

# Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA. Obstáculos y Resistencias.

Zaldúa, Graciela, Pawlowicz, María Pía, Longo, Roxana y Moschella, Romina.

Cita:

Zaldúa, Graciela, Pawlowicz, María Pía, Longo, Roxana y Moschella, Romina (Agosto, 2010). *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA. Obstáculos y Resistencias. III Congreso Regional de la Sociedad Interamericana de Psicología. Sociedad Interamericana de Psicología, Asunción, Paraguay.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/maria.pia.pawlowicz/119>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pgap/O26>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.  
Para ver una copia de esta licencia, visite  
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

## **TÍTULO EN ESPAÑOL: Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de la CABA. Obstáculos y Resistencias.**

**Autoras/es\*: Zaldúa, Graciela; Pawlowicz, M. Pía; Longo, Roxana y Moschella, Romina**

### **Resumen**

El presente trabajo tiene como objetivo explorar las diferentes barreras que obstaculizan el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, de las usuarias de dos establecimientos públicos de salud y su relación con el marco legal vigente y las prácticas institucionales.

Se indagó sobre el acceso a la solicitud de ligadura de tubaria, la atención de la violencia sexual, la prevención/atención de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, la anticoncepción hormonal de emergencia y la atención del aborto no punible. Por otra parte, se exploraron las representaciones de las entrevistadas acerca de la sexualidad y la salud reproductiva, la despenalización o legalización del aborto y sobre los beneficios y riesgos de los medicamentos, tecnologías y tratamientos médicos.

Mediante un diseño exploratorio-descriptivo y cualitativo, se utilizaron observación participante, entrevistas en profundidad y cuestionarios a usuarias en edad reproductiva fértil de un centro de salud y de un hospital público especializado en salud materno infantil, de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las congruencias o no con los tratados y los corpus jurídicos fueron interpretados a luz de los hallazgos epidemiológicos, las brechas sanitarias y las narrativas de los actores sociales.

**Palabras claves: derechos sexuales y reproductivos- género- ciudadanía- subjetividades**

### **Introducción**

La problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina ha recorrido diversas trayectorias, desde políticas demográficas hasta el avance significativo en el desarrollo de políticas públicas que se proponen garantizar la salud sexual y reproductiva (SSyR) y el acceso a la anticoncepción a toda la población en edad reproductiva. Se considera que estamos atravesando un período transicional, caracterizado por cambios en la accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos, pero también con la persistencia de obstáculos materiales y simbólicos que afectan predominantemente a las mujeres en situación de vulnerabilidad social.

La visibilidad del campo y la incorporación en la agenda pública como componente de los derechos humanos, que trasciende el ámbito de los asuntos privados, está relacionada con las demandas de la sociedad civil y en particular del movimiento de mujeres y de un sector de profesionales comprometidos con la salud colectiva.

El proyecto explora y analiza a través del monitoreo estratégico las dimensiones de las políticas públicas y se propone dilucidar las necesidades y demandas y, el acceso al derecho a la SSyR, y las expresiones de ciudadanía impulsadas por diferentes actores/as de la sociedad Civil. En este sentido también se relevan y describen las articulaciones entre Estado y Sociedad Civil en la gestión de programas y proyectos y diversos dispositivos promocionales y preventivos.

Las dimensiones de análisis de la participación social, el control de recursos y poder, el fortalecimiento político de la ciudadanía, la autogestión y el compromiso ético político se relacionan con la producción de subjetividad y campos de hegemonía. En particular, desde el enfoque de ciudadanía, género, y la construcción de empoderamiento: subjetivo, social, jurídico, político, cultural y económico aportan al análisis categorial, metodológico y a la praxis ético política. Las congruencias o no con los tratados y los corpus jurídicos son interpretados a la luz de los hallazgos epidemiológicos, las brechas sanitarias y las narrativas de los actores sociales.

Desde una reflexividad crítica, en el marco de los procesos globalizadores y sus consecuencias locales en las micropolíticas de segregación, separación y marginación, transmitiremos algunos recortes investigativos en curso del colectivo universitario. Son contribuciones desarrolladas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que indagan sobre las

condiciones de posibilidad y exigibilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos, a través de sus prácticas, representaciones y sentidos.

Han influido decisivamente en este proceso, las acciones de las mujeres en busca de autonomía. Al haber cambiado la percepción social de la reproducción, cuestionaron los cimientos sobre los que se asentaban los sistemas políticos de dominación, incluida la dominación de género. (Palma: 1994). Sin embargo, queda pendiente la inclusión de prácticas concretas/formales/contextualizadas promotoras de derecho a la salud sexual libre de coerción.

Según Lagarde, la perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los varones de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Esta perspectiva de género analiza las posibilidades vitales de las mujeres y los varones; el sentido de sus vidas, sus expectativas y oportunidades, las complejas y diversas relaciones sociales que se dan entre ambos géneros, así como los conflictos institucionales y cotidianos que deben enfrentar. El enriquecimiento de la perspectiva de género se ha dado como un proceso abierto de creación teórico-metodológica, de construcción de conocimientos e interpretaciones y de prácticas sociales y políticas (Lagarde, 1996). Por su parte, la mirada hacia las inequidades de género proporcionó de cierta manera la problematización de la tajante dicotomía existente entre el espacio público y privado y permitió la discusión en el ámbito público, aspectos que corresponden a la toma de decisiones sobre el cuerpo, la sexualidad y reproducción de las mujeres y a las implicancias de poder y autonomía, ya que la libertad en la toma de decisiones sobre la sexualidad y reproducción construye ciudadanía. Desde este punto de vista, la construcción de la ciudadanía social implica responsabilidades. La participación es un derecho pero también una responsabilidad. Participar en la formulación, ejecución, seguimiento y evaluación de políticas y programas de salud, es un derecho que principalmente las organizaciones de mujeres reivindican como parte de sus derechos ciudadanos. Este derecho conlleva al empoderamiento colectivo de las mujeres.

