, impide el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

A pesar de los avances realizados en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos los Derechos Humanos aún tienen mucho que decir y que construir para ampliar los derechos sexuales y la salud sexual en relación a los adolescentes. El contexto psicosocial es una variable que condiciona y determina el déficit en el proceso de salud-enfermedad-atención, por cuanto expresa las desigualdades estructurales que afrontan unos y otros.

Aún hoy el estado de derecho no llega a resolver situaciones de mujeres, niñas y niños excluidos de la posibilidad de incorporar a sus vidas derechos fundamentales, como el de sentirse personas o acceder a los derechos de ciudadanía. La condición de ciudadano se apoya en principios universales que refieren a los derechos fundamentales como la libertad individual y la igualdad ante la ley garantizada por cada Estado de acuerdo a su organización política.

Como expresa Turner (1993) la ciudadanía se conforma por dos dimensiones la "titularidad" que implica la existencia legal de los derechos propios de los ciudadanos y la "provisión" referida al acceso real a los beneficios sean éstos bienes y servicios materiales o simbólicos. Las mujeres adolescentes pobres carecen de derechos sociales, en ocasiones las carencias se acumulan y son tomadas como población objetivo de los programas de salud sexual y procreación responsable bajo el rótulo de mujeres adolescentes vulnerables, en condición de riesgo o excluida de algún sistema de protección social.

El Matrimonio Igualitario (2010) en correspondencia con los Principios de Yogyakarta (2006) constituyen un salto cualitativo que posiciona al País en el mundo como referente progresista de los derechos sexuales y los derechos reproductivos ya que constituyen la base para garantizar el derecho a la identidad sexual y a la identidad de género sin embargo, en el orden local los servicios de salud sexual y reproductiva en el intento de legitimar los derechos sexuales y reproductivos de adolescentes encuentran fuerte resistencia en los grupos hegemónicos en términos que se interpretan como una amenaza al orden social impuesto.

Esa amenaza acciona dispositivos de restricción ideológica que instala en los servicios de Salud Sexual y Procreación Responsable a sujetos de derechos reconocidos como mujeres embarazadas que demandan control durante el proceso de gestación, parto, puerperio y lactancia para fortalecer sistemas de creencias generadas en relaciones asimétricas que naturalizan relaciones de subordinación de la mujer en asuntos vinculados a su sexualidad. El énfasis de los argumentos orienta el debate hacia la figura de la Patria Potestad, la supresión del término salud sexual y por lo tanto de la sexualidad en unos sujetos considerados menores. De este modo el control de la fecundidad es un derecho para algunas mujeres cuya posición en el acceso a los recursos económicos es diferencial sea por el ingreso al mercado laboral o por ser parte de la clase social dominante. El sistema de creencias de los profesionales de la salud, impregna los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes con restricciones impuestas a partir del poder que otorga la posición de quien ejerce la prescripción de lo que se puede o no autorizar como método anticonceptivo y a quién le corresponde recibir esa prestación como por ejemplo sucede con la provisión de preservativos o inyectables. Sin embargo en la práctica médica las restricciones en el acceso a los métodos anticonceptivos y los preservativos inciden directamente en las adolescentes de sectores populares. Los métodos anticonceptivos se debaten entre los naturales o antinaturales, los permitidos y los prohibidos. En el grado y jerarquía de prohibición queda todo lo que atente contra el derecho a la vida, es decir el dispositivo intrauterino, la píldora del día después, la contracepción quirúrgica y el aborto. Sin embargo luego de la Convención Constituyente, el Congreso Mundial de Población de El Cairo y la Conferencia de la Mujer de Beijing, en Argentina el aborto continúa tipificado como una práctica punible. Para el caso del aborto terapéutico se requiere, aún hoy, el consentimiento de la mujer y, para el caso del aborto eugenésico, el de su representante legal. Recientemente en nuestro país se discutió que el aborto debía ser despenalizado en caso de violación sin importar la condición de la mujer. La violación

sexual que sufre la mujer en el ámbito privado encuentra en el Código Penal el reemplazo de la noción de delito sexual por la de un conflicto susceptible de ser negociado, que deriva en algunas circunstancias en el casamiento de la víctima con su agresor. El argumento moralizador queda encubierto por la ley en la norma que regula el sistema de parentesco que permite al agresor reproducir situaciones de violencia, dado que la ley penal argentina no contempla la violación marital” (Pecheny-Petracci, 2006:54).

