



Mujeres en Política

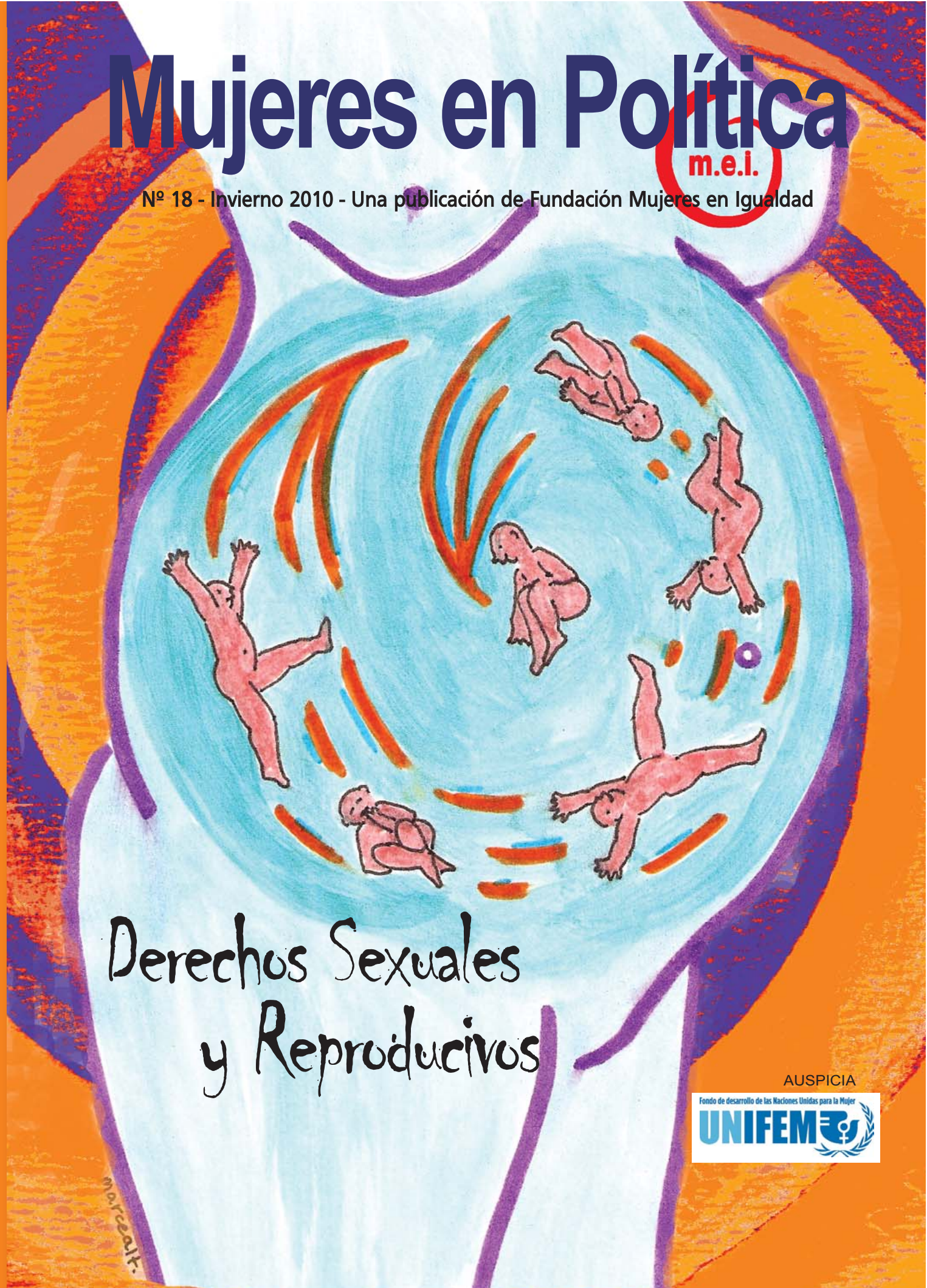


MEI - Urquiza 1835 (1602) Florida - Buenos Aires - Argentina telefax (54-11) 4791 0821
e-mail: mujeresenigualdad@infovia.com.ar / generoycorrupcion@gmail.com
websites: www.mujeresenigualdad.org.ar/ mujeranticorrupcion.org.ar/stophumantrafficking.ning.com

Mujeres en Política

m.e.i.

Nº 18 - Invierno 2010 - Una publicación de Fundación Mujeres en Igualdad



Derechos Sexuales y Reproductivos

AUSPICIA



# I N D I C E

<b>1</b> INTRODUCCIÓN Por Monique Altschul <b>PAG. 3</b>	<b>2</b> PROPUESTA EN LA OEA Feministas en la 40ª Asamblea General de la OEA <b>PAG. 4</b>	<b>3</b> LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA Por Martha Rosenberg <b>PAG. 5</b>	<b>4</b> ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO SEGÚN LA DOCTRINA CATÓLICA MODERADA <b>PAG. 7</b>
<b>5</b> CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, Entrevista a Marta Alanís <b>PAG. 8</b>	<b>6</b> NOSOTRAS PARIMOS NOSOTRAS ¿DECIDIMOS? por Natalia Israeloff <b>PAG. 10</b>	<b>7</b> LAS DOULAS <b>PAG. 13</b>	<b>8</b> MORTALIDAD MATERNA Situación de la población en la Argentina, PNUD/UNFPA <b>PAG. 14</b>
<b>9</b> ALGUNOS NÚMEROS <b>PAG. 15</b>	<b>10</b> LA EDUCACIÓN SEXUAL María Carmen Buelga Otero <b>PAG. 16</b>	<b>11</b> ESTRATEGIAS EN DEFENSA DE LOS DERE- CHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS por M. Altschul y M. Strazzaboschi <b>PAG. 19</b>	<b>12</b> LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA ES UN DERECHO <b>PAG. 21</b>
SECCION SUR – SUR UGANDA Y MOZAMBIQUE <b>PAG. 22</b>	<b>13</b> CORRUPCIÓN EN EL SECTOR SALUD EN UGANDA <b>PAG. 22</b>	<b>14</b> EL VIH/SIDA EN MOZAMBIQUE <b>PAG. 23</b>	<b>15</b> FEMINIZACIÓN DEL SIDA EN ARGENTINA Y EN EL MUNDO, por Ulrika Holmström <b>PAG. 25</b>
<b>16</b> El Vaticano y el sida <b>PAG. 26</b>	<b>17</b> ERRANDO EL BLANCO <b>PAG. 27</b>	<b>18</b> LA MIRADA EN LA BRECHA: ENTRE LEYES Y VOLUNTADES POLÍTICAS. Entrevista a Mabel Bianco <b>PAG. 30</b>	

LAS RESPONSABLES DE ESTA PUBLICACIÓN SON **MONIQUE THITEUX ALTSCHUL** Y **MAITEN STRAZZABOSCHI**.

Diseño y coordinación gráfica: **Ildefonso Pereyra** (yunque1@yunque.com.ar)

Ilustraciones: **Marcela Altschul**

MUJERES EN POLITICA es un espacio abierto a las mujeres para que, bajo su total responsabilidad, emitan sus comentarios y opiniones sobre temas que les preocupan.

**M.E.I.** tiene status consultivo ante el ECOSOC de Naciones Unidas

y es una de las organizaciones de la sociedad civil registradas ante la OEA y el CENOC.

Urquiza 1835 (1602) Florida, Vicente López – Buenos Aires – Argentina - Telefax (54 11) 4791 0821

e-mails: [mujeresenigualdad@infovia.com.ar](mailto:mujeresenigualdad@infovia.com.ar) / [generoycorrupcion@gmail.com](mailto:generoycorrupcion@gmail.com)

WEBSITES:

[www.mujeresenigualdad.org.ar](http://www.mujeresenigualdad.org.ar) / [www.mujeranticorrupcion.org.ar](http://www.mujeranticorrupcion.org.ar)

BLOG:

<http://stophumantrafficking.ning.com>

# Introducción 1



por Monique Altschul  
directora ejecutiva de M.E.I.

## LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SE CUENTAN ENTRE LOS DERECHOS HUMANOS BÁSICOS DE LAS MUJERES SIN EMBARGO, NO HACE MUCHO TIEMPO QUE SE RECONOCEN COMO TALES.

Hagamos un poco de historia:

El 18 de diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)**, que entró en vigor como tratado internacional el 3 de septiembre de 1981 tras su ratificación por 20 países.

La Convención establece en su preámbulo que *"el papel de la mujer en la procreación no debe ser causa de discriminación sino que la educación de los niños exige la responsabilidad compartida entre hombres y mujeres y la sociedad en su conjunto"*.

El vínculo entre la discriminación y la función procreadora de la mujer es una cuestión que se refleja constantemente en la Convención. Por ejemplo, el artículo 5 aboga por *"una comprensión adecuada de la maternidad como función social"*, lo que requiere que ambos sexos compartan plenamente la responsabilidad de criar los hijos. En consecuencia, las disposiciones relativas a la protección de la maternidad y el cuidado de los hijos se proclaman como derechos esenciales y se incorporan en todas las esferas que abarca la Convención, ya traten éstas del empleo, el derecho a la planificación familiar, la atención de la salud o la educación<sup>1</sup>.

Recordemos también la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo que se celebró en El Cairo (Egipto) del 5 al 13 de septiembre de 1994, en cuyas negociaciones participaron las delegaciones de 179 Estados para dar forma definitiva a un Programa de Acción sobre población y desarrollo para los próximos 20 años.

Su documento final establece, en su **Capítulo VII, Derechos reproductivos y salud reproductiva, A. Derechos reproducti-**

**vos y salud reproductiva:** *"La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia, así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales. Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a la satisfacción de las necesidades adicionales y de servicios de los adolescentes con objeto de que puedan*

asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. Se exhorta a todos los países a que se esfuercen por facilitar los servicios de salud reproductiva, mediante el sistema de atención primaria de la salud, a todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. Esa atención debería incluir, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular la atención de la salud materno-infantil y la promoción de la lactancia materna; prevención y tratamiento de la infertilidad, interrupción del embarazo, de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva, e información, educación y asesoramiento en materia de sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable”.

En la Argentina fue un paso decisivo la promulgación y reglamentación de la **Ley 25.673** que, en 2003, creó el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**.

Actualmente nos enfrentamos con un fuerte debate en relación a la **interrupción de los embarazos**. En el website del **Ministerio de Salud de la Nación**, encontramos la **“Guía Atención Integral de los Abortos No Punibles”**, firmada por la Lic. Paula Ferro, Coordinadora Programa Nacional Salud Sexual y Procreación Responsable, y que informa:

*“Por muchas décadas las mujeres que habitan la Argentina han sido impedidas de ejercer un derecho fundamental que se encuentra reconocido desde el año 1921 en el artículo 86, segundo párrafo del Código Penal: el derecho de acceder a un aborto frente a determinadas circunstancias que lo autorizan.*

*En el ejercicio de este derecho se ponen en juego numerosos derechos*



humanos como la igualdad, la autodeterminación, la privacidad, el principio de legalidad y la no discriminación. Por consiguiente, el derecho de las mujeres de acceder a los abortos previstos por el Código Penal constituye propiamente un derecho humano de orden constitucional.

El Estado, entonces, está y siempre estará obligado a garantizar el ejercicio real y efectivo de ese derecho. Sin embargo, por décadas este derecho quedó desdibujado, o fue mal interpretado; seguramente también fue tratado mediante la desinformación o la tergiversación. La lucha de las organizaciones de mujeres y sociales frente a diversas situaciones logró modificar ciertas prácticas, pero el cuadro general de aplicación del artículo 86 permaneció ampliamente sesgado.

Evidentemente, una política pública que propenda a garantizar efectivamente el ejercicio de este derecho enfrenta múltiples y complejos desafíos que confluyen en definitiva en un mismo punto: la accesibilidad.

[...] La promoción de los derechos de los más desprotegidos, y la concepción política de que el Estado debe ejercer un fuerte rol en garantizar y ampliar los derechos del pueblo, son ideas rectoras para el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La Guía Técnica que aquí presentamos, se

inscribe en esa dirección.”

Bajo **CASOS DE ABORTO NO PUNIBLES** leemos:

El Código Penal de la Nación Argentina establece que el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer no es punible:

- a. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1º, Código Penal de la Nación),
- b. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la salud de la mujer y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (artículo 86, segundo párrafo, inciso 1º, Código Penal de la Nación),
- c. si el embarazo proviene de una violación (artículo 86, segundo párrafo, inciso 2º, Código Penal de la Nación),
- d. si el embarazo proviene de un atentado al pudor sobre mujer idiota o demente (art. 86, segundo párrafo, inciso 2º, Código Penal de la Nación).

En la **46 SESIÓN** del **COMITÉ CEDAW del Nueva York** del día 13 de julio 2010, la Sa. Lidia Mondelo, presidenta del **Consejo Nacional de la Mujeres**, quien encabezó la delegación argentina ante el mencionado Comité, manifestó al momento de la presentación del informe de Argentina que, “respecto de los casos de abortos no punibles, se elaboró y actualizó la guía de atención integral para casos de abortos no punibles, **aprobada por resolución ministerial 1184/2010 del 12 de julio del corriente año**”.

Sin embargo, el 22 de julio se informa que el titular del Ministerio, Dr. Juan Luis Manzur, “no ha firmado resolución alguna respecto de la Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles”. Ante estas declaraciones, CLADEM, Católicas por el Derecho a Decidir, INSGENAR, Comité contra la tortura, Comisión Provincial por la Memoria, Equipo Latinoamericano de

Justicia y Género, COHRE, Cero en Conducta exigen "al Estado argentino, en particular a funcionarios y funcionarias responsables, se rectifiquen de los dichos vertidos el día 21 de julio a través de los cuales se desconoce la aprobación de los Procedimientos de la nueva 'Guía de Atención Integral de los abortos no punibles'". Adhirieron a este pedido numerosas organizaciones y personas.

Por su parte, el CONDERS pide al Ministro de Salud que firme la resolución y advierte: "Lamentamos el confuso episodio que hemos vivido y alentamos a las autoridades del Ministerio de Salud, especialmente al Sr Ministro, a ratificar esta Guía firmando su resolución, a fin de garantizar su implementación en todo el sistema de hospitales públicos del país. Pero señalamos que aún en la situación actual, el personal médico debe implementarla a fin de cumplir las leyes vigentes."

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito declara: "No hay errores: hay atropellos contra los derechos humanos de mujeres". Y agregan: "Nos indigna que se justifiquen estos vaivenes como "errores" de parte del Ministro de Salud, en tanto y en cuanto estamos hablando de las garantías necesarias para el ejercicio de derechos humanos de las mujeres. Seguramente los ahora llamados "errores" generarán especial confusión en el personal de salud y en la población en general, permitiendo así -por acción u omisión- que se sigan judicializando innecesariamente los casos de aborto no punible. Esos "errores" significan atropellos que no podemos dejar pasar. Desde la Campaña por el Aborto legal llamamos a los diputados y diputadas firmantes de nuestro proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo y a organizaciones sociales y políticas a expresarse públicamente ante estos atropellos y a exigir la vigencia de la Guía publicada, en un estado que se presume laico y garante de derechos



igualitarios. Asimismo, comprometemos nuestros esfuerzos en seguir trabajando para que se habiliten los debates necesarios en pos de la despenalización y legalización del aborto. Reafirmamos nuestros reclamos de "Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir".