Las demandas por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, se inscriben en las demandas para la construcción de la ciudadanía, entendida como una práctica conflictiva vinculada al poder, que refleja las luchas acerca de quiénes podrán decir qué, en el proceso de definir cuáles son los problemas comunes, y cómo serán abordados (Gunsteren, 1978, citado por Jelin 1996:116).

La formulación de los derechos reproductivos tiene como eje la defensa de la vida de las mujeres, la autonomía de sus cuerpos y fundamentalmente la libertad de decidir sobre la reproducción. Estos derechos, también se articulan con el acceso a una sexualidad más humana, desvinculada del comercio sexual y la violencia, que no se restrinja apenas a las actividades ligadas al funcionamiento del aparato genital y que trascienda las necesidades biológicas. Implica, además, la exigencia de que los varones asuman responsabilidades por las consecuencias del ejercicio de su propia sexualidad (León,1994)

Los derechos sexuales y reproductivos se enmarcan en el derecho a la salud. El derecho humano a la salud desde el marco de referencia del Derecho Internacional de los Derechos Humanos se integra junto con los económicos, sociales y culturales y se relaciona con aquellos derechos humanos que obligan al Estado a impulsar estrategias preventivas y promotoras de bienestar. Esta obligación jurídica que pesa sobre el Estado implica poner al servicio de los ciudadanos/as un sistema de atención de la salud que abastezca las necesidades del conjunto social. Desde el principio de accesibilidad incluye el de oportunidad y celeridad, y el derecho a la simplicidad y rapidez en turnos y trámites, y respeto de turnos y prácticas (Ley 153, artículo 4, inciso i).

### **Breve historización de los derechos sexuales y reproductivos**

Fue sumamente importante incorporar en el campo de la salud los conceptos de salud sexual, salud reproductiva y derechos reproductivos y los lineamientos de políticas que se desarrollaron a partir de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en la ciudad de El Cairo en 1994.

En 1995, la Plataforma de Acción de la “Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer” en Beijing reitera estos derechos, los cuales, en síntesis, se refieren a los derechos de las mujeres a tener control y a decidir libre y responsablemente sobre los asuntos relativos a su sexualidad, incluida la SSyR. Estos derechos implican así un ejercicio de la autonomía en las decisiones acerca de la sexualidad, libres de coerción, discriminación y violencia. Establecen también la igualdad entre mujeres y varones en los asuntos relacionados con las relaciones sexuales y la reproducción, incluyendo el absoluto respeto a la integralidad de la persona, el respeto mutuo, y el consentimiento y la distribución de las responsabilidades sobre el comportamiento sexual y sus consecuencias. Así como en tratados y convenciones de derechos humanos, como por ejemplo, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

Por su parte, la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe Consenso de Quito (2007) otorgó reconocimiento explícito de las desigualdades de género como determinantes sociales de la salud de las mujeres en la región con referencias especiales a los derechos sexuales y reproductivos y a las “altas tasas de mortalidad materna” como resultado de abortos en condiciones de riesgo, el embarazo en la adolescencia, la provisión insuficiente de planificación familiar, etc.

En nuestro país, en octubre de 2002, se sancionó la Ley Nacional N° 25.673 que originó la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En este marco, se planteó la transformación del modelo de atención adoptando un enfoque intersectorial y se reconoció como derecho el tener acceso a la información, educación y prestación de servicios con el fin de adoptar decisiones informadas, libres de discriminación, coacciones o violencia, en materia de SSyR.

Este marco legal establece una igualdad entre las mujeres de diferentes estratos sociales. No obstante, diferentes factores tales como las concepciones, creencias y perfiles de formación de los profesionales de la salud, los intereses de los profesionales en el desempeño en el sector privado y el apego a ciertas prácticas de modelo asistencial tradicional, pueden obstaculizar la efectiva aplicación de la ley (Cappuccio, Nirenberg, Pailles; 2006).

En ese sentido, Bonnie Shepard (Shepard, 2009) destaca que existen posturas contradictorias sobre la sexualidad y reproducción mediante un “sistema de doble discurso”, en materia de políticas públicas represivas o negligentes discordantes a las prácticas privadas donde las opciones sexuales y reproductivas clandestinas se diversifican y proporcionan una salida informal a las normas represivas que ejercen el control sobre los cuerpos de las mujeres. Sin embargo, el acceso a las mismas no está garantizado y tampoco existen mecanismos de control de calidad, los riesgos legales y sobre la salud recaen desproporcionadamente sobre las mujeres marginadas y de bajos recursos. Según esta autora existen diferentes características de este sistema de doble discurso: los sectores conservadores de las jerarquías de la religión hegemónica que imponen códigos morales a la norma jurídica; el discurso y las políticas oficiales que plantean normas restrictivas fundadas en la doctrina religiosa; las agresiones que reciben los servidores públicos y las organizaciones de la sociedad civil en caso de defensa pública de la legitimidad de los derechos sexuales y reproductivos; las prácticas individuales, los mecanismos sociales y políticos ilegales o informales que transgreden la norma y las políticas restrictivas que recaen sobre las mujeres pobres y marginadas.

