

margen N° 80 – abril 2016

Políticas públicas subalternas en Servicios de Salud Sexual destinados a adolescentes

Por Celestina Rearte, Roxana Macedo y Celeste Ceballos

Celestina Rearte. Dra. en Ciencias Humanas con Mención en Estudios Sociales y Culturales. Cátedra de Psicología del Desarrollo. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Humanidades. UNCA Universidad Nacional de Catamarca, Argentina.

Roxana Macedo. Lic. en Trabajo Social. Cátedra Psicología II y Trabajo Social I. Departamento de Trabajo Social. Facultad de Humanidades. UNCA, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina

Celeste Ceballos. Estudiante avanzada de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

El presente trabajo es producto de la investigación realizada en el marco del proyecto denominado **“Incidencia de los servicios de salud en la calidad de vida de los adolescentes en la Provincia de Catamarca, para el período 2011-2015”**. Nos proponemos bosquejar la interpelación que los grandes grupos hegemónicos producen en referencia a las políticas que actúan sobre la sexualidad con el propósito de regular cuerpos, caracterizar sujetos y distribuir derechos. La metodología empleada es cualitativa, con base en análisis del discurso. Nuestro país presenta rasgos concordantes con la vigencia del sistema heterosexista que determina la posición subordinada de los adolescentes.

Introducción

Los Derechos Sexuales y Reproductivos ingresan en nuestro país alrededor de la década del 50, en un escenario de fuertes refutaciones entre las políticas pro natalistas o de control de la natalidad, que funda en la planificación familiar el eje a través del cual pasan los debates, discusiones y conflictos. La fecundidad es una variable dependiente de las políticas nacionales de salud y población y se materializa en programas de salud reproductiva y procreación responsable que a partir del año 2003 cambia el paradigma de control de la natalidad por el de un Estado garante de derechos. Sin embargo el estado encuentra obstáculos para garantizar los derechos sexuales y reproductivos a través del Programa Nacional de Salud Integral destinado a los adolescentes, en la incorporación de servicios específicos de conserjería y consentimiento informado distanciado del modelo heterosexual con fines reproductivos.

Desarrollo

1. Inclusión de los Derechos Sexuales y Reproductivos

Los Derechos Sexuales y Reproductivos ingresan en nuestro país para situar a la planificación familiar como método y como servicio en concordancia con los beneficios del progreso científico que el control de la natalidad materializa, alrededor de la década del 50 con los alcances que tiene

la píldora como método anticonceptivo **-1-**. El empleo de métodos anticonceptivos orales para el control de la natalidad genera en nuestro país fuertes discusiones que relacionan moral, orden familiar, buenas costumbres, soberanía, desarrollo económico y salud de la mujer. Si bien la tasa de natalidad de los años 30 revela que las parejas cuentan con métodos de control eficaces de los nacimientos, la segunda postguerra, (1945 y 1955) muestra cifras de natalidad que promueve una etapa llamada “explosión de los nacimientos”, hasta que en 1950 se registra un descenso progresivo de las tasas de natalidad, para crecer levemente hacia los años 70. En este período se reconoce que el control de la natalidad está a cargo de los varones y que las fluctuaciones en las tasas de natalidad son propias de las consecuencias de la posguerra como del incipiente ingreso de la mujer al mercado laboral **-2-**.

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). Además en este período las clínicas de planificación familiar se instalan de modo progresivo en el país con la consiguiente limitación de nacimientos. En este mismo año, 1966 la Asociación Argentina de Planificación Familiar inicia su actividad que deriva en el término de dos años con la instalación de 29 clínicas, de las cuales 26 se desempeñan en Hospitales y Policlínicos de orden oficial.

Si bien desde el discurso oficial se impulsa una política que se opone al control de la natalidad, en la práctica la población tuvo acceso a distintas formas tradicionales para controlar su fecundidad. En este escenario de fuertes refutaciones entre las políticas natalistas o de control de la natalidad, la planificación familiar es el eje a través del cual pasan los debates, discusiones y conflictos. Es en este punto en donde convergen las voces de los sectores militares, conservadores, católicos y de izquierda, en defensa de la soberanía nacional y en contra de estas prácticas, consideradas imperialistas.