Los métodos naturales garantizan a las parejas la salud de la madre, en tanto el orden del discurso reconoce que la práctica de la sexualidad adolescente es de carácter heterosexual por la recurrencia de los términos derecho a la planificación familiar y/o al control de las mujeres embarazadas. La salud sexual en el debate público sufre un borramiento, concordante con la supresión de la reglamentación de la ley que se posterga una y otra vez por las presiones que ejerce la Iglesia Católica en la opinión pública en general y en el poder político en particular.

En este sentido los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes quedan definidos como un derecho humano de varones y mujeres en edad fértil cuyos objetivos están orientados a disminuir la fecundidad adolescente, que si bien se encuentra en descenso en los sectores más favorecidos opera el efecto contrario en los sectores más desfavorecidos, lo que demuestra que el embarazo adolescente está más vinculado a desigualdades estructurales.

Las mujeres adolescentes de sectores populares integran los Subregistros de muerte materna y neonatal, abortos en condiciones inseguras, producto de procesos de encubrimiento que ocultan tanto las deficiencias del sistema de salud público en relación a las limitaciones que presenta en la atención de emergencias obstétricas, como las fallas que presentan los controles del embarazo en la detección de violencia doméstica y/o en la posición renuente de algunos profesionales de la salud para intervenir en el marco de la ley que autoriza la práctica de un aborto eugenésico.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el orden local se inscribe como un Programa dependiente de la Dirección de Maternidad e Infancia. Los servicios que brindan los Programas de salud sexual y reproductiva, el Programa de Salud Integral del Adolescente, dependientes de la Dirección de maternidad e Infancia o los Programas que implementa el Centro Único de Referencia o el Programa de Planificación Familiar dependiente del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan Bautista a los que los adolescentes pueden acceder se vinculan con la planificación familiar como método y como servicio, cuyo modelo a

seguir es la heterosexualidad con fines reproductivos. La pauta es la procreación responsable y la institución que habilita el ejercicio de estos derechos es la familia. Todo aquello que se aparte de este patrón es considerado contrario a los procesos de salud y vinculado con enfermedad. El sistema de Atención Primaria de la Salud no reconoce en la práctica médica el criterio de doble protección, lo que provoca que el aumento en la entrega de métodos anticonceptivos no tenga una expresión similar en la disminución de embarazos o en la disminución de infecciones de transmisión sexual, por el escaso empleo de la píldora anticonceptiva combinada con los preservativos. Además fortalece la idea de totalidad centrado en la pareja, hombre-mujer, para reducir las prácticas sexuales al modelo heterosexual, (prevenir embarazos no deseados), con fines reproductivos (orientado por el modelo materno-infantil).

El acceso diferencial a los recursos queda materializado en los Centros de Atención Primaria de la Salud con intervenciones de carácter asistencial a grupos considerados vulnerables (preferentemente mujeres), con un nivel de atención mínima universal contemplada en el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, que transforma los programas en categorías de segunda, con una asignación de recursos limitados para una población marginal.

## **8.6 Los desafíos de la autonomía y los derechos sexuales y reproductivos**

Los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes se corresponden con el logro de autonomía que “en el campo de la sexualidad conduce a la construcción del autocuidado sobre la base del respeto y la integración del otro en tanto también sujeto de derechos” (López Gómez, 1997, 5). En este sentido la igualdad, describe a todas las personas como portadoras de derechos independientemente de su condición social, clase, sexo, edad, etnia, orientación sexual, religión, nacionalidad. Este principio incluye “el respeto pleno por la integridad de las personas, el respeto mutuo, el consentimiento y la responsabilidad compartida por los comportamientos sexuales y sus consecuencias”, en tanto la diversidad, da cuenta que nadie debe ser discriminado por razones de orientación sexual” (Szasz, 2004:487) y alude al compromiso con el principio de que diferentes tipos de expresión sexual son beneficiosos para una sociedad justa y humana.