El caso paradigmático de este sistema de doble discurso es la problemática de los embarazos no deseados terminados en abortos inseguros y la atención de abortos no punibles regulados en el segundo párrafo del artículo 86 del Código Penal de la Nación de la República Argentina. El primero es condenado a nivel normativo y el segundo generalmente es denegado por los servicios de salud e innecesariamente demorado por la justicia (Católicas por el Derecho a Decidir, 2007).

### **Situación de la Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres en la Argentina**

La tasa de mortalidad en mujeres gestantes en la Argentina descendió levemente según los datos del año 2008 con respecto a 2007. Según las Estadísticas Vitales del año 2008 (Ministerio de Salud de la Nación) se registraron 4,0 fallecimientos de mujeres por cada 10 mil nacidos vivos. Es decir, fallecieron 296 mujeres en edad fértil (10 a 49 años) por causas asociadas al embarazo, parto y/o puerperio. En 2007 la misma tasa fue de 4,4 y se registraron 306 muertes. Sin embargo, las cifras muestran altos niveles de desigualdad expresados en brechas territoriales muy marcadas. En San Juan la tasa es de 0,7 por cada 10 mil nacidos vivos y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la tasa es de 0,9; en cambio en Jujuy llega a 10 y en Formosa asciende a 11,5 por cada 10 mil nacidos vivos.

La primera causa de mortalidad (20,9%), sigue siendo la ocasionada por embarazos terminados en abortos inseguros. De 62 casos, 17 corresponden a mujeres jóvenes de entre 25 y 29 años de edad y 8 a menores de 20 años. Las otras muertes fueron ocasionadas por causas obstétricas directas (19,6%), trastornos hipertensivos (15,2%), sepsis y complicaciones del puerperio (13,2%), hemorragia postparto (7,1%), placenta previa y hemorragia anteparto (4,1%).

Según la bibliografía consultada, la existencia de desigualdades entre las mujeres gestantes se expresa en los límites y alcances de desarrollo de una maternidad saludable. La situación socioeconómica y el nivel educativo de las mujeres gestantes inciden sobre aspectos clave como la edad en la que una mujer concibe un hijo por primera vez, la cantidad de gestas, las características sanitarias y de atención médica, y la inserción y desarrollo en el mercado laboral (Lupica, Cogliandro, 2007).

De acuerdo con los resultados del Encuentro de especialistas en Salud Reproductiva realizado en el año 2006 en la Ciudad de Olavarría, organizado por el Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA) del Ministerio de Salud de la Nación, los expertos opinaron que a pesar del compromiso y el esfuerzo realizado, aún subsisten vacíos de conocimiento sobre morbilidad materna en los siguientes aspectos: sistema y servicios de salud y calidad de atención; barreras geográficas, culturales y económicas para el acceso a los servicios sexuales y reproductivos; desigualdad de género; innovaciones en los programas curriculares de educación sexual y salud reproductiva en carreras relacionadas con ciencias de la salud; evaluaciones económicas de costo-efectividad de intervenciones destinadas a Salud Materna; diferencias étnicas en el riesgo de morbilidad; evaluación de políticas y reformas de salud, educación y trabajo.

### **Las fronteras de la ciudadanía y el cuerpo de las mujeres**

El análisis de las prácticas sociales de las mujeres para garantizar el ejercicio de ciudadanía debe ser examinado en relación a la construcción histórica del género como categoría de análisis. La misma permite escudriñar las formas de la opresión y de subordinación social de las mujeres, para desentrañar cómo la desautorización femenina que tiene efectos materiales en los ámbitos de la vida: la alfabetización, el empleo, la salud, el poder político y la impartición de la justicia (Gargallo, 2004). Por lo cual, resulta necesario pensar la ciudadanía y los géneros en relación tanto a las inequidades de género, así como al poder patriarcal, que en ocasiones aparece aliado al poder médico hegemónico. El cuerpo y la sexualidad son aspectos importantes para el ejercicio de la ciudadanía de las mujeres.

En la esfera del proceso salud- enfermedad- atención el cuerpo nos remite a la corporalidad, pero se trata de cuerpos situados, cuerpos donde se inscriben las condiciones de vida, estilos de vida individual y comunitaria y también las construcciones culturales y simbólicas que predominan sobre el cuerpo de las mujeres. Su condición de subordinación incide en la generación de perfiles epidemiológicos específicos, tanto los que se desprenden de las diferencias biológicas, sociales y culturales, como de aquellas producidas desde su condición de género (Palomino, 2002).

Los derechos reproductivos y sexuales son de alguna manera un punto de anudamiento y encrucijada. A la vez que remiten a la forma legitimada bajo la cual una sociedad regula las relaciones entre los géneros sexuales y las generaciones, es exactamente el lugar en el cual la diferencia sexual no puede ser en modo alguno reprimida. Constituyen por ello un punto significativo en el proceso de ciudadanía del colectivo de mujeres «lo personal es político». La regulación de la cantidad de nacimientos, así como las decisiones inherentes a la identidad sexual y de género, y los derechos relativos al libre ejercicio de la propia orientación sexual, objeto de decisiones personales, cobran un significado profundamente político con relación a los umbrales de tolerancia existentes en la sociedad civil (Ciriza, 2002).