Por otro lado, tanto el embarazo como el parto sufren un proceso de medicalización y de institucionalización gradual concordante con la actividad económica de las mujeres y las exigencias de la sociedad industrial. En este contexto los niveles de producción y rendimiento alcanzados por la sociedad industrial demandan a la medicina la construcción de parámetros de normalidad, que son ejercidos por técnicas e instituciones de disciplinamiento. Se crean instituciones de salud, para aplicar procedimientos relacionados con la “bio política” que en alianza con la medicina regulan la administración de la vidas y los cuerpos, medicalizando a la población en aras del progreso. De este modo el progreso en relación con la economía puede “producir directamente riqueza, en la medida que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros” (Foucault, 1976: 165) **-3-**.

2. Estatuto de la fecundidad

La regulación de la fecundidad en nuestro país se constituye en una variable dependiente de los procesos políticos. La escasa población se transforma en un problema estatal que encuentra en el Simposio sobre Políticas de Población para la Argentina, llevado a cabo en el Instituto Torcuato Di Tella (1969) el escenario adecuado para ampliar el conocimiento demográfico, económico y social del país (Novick, 2007:6) **-4-**. El pensamiento universal argumenta el control de la fecundidad a través de la planificación familiar como método y como servicio que defiende el derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo, en el marco de la libertad individual y como una cuestión separada de las agendas estatales. Mientras los grupos dominantes temen una explosión demográfica en nuestro país el tema de población está muy unido al desarrollo, a la necesidad de resguardar la

frontera y de utilizar grandes extensiones de tierra con fines productivos. Ello genera que los procesos políticos se construyen con una marcada dependencia en relación a la fecundidad. El Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad para 1971-1975 tenía entre sus objetivos consolidar el poder de autodeterminación del país, fortalecer su capacidad de negociación y asegurar el ejercicio de la soberanía nacional. Se partía de un diagnóstico que acusaba una fuerte dependencia cultural y económica -5-.

En realidad las políticas demográficas concebidas fuera de la región, como lo son el control de la natalidad son valoradas como uno de los resultados no deseados, ya que el plan vincula la relación población-territorio, con un aprovechamiento económico escaso que no deriva en la construcción de medidas concretas de crecimiento poblacional -6-. Esta dinámica sostenida de autocontrol se enfrenta al coercitivo decreto 659/74 -producido en el Ministerio de Bienestar Social, conocido como "Decreto López Rega"- que regula la venta de anticonceptivos y prohíbe las actividades tendientes al control de la natalidad y luego al decreto 3938/77 promulgado durante la dictadura militar del Gral. Videla. Ambos decretos tienen objetivos complementarios, el primero regido por los objetivos de "poblar para gobernar" y el segundo sostenido en razones de seguridad nacional en el que se advierte la "necesidad de poblar la frontera". La prescripción se dirige a limitar el acceso a métodos anticonceptivos a los sectores populares -7-.

El concepto de política de población es reciente, la primera referencia se registra en 1968, en la ley 13.482 que regula las atribuciones del Registro Nacional de las Personas, dependiente del Ministerio del Interior, encargado de proporcionar al gobierno nacional la información necesaria para establecer dicha política. Carmen Miró (1971) define a una política de población como un "conjunto de metas a ser alcanzadas en relación con el tamaño, composición, distribución y ritmo de cambio de la población que mejor se adecuen a los objetivos declarados de la política de desarrollo y a las estrategias para lograrlas". (Novick, 2007:14). De acuerdo a esta definición, se registran las bases para una política demográfica con el Plan Trienal para la Reconstrucción y la Liberación Nacional (1974-1977) del gobierno peronista -8-.

Las políticas pro-natalistas impulsadas a partir del Decreto 659/74 orientadas a regular la comercialización, venta y distribución de los productos anticonceptivos son derogadas por el Gobierno de Raúl Alfonsín por Decreto Nacional 2274/86 del 5 de diciembre. Conjuntamente con estas medidas se crea la Comisión Nacional de Política Demográfica dentro del Ministerio del Interior, a fin de asesorar al Poder Ejecutivo y Legislativo y coordinar las actividades relacionadas con el Año Mundial de la Población y la Conferencia Mundial de la Población que ese año se realiza en Bucarest. En este sentido se produce en nuestro país la convergencia de las luchas de los movimientos de mujeres, las teóricas feministas, además del trabajo de movimientos sociales, y las organizaciones de la sociedad civil en la configuración de los nuevos derechos. Es decir que con la recuperación del orden constitucional el gobierno reconoce el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos; la nueva visión considera el derecho a la reproducción que condensa la autonomía y responsabilidad.