Desde MEI, hacemos nuestros el deseo de Irene Ocampo, de la Red RIMA: "ojalá se llenen las calles de marchas, piques, pancartas y voces de protesta reclamando de una vez por todas el aborto legal, seguro y gratuito en Argentina".

En Chubut, Buenos Aires, Santa Fe y Neuquén se implementan instructivos para que los profesionales de la salud atiendan abortos en casos de violación sin necesidad de recurrir a una autorización judicial y respaldando así a los profesionales<sup>2</sup>.

El 24 de agosto l@s diputad@s de la Comisión de Salud de la Legislatura de la CABA emitieron un dictamen de mayoría favorable a la sanción de la ley para la atención integral de los abortos no punibles en la Ciudad de Buenos Aires. El proyecto, producto de un largo proceso de debate legislativo que comenzó en el año 2008, establece procedimientos en los cuatro casos que el Código Penal señala como abortos legales y establece los mecanismos por los cuales l@s objetor@s de conciencia deben comunicar

fehacientemente su situación y ser eventualmente sustituid@s para esta práctica, es decir, que la objeción de conciencia puede ser manifestada individualmente pero no puede ser institucional. (Información Diana Maffia) 722

Hay retrocesos y hay avances. El pasado 19 de julio, la Presidenta de la Nación, Dra. Cristina Fernandez de Kirchner, firmó la reglamentación de la Ley 26.485 de *Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Esperamos que esta ley tan necesaria se traduzca en políticas públicas que logren contrarrestar los frecuentes y dolorosos casos de violencias de género y sus consecuencias. Y celebramos la recientemente promulgada Ley 26.618 que modifica el Código Civil para permitir el matrimonio entre personas del mismo sexo.

#### 1. Artículo 12

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra*, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

#### Artículo 16

1.e. Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos

2.  
Guías para garantizar el acceso a la salud, por Mariana Carbajal, Página 12, 27/07/2010 [www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-150200.html](http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-150200.html)

# 2 propuesta en la OEA

---

## FEMINISTAS EN LA 40' ASAMBLEA GENERAL DE LA OEA PROPONEN UNA CONVENCION INTER-AMERICANA QUE RECONOZCA LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

<http://www.convencionperu.org/2010/06/feministas-en-el-40-periodo-de-sesiones.html>

Ante cerca de 150 representantes de la sociedad civil de las Américas y de las delegaciones de los países participantes en la XL Asamblea General de la Organización de Estados Americanos que se realizó en Lima, feministas de la región plantearon la necesidad de que se reconozca, respete y garantice la plena vigencia de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas mediante una Convención Interamericana en estas materias.

En la voz de la delegada brasileña Karen Borges Queiroz, feminista del grupo Católicas por el Derecho a Decidir, se hizo escuchar el último domingo 6 el planteamiento que se viene impulsando en nueve países del continente desde hace casi una década por distintos sectores de los movimientos sociales, no sólo del feminismo sino del indígena, de la diversidad sexual, de las mujeres y de los derechos humanos.

Es precisamente la Campaña Regional por una Convención Interamericana de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos la que en estos años ha venido haciendo visible la realidad de vulneración, acoso, persecución y violencia que amplios sectores de la población viven en estas dimensiones de su vida, que se ven agravadas cuando se trata de afrodescendientes, indígenas y no heterosexuales.

El texto de la declaración recogió diversas situaciones que expresan esta suma de discriminaciones que causan sufrimiento y alejan del derecho a la felicidad a cientos de miles de personas. Se mencionó el aborto clandestino causante de enfermedad y muerte de mujeres, el insuficiente acceso a los métodos anticonceptivos diversos –estando prohibido a en muchos casos incluso el de emergencia-, los crímenes de odio y las distintas manifestaciones de la violencia de género.

Siendo el tema central de la asamblea Paz, Seguridad y Cooperación, la Campaña invocó a las delegaciones de los Estados a considerar la urgencia de la Convención porque justamente la paz no puede ser construida con la opresión de los pueblos ni de los cuerpos de ciudadanos y ciudadanas de la región, que hoy ven vulnerado su derecho a elegir y decidir en libertad.

A la voz de Karen Borges Queiroz se suman las de las peruanas Cecilia Olea, coordinadora regional colegiada de la Campaña, y Rocío Muñoz, vocera del punto focal peruano, quienes el día anterior (sábado 5 de junio), en el diálogo informal con el secretario general de la OEA José Miguel Insulza, propusieron la urgencia de que la Asamblea General inicie el debate sobre la importancia de contar con este tratado internacional que permita el reconocimiento, ejercicio y exigibilidad de estos derechos específicos.

## LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA

# una cuestión de derechos humanos



A ESCASOS DÍAS DE LA PRESENTACIÓN EN EL CONGRESO DE LA NACIÓN DEL PROYECTO DE LEY DE LA CAMPAÑA NACIONAL POR EL ABORTO LEGAL, SEGURO Y GRATUITO, CONVERSAMOS CON MARTHA ROSENBERG, PSICOANALISTA, PRESIDENTA DEL FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS E INTEGRANTE DE LA CAMPAÑA.

por Natalia Israeloff

**-N.I. ¿Cómo caracterizás la situación política de Argentina de cara a la despenalización del aborto? ¿Qué posicionamiento están jugando hoy las fuerzas políticas mayoritarias?**

- **Martha Rosenberg:** La presentación del proyecto de la Campaña ha tenido un eco inusitado. Hay una fuerte voz en el parlamento a favor de la legalización del aborto, con representantes de casi todos los bloques. Esto es así porque desde hace seis años venimos agitando el tema con la Campaña Nacional, poniéndolo en los medios, recogiendo firmas, denunciando las muertes, las vulneraciones de los derechos de las mujeres a las que en los lugares de atención pública se les niegan los abortos que en nuestro país no son punibles. Como todo lo que tiene que ver con salud y con aborto especialmente, cualquier mujer que tenga plata para pagarlo se lo puede hacer. El aborto es un problema social, y es fruto de la Campaña haber logrado visibilizarlo como tal. El proyecto de interrupción voluntaria del embarazo hasta las 12 semanas de gestación, es el mismo que presentamos en 2007: una cons-

trucción colectiva, discutida en el seno de la Campaña, con aportes de muy calificados y calificadas especialistas. En aquel momento perdió estado parlamentario ya que, a pesar de haber sido presentado con 22 firmas, fue un acto simbólico, no hubo voluntad política de promover la discusión y se pasó a discutir proyectos de ampliación o reglamentación del aborto no punible, que fueron finalmente retirados de las comisiones por el bloque mayoritario. La situación actual –con otra composición de la cámara– es que el proyecto tiene 35 firmas y están llegando más. Lo que llama la atención es una especie de entusiasmo que hay en los bloques para apoyar el proyecto.

**-N.I. ¿Cuál es tu lectura de este entusiasmo actual de los legisladores por el Proyecto de legalización del aborto? ¿A qué atribuíste este apoyo?**

-**M.R.:** Yo creo que es por dos cosas. Una: porque la acción de la Campaña ha hecho muy palpable cómo el tema está presente en la opinión pública. También es un efecto de la Campaña, que el comité de la CEDAW le haya

reclamado al gobierno argentino explicaciones sobre qué había hecho para resolver los casos como el que les llegó, de la chica de Guernica, en el que no se proveyó del aborto no punible a una menor discapacitada, violada. Varias organizaciones que pertenecen a la Campaña tomaron este hecho y lo construyeron como caso para la Corte Interamericana de Derechos Humanos - CIDH, dando origen a estas recomendaciones de la CEDAW. Hay efectos de la demanda de respeto a los derechos sexuales y reproductivos y específicamente del aborto, porque está muy claro que este tema es un tema de derechos humanos de las mujeres, sustentado por la normativa nacional e internacional.

**- N.I. ¿Cuáles son, hoy en día, los mayores obstáculos que se presentan en el camino de la despenalización del aborto?**

- **M.R.:** Los obstáculos mayores son la derecha conservadora encabezada por la derecha de la Iglesia Católica, y también de otras iglesias, que no reconocen el derecho de las mujeres a decidir sobre su capacidad reproductiva y su sexualidad.

El otro obstáculo muy grande es el cuerpo médico, que sin embargo ha dado señales de que no es monolítico. Hay sectores importantes de médicos y médicas que reconocen el tema de la anticoncepción y el aborto como un tema de salud pública que requiere políticas públicas sostenidas, sustentables y que democratizan el acceso a la Salud Sexual y Reproductiva.

**- N.I. El lema de la campaña dice "Educación Sexual para decidir, Anticonceptivos para no abortar, Aborto legal para no morir". Dado que estos dos primeros aspectos están contemplados por leyes nacionales ¿qué está sucediendo respecto al cumplimiento de las mismas?**

- **M.R.:** La Ley Nacional 25.673 no se cumple con la eficacia que debería hacerlo. El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable está obstaculizado por decisiones provinciales. Hay problemas más locales, hay Jefes de servicio que se oponen a determinados métodos anticonceptivos, no los distribuyen o no los demandan al Programa. A pesar de que se incorporó la anticoncepción hormonal de emergencia, en muchos lugares no se distribuye o se piden requisitos excesivos. Muchas veces faltan insumos, porque el Ministerio no ha garantizado, durante varios períodos, ni la compra ni la producción de los métodos más comunes. La otra cuestión es que no hay campañas de difusión masiva, por lo cual muchos beneficiarios y beneficiarias ignoran los servicios a los que tienen derecho, y no sólo beneficiarias, sino también muchos efectores. A esto se suma una escasa capacitación a los prestadores, tanto en temas de anticoncepción, como en temas de derechos. Con respecto a la ley de Educación Sexual Integral, fue sancionada hace más de dos años y aún está en un estado incipiente de implementación. El año pasado se imprimieron los contenidos curriculares. Esta ley dice en su arti-

culado que se dicta en cumplimiento de lo previsto por la Ley de Salud Sexual y Reproductiva. Esto quiere decir que la Ley de Educación Sexual está pensada como un componente muy importante de la promoción de la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, se implementa con lentitud, deficiencia y condiciones a veces muy sesgadas por enfoques confesionales. En provincias como Salta y Tucumán, buena parte de la capacitación de los docentes está en manos de los sectores más allegados a la Iglesia Católica. Todos estos aspectos hacen que el derecho de todas las chicas y chicos a recibir Educación Sexual, no se esté cumpliendo.

**- N.I. Sabemos que se ha confeccionado un protocolo de atención de abortos no punibles ¿Cuál es la realidad que se vive en los hospitales respecto a la protocolización?**

- **M.R.:** Lo último que yo supe es que la Dirección del PNSSyPR quería distribuir el protocolo para el 8 de marzo, pero no pudo ser. Más recientemente, la Lic. Paula Ferro afirmó que la Guía para la Atención de los Abortos No Punibles está en revisión y su publicación y distribución será objeto de una Resolución Ministerial. La ministra Ocaña había impedido la distribución del protocolo anterior, que es muy bueno, así que espero que se haya reimpresso tal cual. Está aceptado que los médicos van a tener en esta Guía un aval importante para sus prácticas y no podrán invocar que tienen miedo a ser denunciados, acusados, etc. como lo hacen ahora. Hay una dificultad evidente para ponerla en acción porque ésta es una política ya decidida en la instancia correspondiente, que es el PNSSyPR, pero en este momento todavía no se concretó ni la distribución, ni la exigencia de que los médicos de los servicios públicos actúen según el protocolo. Por el momento, sigue siendo un bien simbólico en manos de las autoridades y no una

orientación concreta de acción para los efectores.

**- N.I. ¿Qué está sucediendo con respecto al protocolo de atención post-aborto? ¿Está vigente?**

- **M.R.:** Está más vigente: esta guía sí se distribuyó y además está reforzada por resoluciones del Consejo Federal de Salud. En la Capital, por ejemplo, y en otras jurisdicciones, hay protocolo local de la Secretaría de Salud de atención post-aborto. El instrumento está, lo que muchas veces habría que verificar es si se cumple. Este protocolo incluye el respeto profesional a la confidencialidad de la consulta.

**- N.I. ¿Cuáles son los proyectos y los próximos pasos a seguir de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro Gratuito? ¿Qué expectativas tienen para el futuro cercano?**

- **M.R.:** Las estrategias son múltiples. Por un lado, continuar con la búsqueda de apoyo y firmas para el tratamiento parlamentario del proyecto. Y también continuar con la recolección de firmas, la difusión y las denuncias de casos que vulneran los derechos, en muchos casos de embarazos por violación, por negación de la esterilización quirúrgica voluntaria, de la confidencialidad. Por otro lado, seguir trabajando con los cuerpos médicos y asistenciales. Continuar el cabildeo en el Congreso: necesitamos 129 votos y estamos en 50. Es cierto que esto depende también de actores que no están en el campo de la discusión. Pero yo no lo veo tan lejos si los diputados y las diputadas realizan efectivamente el entusiasmo que pusieron de manifiesto en la presentación del Proyecto. Hemos logrado el objetivo de instalar el debate en el parlamento, ahora esperamos que se vote y se apruebe para proteger el derecho a la vida y la salud -derechos humanos- de las mujeres.

# anticoncepción y aborto 4

## SEGÚN LA DOCTRINA CATÓLICA MODERADA

Daniel C. Maguire

*Profesor de Teología Moral en la Universidad de Marquette*

*(resumen de Meg Alvarado Saggese, Divinity School,  
Harvard University)*

EN SU ARTÍCULO, MAGUIRE TRATA LA POSTURA DE LA IGLESIA CATÓLICA SOBRE EL TEMA DE LA ANTICONCEPCIÓN Y EL ABORTO. ÉL DICE QUE AL CONTRARIO DE LA CREENCIA GENERALIZADA, LA IGLESIA NUNCA HA TENIDO UNA POSTURA CONSTANTE SOBRE ESTE TEMA.

Explica que hay dos actitudes, la doctrina conservadora, que es bien conocida, y la perspectiva moderada y sensata. Aunque la doctrina conservadora expone que no hay ninguna excepción de la postura católica contra los anticonceptivos artificiales y el aborto, la moderada dice que hay circunstancias en las que su uso es obligatorio. Prevenir el contagio de infecciones y limitar la fertilidad son necesidades morales y, en estos casos, ambos están permitidos por la tradición católica.

Para demostrar que hay dos doctrinas, el autor ofrece ejemplos a través de la historia de la iglesia que a veces apoyan y otras contradicen la prohibición de los anticonceptivos y el aborto. En 1930, el Papa Pío XI escribió un edicto en el que se decía que la anticoncepción y la esterilización atentaban contra la naturaleza y que quien aborta atenta contra la vida. Este edicto es parecido a la postura del Papa Gregorio IX en el Decreto de 1230. Aunque hay evidencias que apoyan esta tradición en la historia de la iglesia, también hay una gran cantidad de ejemplos que muestran que miembros de la iglesia y teólogos se han pronunciado en contra de esta postura. Uno de ellos es la teoría de la hominización tardía o la llegada del alma. A través de la historia católica hay una teoría que considera que el feto sólo se convierte en humano cuando recibe el alma y que el alma humana espiritual no llega al feto hasta incluso tres meses de embarazo. Según esta teoría, la anticoncepción y el aborto temprano no son pecados. Esta también es la razón por la que la iglesia nunca bautizaba a los fetos que habían muerto por abortos naturales. También, el santo arzobispo de Florencia y el teólogo jesuita Thomas Sánchez, en los siglos XV y XVI, insistieron en que la madre tiene un *jus prius*, un derecho anterior, al feto. Es decir, si la salud de la madre lo requiere, ella puede interrumpir el embarazo. Ni la jerarquía de la iglesia ni ningún otro teólogo los censuraron.