La ciudadanía y los derechos están en continua construcción y cambio, puesto que se conforman con el continuo devenir histórico. Para las mujeres ejercer los derechos de ciudadanía plena es investirse como “sujetos de derechos”. La cultura marca a los seres humanos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano, etc. (Lamas, 1998:35).

En lo que respecta al campo de la salud de las mujeres y las diversidades sexuales, resulta necesario y prioritario garantizar la accesibilidad a los medios materiales y simbólicos en lo que respecta a sus derechos sexuales y reproductivos. Para poder hacerlos efectivos, resulta ineludible asegurar las condiciones sociales imprescindibles que los permitan y garanticen. Estas condiciones incluyen el bienestar social, la libertad política o la seguridad personal, condiciones que dependen de factores culturales, sociales, materiales y estructurales como son el acceso a la educación, el trabajo remunerado, la accesibilidad a los centros de salud y servicios de salud de calidad, entre otros. La existencia de estas condiciones involucra necesariamente al Estado y a sus instituciones (Checa, 2006).

De esta manera, el modo en como se considere la diferencia que se ancla en los cuerpos de las mujeres repercute en su status como ciudadanas: si las decisiones relativas a la sexualidad y fecundidad de las mujeres son asumidas por otros/as, será una ciudadanía tutelada; si en cambio esas decisiones corren por la responsabilidad de las mujeres, entonces se trata de una ciudadanía plena (Brown, 2007). La ciudadanía plena no puede ser pensada sin una problematización de la noción de diferencia sexual hegemónica que ubica en la mayoría de los casos a los derechos femeninos centrándolos en el plano de la maternidad y domesticidad como destino natural, estático y biológico. Las argumentaciones que se basan en lo biológico para explicar la realidad de los géneros esconden la dimensión social, cultural y política en la conformación de las subjetividades, sexualidades y los géneros.

La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. En los particulares la sexualidad está constituida por sus formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo. La sexualidad consiste también en los papeles, las funciones y las actividades económicas y sociales asignadas con base en el sexo a los grupos sociales y a los individuos en el trabajo, en el erotismo, en el arte, en la política y en todas las experiencias humanas; consiste asimismo en el acceso y en la posesión de saberes, lenguajes, conocimientos y creencias específicos; implica rangos y prestigio y posiciones en relación al poder (Lagarde, 1993). Esta posición implica romper con concepciones y prácticas reduccionistas, que tienden a mirar las configuraciones sociales, culturales, políticas, económicas, étnicas, genéricas, privadas, públicas, personales, colectivas, etc., desde una postura dicotómica, de manera aislada y sin conexión alguna. Pensar la ciudadanía plena en las mujeres y diversidades sexuales en el escenario actual exige la presencia de representaciones y prácticas sociales que desafíen y cuestionen lecturas y miradas de la realidad en términos de esquemas de pensamientos-acción binarios, esquemáticos, jerárquicos e inmutables.

## **Metodología**

El diseño empleado en este estudio es exploratorio-descriptivo y la metodología cualitativa.

Las unidades de análisis son mujeres que asisten a un Centro de Salud y un Hospital Público de la CABA en su carácter de beneficiarias del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Las muestras fueron intencionales conformadas por 42 mujeres. Los criterios de inclusión fueron la edad (de 18 a 50 años) y que esa no fuese su primera asistencia al establecimiento.

Las mujeres que participaron del estudio eran en su mayoría de sectores pobres. Tenían estudios primarios incompletos o completos y sólo en pocos casos habían iniciado el nivel secundario sin completarlo. Residían en la CABA o en el Gran Buenos Aires.

Los instrumentos fueron: observación participante, entrevistas en profundidad y cuestionario semi-estructurado. Se realizaron con el previo consentimiento informado.

Las observaciones se registraron en los espacios y encuentros informales donde se despliegan los relatos de la cotidianidad, en particular de la Sala de Espera. Las entrevistas a profundidad fueron 12 y al ser abiertas permitieron indagar la experiencia subjetiva, objetiva, simbólica y relacional de la vida (Denzin, 1989). Ese material fue el insumo para la posterior construcción del cuestionario semi-estructurado que permitió delimitar temáticas, ajustar y ordenar las preguntas y adaptar el lenguaje para permitir la sensibilidad, confiabilidad y validez del instrumento.

Los cuestionarios semi-estructurados se organizaron considerando el aspecto diacrónico, es decir los diferentes momentos de la vida de las mujeres: infancia, adolescencia y adultez; así como las experiencias familiares, sociales, educativas, sanitarias desde una perspectiva de género. Focalizamos particularmente las representaciones sobre la sexualidad, la maternidad, los métodos anticonceptivos y las prácticas de salud. En este artículo se presenta el material empírico de los primeros 30 cuestionarios aplicados.