En Argentina, a partir de la década de los 90, los derechos reproductivos y sexuales se transforman en objeto de debates públicos dinamizados por propuestas de legisladores nacionales en la pretensión de impulsar la aprobación de la ley Nacional 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, destinado a la población en general. El tratamiento de la ley en ámbitos legislativos encuentra en la Iglesia Católica su más firme opositor; lo que deriva en la dilación prolongada de su aprobación. Además desde su posición el Presidente Carlos Menem pretende que la nueva Constitución clausure, de acuerdo a peticiones de la Iglesia el debate sobre la legalización del aborto y la eutanasia al consagrar el Derecho a la vida "desde la

concepción en el seno materno”, esta posición es asumida además por los representantes de las delegaciones oficiales en las Conferencias Internacionales de Pekín y Beijín realizando reservas de manera consecuente en la redacción de los documentos , referidas a los alcances de estos derechos.

3. Políticas de Salud Sexual y de Salud Reproductiva

En Argentina, los tópicos referidos a la salud sexual y reproductiva son parte de políticas nacionales de salud y población **-9-**. La primera parte de la Constitución incluye las declaraciones, derechos y garantías. Diez tratados de derechos humanos adquirieron rango constitucional a partir de la reforma de 1994; entre los que se encuentran la Declaración Universal de Derechos 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. De este modo, ingresa a la agenda gubernamental la temática de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos.

A partir de la década del 90 comienzan a desarrollarse en nuestro país programas de salud reproductiva y procreación responsable. El concepto de “Salud reproductiva” es muy reciente. Se desarrolló como resultado de la experiencia de las décadas de 1970 y 1980 y adquirió su validez universal con el Consenso de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) que distingue la correspondencia de la Salud Reproductiva con la reproducción y la vida sexual **-10-**. Aprobada la ley Nacional 25.673, se crean los marcos sociales para que el Estado genere programas y políticas públicas vinculadas a la salud sexual y a la salud reproductiva

4. Estado garante de derechos sexuales y reproductivos

En el año 2003, durante la presidencia de Néstor Kirchner, se creó en el Ministerio de Salud el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que cambia el paradigma de control de la natalidad por el de un Estado garante de derechos **-11-**.

A partir de esta ley la anticoncepción, separa las relaciones sexuales de la reproducción, aunque la ciencia médica une ambas. Los profesionales de la salud al surgir la mujer como sujeto de derechos, demandan desarrollar un cambio de paradigma que supere la visión del modelo de la mujer-madre e incluyan los derechos sexuales y reproductivos, a partir de una función de conserjería que pueda transmitir el derecho de las personas a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear (o no), de decidir cuándo tener hijos, con quién y con qué frecuencia.

La ley reconoce que el Derecho a la Salud comprende la Salud Sexual, y que la salud sexual se corresponde con la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuántos hijos tener, cuándo tenerlos, y el intervalo entre ellos. Por eso, promueve la "Consejería" en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de

calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida.

La ley en su art. 6º establece las bases de un modelo de atención que se implementará con calidad y cobertura de los servicios de salud con el objetivo de dar respuestas eficaces sobre la salud sexual y procreación responsable, mediante el empleo de la estrategia de Atención Primaria de la Salud **-12-**.

El Ministerio de Salud y Ambiente incorporó las prestaciones de la ley 25.673 al Programa Médico Obligatorio de Emergencia-PMOE- mediante Res.201/02 M.S. y 310/2004 M.S.y A. y, en consecuencia resultan obligatorias tanto para las obras sociales nacionales como para las prepagas. El PMOE es el instrumento que establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las Obras Sociales y las prepagas a toda su población beneficiaria.

5. Logros y limitaciones

Entre las conquistas cabe señalar además de la distribución gratuita de métodos anticonceptivos, la ligadura de trompas de Falopio y vasectomía sin la necesidad de intervención judicial, el parto respetado,(Ley 25.929) la educación sexual en las escuelas (Ley N° 26.150) y la inclusión educativa de las estudiantes madres (Ley Nacional de Educación 26.206/06, artículo 81.) la incorporación de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia, (Resolución Ministerial 232/07) , la prevención, asistencia y eliminación de todas las formas de violencia contra las mujeres que comprende diversos tipos de violencia sea ésta sexual, obstétrica o contra la libertad reproductiva. (Ley Nacional 26.485/2009) y la ley N° 26.618/2010 de Matrimonio Igualitario, amplía el reconocimiento de los derechos humanos, cívicos, económicos y sexuales y reproductivos de las personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT) **-13-**, además de la ley N° 26.743/2012 de identidad de género **-14-**, que puso en claro los desafíos de la salud pública desde un enfoque de derechos.