Finalmente, Maguire expone que según la teoría del Probabilismo, que dice que donde hay duda hay libertad, los fieles tienen el derecho a escoger.

---

<sup>1</sup> The Religious Consultation on Population, Reproductive Health and Ethics

## DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

# Católicas por el derecho a decidir

# 5



ENTREVISTA A MARTA ALANÍS,  
FUNDADORA Y TITULAR DE LA ONG "CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR"

- M.E.I. **¿Cuando se inició la Campaña por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito?**

- **Marta Alanís** La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, seguro y gratuito se gesta en los Encuentros Nacionales de Mujeres y se concreta mediante una auto-convocatoria de feministas y mujeres del movimiento social el día 14 de mayo de 2005 en Córdoba; el lanzamiento es el 28 de mayo del mismo año habiéndose acordado como lema "*Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir*".

- M.E.I. **¿Por qué Córdoba, una provincia percibida como conservadora, tiene tanta incidencia en la lucha por el aborto?**

- **M.A.** Córdoba no es sólo conservadora, creo que ha sido históricamente la ciudad y la provincia donde las controversias se expresan más intensamente. Tuvimos por más de 30 años al Cardenal Francisco Primatesta en el arzobispado, aliado de reaccionarios y golpistas mientras por abajo los sacerdotes inspirados en la Teología de la Liberación trabajaban con la gente y se sumaban a los movimientos populares. Tenemos a personas ultracatólicas que tienen poder y hacen amparos en contra de todas las leyes y reglamentaciones que favorecen a las mujeres; los 7 juicios que tiene el Ministerio de Salud

de la Nación salieron directa o indirectamente de Córdoba: allí se cocinaron y se enviaron a otros puntos del país. Tenemos el responsable para el Cono Sur de Vida Humana Internacional activando en Córdoba de manera sistemática. Son estas personas las que quisieron silenciarnos en el 2004 y no lo lograron.

Hoy tenemos un sacerdote sancionado con juicio canónico en marcha por haber declarado su posición en defensa del matrimonio igualitario. Por otro lado hay grupos muy inquietos que desde las comunidades parroquiales realizan un trabajo comunitario muy comprometido en los barrios más pobres y que también tienen posiciones diferentes a la jerarquía en temas de moral sexual. Existe un movimiento de curas casados con bastante fuerza y todo esto nos hace ver que la Iglesia no es monolítica, es diversa y plural a pesar de que el discurso de la jerarquía se pretende presentar como único.

- M.E.I. **Desde tu condición de católica, ¿te resultó difícil defender el aborto? ¿Cuándo se inicia tu militancia en Católicas por el Derecho a Decidir? ¿Fuiste la fundadora de CDD en Córdoba? ¿Existen sedes en otras provincias?**

- **M.A.** Me formé en un hogar católico como tantos en nuestro país y en nuestra América Latina y, en la medida que fui creciendo, fui reflexionando mi fe

especialmente en la esperanza de que el mundo pueda ser de otra manera, convencida de que el compromiso va junto a la consecuencia de colocar la identidad, presencia y coherencia en lo que se dice y se hace.

En mi juventud me impulsó al compromiso social de la Teología de la Liberación que a su vez permitió también que surjan otras expresiones del pensamiento teológico desde diferentes lugares de opresión. En un proceso aparecen las mujeres teólogas a pensar desde sus propios lugares como mujeres y con las mujeres: es el comienzo de la Teología Feminista. Quiero hacer un homenaje muy especial a Safina Newbery, antropóloga, militante feminista que en Argentina fue pionera en las ideas y debates sobre el derecho al aborto y la primera que difundió las ideas de Católicas por el Derecho a Decidir.

Como Católica fue un proceso personal complejo defender el derecho al aborto. Al igual que todas o muchas crecí con las ideas de pecado y delito en relación al aborto y a la luz de los aprendizajes en la vida he ido cambiando mi postura y luego, con el aporte del feminismo y de la teología feminista, me sentí cada vez más segura de que ésta es una causa justa y puse muchas energías acompañando un proceso colectivo que venía sucediendo en torno a este tema.

Mi actividad en Católicas se remonta a los comienzos de la década de los 90, a partir de mi participación en un curso de Ivone Gebara donde conozco a las católicas de Uruguay y me quedo fascinada con la idea de colaborar en una investigación sobre *"La maternidad en mujeres católicas de sectores populares"*. En ese tiempo estaba vinculada a una parroquia, especialmente en la acción social que se desarrollaba allí en dos villas de emergencia. Eran tiempos de ollas populares y crisis y llevamos adelante la investigación con las mujeres que hacían parte de esta comunidad eclesial. Luego seguimos trabajando con estas mujeres y en el primer taller que realizamos abordamos el tema aborto: de 25 mujeres católicas practicantes, 18 habían pasado por la experiencia del aborto y cada una contaba cómo lo había vivido. Salvo una, todas se hicieron cargo del sufrimiento y la culpa que todavía tenían. Me di cuenta de que reflexionando con las mujeres con nuestros argumentos católicos basados en la libertad de conciencia, la idea de mal menor, y sobre todo poder reconocer que todas tuvieron un dilema y tomaron una decisión que fue importante para sus vidas, se iba generando un proceso también liberador de la culpa.

Me reconozco como fundadora de Católicas en Córdoba pero siempre asociada a otras mujeres; algunas continúan, otras tomaron otros caminos pero cada una puso un ladrillo en la construcción de esta organización que hoy desarrolla un trabajo local, nacional e internacional. En Córdoba está la sede de Católicas por el Derecho a Decidir en Argentina. No hay grupos institucionalizados en otras provincias, sí una gran red de colaboradoras y voceras desde Salta hasta el Sur del país.

- **M.E.I.** ¿Cuál es la filosofía de CDD?

- **M.A.** CDD hace un cruce entre sexualidad, reproducción y religión y plan-

tea explícitamente una disidencia con la postura oficial en temas de moral sexual. Esta disidencia va más allá de nosotras; lo que venimos haciendo es ponerle nombre a lo que viene pasando en las vidas de católicas y católicos. Hay un desacato silencioso a las enseñanzas de la Iglesia sobre estos temas; nosotras rompemos el doble discurso, asumimos el riesgo de decir públicamente que las ideas sostenidas por la cúpula masculina de la iglesia pertenecen al medioevo. Apostamos también a la justicia social, a la democracia, a la vida digna, a la igualdad de oportunidades, a la deconstrucción de un sistema que perpetúa las jerarquías y las diferencias de clase, raza, etnia, religión, etc. O sea hacemos nuestro humilde aporte a la deconstrucción del patriarcado.

- **M.E.I.** ¿Cuál es la diferencia entre despenalización y legalización del aborto?

- **M.A.** Despenalizar es no aplicar pena, mientras que legalizar el aborto es asumir desde el Estado la garantía de atención en hospitales públicos y obras sociales de todo el país de las interrupciones de embarazos según la ley. Hoy tenemos causas de aborto legal o no punible que no siempre se cumplen.

- **M.E.I.** ¿Qué estrategias o actividades se prevén este año para apoyar el proyecto de la ley *"Interrupción Voluntaria del Embarazo"*?

- **M.A.** En lo que resta del año como Campaña Nacional por el Derecho al aborto tenemos planificada una teleconferencia en diferentes universidades con el médico chileno y experto en este tema, el Dr. Aníbal Faundes el día 20 de agosto. El 24 del mismo mes también con el Dr. Faundes estamos convocando a una actividad en el Congreso y para el 30 de septiembre está prevista la realización de un seminario internacional titulado:

*"El derecho al aborto: una deuda de la democracia"*, donde aspiramos contar con la presencia de Piedad Córdoba de Colombia, la Antropóloga Rita Laura Segato y otras personalidades que aún no han confirmado.

- **M.E.I.** ¿Creés que estamos más cerca de lograr el aborto? Al día de hoy, ¿cuántas/os diputadas/os se han comprometido con el tema?

- **M.A.** Estamos más cerca de lograr la despenalización y legalización del aborto, no hay dudas. Alrededor de 50 diputadas/os han firmado avalando el proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo presentado por la Campaña.

- **M.E.I.** ¿De qué manera pueden apoyar este proceso las ONGs o las mujeres de la sociedad civil?

- **M.A.** Esperamos que las organizaciones de la sociedad civil, tanto de mujeres como mixtas, movimientos sociales y organizaciones de derechos humanos se sumen al trabajo permanente para sensibilizar a más legisladores/as que son en definitiva quienes tendrán la última palabra para que se logre la ley. Otra actitud muy importante es que tanto movimientos como organizaciones de Derechos Humanos pongan en su agenda el Derecho al Aborto y no se limiten al apoyo a la Campaña sino que sean parte activa. Transitamos tiempos de cambios simbólicos importantes en una democracia con dificultades pero sobre todo con oportunidades para proponer, debatir y exigir derechos. El matrimonio igualitario, la reglamentación de la ley de erradicación y prevención integral de violencia hacia las mujeres son muestras de que estamos avanzando a pesar de las contradicciones propias de la realidad. Tenemos esperanza en que la emancipación de las mujeres es posible y no dejaremos de andar.

# Nosotras parimos Nosotras ¿decidimos?

por Natalia Israeloff



A lo largo de este artículo buscamos desentrañar qué nos pasa a las mujeres, a nivel de nuestra experiencia corporal, cuando transitamos nuestro parto en un hospital, bajo las reglas y mandatos que nos impone la biomedicina.

Intentamos repensar nuestros propios cuerpos, distanciándonos de aquellas miradas que los/nos circunscriben a la esfera de "lo natural", buscando ver sus múltiples entretejidos con las esferas del deseo, el significado y el poder.

## ESTO NO FUE SIEMPRE ASÍ...

La experiencia de parir es como tal históricamente situada: en épocas pasadas, el parto era un asunto doméstico acompañado desde lo comunitario: saberes empíricos que se transmitían en forma oral, de mujeres a mujeres, de generación en generación. Estas formas hoy en día todavía las encontramos, entrelazadas de diferentes modos con las propias de la medicina hegemónica. La constitución del parto como evento médico, es resultado de un proceso histórico que data del siglo XIX.

En nuestra sociedad, la experiencia de la maternidad es constituyente del "ser mujer"; ser madre parece ser la máxima realización del género, un mandato al que las mujeres no podríamos escapar: *la biología como destino*.

mos escapar: *la biología como destino*.

Sostenemos aquí que esta concepción de la maternidad, sostenida como un ideal incuestionable, ha contribuido a la invisibilización y naturalización de las opresiones que vive una mujer en el momento del parto hospitalizado. Tal como señala Eva Giberti, cuando el parto se convierte en un evento médico la relación de las mujeres con dicha experiencia se transforma; mientras anteriormente era un "asunto de mujeres", ahora está signada por el extrañamiento, la incapacidad y el temor.

## ESTARÁS SOLA...

A pesar de constituir una práctica contraria a las normativas establecidas, en muchas ocasiones, a las mujeres no se nos permite vivenciar la experiencia del parto acompañadas por quien nosotras elijamos. En general no le es permitida la entrada a otra persona que no sea el padre del bebé, de tal forma que se impone violentamente el modelo de la familia nuclear heterosexual, y a veces, ni siquiera el padre puede entrar a la sala de parto. Estar acompañadas, compartir ese momento con otro u otras, nos da la posibilidad de hacer de nuestro cuerpo una forma de comunicación y no un límite con los otros, hacer

de nuestro cuerpo un enlace, un momento íntimo que forme parte de la vida comunitaria. Tal como señala la historiadora francesa Ivonne Knibiehler es a principios del siglo XX cuando las comadronas entran en los hospitales como asalariadas no estando ya a disposición de las parturientas, sino bajo las órdenes de los médicos: "*de esta manera se desorganiza una forma tradicional de solidaridad femenina, y las mujeres pierden toda autonomía en el campo de la reproducción*".

## DOLOR, DOLOR...

En la sociedad actual hegemonizada por el modelo biomédico, cuando aparece el dolor se tiende a aliviarlo, anularlo, construyendo una idea de que el dolor es algo con connotaciones negativas, peyorativas, indeseado, que nadie quiere sentir. Esto nos conduce inevitablemente a dirigir nuestra mirada sobre la industria farmacéutica, una de las principales economías del mundo que crea la necesidad de consumir todo tipo de fármacos para aliviar este "dolor". Así, en la situación de parto, las instituciones reproducen esta idea, por ejemplo con el uso sistemático de la peridural, que elimina la sensación de dolor junto con todas las demás.

A su vez las mujeres transitan la situación de parto con sensaciones y acciones que son, en parte, efecto de la internalización de esta idea, por ejemplo el miedo al dolor, el pedir anestesia para suprimirlo. En este sentido, no queremos reproducir el mandato cristiano de "parirás con dolor", sino más bien, señalar cómo ha sido construida históricamente la idea de dolor: hemos pasado del mismo como mandato y ofrenda de las mujeres al Señor, a la búsqueda de completa anulación de todo dolor, delegada a los médicos y beneficiaria de la industria farmacéutica. En esta línea histórica, si hay algo que nunca se ha puesto en primer plano es, justamente, el derecho de las mujeres a decidir sobre nuestros propios cuerpos.

## LA CINTA TRANSPORTADORA DE PARTURIENTAS

En el evento del parto, las mujeres somos sometidas a reglas que producen una individualización homogeneizante; en otras palabras, nos producen en serie como "mujeres parturientas":

*"A menudo se nos coloca en sillas de ruedas. Se nos retiran nuestros objetos personales. Se nos separa de nuestras amistades y de nuestras personas más cercanas, se nos coloca entre extraños para hacernos dependientes y anónimas. El personal médico nos de-sexualiza e infantiliza cuando nos ponen enemas y nos rasuran, no siempre se nos permite comer ni beber, lo cual nos debilita, reduce el ritmo del parto y hace peligrar nuestra salud. Se nos hace una conexión intravenosa, a lo cual nos inmoviliza".*

Como dijera con pesar una enfermera partera: *"aquí no hay lugar para los aspectos más naturales del parto: la sexualidad, la sangre, el sudor, el excremento, los movimientos y los sonidos"*

De esta manera la biomedicina penetra los cuerpos de las mujeres contribuyendo a la sensación de extrañamiento en la que la mujer tiene un cuerpo que

se convierte en objeto para la intervención de otros, entregándole el poder de acción y decisión al personal médico. La siguiente cita describe una situación típica de parto en un hospital público:

*"Te sacás la ropa, te ponés el camión, te acostás, abrí las piernas que te vamos a rasurar. Te ponen directamente un suero, te meten los dedos, hacen tacto, rompen bolsa..."*

Así, en la experiencia de las mujeres parturientas, los cuerpos se uniforman, se impone un ritmo y un modo de parir, que, más que facilitarnos un proceso propio, están al servicio de la comodidad y la tecnología hospitalaria. Esto se cristaliza en el ambiente del parto, donde la posición horizontal en la que se continúa colocando (a) la mujer<sup>2</sup>, está pensada en función del trabajo del obstetra, relegándose las dificultades que trae esta posición para el trabajo que la mujer tiene que hacer. Esta posición inmoviliza, tensa, lentifica el parto y aumenta las sensaciones de dolor permitiendo al médico controlar la escena, abarcarla con su mirada, mientras la mujer pierde el control de la situación, vulnerando su protagonismo.