La lógica cualitativa intenta a través de los discursos interpretar las dinámicas de las prácticas y los significados de las historias que reconstruyen las mujeres en relación con la sexualidad, el género y el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Los criterios de credibilidad se ajustan al compromiso con el trabajo de campo, la obtención de datos detallados, la triangulación de datos, la triangulación de diferentes perspectivas y técnicas y la revisión por pares investigadores. La transferibilidad a contextos similares se tratará de contemplar al igual que la auditabilidad. Este proceso abre a nuevos interrogantes y pretende desde una reflexividad crítica aportar al empoderamiento subjetivo, jurídico y social de las mujeres.

## **Resultados y Discusión**

Según los datos recabados en el material empírico, existen diversos obstáculos que limitan el acceso oportuno de las mujeres a ejercer los derechos sexuales y reproductivos desde una ciudadanía plena. Este fenómeno se establece en convivencia y tensión con ciertas formas de resistencia a través de nuevas prácticas instituyentes.

El movimiento de mujeres y el movimiento feminista contribuyen a la función protagónica de las mujeres en la gestión-- formal e informal-- de la salud que en muchas situaciones incide en las estructuras de poder local, nacional y sectorial que definen prioridades y asignan recursos.

El empoderamiento de las mujeres favorece el ejercicio de ciudadanía, la expresión del conocimiento y el ejercicio de derechos. Así como también la constitución de sujetas políticas, propiciando la deconstrucción de identidades femeninas y construcción de sujetas de derecho.

**Obstáculos institucionales:** las reorganizaciones en las instituciones de salud, en tanto estructuras burocráticas, tienden a ser en ocasiones algo “caóticas” y conflictivas. Las limitaciones se manifiestan por ejemplo, en las problemáticas complejas presentes en las *rutas críticas* que deben realizar las mujeres para acceder a sus derechos, en los

impedimentos por la presencia de objetores de conciencia y en las normativas institucionales a veces incongruentes con la legislación vigente.

- ✚ *“...Se estaba hablando, había información en las paredes, pregunté al obstetra pero me dijo que no, que ellos no hacen la ligadura porque no está la ley aprobada para la provincia, está para Capital y me vine para acá” (Gabriela, 41 años, 13 gestas. Hospital).*
- ✚ *“...En ese momento, a los 17 años, para la ligadura era una carta al Juzgado, el Juez lo analizaba, lo firmaba y consideraba si la autorizaba o no y después recién era hacer el trámite en el Hospital. A mí lo que me habían dicho era 'podés traer la firma de quien vos quieras, pero por a edad que vos tenés nadie te lo va a hacer” (Gimena, 30 años, 6 gestas. Hospital).*
- ✚ *“...Mi hermana había tenido relaciones un sábado, sin cuidarse. El domingo fuimos a la guardia del hospital para pedir una pastilla del día después, porque acá en el centro de salud me habían hablado de la pastilla esa. Pero cuando fuimos al hospital nos hicieron un interrogatorio de una hora y media, y no nos la dieron. Mi hermana hoy tiene un bebé” (Zulema, 41 años, 5 gestas. Centro de Salud).*

Uno de los aspectos que podrían aportar a la solución de este problema reside en la consolidación de espacios que promuevan la sensibilización y apropiación de mecanismos de acceso a la salud desde la perspectiva de género y los derechos de las mujeres a decidir. Sería propicio, facilitar la articulación de actores/as claves de las instituciones y sociedad civil para el cumplimiento y vigilancia de la aplicación de derechos sexuales y programa vigentes en salud desde la perspectiva de género.

**Obstáculos religiosos:** se interviene estratégicamente presionando y ejerciendo influencia sobre un Estado de carácter laico en materia de la SSyR de las mujeres.

- ✚ *“...De mi primer hijo me asusté para mi mamá era un tabú tener sexo, yo tenía 17 años y tenía mucha vergüenza, fui criada en el colegio cristiano, te decían que era un pecado” (Tatiana, 37 años, 5 gestas. Hospital).*
- ✚ *...En ese momento la Dra. me dijo qué es lo que tenía que hacer para pedir la ligadura pero yo no... decidí que no porque íbamos a la Iglesia Cristiana y me dijeron que no, y entonces no me lo hice y estoy arrepentida por lo que pasó ahora” (Carolina, 33 años, 6 gestas. Hospital).*

Las presiones religiosas en cuestiones de salud pública han influido negativamente en la SSyR de las mujeres. Desde estas concepciones se impulsan propuestas en SSyR con un enfoque reproductivista, basado en la implementación de programas materno-infantiles y de planificación familiar, deslegitimando otras dimensiones importantes que abarcan la esfera de la prevención y autonomía de las mujeres.

**Obstáculos simbólicos:** se observó un grado de conocimiento nulo o parcial sobre los derechos sexuales y reproductivos que limitan el ejercicio de una ciudadanía plena. En ciertos casos, aún accediendo a la información necesaria, operan representaciones sociales tradicionales como obstáculos epistémicos que derivan en situaciones marcadas por disparidades innecesarias, evitables e injustas en materia de su salud y autonomía personal y subjetiva.