Luego de la Conferencia Internacional de Población de El Cairo (1994) y la Conferencia de la Mujer de Beijing (1995), en Argentina el aborto continúa tipificado como una práctica punible. Desde esta perspectiva (aborto punible) las prácticas de encubrimiento empleadas por los servicios médicos (negar que se realizan abortos en los servicios de salud públicos) se transforman en una práctica cotidiana (los abortos se realizan pero no se notifican) frente a la regla vigente que prohíbe la utilización de métodos abortivos. Esta actitud mantiene firme la tendencia a considerar ilegal el aborto, y la tipificación de delito punible Recientemente en nuestro país se discutió que el aborto debía ser despenalizado en caso de violación sin importar la condición de la mujer **-15-**. Este debate produce 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. La guía técnica en el apartado de consideraciones especiales establece como población objetivo a 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. 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 de primera vez indaga la atención pre aborto, la confección de Historia Clínica y la profundización de las condiciones pre existente que generan la demanda **-16-**.

En este sentido el Congreso de la Nación, hacia fines de 2008, inicia el tratamiento en las comisiones de Legislación Penal y de Familia, Mujer, Niñez, y Adolescencia, en conjunto, un nuevo proyecto de regulación de los abortos previstos en el artículo 86. **-17-**.

A pesar de disponer de la reglamentación que regule la práctica del aborto no punible, aún existen resistencias por parte de los profesionales de la salud en particular y de la comunidad en general para el cumplimiento del aborto permitido en el art. 86, inciso 2, de la Constitución Nacional Argentina.

6. Los adolescentes como sujetos de derechos

La Convención Internacional de los Derechos del Niño considera a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, sin embargo, jurídicamente adolescencia subsiste encerrada al igual que niñez en el concepto de minoridad ligado a incapacidad, protección y tutela. La categoría edad es un criterio que utiliza el Derecho para clasificar en el Código Civil a los sujetos en menores o adultos **-18-**, y a la patria potestad art. 264 de la ley 23.264/85 **-19-**, aunque la categoría edad como criterio para clasificar a los adolescentes se presenta de modo diferencial en relación a la clase social en el que se encuentra el sujeto **-20-**.

En contraposición al acceso diferencial a los recursos surgen las políticas afirmativas de juventud que hacen referencia a la autonomía de los adolescentes y jóvenes, desde el presupuesto de considerar a esta etapa de la vida como plena, con elementos suficientes y propios que la convierten en autónoma, desde la perspectiva de la ciudadanía **-21-**. En esta línea de pensamiento al enfoque de la autonomía, sustentado en los derechos a la dignidad, a la libertad, y a la igualdad, se incorpora en las políticas la visión de la adolescencia como sujeto que se constituye en un “actor estratégico” del desarrollo. Lo que conlleva la inclusión de los excluidos, la creación de oportunidades para el desarrollo de capacidades tanto colectivas como individuales, y se fundamenta en el principio del reconocimiento de la diversidad. (Sarmiento, 2004:180).

Los adolescentes como sujetos de derecho son interpelados en los servicios de salud sexual a partir del Plan Nacional de Salud Integral en la Adolescencia que aborda la salud como un derecho humano y social **-22-**.

La Resolución Ministerial N° 619/2007 crea el Programa Nacional de Salud Integral en la adolescencia y expone que el propósito del plan es "promover y proteger la salud del adolescente a través de una creciente cobertura y cantidad de servicios" que implica el uso de todas las potencialidades y recursos tendientes a lograr la salud integral de los adolescentes "mediante la prevención de riesgos y daños prioritarios". En este sentido enfatiza la prevención como el acceso a la información para un "manejo responsable de su sexualidad" y reconoce la importancia de la calidad de los servicios en relación con las necesidades de los adolescentes quienes “deben contar con un servicio de información, con espacio en los medios masivos de comunicación debiendo ser orientados para un ejercicio responsable de su sexualidad”. Para lo cual define la población objetivo **-23-** y el consentimiento informado **-24-** que exige que se deba respetar el interés superior

del niño frente a las siguientes condiciones vinculantes -25-. Si bien 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) que se encuentran limitados por su posición de minoridad -26-. Los recursos al crear las condiciones habilitantes y posibilitadoras del proceso de autonomía sexual social y económica”, permiten al adolescente *“sentirse y considerarse con poder para tomar decisiones sexuales y reproductivas autónomas y responsables, respetuosas e informadas”* -27-. Plantear las condiciones materiales de vida con la noción de derechos sociales implica reconocer que el ejercicio de derechos sexuales y de derechos reproductivos de los adolescentes, obedece a la generación de condiciones sociales, culturales, económicas, como a la legitimación y reconocimiento social de los derechos sexuales y reproductivos.