Los avances médicos y tecnológicos han incidido en esta progresiva estandarización. Durante las décadas de los 50 y 60 se aplicaron al desarrollo de equipos técnicos obstétricos, diseños creados para acelerar la producción de armamentos en la Segunda Guerra Mundial. Podríamos aplicar el concepto de cinta transportadora al análisis para caracterizar la forma en la que inciden los rasgos de la institución hospitalaria en el parto: "Se fijaron prioridades para facilitar el procesamiento eficiente de la mayor cantidad posible de mujeres, en vez de permitir un tiempo apropiado para cada particularidad. Este enfoque estilo fábrica, no tardó en incorporarse en los libros de textos sobre diseños de hospitales" (La Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 2000). De esta manera siguiendo la lógica de "ensamblaje de piezas" las parturientas son des-

plazadas de un lugar a otro siguiendo las pautas establecidas, para lograr un proceso que resulte económico.

La mujer embarazada o parturienta no es ni está enferma; sin embargo, sí es cierto que las mujeres en el momento de parir se encuentran en un estado vulnerable. Las intervenciones citadas se constituyen en una rueda de acumulación de mecanismos que se van haciendo necesarios los unos a los otros y donde una vez que el cuerpo es intervenido de alguna manera, se crea la necesidad de más intervenciones. Esta acumulación genera una situación en la que la parturienta es cada vez más vulnerable, más objeto de intervención y menos sujeto de acción.

De esta forma, al enmarcarse el parto como evento bio-médico racionalizado y tecnificado, aspectos relacionados con la vida sexual y emocional de una mujer, quedan por fuera. Podemos pensar al parto como un momento que se relaciona con la sexualidad de las mujeres, y como tal, es un momento donde las mujeres nos conectamos con sensaciones, emociones, percepciones, que son subjetivas y particulares de cada una. Al relegar esta dimensión sexual, se nos acerca a las mujeres el derecho de transitar este proceso plena e integralmente.

Finalmente subrayamos que estas prácticas y representaciones en torno al parto no se desarrollan exentas de contradicciones y conflictos; como en todo proceso hegemónico tiene su contracara en movimientos contra-hegemónicos, que van desde reacciones aisladas e individuales a aquéllas más organizadas, centradas en los derechos y autonomía de las mujeres. Es así que en estas prácticas políticas de cosificación de nuestros cuerpos y de anulación de la subjetividad, ésta de todas formas emerge atravesada de contradicciones: *"al parto... traemos nuestras historias, nuestras relaciones, nuestros rituales... necesidades y valores que se relacionan con la intimidad, la sexualidad, la calidad y el*

*estilo de la vida familiar y comunitaria y nuestras creencias más profundas acerca de la vida, el nacimiento y la muerte...*" (La Colectiva del Libro de Salud de las Mujeres de Boston, 2000).

### CONTEXTUALIZANDO...

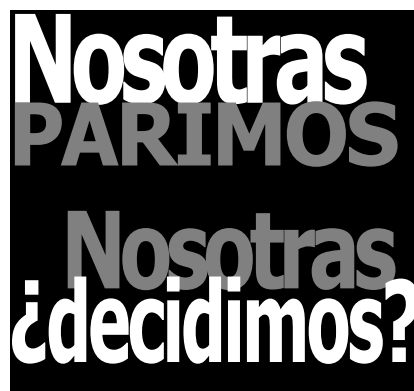
Entendemos que el parto es más que un evento meramente fisiológico, más que un evento médico, más que un evento social y cultural; es justamente un acontecimiento complejo y como tal multidimensional.

En estas palabras finales nos interesa subrayar el hecho de que la experiencia de parir está intrínsecamente unida a las condiciones de vida de las mujeres, las jerarquías de género, las desigualdades de clase, etnia, etc. Es decir, no podemos esperar "parir en libertad" en una sociedad caracterizada por desigualdades estructurales, que, hasta tanto no sean transformadas integralmente, seguirán tejiendo opresiones en los distintos planos de la existencia. Es en las mujeres de los sectores más vulnerados y desprotegidos socialmente, aquéllas que concurren a parir a los hospitales públicos, donde la vulnerabilidad y la desprotección se acrecientan. En este mismo contexto, en que la salud se convierte en objeto de mercantilización, existen las posibilidades de los llamados partos "humanizados o libres", en los cuales, por un lado, se respetan aquéllos que debieran ser los derechos fundamentales de las mujeres a la hora de parir (la posición que elija, sus tiempos, el lugar, los acompañantes, etc), y por otro lado, se cuenta con tecnología médica en caso de que sea preciso valerse de ella. Sin embargo, estos partos "no intervenidos" paradójicamente sólo pueden ser consumidos por aquellas mujeres que pueden afrontar los altos costos de estos servicios. Con esto no queremos caer en una visión dicotomizada de clase donde las mujeres pobres aparezcan como víctimas de las intervenciones sobre su cuerpo y las de clase

media y alta vivan libremente su parto. Las mujeres con posición económica favorable también son intervenidas en sus partos en clínicas privadas, víctimas de cesáreas innecesarias realizadas con intereses de lucro; asimismo las mujeres de sectores marginales atraviesan partos "no intervenidos" en sus casas, con parteras de su entorno que las asisten en sus hogares o por no acceder a los servicios de salud.

En esta línea es importante tener en cuenta que existen leyes, programas, y normativas que constituyen un avance en materia de derechos y autonomía de las mujeres, los cuales fueron ganados por diferentes colectivos de mujeres, movimientos sociales y organismos de derechos, que lucharon por su reconocimiento.

Consideramos que la construcción de concepciones y prácticas críticas a los modelos hegemónicos, son pasos que vamos dando, revolucionándonos desde la praxis cotidiana, organizándonos como mujeres investigadoras, activistas políticas, trabajadoras. Sabemos que no basta con la inclusión de nuestros derechos en un marco normativo. Por eso es preciso, una vez logrado este paso, seguir exigiendo su cumplimiento a través de políticas públicas que no nos conciban como objetos de sus intervenciones sino que tengan en cuenta la trayectoria, experiencia y conocimiento acumulado por los distintos colectivos y organizaciones sociales en tanto activas protagonistas.

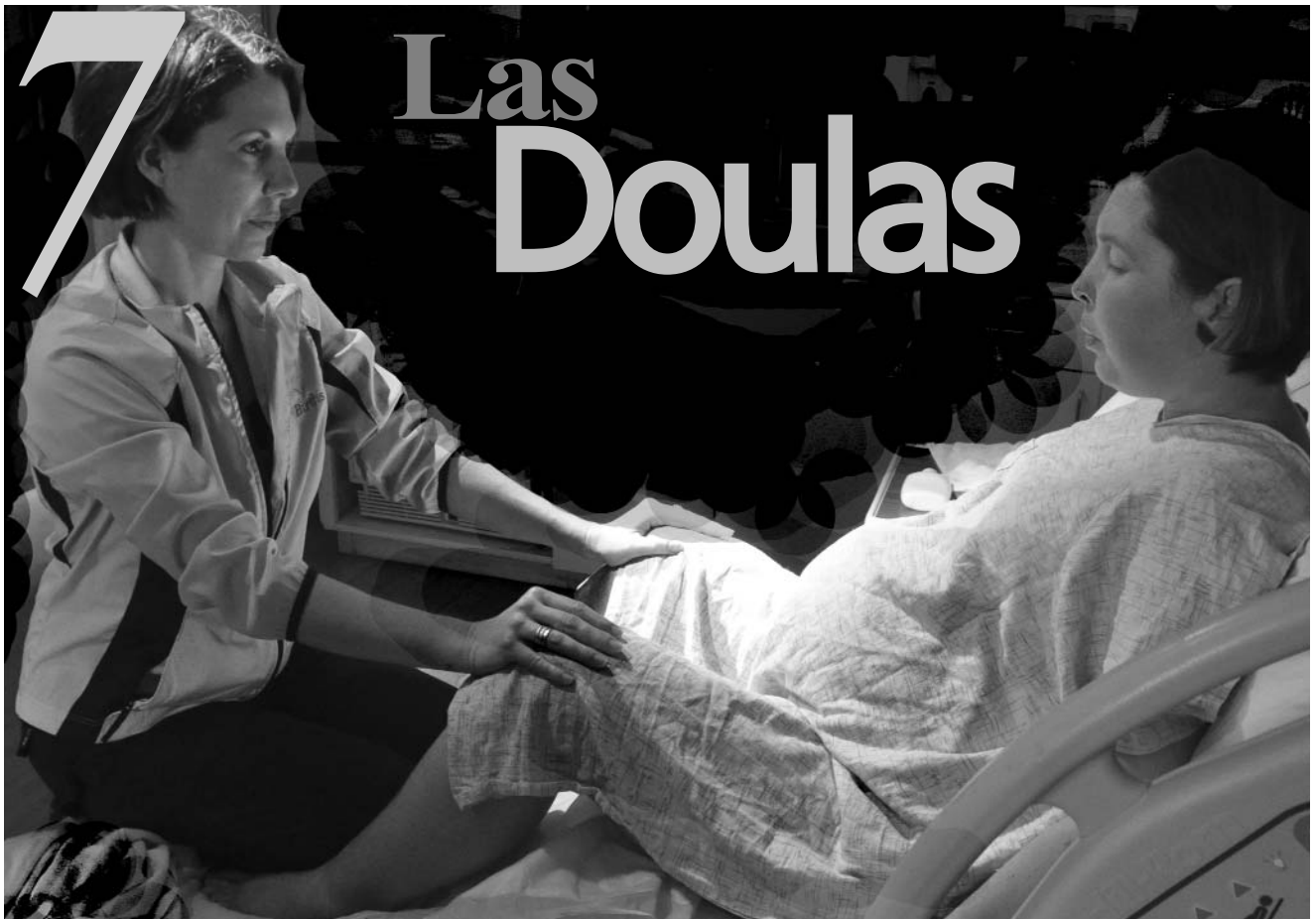


### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCOFF, LINDA MARTIN. 1999. Merleau-Ponty y la teoría feminista sobre la experiencia. En Mora, N° 5.
- BORDO, SUSAN. 2001. El feminismo, la cultura occidental y el cuerpo. En *La Ventana* N°14.
- DILLON, MARTA. "Parir" En: *Las/12*, Página 12. Año 6, N° 288.
- FOUCAULT, MICHEL. 1990. "Historia de la Medicalización" e "Incorporación del hospital en la tecnología moderna". En: *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. La Piqueta, Madrid.
- FOUCAULT, MICHEL. 1976. Derecho de muerte y poder sobre la vida. *Historia de la sexualidad. I-La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores Argentina, Argentina.
- GROSZ, ELIZABETH. 2000. *Corpos reconfigurados*. En *Cadernos Pagu*, N°14.
- KNIBIEHLER, YVONNE. 1993. *Cuerpos y corazones*. En: Duby y Perrot (Comps) *Historia de las mujeres. El siglo XIX*. Madrid, Taurus.
- La Colectiva del Libro de Salud de Las Mujeres de Boston. 2000. *Nuestros cuerpos, nuestras Vidas*. Siete Cuentos Editorial, Nueva York.
- Las 12*. Mirada de Mujeres. En *Página/12*, 17 de Octubre del 2003, Año 6, N°288, Buenos Aires, Arg-Odent, Michel. 1984. *Nacimiento Renacido*. Ed. Creavida, Argentina.
- SCHALMANN, RAQUEL. 2004. *Parir en libertad: en busca del poder perdido*. Argentina.
- SHEPER-HUGHES, N Y LOCK, MARGARET. 1987. "The mindful body. A prolegomenon to future work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly* (New Series), N°1.
- TARDUCCI, MÓNICA (Org). 2008. *Maternidades en el s.XXI*. Espacio Editorial, Bs. Aires.

1 Extracto de "Nuestros cuerpos, nuestros partos" de Natalia Israeloff y Ana Eva Zilianni, "El cuerpo como sala de opresiones" de Natalia Israeloff y Romina Martinez

2 La posición horizontal, también llamada "litotomía", es una posición prácticamente proscripita por la OMS (Organización Mundial de la Salud) que recomienda el desplazamiento y la movilidad a las parturientas.



Extraído de <http://www.doulasdeargentina.com.ar/>

Una Doula es una mujer que ha tenido hijos y se pone al servicio de otra mujer que va a parir, acompañándola durante el embarazo, el trabajo de parto, parto y puerperio. La Doula se enfoca en el aspecto emocional, el bienestar y las necesidades de esa mujer.

¿Qué hace una doula? En la medida de lo posible la doula tiene algunos encuentros previos con la mujer embarazada, que sirven para conocerse y establecer así una relación entre ambas. En estos encuentros la doula orientará a la mujer para que pueda ir encontrando y formulando sus deseos genuinos en relación a todo el proceso del parto [...] La doula intentará ayudar a que esa mujer, en su trabajo de parto, pueda reconectarse con su deseo y llevarlo a cabo en la medida de lo posible.

***Una doula no se ocupa de los aspectos clínicos del trabajo de parto y parto***

Al inicio del trabajo de parto, mientras la mujer está en su casa, comienza el acompañamiento. A veces en silencio y a distancia, respetando la intimidad... otras veces codo a codo, sosteniendo y acompañando durante una contracción... o tal vez acercándole lo que necesita (agua o comida, un objeto de valor afectivo, abrigándola o abanicándola)... o sugirién-

dole alguna medida de comodidad o posición favorable...o simplemente "estando ahí". Una de las cualidades más importantes de la doula es **la paciencia**.

Así es su labor, sutil o muy intensa, según el caso. Con la premisa fundamental de no perturbar, de no imponer, de mantener una atención **cuidadosa pero no invasiva**, de abrirse genuinamente para poder comprender las necesidades de cada mujer y empatizar con ella. Después del parto la doula puede seguir acompañando a la mujer durante su puerperio, muchas veces colaborando con algunas cuestiones domésticas si es necesario.

En el esquema de atención obstétrica actual generalmente sucede que la mujer hace todo el trabajo de parto en su casa, sola o con su acompañante, y es muy frecuente que, por este motivo, se interne prematuramente. Ésto puede conducir a que se le practiquen una serie de rutinas que muchas veces terminan siendo inconvenientes para el proceso del parto.

La presencia de la doula acompañando a la mujer desde el comienzo del trabajo de parto favorece que la internación se produzca en el momento en que el parto está más avanzado y por ese motivo se evitan muchas intervenciones innecesarias y molestas para la mujer.