- ✚ *“...Yo no me pongo el DIU porque es malo, me puede hacer mal. Ni loca me pongo eso. Después te trae problemas” (Carola, 25 años, 1 gesta. Centro de Salud).*
- ✚ *“No conozco la ley de ligadura, siempre pensé que era para determinados casos. Ahora vengo al centro de salud para que me digan qué tengo que hacer, porque con mi última bebé me quedé embarazada cuándo estaba*



*amantando al bebé. No sabía que podía quedar embarazada. Ya tengo tres hijos, no quiero tener más” (Mabel, 24 años, 3 gestas. Centro de salud).*

✚ *“...No sabía que había una ley, creo que nadie sabe que hay una ley que no te pueden negar las pastillas o los preservativos” (Tatiana, 37 años, 5 gestas. Hospital).*

**Obstáculos jurídicos:** para que un derecho valga tiene que ser exigible. La exigibilidad depende del acceso a la justicia. La presencia de prácticas y representaciones sociales tendientes a la discriminación, a los menos poderosos (en este caso las mujeres) se les priva de su historia, de su autoconfianza y eventualmente de su habilidad legal para funcionar como plenos ciudadanos o ciudadanas o como miembros del gran grupo (Fraser, 1999).

✚ *“...Yo acá vengo y me dan pastillas y preservativos y me dan, no es como antes a mí me daba vergüenza ir y comprarlas” (Tatiana, 37 años, 5 gestas. Hospital).*

✚ *“...Antes estaba prohibido, sólo se hacía la ligadura de trompas por medio del juez, ahora el que quiere lo elige, no solamente por problemas de salud” (Viviana, 33 años, 1 gesta. Hospital).*

✚ *“Yo pedí la ligadura hace 7 años, pero no me la hicieron. Ahí me cuidé con pastillas anticonceptivas, pero así y todo a los 4 años quedé embarazada, me quería morir. Desde que me enteré que estaba embarazada comencé hacer todo tipo de trámites. Fui a la Defensoría, después pedí entrevista con el director del hospital. Finalmente me la hicieron. Recuerdo que cuando mi marido firmó le temblaban las manos, porque el director le dijo que era peligroso. Todo salió bien.” (Carla, 34 años, 6 gestas. Centro de Salud).*

**Resistencias subjetivas:** se expresa mediante aspectos de autoafirmación, empoderamiento y autonomía de las mujeres que permiten resistir a las construcciones sociales que legitiman los discursos y prácticas sociales sobre qué es ser una mujer y de qué roles se debe ocupar en cuanto a la maternidad y la anticoncepción. Se expresa en el ejercicio activo de la ciudadanía y de sus derechos, en lo que respecta a la maternidad voluntaria, en la negociación de la anticoncepción y en las diferentes estrategias para su implementación tales como las alianzas de género que se dan a través un pacto de reciprocidad y solidaridad.

✚ *“... Le dije: 'no quiero usar más porque no está a mi agrado, no está a mi gusto, así que fijáte vos con qué te podés cuidar'” (Elena, 35 años, 7 gestas. Hospital).*

✚ *“... Le dije que esta vez podía cuidarse él, le dije 'no querés hijos, cuidáte'... Yo siempre vi la manera de cuidarme, usé tabletas... me hice colocar el DIU a escondidas. Pero cuando llegué acá me olvidé de ir a los controles y me dio una infección, consulté y ni bien me sacaron el DIU, quedé embarazada de A.” (Teresa, 37 años, 8 gestas. Hospital).*

✚ *“Mi hermana me aconsejó que viniera y me acompañó al centro de salud para pedir pastillas. Porque aunque mi bebé tiene un mes puedo quedar nuevamente embarazada y no quiero (Viviana, 24 años, 3 gestas. Centro de Salud).*

✚ *“A mí me resultó muy bueno conseguir la ligadura. Luché para eso, también me ayudaron mucho las doctoras y la trabajadoras sociales del Centro de Salud. Fue muy importante su acompañamiento. No me arrepiento y me siento orgullosa de haber logrado lo que quería” (Diana, 35 años, 7 gestas. Centro de Salud).*

En trabajos anteriores (Zaldúa, Sopransi y Longo, 2006) hemos afirmado que la autonomía consiste en una conquista que supone un proceso de autoanálisis que permite superar los mandatos sociales, una búsqueda prolongada y conflictiva sustentada en el reconocimiento del otro y en el auto-reconocimiento, y también apuesta a la recuperación del valor de la dignidad propiciando la creación de nuevas lógicas instituyentes. En la misma línea de análisis, Castells propone el

término de *identidades de proyecto* para aquellas que se constituyen cuando los actores sociales construyen una nueva identidad que modifica y redefine su posición en la sociedad, en esa construcción se anhela la transformación de toda la estructura social (Parker y Aggleton, 2002).

**Resistencia a través de nuevas prácticas instituyentes:** se observa en la ruta crítica que realizan las mujeres en la búsqueda de servicios y profesionales “amigables” y en las estrategias de “reducción de daños” que los equipos de salud, mujeres feministas y movimientos de mujeres de nuestro país promueven prácticas en las que se van incorporando la perspectiva de género en las políticas y las intervenciones de salud. A través de diversos dispositivos que actualmente se desarrollan desde distintos espacios se tiende a disminuir la presencia de prácticas y actitudes discriminatorias contra las mujeres. Propiciando el ejercicio efectivo en la toma de decisiones de las mujeres y respetando su autonomía.