Conclusión

En Argentina, 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, advierte que las políticas nacionales de salud se construyen en función de la Institución Familiar.

Las políticas de salud sexual y reproductiva definen como sujetos de derechos sexuales y reproductivos a las niñas, adolescentes y/o mujeres embarazadas, para ser beneficiarias del seguimiento y control del embarazo, parto y lactancia. En su gran mayoría los servicios dependen de Maternidad e Infancia con una clara tendencia a fortalecer el binomio madre-niño. En este esquema la reproducción es posible por la intervención en el proceso de un varón que reproduce la tríada padre-madre-hijo. Este modelo se basa en la heterosexualidad y desplaza hacia las márgenes a otra (s) sexualidad (es) sin fines reproductivos.

Los adolescentes tienen derecho a la autonomía, diversidad, integridad, al consentimiento informado, al acceso a servicios de confidencialidad, entre otros. Estos derechos se contraponen con los que presentan los profesionales de la salud a la objeción de conciencia y a la vigencia de la figura de Patria Potestad que requiere la presencia de los padres, tutores o similar en los servicios de salud sexual y procreación responsable. Algunas conquistas están representadas por la contracepción quirúrgica (2006), la educación sexual en las escuelas (2006) y la inclusión educativa de las estudiantes madres (2006), además de la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (2007), la Norma Técnica de Atención por el Aborto No Punible (2007) la eliminación de violencia sexual, violencia obstétrica y violencia contra la libertad reproductiva (2009) y el Matrimonio Igualitario (2010).

La mujer aparece en posición de subordinación en los servicios de salud sexual y reproductiva y sobre todo las mujeres adolescentes pobres que sufren restricciones ideológicas, económicas o políticas para acceder a los beneficios que ofrece la planificación familiar como método y/o como servicio. Que el Estado sea garante de derechos implica atender en primer lugar razones de presupuesto que aseguren servicios de calidad, continuidad en la provisión de insumos, recursos humanos capacitados, mejores retribuciones económicas, y respeto por los derechos de la población adolescente.

Notas

-1- “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).

-2- 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)

-3- La medicalización se expande desde el embarazo hasta la muerte; pasando por las complicaciones médicas, por los procesos vitales comunes a ambos sexos como el nacimiento, la escolarización o la sexualidad (Foucault, 1977). La vida y sus acontecimientos son interpuestos con conocimientos médicos, sin tener en cuenta el contexto social o la dinámica de las relaciones interpersonales, es decir que la medicalización interviene centralizando su acción sobre el cuerpo de las mujeres para organizar el control social en etapas vitales como el embarazo, el parto, la lactancia, la infertilidad o la anticoncepción.

-4- El Director de la Oficina Sectorial de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio del Interior, Roberto Marcenaro Boutell (1969), entiende que es provechoso que el Estado brinde estímulos a las familias con la creación de condiciones que favorezcan el aumento de la natalidad, consistentes en una “política compensatoria” materializada en subsidios por matrimonio, maternidad y nacimiento, asignaciones familiares, acompañada de una política fiscal y crediticia especial, y planes de vivienda, salud y educación. Al mismo tiempo, considera la necesidad de disminuir la mortalidad infantil.

-5- “La ilusión de las décadas anteriores, y en particular de la última, en cuanto a la búsqueda de fórmulas de desarrollo y cambio partiendo de la generación internacional, y de la adopción de programas generales, concebidos fuera de la Región y adecuados a otras experiencias de desarrollo, no se concretó en los resultados deseados”. (Presidencia de la Nación. República Argentina, Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad 1971-1975. Metas para el mediano plazo, 1971: 4).