# 8 Mortalidad Materna

Extraído de: *Situación de la población en la Argentina*, coordinado por Edith Pantelides y Martín J. Moreno. - 1a ed. - Buenos Aires Programa Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD - UNFPA, 2009, pág. 88-90 <http://argentina.unfpa.org/drive/SituaciondelapoblacionenlaArgentina.pdf>

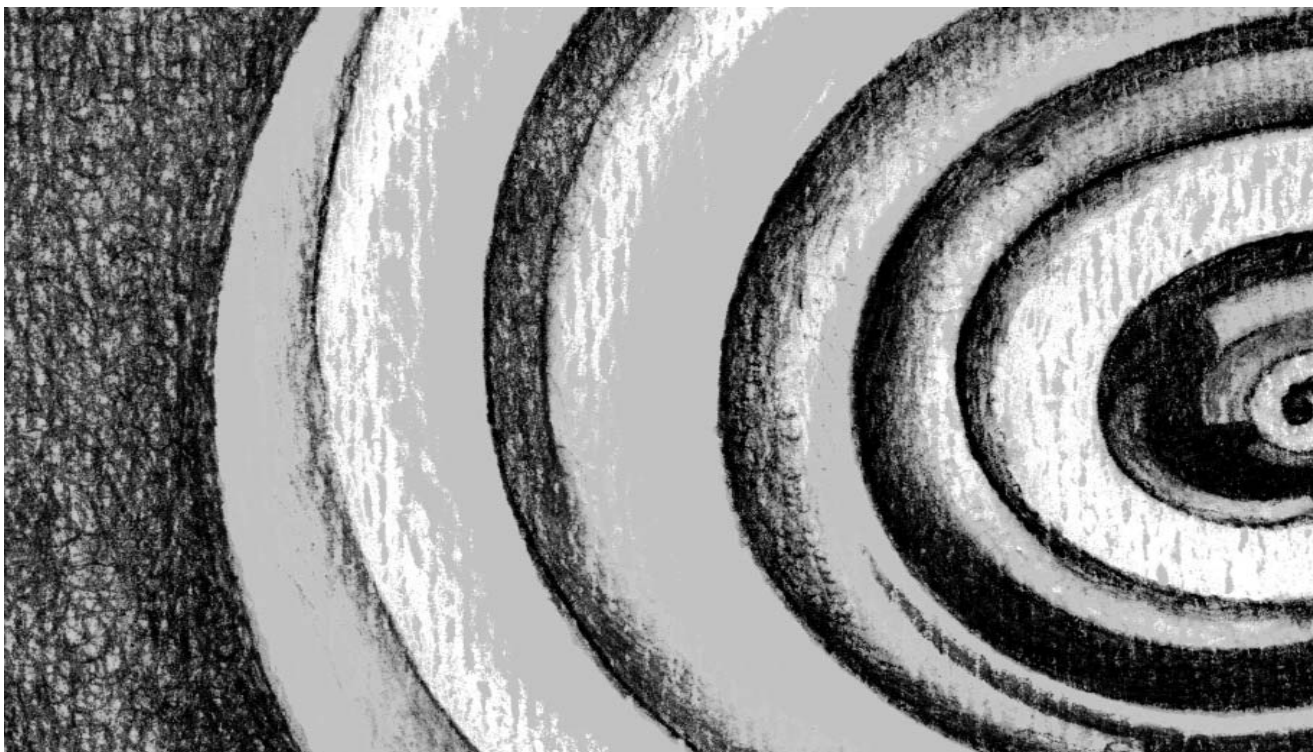
El drama de la mortalidad materna adquiere su real dimensión cuando se advierte que es en su mayor parte evitable. En el caso argentino, en los más de 25 años que aquí se consideran, la razón de mortalidad materna (RMM) tuvo un comportamiento general descendente, aunque con oscilaciones. De un nivel de 7,0 muertes por cada 10.000 nacidos vivos (1980) llegó a un mínimo de 3,8 en 1997 y 1998 y 3,5 en 2000, para luego ascender y mantenerse en valores nunca inferiores a 4,0 hasta el presente. [...] Si esta tendencia

se mantiene, la Argentina difícilmente cumplirá con lo establecido en los Objetivos del Milenio: disminuir, para el año 2015, en tres cuartas partes la mortalidad materna del año 1990.

En los datos más recientes, el rango de variación va desde 1,5 en la Provincia de Córdoba a 13,3 y 13,0 en las provincias de Formosa y La Rioja, respectivamente. En varias jurisdicciones, incluida la Provincia de Buenos Aires, los niveles de mortalidad materna del año 2007 son bastante superiores a los registrados en años anteriores. [...] Sin embar-

go, al analizar estos datos debe tenerse en cuenta que se trata de pocos casos y que, por lo tanto, variaciones leves en su número pueden resultar en cambios significativos de la tasa.

Un 29 por ciento de las muertes maternas en 2006 se debieron a complicaciones de aborto y es esta la principal causa de muerte materna, seguida por causas obstétricas indirectas (19%), causas obstétricas directas (15%), sepsis y otras complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio (13%), trastornos hiperten-



sivos, edema, proteinuria en el embarazo, parto y puerperio (12%), hemorragia posparto (8%) y hemorragia anteparto (4%)<sup>1</sup>. El peso de las complicaciones de aborto como causa de muerte materna ha permanecido casi constante en los últimos 15 años.

En un estudio realizado en el año 2002 (Ramos, Romero, Karolinski, Mercer, Insúa y del Río Fortuna, 2004) se encontró que las mujeres multiparas y mayores de 35 años tenían una probabilidad aumentada de morir por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio. Más allá de los factores biológicos que pueden estar influyendo, cabe recordar que la multiparidad es más frecuente entre las mujeres de los estratos socioeconómicos bajos. Pero el resultado más novedoso del estudio mencionado es que entre los factores que se asociaron a una mayor probabilidad de morir por causas maternas se halla el menor tamaño del establecimiento donde se realiza el parto (medido en número de partos anuales atendidos) como variable *proxy* de la estructura hospitalaria disponible y de la calificación del personal. Se concluye que el alto nivel de institucionalización

del parto en el país (cerca al 100%) y el alto porcentaje de mujeres que realizan más de 4 controles prenatales no necesariamente implican el acceso a una mejor y más oportuna atención. Expertos convocados por el Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA, 2007, p. 10) analizaron las causas de una mortalidad materna relativamente elevada en relación con los servicios disponibles y estimaron que, entre otras, ellas eran:

- “Desconocimiento y violación de derechos sexuales y reproductivos (déficit en garantizar el acceso irrestricto a una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluida ligadura de trompas y vasectomía); estatuto ilegal del aborto.
- Ausencia de mecanismos de control y cumplimiento de las leyes nacionales y provinciales (por ej., leyes de salud reproductiva y de prevención de enfermedades de transmisión sexual).
- Pobreza y marginalidad social (por ej., el estado nutricional que afecta directamente la salud de la mujer previamente y durante la gestación).
- Sistema de salud y calidad de la atención: discontinuidad en la aplica-

ción y monitoreo de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva; discontinuidad de provisión de insumos para prevención de embarazos no deseados y VIH/SIDA; barreras geográficas, culturales y económicas al acceso a los servicios; atención del parto en maternidades sin las condiciones obstétricas adecuadas y escasa supervisión de la atención perinatal.

- Escaso uso de intervenciones perinatales beneficiosas para reducir la morbilidad materna (por ej., sulfato de magnesio para el tratamiento de la eclampsia y su prevención en mujeres preeclámpticas, acompañamiento durante el trabajo de parto y parto, manejo activo del alumbramiento, entre otras).
- Desatención de las nociones de autocuidado y derechos humanos en los programas curriculares de educación sexual; escasa formación sobre salud sexual y reproductiva en carreras de Ciencias de la Salud”.

<sup>1</sup> Datos de Ministerio de Salud, Estadísticas vitales. Información básica año 2006, Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Estadística e Información de Salud, 2007.

## Algunos números

En marzo 2010, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) presentó el informe *‘Análisis de la Situación de Población en Argentina’* con la presencia de Eleonor Faur, Oficial de Enlace de UNFPA Argentina; María Cristina Cacopardo, Directora de Maestría de Demografía de la Universidad de Luján; Julieta Rizzolo, Directora Nacional de Población del Ministerio del Interior; Martín Moreno, investigador del CENEP y coordinador del informe y Paula Ferro, directora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación.

El informe aporta cifras interesantes: el 93 % de las mujeres argentinas sexualmente iniciadas usaron

alguna vez métodos anticonceptivos y poco más del 79 % de estas iniciaron el uso antes de tener su primer hijo. Aunque advierte que si bien una alta proporción utiliza métodos anticonceptivos *‘se desconoce la frecuencia, consistencia y efectividad de este uso’*.

En cuanto a la mortalidad materna, señala que en 2006 un 29 % de estas muertes se debieron a complicaciones de aborto, que es la principal causa de muerte materna en el país desde hace 15 años.

Se estima, por otro lado, que anualmente se realizan en el país entre 372 y 522 mil abortos.

Estos números son estimados dado que, como el aborto inducido es ilegal en el país, su magnitud sólo puede establecerse por medios indirectos.

# La Educación Sexual

EN OCTUBRE 2006  
EL CONGRESO NACIONAL  
PROMULGA LA LEY 26.150  
QUE CREA EL PROGRAMA  
NACIONAL DE EDUCACIÓN  
SEXUAL INTEGRAL<sup>1</sup> Y CUYOS  
OBJETIVOS SON:

**A. INCORPORAR LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL DENTRO DE LAS PROPUESTAS EDUCATIVAS ORIENTADAS A LA FORMACIÓN ARMÓNICA EQUILIBRADA Y PERMANENTE DE LAS PERSONAS.**

**B. ASEGURAR LA TRANSMISIÓN DE CONOCIMIENTOS PERTINENTES, PRECISOS Y CONFIABLES Y ACTUALIZADOS SOBRE LOS DISTINTOS ASPECTOS INVOLUCRADOS EN LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL.**

**C. PROMOVER ACTITUDES RESPONSABLES ANTE LA SEXUALIDAD.**

**D. PREVENIR LOS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD EN GENERAL Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN PARTICULAR.**

**E. PROCURAR IGUALDAD DE TRATO Y OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y VARONES.**

*“El cumplimiento de la Ley N° 26.150 busca fortalecer las capacidades de los propios niños, niñas y adolescentes para asumir una vida plena, que contribuirá a la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH-Sida, tal como recomienda el Comité de los Derechos del Niño en lo que hace a la inclusión de contenidos de educación sexual, de prevención de VIH Sida y de la salud reproductiva en los programas escolares. En el mismo sentido, la educación sexual constituye una oportunidad para que la escuela, en articulación con otros actores, comience a buscar y ofrecer respuestas eficaces a situaciones de vulneración de derechos, como la violencia, abuso, maltrato contra los-as niños-as y adolescentes de todas las medidas de protección y reparación necesarias para atender a estos problemas”.*

*La Ley retoma la concepción sostenida por la Organización Mundial de la Salud: “El término “sexualidad” se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser humano. (...) Se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones. La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. (...) En resumen, la sexualidad se practica y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos”.*

El Ministerio de Educación de la

Nación ha publicado hace un par de meses la Serie Cuadernos de Educación Sexual: cuadernillos de educación sexual que serán distribuidos en todas las escuelas del país, junto con trípticos y láminas expositivas, en cada nivel educativo de todas las escuelas del país, de gestión pública y privada, con el propósito de facilitar el trabajo de los docentes y colaborar con la efectiva incorporación de la Educación Sexual en las aulas.

Según el Ministerio, el material contiene diversas secuencias de actividades agrupadas por ejes temáticos donde se ofrecen casos o escenas de la realidad para pensar y compartir entre los maestros. Cuentan, además, con propósitos formativos, propuestas de trabajo para el aula, cuentos, canciones y actividades. A su vez, el texto destina un espacio con sugerencias para reuniones con las familias y recomendaciones de actuación frente a una situación de maltrato.

Los destinados al Nivel Inicial presentan ejemplos relacionados con el conocimiento y cuidados del cuerpo, la intimidad propia y ajena, diversos comportamientos de autoprotección, la igualdad de oportunidades para varones y mujeres entre otros.

En tanto, el cuaderno para el Nivel Primario se ocupa de casos vinculados con los derechos de los niños y niñas, el respeto a la diversidad, los distintos modos de vida, el cuidado del cuerpo y la salud y la valoración de la afectividad.



las relaciones de género y la sexualidad. Muy a menudo nos preguntamos cómo transformar los hábitos mentales y las conductas para arribar a una sociedad más equitativa, para obtener "una vida digna de ser vivida", parte de un colectivo que respete la otredad; una vida plena para las diversas manifestaciones de la identidad, sexual, de clase, de color de piel, de orientación religiosa. Pedimos cambios de políticas, reclamamos que el Estado encare tareas decisivas para erradicar la discriminación, exigimos leyes y garantías para consagrar el derecho fundamental de la diversidad. Pero sabemos que aún con todas esas intervenciones positivas de la gubernamentalidad, la gran tarea apenas se realiza y que las batallas decisivas deben librarse en otro lugar, en el campo de las mentalidades, en la condición subjetiva de varones y mujeres, en el estrato denso de las actitudes. Desde luego – se sabe muy bien –, hay instituciones cruciales: las estructuras familiares y las educativas constituyen reservorios genealógicos excepcionales y muy difíciles de alcanzar por las urgencias renovadoras. Esos órdenes gravitantes han redundado en resistencias a las alteraciones de sentido, su gusto por los valores tradicionales es encomiable. La reciente ley de Educación Sexual revela finalmente la decisión estatal de horadar esa ciudadela del prejuicio que ha constituido el sistema educativo con consecuencias incontestables en el moldeamiento de las personalidades. Con todos sus defectos –que no son pocos– la ley es un instrumento que tal vez permitirá progresar en materia de respeto y de forja de autonomía, y eso dependerá mucho del cuerpo docente por lo que es fundamental nutrirlo adecuadamente.

En esa perspectiva, este libro es una singular tentativa de allegar conocimiento y destrezas operativas a la comunidad pedagógica que se dispone a encarar con responsabilidad y con convicción la tarea de impartir una educación sexual liberada de las argumentaciones morales y sanitarias. Está dirigido sobre todo a la docencia de la escuela media, pero su conteni-

En el Nivel Secundario se distribuirán conceptos y propuestas tales como: Educación Sexual Integral y vida cotidiana, marcas de iniciación en los rituales, educación para la salud (biología, cuerpo y sexualidad), embarazo y adolescencia, infecciones de transmisión sexual, violencia y maltrato, vulneración de derechos y abuso sexual en la adolescencia.

Además, los educadores cuentan con diversas estrategias de formación (de modalidad presencial y/o virtual) con el fin de profundizar contenidos para abordar la temática frente a los alumnos y las alumnas<sup>2</sup>.

La Serie Cuadernos de Educación Sexual Integral forma parte de las acciones que viene llevando a cabo la cartera educativa en materia de capacitación; responden, además, a lo soli-

citado por las/os docentes en una encuesta realizada en 2007 acerca del estado de situación de la educación sexual en el ámbito escolar.

## EDUCACIÓN SEXUAL Y CREATIVIDAD

También en el marco del Programa Nacional de Educación Sexual Integral se inscribe el libro "**Género y sexualidades en las tramas del saber**", Libros del Zorzal, 2009, coordinado por Silvia Elizalde, Karina Felitti y Graciela Queirolo.

En su Prólogo, nos dice **Dora Barrancos**:

"Se debe a un grupo de jóvenes investigadoras pertenecientes a varias disciplinas, la autoría de este texto cuyo objetivo primordial es contribuir a formar docencia rigurosa en torno de

do puede ser muy bien usufructuado por otros segmentos de la enseñanza, y no sólo de los niveles inferiores. Sorprende el preconcepción y la desinformación sobre los tópicos de este libro que se constata entre la membresía de la docencia universitaria que no pocas veces se arroga una suficiencia epistémica plagada de los errores más graves del "sentido común". Sin duda el texto excede el circuito del magisterio que puede ser un ávido consultante, también el gran público es su destinatario. Las relaciones de género y la sexualidad adquieren la sólida estructura de lo inexorable, el molde del estereotipo en nuestros contextos vitales, domésticos y públicos.