Podemos visualizar dos planos en los que se manifiestan prácticas innovadoras e instituyentes impulsadas por las mujeres:

a) Aquellas que se producen en un pacto de reciprocidad entre las mujeres que se presentan en lo cotidiana en la esfera microsocia en la vida de las mujeres; y b) experiencias en salud que se presentan en la esfera macro social y tienden a ser un servicio ofrecido a las mujeres que aborda algunas de las diferentes necesidades y demandas que presentan las mujeres.

a)

- ✚ *“Tengo que tomar las pastillas en la casa de mi vecina porque mi marido no quiere” (Lucía, 38 años, 4 gestas. Centro de Salud).*
- ✚ *“Me hice abortos y lo hice a escondidas. Me acompañó una amiga, mi hermana.....Hoy lo hablo con mis hijas” (Mara, 35 años. 1 gesta. Centro de Salud).*
- ✚ *“Mi hermana me aconsejó me cuidará, charlamos mucho y como ves ella ahora me acompañó para que le preguntemos a la doctora cómo tengo que cuidarme” (Sonia, 29 años, 3 gestas. Centro de Salud).*

Por otro lado, se presentan relatos de las mujeres en los que se enuncia su posición afirmativa en relación a su autodeterminación, y a la necesidad de decidir sobre sus cuerpos, aunque reconociendo las problemáticas que tienen frente al inicio de sus relaciones sexuales, generalmente no placenteras y a la dificultad para hablar de determinadas problemáticas, como por ejemplo los abusos sexuales.

- ✚ *“Para mí es la mujer la que tiene que decidir si quiere tener un hijo. A veces, no es algo bueno para las mujeres tener hijos, no hay condiciones económicas, muchas mujeres están solas” (Laura, 38 años. 3 gestas. Centro de Salud)*
- ✚ *“A veces es necesario suspender el embarazo. Hay chicas que quedan embarazadas y no lo habían planificado. Tienen muy poca edad, no pueden hablarlo con los padres porque les da vergüenza o tienen miedo” (María, 45 años. 2 gestas. Centro de Salud).*
- ✚ *“Yo fui abusada cuando tenía quince años, vivía con mis abuelos en Bolivia. No se lo conté a nadie, nadie lo sabe. Fue doloroso. Si hubiese quedado embarazada, no hubiese querido tener a ese hijo” (Marcela, 24 años. 1 Gesta. Centro de Salud).*

b)

- ✚ Uno de los casos de Buenas Prácticas se lleva a cabo en el Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich de la CABA que brinda consejería pre y post aborto y presta asesoramiento sobre los riesgos médicos y legales. Esta

práctica se realiza bajo las coordenadas de la Guía de atención post aborto publicada por el Ministerio de Salud de la Nación y de las adhesiones a Tratados Internacionales como la CEDAW (Carbajal, 2009).

- ✚ En el Hospital Alvarez de la CABA se lleva adelante una experiencia que respeta la modalidad de parto vertical, tradicionales de atención del parto (sentadas, paradas, e cuclillas) una práctica habitual en mujeres especialmente de sectores rurales que forman parte de sus prácticas sociales y culturales. El parto en posición acostada es una influencia de la práctica médica. Esta modalidad se implementó debido a la importante demanda de mujeres bolivianas organizadas.
- ✚ La experiencia de la *Línea “Aborto: más información, menos riesgos”* La organización Lesbianas y Feministas por la Legalización del Aborto decidió pasar de la demanda a la acción. Quince militantes del movimiento feminista, estudiantil, de izquierda y de derechos humanos: Gays, Lesbianas, Travestis, Transexuales, Bisexuales (GLTTB), se juntaron en un proyecto común: la línea telefónica. Asesoran sobre cómo interrumpir un embarazo con recursos farmacológicos, y específicamente con el uso del misoprostol y mifepristone, un medicamento que tiene más de veinte años y es recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros organismos gracias a su eficacia y bajo riesgo de muerte. Esta experiencia alude a la autonomía de las mujeres en relación al derecho a decidir sobre sus cuerpos. Desde esta práctica han instalado el debate público. Según palabras de las cogestoras de la línea *“Aborto: más información, menos riesgos”*: *la libertad y la autodeterminación de las mujeres son la base de este proyecto y eso implica la lucha, organización, solidaridad y confianza.*

#### **A modo de cierre**

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como condición de posibilidad de ciudadanía y subjetividad autónoma está mediatizado por dimensiones políticas, institucionales, simbólicas y subjetivas. La sexualidad y la salud de las mujeres en situación de vulnerabilidad social, se encuentra con obstáculos múltiples de accesibilidad a las prácticas que garanticen el derecho a decidir sobre el propio cuerpo, a disfrutar, a ser respetadas, a no ser maltratadas ni juzgadas, a tener relaciones placenteras, a decidir cuántos hijos tener, etc. La libre decisión de la ligadura tubaria o la no imposición del método anticonceptivo y compartir la responsabilidad con la pareja son algunos posicionamientos subjetivos que hacen resistencia al sometimiento. Los mandatos patriarcales desafían en algunos casos a la normativa legal, capturan a las mujeres como cuerpos reproductores y se convierte en un campo de disputa. Desde diversas experiencias, se puede sostener que el movimiento de mujeres opera transformando la sensibilidad social ante determinados fenómenos: así, podemos llamar ahora actos de “violencia de género” a lo que antes se denominaba “crimen pasional”. Se trata de una verdadera transformación epistemológica y política a la vez, porque, conceptualizar es politizar (Amorós 2006).