-6- El problema político moderno está absolutamente ligado a la población. La secuencia: mecanismos de seguridad-población-gobierno y apertura del campo de lo que llamamos la política (...) o la población, o las clases, y ese es el punto de ruptura, a partir de un pensamiento económico, de un pensamiento de la economía política que solo fue posible como tal en virtud de la introducción del sujeto población que permitió pasar de la gramática general a la filología.(...)la población pudo constituirse, prolongarse, mantenerse como correlato privilegiado de los mecanismos modernos de poder. (Foucault, 2006:103, 105,107)

-7- Las medidas concretadas contienen la suspensión de la entrega de anticonceptivos, la venta limitada con receta por triplicado, el cierre de 60 consultorios de planificación familiar que funcionan en los hospitales y la prohibición de todas las actividades vinculadas con el control de la natalidad en los espacios públicos. El vínculo de población-gobierno-expansión demográfica-

seguridad nacional-soberanía territorial integra componentes del discurso dirigido a las mujeres de los sectores populares, ya que son éstas las que no tienen acceso a métodos anticonceptivos.

-8- “Surgen alternativas vinculadas al aumento de la población, sea por incremento de la tasa de fecundidad, la disminución de la mortalidad o el fomento a las inmigraciones. El Plan disponía la implementación de programas sanitarios, educativos y nutricionales para disminuir la mortalidad, fomentar y orientar a la inmigración, contener la emigración, repatriar a científicos y técnicos, y corregir el desequilibrio regional, promoviendo migraciones hacia las zonas más deshabitadas”. (Poder Ejecutivo Nacional. República Argentina, Plan Trienal para la Reconstrucción y la liberación nacional 1974-1977, 1973, Tomo I, V.2742)

-9- Por ello, para entender los derechos reproductivos y sexuales de un país en determinado momento histórico, es necesario comprender las políticas de sexualidad dentro de un marco de discusión mayor de las políticas demográficas, de las políticas de salud y de los debates sobre los alcances de los derechos humanos en estos contextos. (Jelin, 1994:7-23). Pecheny y Petracci (2006) en su obra “Derechos Humanos y Sexualidad en la Argentina” plantean que la Constitución Nacional está en vigencia desde 1853, con las reformas de 1860, 1866, 1898, 1949, 1957 y 1994 (las reformas de 1949 y 1972 fueron dejadas sin efecto). 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.

-10- El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) es producto de fuertes luchas, y el resultado de cuatro (4) años de tratamiento, a través de los cuales se presentan ocho (8) proyectos de diferentes legisladores. El 18 de octubre de 2001 con la presencia de 129 Diputados y por amplia mayoría se logra consensuar un solo proyecto. Un año después, el 30 de octubre de 2002 la Honorable Cámara de Senadores de la Nación aprueba por mayoría la Ley.

-11- Los derechos sexuales y reproductivos están guiados por cuatro principios a saber: autonomía personal, igualdad, diversidad e integridad corporal, que deben ser respetados consistentemente en los servicios de salud. Junto con la solvencia científica y la equidad de trato forman parte de la calidad de atención exigible por las y los usuarias/os. El consentimiento informado o la decisión informada, se encuentra adelantado en el artículo 2 de la ley 25.673 cuando señala como uno de los objetivos de la misma “alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”, reforzado con la afirmación del artículo 3 respecto a que la ley está destinada a la población en general, “sin discriminación alguna”.

-12- Para lograr este propósito plantea:

a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de E.T.S., VIH/SIDA y cáncer genital y mamario y en estos casos realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

b) La provisión de métodos anticonceptivos, 1) A demanda del beneficiario, 2) Los métodos que se provean deben ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios; 3) Debe respetarse los criterios y creencias de los beneficiarios; 4) Deben tener prescripción médica, 5) Previamente a la provisión del método elegido debe informarse adecuadamente

sobre ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por el ANMAT. Los métodos anticonceptivos deben ser incorporados (art.7) al Programa Médico Obligatorio, al Nomenclador Nacional de Prácticas Médicas y al Nomenclador Farmacológico.

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del mismo.

Realizar la difusión periódica del programa, la que estará a cargo de los Ministerios de Salud y Ambiente y el de Educación, Ciencia y Tecnología (Art. 8). Otros obligados principales a la difusión y aplicación de la ley son las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, en el marco de sus convicciones (Art. 9) y las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, que en este caso también en el marco de sus convicciones, podrán exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6 inciso b) (provisión de anticonceptivos). Este último artículo, se enmarca en la institución de la objeción de conciencia, tanto de los profesionales del ámbito público como privado.