Pero no se trata de un pliegue secundario, es esencial a la existencia las inscripciones de la sexualidad, una cuestión que ha dependido menos de las elecciones personales que de las épocas, de los contextos sociales a lo largo de los tiempos. Digámoslo una vez más, durante la mayor parte de la historia, la sexualidad ha sido forjada "del lado de afuera", esto es, ha respondido a modos prescriptivos que debieron ser acatados. Sólo en el siglo que acabamos de dejar se vivió la gran transformación, un cambio de resonancias y de sensibilidades que significó también un cambio de conceptos, tanto en el mundo de la ciencia como en el "de la vida". Creo que el primero le debe casi todo al segundo.

Fue en el siglo XX que adquirieron otra dimensión tanto el fenómeno de la diferencia sexual como el de la diversidad de la sexualidad. En su transcurso se desarrolló, con un gran despliegue argumentativo, la resistencia al estereotipo y a los imperativos del "lado de afuera". Entre las transformaciones sociales y culturales que se precipitaron en el XX –aunque es necesario reconocer la marcha iniciada ya en el XIX – se destaca la contribución de las personas afectadas, la lucha de las mujeres, de los homosexuales y de la gama de agencias que representan a los sujetos transgéneros, transexuales e intersexuales. Al menos cuatro desmontajes han provo-

cado la más notable revolución que hemos podido presenciar las personas de la generación de los '60: la disolución del vínculo entre sexualidad y reproducción, la extinción del código de la heterosexualidad obligatoria, la posibilidad de reproducción sin acto sexual, el goce sexual como un derecho humano. Las derivas de estas circunstancias suponen una nueva era de reconocimientos, por lo que enseñar acerca de diferencia de géneros, la sexualidad y la diversidad significa tomar un punto de vista que no se compadece con la neutralidad.

Maestras y maestros, profesoras y profesores, madres y padres, pueden encontrar en este libro razones sustantivas para sacudir los prejuicios y abandonar el empleo del término "tolerancia", una fórmula poco digna de la verdadera naturaleza del reconocimiento de la otredad. Las personas sexualmente diversas no necesitan que se las tolere, sino que se las considere en su pleno derecho a la diferencia. Cuando "toleramos" apenas efectuamos un acto piadoso que en realidad sólo tiene en consideración a nosotros mismos.

He apoyado – a título personal y también como directora del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires – con especial afecto y energía este libro porque confío en la aptitud pedagógica que lo caracteriza y porque estoy convencida que hay vacancia de estos trabajos en el que se unen investigaciones rigurosas con un excelente estilo comunicativo. También estoy persuadida del papel renovador que pueden cumplir entre distintos públicos. Hay aquí abordajes de campos diversos, la historia, la comunicación y la creación artística y literaria, y en conjunto permiten ampliar el mapa de las desigualdades de género y los términos de los desencuentros ominosos que ha implicado la sexualidad.

Por razones académicas y personales me encuentro en una situación de gran cercanía a sus autoras, de modo que la neutralidad me es ajena a la hora de sostener la importancia de sus contribu-

ciones y el compromiso de reunir saberes con propósitos liberadores de la condición humana. Ni las concepciones menos erizadas de las posiciones posmodernas, ni la eliminación – completamente compartida – de la dotación de un sentido a la historia, autorizan a renunciar a la ética. Y como lo aseguró el notable filósofo Emmanuel Lévinas, situar la diferencia de la condición humana fuerza a instalar, de modo inexorable, obligaciones éticas. Y este libro no olvida esa tarea".

El libro invita a las docentes de la enseñanza media a plantearse preguntas tales como: ¿Qué sabemos de la historia de las mujeres y la diversidad sexual en nuestro país y en el mundo? ¿Tiene género el lenguaje? ¿Cómo interpela la producción artística a las sexualidades? ¿Cómo analizar las marcas del sexismo, la homofobia y la discriminación en los discursos mediáticos? (contratapa del libro).

"Género y sexualidades en las tramas del saber" incluye ricas y variadas propuestas de trabajo a partir de textos y medios audiovisuales.

1 <http://www.rimaweb.com.ar/articulos/2010/ley-26-150-programa-nacional-de-educacion-sexual-integral/>

2 Nota MEI: la información que recibimos – muy especialmente desde las provincias – señala que una de las principales fallas del programa es una inadecuada capacitación de las/os docentes.



# Estrategias en defensa de los **derechos sexuales y reproductivos**

11

UNA HERRAMIENTA INELUDIBLE PARA MONITOREAR EL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS ES LA PRÁCTICA DEL ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

Por Monique Altschul y Maiten Strazzaboschi



## ¿QUÉ ES EL DERECHO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA?

*“El derecho de acceso a la información pública se apoya en el principio de la publicidad de los actos de gobierno y en el de rendición de cuentas. En tanto los ciudadanos delegamos en nuestros representantes el poder de administrar la cosa pública, ellos deben dar cuenta y publicidad de cada uno de sus actos para que podamos controlar el poder que delegamos. El derecho de acceso a la información pública es un fin en sí mismo, pero también es un medio para el ejercicio de otros derechos: sin información resulta difícil y complicado poder ejercer derechos económicos y sociales y/o participar y fiscalizar los asuntos públicos. A su vez, el derecho de acceso es la contracara de la libertad de expresión: cuánto mejor informadas/os estemos, mejor y de manera más responsable*

*podremos opinar sobre los asuntos públicos. El derecho se encuentra reconocido constitucionalmente...” (CIPPEC- [www.cippec.org.ar](http://www.cippec.org.ar))*

Si bien no tenemos aún una Ley Nacional de Acceso, tenemos el Decreto Nacional 1172/03 del Poder Ejecutivo. Además del decreto del Poder Ejecutivo, existen numerosas leyes, decretos y ordenanzas provinciales y municipales ([verwww.mujeranticorruptcion.org.ar](http://www.mujeranticorruptcion.org.ar), website de Fundación Mujeres en Igualdad; ver también Acceso Libre [www.accesolibre.org/normativas.php](http://www.accesolibre.org/normativas.php)). Estas normativas son casi desconocidas por la población de esas ciudades, no sólo por las/os ciudadanas/os sino por el periodismo, que debería utilizar con frecuencia ese recurso.

Actualmente, una articulación de organizaciones de la sociedad civil<sup>1</sup> promueve la adhesión a la campaña *“Saber es un derecho, ¡Que ahora sea ley!”*, por una Ley Nacional de Acceso a la Informa-

ción Pública. La discusión se da simultáneamente en ambas cámaras del Congreso.

Algunos de los pedidos de información pública referidos a derechos sexuales y reproductivos llevados a cabo por la Red **“Mujeres al borde de la información”**<sup>\*\*</sup> son:

### CONSULTA ACERCA DE LA ASISTENCIA A ADOLESCENTES EMBARAZADAS

Frente al incremento de adolescentes madres, el Centro de Protección Familiar de La Falda – Córdoba, pidió información al Hospital Municipal sobre: a cuántas adolescentes asistió el hospital durante el año; cuántas fueron acompañadas por sus parejas; cuál era la edad de sus parejas, su origen socioeconómico; si recibieron información del cuidado de sus bebés, y qué programa o propuesta surge del hospital en los barrios. El objetivo del pedido fue conocer

programas existentes e impulsar la búsqueda de datos por parte del Hospital.

### CONSULTA ACERCA DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

El Foro de Mujeres del Mercosur de Mendoza, frente a la interrupción del programa, realizó un pedido de información al Ministerio de Salud de la Provincia preguntando: por qué se había declarado la Emergencia Sanitaria en la provincia; si estaban en emergencia o se estaba reestructurando el sistema y qué proyectos nuevos había en marcha.

El Foro de Mujeres del Mercosur, también realizó un pedido de información a los responsables del Programa de Salud Reproductiva, sobre el funcionamiento del mismo; preguntaban puntualmente: en qué condiciones se recibió el Programa Provincial de Salud Reproductiva; si fue incluido en el área de Salud Materno Infantil, con qué presupuesto cuenta; si los insumos son recibidos con regularidad y si son suficientes.

### CONSULTAS ACERCA DE LA ATENCIÓN EN HOSPITALES

En Comodoro Rivadavia - Chubut, la Red Mujeres Nuevo Milenio realizó un pedido dirigido al Director del Hospital Regional para saber en qué servicios y a cuántos profesionales de enfermería se necesita incorporar y cuáles son los avances concretos en los Centros de Atención Primaria de la Salud del Programa de Mejora de la Calidad Institucional.

En la Provincia de Buenos Aires, MEI, realizó un pedido de información al Hospital Central de San Isidro, al Secretario de Salud de San

Isidro y a la Dirección General de la Mujer de San Isidro acerca de la atención a mujeres violadas.

Este pedido estuvo motivado por el caso de una mujer de 42 años que fue llevada al Hospital de San Isidro luego de ser víctima de una violación. En este hospital no la atendieron por no contar con personal e insumos especializados y tuvo que ser trasladada al Hospital Materno-Infantil de San Isidro donde recibió atención después de 7hs.

Lo que se preguntó fue: por qué el hospital no tiene un servicio de atención de emergencia, por qué no tenían el kit de emergencia para atención de casos de violación, por qué la mujer no recibió contención psicológica.

El acceso a la información pública provee a la ciudadanía de datos para llevar a cabo campañas de

incidencia o de *advocacy* contra las distintas formas de discriminación contra las mujeres así como acciones de *accountability* o rendición de cuentas de funcionarios/as que permitirán combatir la corrupción que afecta de manera singular a los derechos de las mujeres.

\* Integrada por Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia (ACIJ), Asociación por los Derechos Civiles (ADC), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Foro de Periodismo Argentino (FOPEA), Fundación Ambiente y Recursos Naturales (FARN), Fundación Mujeres en Igualdad (MEI), Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Poder Ciudadano



# LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA ES UN DERECHO

Anticoncepción quirúrgica es ligadura de trompas y vasectomía

Comunicado del PNSSyPR a Referentes Provinciales y Efectores de Sistema de Salud - 8 de Abril de 2010

**EL ÚNICO REQUISITO ES SER MAYOR DE EDAD, SOLICITARLO AL SERVICIO DE SALUD FORMALMENTE Y FIRMAR UN CONSENTIMIENTO INFORMADO. NO SE REQUIERE INTERVENCIÓN JUDICIAL, NI HABER TENIDO HIJOS, NI "AUTORIZACIÓN" DE LA PAREJA. ES UNA PRÁCTICA COMPLETAMENTE GRATUITA TANTO EN EL SISTEMA PÚBLICO COMO EN OBRAS SOCIALES Y PREPAGAS.**

Ante los artículos periodísticos donde se informa que en algunas provincias se solicita autorización judicial para las prácticas de anticoncepción quirúrgica, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) quiere aclarar a las y los Referentes Provinciales de SSSyR y a todos los efectores de salud que:

- 1)** La ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica, vigente desde el 29 de agosto de 2006, es un derecho sexual reconocido a nivel nacional que incluye ligadura de trompas para las mujeres y vasectomía para los varones.
- 2)** Todos los servicios de salud pública están obligados a practicarlas a quien la solicite. Está incorporado en el Plan Médico Obligatorio (PMO) de todas las obras sociales y pre pagas con una cobertura del 100 por ciento, sin importar el lugar del país en que se encuentren.
- 3)** Toda persona mayor de edad (18 años) tiene derecho a acceder a la realización de la ligadura de trompas de Falopio o vasectomía si lo requiere formalmente y otorga su consentimiento informado. El artículo 4 de la ley establece que la persona debe primero "recibir información adecuada respecto de la naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar, otros métodos anticonceptivos alternativos a la intervención quirúrgica y las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias". Esto significa que si la persona tiene la decisión tomada de realizarse una práctica de anticoncepción quirúrgica, el sistema de salud tiene la obligación de realizarla.
- 4)** No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente **ni autorización judicial**. La ley en su artículo 3 establece como única excepción "los casos en que la persona esté declarada judicialmente incapaz". Toda persona mayor de edad (18 años), haya o no tenido hijos, puede solicitarla directamente en el servicio de salud.
- 5)** Ante las dudas sobre la diferencia entre provincias, es necesario aclarar que las legislaciones provinciales no pueden restringir derechos establecidos por normas nacionales. Por lo tanto, cuando alguna legislación provincial resulte más restrictiva debe primar la ley nacional 26.130.
- 6)** El Comité Coordinador del Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS) expresó recientemente su preocupación por el incumplimiento de la ley de anticoncepción quirúrgica. El PNSSyPR emite el presente comunicado para reafirmar cuáles son los derechos sexuales y reproductivos establecidos por ley y cuya práctica deben garantizar todos los efectores de salud del país.

**Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable**

**Firmado por Paula Ferro, Coordinadora, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Subsecretaría de Salud Comunitaria, Ministerio de Salud de la Nación (extraído del website del Ministerio)**

## AFRICA

### Sección Sur – Sur

*Mujeres en Igualdad* incluye una sección de intercambio con distintos países de Africa. Responde a contactos que fue haciendo M.E.I. en los últimos años y que nos permite ver las similitudes y diferencias entre los problemas, aportes y experiencias de organizaciones de mujeres de uno y otro continente.

## SEMANA ANTI-CORRUPCIÓN:

# Corrupción en el sector salud en Uganda

<http://www.comminit.com/en/node/288299/38>

La Semana de Lucha contra la Corrupción es una campaña anual de Uganda que se hace en todo el país, organizado por la Coalición Anti-Corrupción Uganda (ACCU), que toma cada año un tema distinto, relacionado con la corrupción. En 2007, la campaña examinó la transparencia y la rendición de cuentas en la distribución de medicamentos esenciales, para garantizar un aumento significativo en la disponibilidad de estos medicamentos en el sector de la salud pública. La campaña se centró en cuestiones relacionadas con la baja disponibilidad de medicamentos, las fugas de los medicamentos, y la mala gestión. Según los/as organizadores/as, los estudios habían demostrado una escasa disponibilidad de fármacos en los servicios de salud pública, así como grandes cantidades de medicamentos destinados a organismos públicos que se filtraron al mercado privado, donde se pueden obtener mayores ganancias. La organización también señaló que la mala gobernanza y la corrupción derivan de una mala gestión que lleva a que los problemas pasen

desapercibidos o no se denuncien.

La campaña se proponía destacar la responsabilidad de los proveedores de salud para con los consumidores y las comunidades a las que se supone que deben servir. De acuerdo a ACCU, los consumidores en general carecen de organización y poder para lograr que otros actores expresen sus críticas o elijan un proveedor de salud diferente. Esta campaña ha buscado pues fortalecer la responsabilidad social, entendida como la exigencia de rendición de cuentas basada en la participación cívica – directa o indirecta - de los/as ciudadanos/as y las organizaciones de la sociedad civil. Se trata de una amplia gama de medidas y mecanismos que la comunidad toda puede utilizar para hacer que los funcionarios públicos rindan cuentas.