En las prácticas concretas de los/as trabajadores/as de la salud se produce una tensión entre el pasaje de la atención del control de la natalidad a la concepción de empoderamiento de las mujeres, la equidad de género y la equidad en la distribución de los recursos.

A pesar del compromiso y de la voluntad de algunos/as profesionales, y de las demandas constantes por parte de los movimientos de mujeres y feministas los relatos de mujeres de sectores vulnerables denuncian la existencia de abordajes en las que son tuteladas y sus decisiones no son escuchadas.

La garantía de posibilidad para superar las barreras enunciadas, son las prácticas instituyentes, procesos de empoderamiento, participación y ejercicio de ciudadanía de las mujeres. Conjuntamente la capacitación de las y los profesionales desde la perspectiva de género, facilitará políticas públicas y prácticas de salud tendientes a promover el acceso oportuno y la autonomía de las beneficiarias de los Programas de SSyR de la Argentina.

## Bibliografía

- Alanís, M. (2007). *La Gran Deuda con las Mujeres: Aborto No Punible. Presentación Guía Técnica: Aborto no punible-Aborto legal*. Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir.
- Amoros (2006). *Entrevista a Celia Amoros y Amelia Valcárcel*. Por: Luz Stella León Hernández. En: <http://www.e-mujeres.net>
- Brown, J. E. (2007). Ciudadanía de mujeres en Argentina: los derechos (no) reproductivos y sexuales como bisagra, lo público y lo privado puestos en cuestión. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10469/1019>
- Carbajal, M. (2009). *El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*. Buenos Aires: Paidós.
- Cappuccio, M., Nirenberg, O., Pailles, J. (2006). El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En M.
- Ciriza, A. (2002) *Consenso y desacuerdo. Los derechos reproductivos y sexuales como derechos ciudadanos de las mujeres en Argentina*. Disponible en: <http://www.nodulo.org/ec/2002/n009p18.htm>
- Checa, S. (2006). *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Encrucijadas, Revista de la Universidad de Buenos Aires. 39, pp. 33.
- Denzin N. (1989). *Interpretive Biography Qualitative Research Method Series 17*, Londres, Sage.
- Donato, K., Gabaccia, D., Haldaway, J., Manalansan, M. y Pessar, P. (2006). A Glass Half Full? Gender in Migration Studies. *International Migration Review*. 40, 3-26.
- Franco, A. (2003). *Globalizar la salud*. Gaceta Sanitaria. 17, 157-63.
- Fraser, A (1999). Becoming Human: The origins and development of women's human rights. *Human Rights Quarterly*. 21, 855.
- Foro de Investigación en Salud de Argentina (2007). Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Morbimortalidad materna en Argentina. Disponible en: <http://www.fisa.anm.edu.ar/materiales.html>
- Gargallo, F. (2004). Las ideas feministas latinoamericanas. Ed. Universidad de la Ciudad de México (México, D.F) ISBN 10:9685720231
- Jelin, E. (1996). Mujeres, Género y Derechos Humanos. En *Derechos Humanos, Ciudadanía y Sociedad en América Latina* (pp. 243). Venezuela: Nueva Sociedad.
- Lagarde, M. (1996). "El género", fragmento literal: 'La perspectiva de género'. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Ed. Horas y HORAS. pp. 13-3. España:
- Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. México, D.F: Universidad Nacional Autónoma de México.
- León, Irene (1994). Derechos Reproductivos. En: <http://alainet.org/active>
- Lupica, C. y Cogliandro, G. (2007). Las brechas sociales de la maternidad en la argentina. *Anuario de la maternidad. Las brechas sociales de la maternidad en la argentina*. 1, 1-11.
- Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información de Salud (2009) Estadísticas vitales – 2009. Disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro52.pdf>
- Naciones Unidas (2006) Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/conferences/accion>
- Nicholson, R. (2005). La ley de Salud reproductiva: una herramienta para la equidad entre las mujeres pobres y las ricas. En C. Canevari (Coordinadora), *Reproducción, Sexualidad y Ciudadanía. Relato de un debate para el cambio* (pp. 21-7). Buenos Aires: Barco Edit/ Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Nacional de Santiago del Estero/Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (CICyT-UNSE).
- Palma, J. L., Rivera, G. (1994). *La percepción social de la reproducción*. México: CONAPO.
- Palomino, Nancy (2002) *Ciudadanía y salud de las Mujeres*. Revista Mujer Salud / Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe Rsmiac.
- Parker, R. y Aggleton, P. (2002). Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA: un marco conceptual e implicaciones para la acción. México DF: Documentos de Trabajo N° 9.
- Petracci, M. y Ramos, S. (Eds.). *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina. Aportes para comprender su historia* (pp. 67-91). Buenos Aires: CEDES.
- Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud\\_sexual/site/programa.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/programa.asp)
- Shepard, B. (2009). El "doble discurso" sobre derechos sexuales y reproductivos en América Latina: la brecha entre políticas públicas y actos privados En B. Shepard. *La Salud Sexual y Reproductiva. Una carrera de obstáculos* (pp. 43-74). Santiago de Chile: FLACSO-CHILE.
- Zaldúa, G., Sopransi M. B. y Longo R. (2006). Vulnerabilidad, género y prácticas de autonomía en dos organizaciones de trabajadores desocupados en Gral. Mosconi y Conurbano bonaerense. *Anuario de Investigaciones. Facultad de Psicología UBA*. 15, 183-98.