-13- “La mesa de Trabajo sobre Diversidad y Derechos Sexuales y Reproductivos se reunió por primera vez el 18 de octubre de 2010 y fue integrada en forma conjunta por representantes de las organizaciones LGBT, de la Dirección Nacional de Sida y ETS y de dos organismos de Naciones Unidas: Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y ONUSIDA. Uno de los temas convocantes para nuevas políticas de inclusión lo representa el diagnóstico participativo llevado a cabo por más de noventa integrantes de organizaciones de la diversidad sexual de todo el país y las/os referentes de los programas provinciales de salud sexual y prevención de cáncer cérvico-uterino, en diciembre de 2010”. (Políticas de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Avances y desafíos. Programa Nacional de salud Sexual y Procreación Responsable. Balance 2003-2011. Septiembre 2011, pág.41. Ferro, Claudia. Coordinadora Nacional).

-14- *“La identidad de género se refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente, la cual podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo (que podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que la misma sea libremente escogida) y otras expresiones de género, incluyendo la vestimenta, el modo de hablar y los modales”* (Principios de Yogyakarta 2007:6).

-15- 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, por otra parte, la ley penal argentina no contempla la violación marital”*...y se registra un *“desarrollo incipiente de las figuras de acoso y violencia sexual en la legislación laboral”*...*además es importante plantear la proliferación de leyes contra la violencia familiar que “atentan contra ella por carecer de un discurso homogéneo e implementación de políticas sistemáticas desde el estado”.*” (Pecheny-Petracci, 2006:54).

-16- 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 No 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”.

-17- El Proyecto 5223-D-2008 fue presentado por Juan Silvestre Begnis, Juliana Di Tullio y Nora Cesar. En noviembre se suspendió, sorpresivamente, una reunión conjunta de comisiones en la que se planeaba considerar el proyecto. Desde la recuperación democrática todos los proyectos presentados sobre aborto no fueron tratados en el recinto parlamentario, excepto el proyecto de la Diputada Marino y otros, de 2007 (Proyecto 0028-D-07) y el proyecto de la diputada Augsburguer, Sesma, Tate y Di Pollina, reingresado en el año 2008 (Proyecto 0451-D-08), sobre el aborto no punible.

-18- El Código Civil en su artículo 126 determina que son menores aquellas personas que no han alcanzado la edad de 21 años, sin embargo en el artículo 127 establece que son menores impúberes los que aún no cumplieron 14 años y denomina menores adultos a la franja comprendida a partir de los 14 hasta los 21 años cumplidos

-19- *"La patria potestad es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos y mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado. La Convención sobre los Derechos del Niño, reconoce como tal a "todo ser humano menor de dieciocho años".*

-20- La clase social se definen en términos de Bourdieu (1990) en consideración a la *“posesión de recursos o capitales económico, cultural, social o simbólico, que son una fuente de poder en relación con quienes no los tienen”*. Esta relación de poder se expresa en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos cuando presentan una posición diferencial, en desventaja, en el campo social, de acuerdo a *“cómo se entrecruzan las categorías de género, edad y clase social”* (Bourdieu, 1991: 92).

-21- Las políticas afirmativas *“prioriza la generación de igualdad, equidad, inclusión, expansión democrática de las ciudadanías y derecho al desarrollo”* (Sarmiento, 2004: 181).

-22- Enmarca sus acciones en la Convención de los Derechos del Niño, como la ley de Protección Integral de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y la ley 26.529 de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. El plan es diseñado por la Secretaría de Salud e instituido por el Ministerio de Salud y Acción Social Argentino, en el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, en 1993, pretende sostener el enfoque de la autonomía, y aspira a ser considerado como el único que contempla la atención de la salud integral destinado a unos sujetos de derechos, reconocidos como adolescentes. Enfoca *“la salud desde una concepción social y cultural que incluye aspectos de la estructura económica social, de la cultura y de las condiciones de vida de la población”*. Para el logro de este propósito requiere *“un trabajo intersectorial que abarque aspectos de educación, justicia, bienestar social, trabajo, cuidado del ambiente y el compromiso de todos los sectores de la sociedad”*.

-23- Todo individuo de 10 a 19 años, independientemente de su situación socioeconómica, tiene derecho a recibir atención periódica en Salud y no sólo por patología.