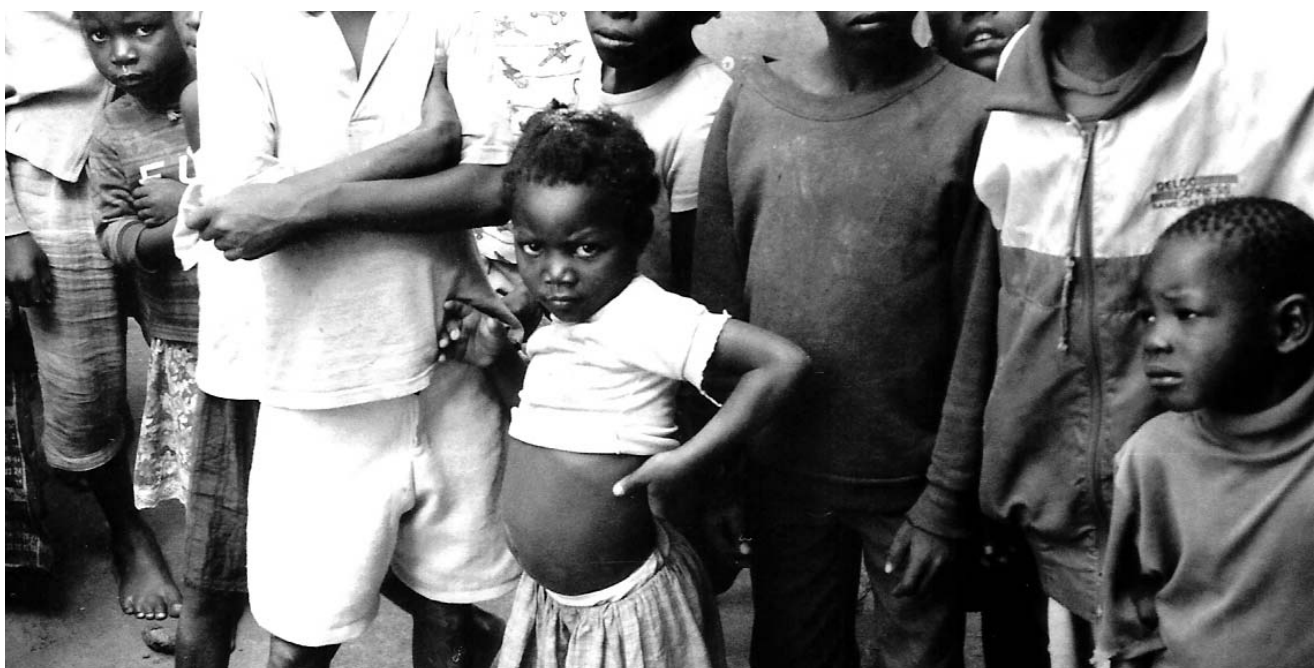
La Semana de Lucha contra la Corrupción 2007 fue diseñada para crear conciencia en la gente acerca de los problemas existentes y sus derechos a la salud, e informarlos acerca de qué canales están disponibles para hacer denuncias y para obtener reparaciones.

Las actividades fueron diseñadas para lograr tres resultados: exponer casos concretos de corrupción en la distribución de medicamentos; formar grupos de la comunidad para el seguimiento futuro y velar por compromisos concretos de los dirigentes locales. Durante la campaña, se recolectaron los nombres y contactos de voluntarios/as interesados/as en monitorear la distribución local en el sector de la salud. Los/as voluntarios/as, que pasaron a integrar un grupo de la comunidad, se hicieron entonces responsables de pedir a los líderes locales que rindieran cuentas. Se les dio la tarea de garantizar que un mayor número de casos de corrupción relacionados con los medicamentos sean de hecho investigados por las autoridades y que estos hechos no se ignoren o queden irresueltos como ha sido el caso. Para crear conciencia y establecer el compromiso y el apoyo, la campaña encaró una amplia gama de actividades, como ser manifestaciones, debates, el foro de teatro, y una campaña en los medios de comunicación impresos y electrónicos.

**AFRICA****SECCIÓN SUR - SUR**

# 14 EL VIH/SIDA mozambique

SEGÚN UNICEF, TODOS LOS AÑOS, ALREDEDOR DE 30.000 NIÑOS Y NIÑAS NACEN CON VIH/SIDA EN MOZAMBIQUE. MÁS DEL 50% MUEREN DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA, Y LA MITAD DE LOS RESTANTES NO SOBREVIVEN EL SEGUNDO AÑO. SEGÚN LOS CÁLCULOS, EN LA ACTUALIDAD HAY 68.000 NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS QUE VIVEN CON EL VIH/SIDA EN ESE PAÍS; LA GRAN MAYORÍA DE ELLOS TIENEN UNA VIDA MUY CORTA, DEBIDO A UNA SERIE DE GRAVES ENFERMEDADES.



Carole J.L. Collins en su trabajo *"La pandemia del VIH/SIDA en Mozambique - Cómo hacer frente a la herencia del apartheid"*<sup>1</sup> analiza, por una parte, la forma en que el apartheid, por medio de sus estructuras económicas y sus guerras de desestabilización para preservar a la minoría blanca en el poder, contribuyó a dar forma y profundizar la pandemia del VIH/SIDA en Mozambique y, por otra, la manera en que este trágico legado ha continuado hasta el día de hoy.

El régimen del apartheid en Sudáfrica, y sus esfuerzos por desestabilizar a través de movimientos rebeldes, a los vecinos de este país, gobernados por las mayorías negras, concluyó formalmente a principios de la década de 1990. Tras la firma del acuerdo de paz en 1992, Mozambique registró considerables avances en la reconstrucción econó-

## AFRICA

# Mozambique / VIH

mica y social. No obstante, este progreso se vio minado por la profundización de la pandemia del VIH/SIDA que los legados del apartheid contribuyeron a definir y acelerar, así como por las estructuras económicas coloniales y el régimen de una minoría blanca, factores que aún siguen vigentes.

En este estudio se examina cómo la conjunción de múltiples elementos dio forma a la pandemia del VIH/SIDA en Mozambique y agudizó los factores de riesgo de infección por el VIH, en particular:

- el legado del colonialismo portugués (incluido un sistema de mano de obra migrante de bajos salarios en toda la región y la escasez de servicios de salud pública al momento de lograr la independencia);
- la violencia y el caos social que trajo la guerra entre 1980 y 1992, que fuera promovida por el apartheid y que, a causa de la destrucción generalizada de la vida familiar, el desplazamiento de cerca del 40 por ciento de los mozambiqueños y la destrucción de las infraestructuras de transporte y salud, se convirtiera en un factor determinante del patrón geográfico y del momento de propagación del VIH/SIDA en todo el país y socavara la capacidad del gobierno para responder ante la enfermedad;
- la necesidad de tener que recurrir a estados vecinos con una alta prevalencia del VIH para defender la infraestructura de Mozambique y como refugio del caos de la guerra en el país;
- el fracaso o la incapacidad para instituir programas eficaces de prevención de la infección por el VIH entre los refugiados que regresaban al país;
- la implantación de políticas económicas y de otra índole (bajo la presión de los donantes) que han contribuido a limitar el acceso a la atención sanitaria básica, elemento fundamental en la lucha contra una pandemia.

Collins analiza la forma en que la dependencia de los donantes externos inducida por la guerra socavó la autonomía del gobierno de Mozambique para establecer una política nacional de salud y su capacidad para ejecutar una estrategia nacional eficaz. También se aborda la manera en que unas condiciones de ajuste estructural impuestas desde el exterior minaron la respuesta del país a la pandemia del VIH/SIDA en diversas formas.

Pero si los donantes y los gobiernos africanos son realmente serios en sus intenciones de detener la creciente ola de infección por el VIH/SIDA, deben comenzar a desarrollar alternativas a largo plazo al sistema de mano de obra constituida por migrantes de bajos salarios en toda la región, que continúa fragmentando la vida familiar y sigue impulsando los factores de riesgo de infección, así como proponer opciones al modelo de desarrollo predominante orientado a las exportaciones, sobre el cual descansa dicho sistema.

---

1 Producido por UNRISD (Instituto de Investigaciones para el Desarrollo Social de las Naciones Unidas) con el apoyo de Noruega. Carole Collins trabaja actualmente como consultora independiente y escribe sobre temas relativos a la situación en África. (presentación relevada de Internet)

# Feminización del sida en Argentina y en el mundo



Por Ulrika Holmström, ASDI – SIDA, Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo

TENER UNA ÚNICA PAREJA NO ES UNA FORMA SEGURA DE PROTEGERSE CONTRA EL VIH Y EL SIDA. ESO LO SABEN TODAS LAS MUJERES QUE, A PESAR DE SENTIRSE SEGURAS EN SU RELACIÓN ESTABLE, FUERON INFECTADAS CON EL VIRUS. EN LATINOAMÉRICA, SE ESTIMA QUE LA MITAD DE LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH ERAN MONÓGAMAS Y FUERON INFECTADAS POR SUS PAREJAS ESTABLES.

En el mundo, hay una clara tendencia a la feminización de la epidemia del sida. África al sur del Sahara es la región más afectada y las mujeres ya ocupan un 60% de las personas infectadas. Entre los/las jóvenes la situación es aún más preocupante: el 75% de los/las infectados/as de entre 15 y 24 años son mujeres. A nivel internacional es notable el aumento de la proporción de mujeres durante los últimos diez años.

En la Argentina, por más que sea menos notable que en África, también se ve una tendencia de feminización del sida. Los hombres siguen representando la mayor parte de los casos; casi el 75% de los/las VIH-positivos/as son hombres (de ellos 31% se infectó en una práctica sexual con otro hombre y 42% en una relación heterosexual). Sin embargo, a partir del 2004 se ve un aumento de la proporción de mujeres, sobre todo entre los/as jóvenes. Según el informe oficial de Argentina, en el período 2001-2007, entre los jóvenes de 14 a 24 años del Gran Buenos Aires, por cada dos hombres notificados hay tres mujeres. En muchos países la infección se gene-

raliza cada vez más y la mayoría de las personas son infectadas a través de relaciones heterosexuales sin protección. El riesgo de contagio del VIH se manifiesta de manera muy diferente para mujeres y hombres, lo cual es una consecuencia de los papeles de género y de las ideas establecidas sobre la sexualidad femenina y masculina.

Muchas mujeres no pueden decidir sobre su propio cuerpo y su sexualidad. La sexualidad femenina en la mayoría de las culturas está rodeada por muchos límites invisibles. Varios son los casos de mujeres violadas que son cuestionadas por el tipo de ropa que usaron, por la zona donde se movieron o con quien se encontraron. La violencia es una de las mayores amenazas contra la salud de las mujeres. Según un estudio de la Organización Mundial de la Salud entre 15-72% de las mujeres en diez países sufrieron violencia por parte de un hombre cercano, y la violencia sexual es un factor que aumenta el riesgo de infección de VIH de forma dramática. Asimismo, para muchas mujeres, el primer encuentro sexual no fue consensuado.

De las mujeres viviendo con VIH, las experiencias de violencia parecen ser más comunes todavía. Según el informe "VIH/SIDA y Violencia – dos caras de la misma realidad" realizado por FEIM, EPES, GESTOS y MYSU, 93,1% de las mujeres argentinas viviendo con VIH refirieron haber estado sometidas a situaciones de violencia.

Los estereotipos de género también afectan a los hombres, lo que aumenta el riesgo de transmisión del virus. La sexualidad juega un papel importante para la normas de género sobre masculinidad que incentivan a los hombres a tener muchas parejas sexuales, a tomar siempre la iniciativa y nunca decir que no y a tener relaciones con mujeres más jóvenes. Las normas de género están íntimamente relacionadas con la norma de la heterosexualidad y cuando se asume que todas las personas son heterosexuales se esconde el hecho de que la sexualidad humana se expresa en sus más diversas formas.

Todos/s sabemos que la realidad es más compleja de lo que nos enseñan los estereotipos. En el mundo no hay dos tipos de personas sino millones.

Sin embargo, a todos/as nos afectan las ideas sobre lo que se “puede hacer” sin romper el contrato invisible de género.

Algunas estrategias de combate al sida no parten de un análisis de la realidad, sino de ideas conservadoras sobre lo que la sexualidad de mujeres y hombres “debería” ser. Generalmente, esas estrategias fracasan. El trabajo de prevención de VIH y sida sólo puede ser efectivo cuando se toman en cuenta las relaciones de poder y de género y cuando se habla abiertamente sobre la sexualidad, sin prejuicios. Cuando se va más allá del abordaje de los problemas de la sexualidad (claro que sin negar la existencia de violencia y discriminación, de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados), y se abre un espacio para hablar de deseo y placer, sentimientos e identidad, la educación puede ser una herramienta excelente de prevención de VIH.

La Dra. Nahid Toubia, Presidenta de la red africana Rainbo (Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women) destaca el papel importante de la sexualidad para generar una sociedad mejor.

*“En una sociedad democrática y secular, sexo y sexualidad deben ser protegidos como asuntos de opción personal. Cuando llegemos a tal punto, sabremos que alcanzamos el umbral del desarrollo humano holístico”. (“In a democratic secular system, sex and sexuality should be protected as a matter of personal ownership and choice. When we have reached that point, we will know that we have reached the threshold of holistic human development.” )*

Fondo de Población de Naciones Unidas  
Argentina–Country Progress Report 2008



## EL VATICANO Y EL SIDA

*“Los Preservativos no son la respuesta a la epidemia de sida en África e incluso pueden agravar el problema”,* dijo el Papa Benedicto XVI en su primer viaje al continente (Camerún, marzo 2009). Ya era conocida la posición hostil del Vaticano frente al uso del preservativo, pero el actual Papa hasta ahora nunca dejó tan claro lo que opina y según analistas es la primera vez que menciona la palabra “preservativo”. Opinó que la *“única vía eficaz para luchar contra la epidemia es una renovación espiritual y humana de la sexualidad”,* unida a un *“comportamiento humano moral y correcto, destinada a “sufrir con los sufrientes”.*

Sin embargo, entre expertos en prevención de VIH y hasta entre los/as católicos/as, son pocos/as los/as que están de acuerdo con el Papa y la crítica ha sido dura. Incluso, una mayoría de los/as católicos/as están a favor del uso de preservativos. En un estudio de “Catholics for Choice”, 90% de los/as católicos/as en México, 86% en Irlanda, 79% en EEUU, 77% en las Filipinas y 59% en Ghana concordaron con la frase: *“usar preservativos es pro-vida porque ayuda a salvar vidas previniendo el sida”.*

Más de 25 años de trabajo en prevención de VIH han mostrado cuales son las estrategias más eficientes. ONUSIDA recomienda un abordaje amplio que toma en cuenta los factores estructurales que están por detrás de la epidemia, (las relaciones de género y poder, la pobreza, deficiencia de sistemas de salud etc.) en combinación con la promoción de preservativos, que consideran parte esencial del trabajo de prevención.