Al enunciar los principios éticos que sustentan los derechos sexuales y reproductivos en los adolescentes queda planteada la necesidad de que el estado garantice los derechos sociales que permitan crear las condiciones que refieren al acceso equitativo a los recursos (materiales y simbólicos): información, bienes, servicios, conocimientos. La información permite descubrir comportamientos sexuales, reconocer en los mitos de la mujer-, madre o la pasividad erótica femenina o del amor romántico el valor de la reproducción ideológica que mantiene la asimetría genérica. De este modo la autonomía implica un enfrentamiento autorreflexivo con las expectativas sociales y las tradiciones culturales.

La posibilidad de acceder al goce de los derechos sexuales reproductivos plantea dificultades para especificar de qué se está permitido gozar. El goce da cuenta de la satisfacción que el ser humano obtiene, en las relaciones sociales que establece, como en las prácticas sexuales que incorpora. Además el acceso al disfrute de los derechos sexuales y reproductivos surge de las respuestas que la sociedad organiza a las demandas planteadas en términos de provisión.

En este sentido “aunque muchas sociedades reconocen los derechos reproductivos, no así los sexuales”, el conflicto se presenta en las dificultades que tienen los adultos de reconocer a los adolescentes como sujetos de derecho. Además las políticas están atravesadas por el sesgo de “ignorancia (inocencia) y restringen la información y servicios para adolescentes o promueven la abstinencia o postergación de la actividad sexual hasta el matrimonio”.

De este modo el adolescente se encuentra oprimido en los términos de crisis, adolecer, riesgo, inmadurez, incapacidad, términos que instalan en el imaginario que “la sexualidad e incluso la anticoncepción, aparecen contaminados de temores, pecado, inmoralidad, o riesgo de enfermedad”. Los programas de derechos reproductivos sexuales destinados a adolescentes acentúan “los aspectos negativos del placer y los aspectos positivos de la maternidad o paternidad...que llevan a contemplar “el amor conyugal como la única expresión válida del amor”. (Perinat Maceres 2003:187)

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos contienen dos dimensiones interrelacionadas: un conjunto de “principios éticos y una gama de condiciones favorecedoras sin las que estos derechos no podrían ser ejercidos” (Correa, Petchesky, 1995). Los principios éticos interconectados están dados por la integridad corporal, la capacidad de ser persona, la igualdad y la diversidad. La integridad corporal se cir-

cunscribe como parte de la salud sexual reproductiva en términos de derechos. Es decir que el derecho a la seguridad y control del propio cuerpo encuentra su correlato en el “derecho a tener una vida sexual satisfactoria y segura” y el “derecho a decidir sobre reproducirse o no” encuentra su correlato en la capacidad de ser persona, refiere a aquellas razones y valores por los que las personas toman diferentes decisiones. El “derecho de las mujeres a tener control y decidir libre y responsablemente en los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo el estar libres de coerción, discriminación y violencia”, es compatible con el principio de ser persona, que implica arbitrar los medios para desarrollar la capacidad autonomía y autodeterminación” que lo habilita para ejercer sus derechos con libertad. (Szasz, 2004:487).

La declaración de los Derechos Humanos (1948) otorga la naturaleza de ser sujetos de derechos a todos los seres humanos, sin distinción. La Convención de los Derechos del Niño (1989), ratifica la universalidad de tal condición del ser humano, incluyendo a los menores de 18 años. “ese modo del ser humano, el ser sujeto de derecho es una posesión o una potencialidad que se realiza por cada niño y niña en el usufructo de un conjunto de bienes, servicios y dones indispensables” (Sarmiento Gómez 2007: 41).