-24- *“La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en el artículo 4 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849)”*. Entendiendo por interés

superior de la niña, niño y adolescente la máxima satisfacción, integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidas en esta ley (art.3)

-25- a) Su condición de sujeto de derecho; b) El derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser oídos y que su opinión sea tenida en cuenta; c) El respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural; d) Su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales; e) El equilibrio entre los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes y las exigencias del bien común; f) Su centro de vida. Se entiende por centro de vida el lugar donde las niñas, niños y adolescentes hubiesen transcurrido en condiciones legítimas la mayor parte de su existencia.

-26- La inequidad en el acceso a los recursos, desde la perspectiva de privación, implica “*ser excluido socialmente, incapaz en tal o cual función humana, desposeído de ciertos bienes y servicios que actualizan las potencialidades en cuanto seres humanos, es el modo de ser silenciados en cuanto ciudadanos*”. (Sarmiento Gómez 2007: 41). Al decir de Correa y Petchesky (1995), mientras recursos y poder estén distribuidos de manera inequitativa en nuestras sociedades, las dimensiones individuales (libertad) y sociales (justicia) de los derechos, no pueden separarse.

-27- Gutiérrez (2005:84) cita a López y Romeo, 2002:4 para dar cuenta que el 17;2 % de los jóvenes a nivel nacional” presentan “carencias combinadas” porque “ya no estudian, no consiguen trabajo, ni buscan empleo, ni colaboran con tareas en el hogar; estando entonces en inactividad absoluta”. Es decir que el 17, 2% de los adolescentes y jóvenes carecen de las “condiciones favorecedoras” que les permita ejercer sus derechos sexuales y reproductivos.

Bibliografía

BOURDIEU, P. (2000): La dominación masculina. Anagrama. Barcelona.

CEPEDA, A, PEREZ, I, Y VVSS. El debate por el aborto: significado y contrasentidos. En Miscelánea. Revista de la cultura y del pensamiento. Año I, N° II, Mar del Plata. Noviembre 2007, pp.65-74.

CORDOVA PLAZA, R. (2003) “Reflexiones teórico-metodológicas en torno al estudio de la sexualidad”. En Revista Mexicana de Sociología. Vol. 65, No. 2, pp. 339- 360.

FAUR, E (2003,2005). ¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia, en Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la adolescencia. CHECA, S (compiladora). Paidós. pp. 40-47. Buenos Aires.

FOUCAULT, M. (1976). “Les têtes de la politique”, Preface a, WIAZ, En attendant le grandsoir..., Paris, Denoël JELIN, E. (1994) ¿Antes de, e y? Mujeres, Derechos Humanos. En América Hoy N°9, Universidad de salamanca. Salamanca. España.

MIRO,C. (1971). Política de población: ¿qué? ¿por qué?, ¿para qué? ¿cómo? CELADE: Santiago de Chile.

NOVICH M. (2007) “¿Emerge un nuevo modelo económico y social? El caso argentino 2003-2006”, en Revista de Trabajo Nueva Época, Año 2 (Buenos Aires) N° 4.

PECHENY, M y PETRACCI, M (2006)

PODER EJECUTIVO NACIONAL. República Argentina, Plan Trienal para la Reconstrucción y la liberación nacional 1974-1977, 1973, Tomo I, V.2742)

PRESIDENCIA DE LA NACION. Plan Nacional de Desarrollo y Seguridad 1971-1975. Metas para el mediano plazo, 1971: 4).

Secretaria del Consejo Nacional de Desarrollo (1970). Plan Nacional de desarrollo (1970-1974). Buenos Aires.

RUBIN, G. (1986). El tráfico de mujeres: Notas sobre la “Economía política” del sexo. Revista Nueva Antropología, Noviembre, año/Vol. VIII, número 030. Universidad Nacional Autónoma de México. Distrito Federal. pp. 95-145. México.

SARMIENTO GÓMEZ, A. y VV.SS. (2007). “Niños en riesgo y nivel de privación, desde la perspectiva de los derechos”. En Revista Archivos de Economía” Documento N° 335. pp. 41-57. Colombia.

STERNBACH, S (2006). Adolescencia: Tiempo y cuerpo en la cultura actual. En adolescencias: Trayectorias Turbulentas. Hornstein, M. C. (2006) compiladora. Paidós. pp. 51-80. Buenos Aires

TORRADO, S (2003), Historia de la familia en la Argentina moderna (1870-2000), Ediciones de la Flor, Buenos Aires.

LEY NACIONAL N° 25673. Ley sobre Salud Sexual y Procreación Responsable. Octubre del 2002.