## TRANSMISIÓN Y SALUD DE LA MUJER

# Errando al Blanco

LA COALICIÓN INTERNACIONAL DE PREPARACIÓN PARA EL TRATAMIENTO (ITPCITPC) ES UNA COALICIÓN MUNDIAL DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y SUS APOYOS Y DEFENSORES. SUS OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS GENERALES SON: EL USO DE UN ENFOQUE COMUNITARIO PARA LOGRAR EL ACCESO UNIVERSAL AL TRATAMIENTO, PREVENCIÓN, Y TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y AQUÉLLAS EN RIESGO. HACIA FINES DE 2008, MILES DE PERSONAS EN 125 PAÍSES ESTABAN DIRECTAMENTE AFILIADAS A LA ITPC Y TRABAJABAN PARA ALCANZAR ESTOS OBJETIVOS A NIVEL LOCAL, REGIONAL E INTERNACIONAL. EL MONITOREO DEL TRATAMIENTO Y EL PROYECTO DE INCIDENCIA (TMAP), UN PROYECTO DE LA ITPC, IDENTIFICA LAS BARRERAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOBRE EL SIDA Y HACE A LOS GOBIERNOS NACIONALES Y LAS INSTITUCIONES MUNDIALES RESPONSABLES POR LOS ESFUERZOS DE MEJORAMIENTO. LA SERIE DE INFORMES "ERRANDO EL BLANCO" (NO ALCANZAR LOS OBJETIVOS) ES ÚNICA EN EL MUNDO DEL SIDA Y LA SALUD GLOBAL, AL OFRECER UN ANÁLISIS INTEGRAL, OBJETIVO, EN TERRENO, DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOBRE EL SIDA QUE ES "PROPIEDAD" DE LOS CONSUMIDORES DE LA SALUD PÚBLICA DE LA SOCIEDAD CIVIL.

([www.aidstreatmentaccess.org](http://www.aidstreatmentaccess.org) / [www.itpcglobal.org](http://www.itpcglobal.org))

Los investigadores y activistas que participaron en este informe tenían por objeto entender por qué, en el mundo entero, no se lograba el objetivo que se había fijado en el año 2001: reducir a la mitad la tasa de infecciones por el VIH de las madres a los bebés. Lo que surgió fue evidencia de que las instituciones mundiales a cargo han estado "cocinando" las estadísticas. A pesar del éxito que han proclamado, están muy lejos de la meta.

Según la organización, el programa global "Prevención de la transmisión Madre-a-Hijo/a" es un modelo de diseño inobjetable y basado en principios de derechos humanos. Sus

cuatro ejes cubren toda la gama desde la prevención a la asesoría para el tratamiento. Pero en la práctica, el programa es un ejemplo vergonzoso de dobles estándares.

*"Recordamos bien la euforia de mediados de los años 90 en nuestra antigua oficina en la sede de UNICEF, cuando surgieron resultados de ensayos clínicos en Uganda y Tailandia. El riesgo de transmisión vertical - el paso del virus de una generación a otra - podía cortarse, gracias a un sencillo régimen de medicamentos, de costo relativamente bajo para las madres y los bebés. Un proyecto piloto de 11 países fue encabezado por UNICEF, con la asistencia de la Orga-*

*nización Mundial de la Salud, y comenzó la "montaña rusa" de buenas/malas noticias".*

Recuerdan que la primera decepción llegó con el título del proyecto piloto: *Prevención de la Transmisión de la Madre al Hijo o PTMI* - un nombre que implica que las madres son la fuente del virus, más que el último eslabón de una larga cadena de transmisión.

En 2000 se recibieron buenas noticias: la compañía farmacéutica Boehringer Ingelheim anunció que en los cinco años siguientes, cualquier país en desarrollo podría solicitar suministros gratuitos de su medicamento

antirretroviral nevirapina - una dosis única que, administrada durante el parto a una mujer VIH-positiva inmediatamente después del nacimiento de su bebé, podría reducir a la mitad el riesgo de transmisión (ahora saben que se trata en realidad de dos quintas partes). Alentados por las posibilidades, los gobiernos del mundo se comprometieron en 2001 a reducir las infecciones infantiles en un 20 por ciento en 2005, y 50 por ciento en 2010.

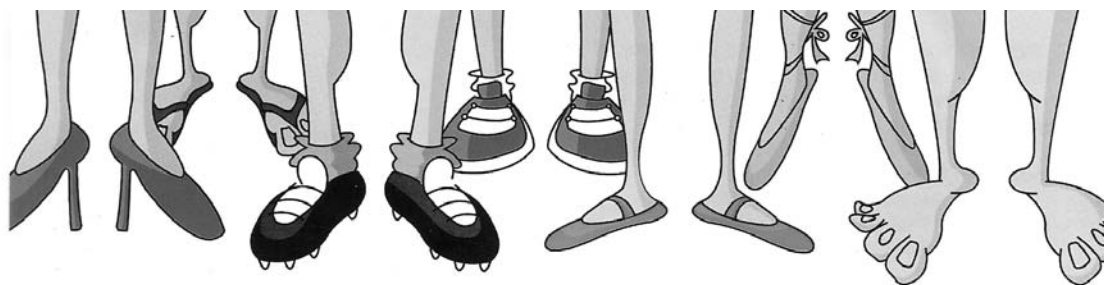
Y de pronto, silencio. Durante años, en informe tras informe emitido por ONUSIDA, la prevención mundial del programa de transmisión de Madre a Hijo apenas se mencionó. Para 2003, el 95 por ciento de las mujeres embarazadas VIH-positivas en el África subsahariana, epicentro de la pandemia, no recibían ningún servicio en absoluto para prevenir la transmisión vertical. En cambio, las naciones ricas bajaban sus índices de transmisión a niveles insigni-

ficantes. En general, para las mujeres pobres de los países en desarrollo, la cobertura se estancó en el 9 % mientras las tasas de infección pediátrica se dispararon. Los expertos dieron sus razones: las mujeres rechazan los tests, las que se los hicieron, no vuelven a buscar los resultados; las mujeres que recibieron medicamentos para autoadministrarse no los tomaron correctamente. Los problemas, parecía, fueron causados por las mujeres.

Mientras tanto, los investigadores llegaron a la conclusión de que, para la mayoría de los bebés del mundo nacidos de madres con VIH, la mejor garantía de supervivencia libre del VIH, era una dieta limitada a leche materna durante los primeros seis meses. Pero la mayoría de las mujeres no amamantaban exclusivamente. El fervor de la ONU para explicar la lactancia materna a las mujeres disminuyó cuando la cuestión se hizo más compleja: los bebés

necesitaban ser alimentados sólo por leche materna, o bien reemplazar totalmente la leche materna por leche artificial; mezclar las dos podría matar al bebé. Sin embargo, para que una madre optara por no dar el pecho, primero tendría que evaluar si el reemplazo reunía cinco criterios: aceptable, factible, asequible, seguro y sostenible. Y luego el riesgo más difícil de evaluar: sin los nutrientes e inmunidades en la leche materna, el bebé podría morir de otras causas. En poco tiempo, en los países en desarrollo que proporcionaban leche artificial y habían alentado a las mujeres con VIH a evitar la lactancia materna, muchos bebés murieron.

Hace unos dos años, comenzamos a notar un tono triunfal en los informes sobre transmisión global de las agencias mundiales. Todo parecía anunciar que finalmente había una escalada de la cobertura[...] Lo que hemos sabido desde entonces nos abrió los ojos y es



# SIDA...

PREVENITE

# ...Somos iguales

Asociación Redes Nueva Frontera

*Mendoza contra el sida*

San Martín 1608 - 4° piso, Of. 74 (5500) Mendoza. - Telefax: (54) 0261 4232623 - Cel: 155057736  
www.redesnuevafrontera.com.ar - e mail: [consultas@redesnuevafrontera.org.ar](mailto:consultas@redesnuevafrontera.org.ar)

profundamente preocupante. Tendríamos que haberlo visto venir: ¿a qué programa de VIH que se ocupa específicamente de las mujeres no le ha faltado fondos, [...] y un lugar en la lista de prioridades mundiales y nacionales? ¿No es precisamente por esto que hemos estado abogando por la nueva agencia de mujeres que la ONU necesita tan desesperadamente? Lo que no esperábamos encontrar, sin embargo, era una conspiración de la desinformación. “Ha habido progresos sustanciales en la ampliación del acceso a los servicios para la prevención de la transmisión de madre a hijo”, se vanaglorian la OMS, ONUSIDA y UNICEF en un informe de situación de 2008 llamado *Hacia el acceso universal*.

El “progreso” se expresa así: en 2007, el 33 por ciento de las mujeres embarazadas que viven con VIH en países en desarrollo recibieron medicamentos para bloquear la transmisión a sus hijos. Las investigaciones realizadas para “*Errando el blanco*” por equipos de seis países corroboran la fea verdad: la tan elogiada cobertura de 33 % se compone principalmente de mujeres que recibieron nevirapina, con regímenes que reducen el riesgo de transmisión del VIH en solamente cerca de 2/5 partes, y pueden causar resistencia a la droga en las mujeres que la necesiten en una etapa posterior de su propio VIH. Muy pocas recibieron la terapia de triple combinación que ha contribuido a que la transmisión vertical resulte casi una cosa del pasado en los países del Norte.

En general, el 33 % representa a las mujeres que no recibieron anticonceptivos u otras ayudas para evitar futuros embarazos no deseados. Lo que es más, no se les aconsejó acerca de la alimentación del bebé (o peor aún, recibieron información errónea), y no se las alentó a amamantar porque, con suministro gratuito de leche de fórmula, cumplían con una de las cinco condiciones: asequible.

Y en plena contravención contra los

derechos de las mujeres como seres humanos, en vez de como madres, la mayoría fueron enviadas a sus casas sin que a nadie se le ocurriera investigar si necesitaban antivirales para su *propia* salud.

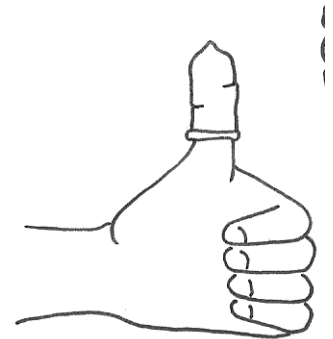
Un hecho es indiscutible: las mujeres que recibieron servicios ‘PMTCT’ eran menos, mucho menos del 33%.

Es absolutamente necesaria una evaluación global honesta para medir el progreso según cada uno de los cuatro ejes y cada uno de los principios. En vez de cantar victoria, las instituciones involucradas tendrían que iniciar esta evaluación, ver qué agencia es responsable de qué déficit, y trazar un plan con plazos precisos. Las mujeres saldrían ganando si se desarmara el programa entero y se lo rearmara de manera realista, recordando que los lugares comunes no preservan ni la vida ni la salud de mujeres y bebés.

Esperamos sinceramente que la prometida agencia de las mujeres de la ONU asegure la prevención de la transmisión vertical.

*Stephen Lewis and  
Paula Donovan*

Co-Directors, AIDS-Free World



Datos de la investigación:

- En Argentina muchas mujeres embarazadas no van a centros de salud hasta que el embarazo está muy adelantado. No existe ninguna estrategia de género en el programa de prevención de VIH del gobierno. La mayor parte de casos de infección de VIH entre infantes se originan en la falta de cuidado prenatal y en información y consejería insuficientes a las mujeres sobre el VIH/sida y sobre derechos sexuales y reproductivos. El acceso al cuidado de la salud varía enormemente en distintas partes del país, y la estigmatización y la discriminación de los trabajadores/as de la salud impiden la utilización del servicio. La violencia contra las mujeres es relativamente común pero existe poca articulación entre los servicios de VIH y los programas anti-violencia.

<sup>1</sup> Investigación de ITPCITPC sobre terreno en Argentina, Camboya, Moldavia, Marruecos, Uganda, Zimbabwe - Mayo 2009

# derechos sexuales reproductivos

## La mirada en la brecha

### Entre leyes y voluntades políticas



SI RECORREMOS LAS COTIDIANEIDADES DE LOS BARRIOS, LAS ESCUELAS, LOS HOSPITALES Y LOS CENTROS DE SALUD, NOS ENCONTRAMOS CON QUE, EN MATERIA DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, LAS REALIDADES SON MUY DISTINTAS A LAS PROFESADAS POR LOS PROGRAMAS, CONVENIOS E INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES Y SUPRAGUBERNAMENTALES. AL RESPECTO CONVERSAMOS CON MABEL BIANCO, MÉDICA, ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA Y SALUD PÚBLICA Y PRESIDENTA DE FEIM (FUNDACIÓN DE ESTUDIOS EN INVESTIGACIONES DE LA MUJER).

por Natalia Israeloff

**-N.I. Partiendo de que existen normativas que resultan un avance en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en Argentina ¿podrías caracterizar brevemente la situación de nuestro país en lo que hace al ejercicio y cumplimiento efectivo de estos derechos?**

**-Mabel Bianco:** Los mayores avances se registraron en los derechos reproductivos más que en los derechos sexuales. La Ley 25.673, sancionada en octubre del 2002, significó un avance muy importante, que se completó con otras dos leyes complementarias: la de Educación Sexual Integral, ya que la 25.673 había dejado por fuera las escuelas privadas, que en nuestro país son casi la mitad; y la Ley de Anticoncepción Quirúrgica, excluida en la 25.673, porque requería un cambio en la Ley de Ejercicio Profesional. La 25.673 es una ley muy amplia que aborda la Educación Sexual, la violencia, espe-

cialmente la violencia sexual, la vinculación con el VIH-SIDA, todo lo que tiene que ver con los servicios de atención de embarazo, parto, y puerperio, y con el cáncer genito mamario. Sin embargo, no se está implementando totalmente: lo más desarrollado por ahora es lo que tiene que ver con los derechos reproductivos y el acceso a la anticoncepción.

**- N.I. ¿Cuáles son hoy en día las dificultades concretas que encuentra este conjunto de leyes para aplicarse en la amplitud y cobertura necesarias?**

**-M.B:** Hay muchas dificultades todavía con la implementación de la Anticoncepción Quirúrgica. En algunos casos se piden requisitos que no corresponden y en otros casos directamente no la quieren hacer. Las mujeres tienen que llegar a la Justicia para poder practicarla. La otra

ley que está sub-implementada es la Ley de Educación Sexual. Está muy lenta, el Ministerio de Educación de la Nación hizo su parte, pero los Ministerios provinciales no. El caso más claro es la Ciudad de Buenos Aires, donde actualmente no hay interés en hacer nada. Dentro de lo que se está implementando hay varios aspectos preocupantes. Uno de ellos es lo que concierne a los/as adolescentes: la ley dice que a partir de los 14 años tienen derecho a acceder a los servicios, pero a la hora de brindárselos empieza a aparecer la variedad de ideas de los distintos prestadores, que exigen ir con un mayor, o se niegan a darle insumos. Cuando llegan las chicas con el embarazo, aunque sean menores de edad, entonces sí se las empieza a reconocer. Otro punto importante es que el país está en deuda con hacer un único protocolo para las víctimas de violencia sexual,

que estaba hecho, y no se qué pasó que no se difunde. También es muy desigual en el país la atención del post-aborto: en los hospitales públicos, las mujeres que son asistidas luego de un aborto, espontáneo o provocado, tienen que entrar en una consejería y salir con el asesoramiento y con el método anticonceptivo. Esto está desarrollándose lentamente, pero por lo menos está funcionando. En cambio la atención del aborto no punible, aquél permitido por la ley, directamente no ocurre.

**- N.I. ¿Qué sucede con la posibilidad de ejercicio y cumplimiento efectivo de los derechos específicamente sexuales?**

**-M.B:** La salud sexual está muy vinculada a las enfermedades o infecciones de transmisión sexual; a las personas cuando se las atiende no se las considera desde su identidad o desde su opción sexual, que son

cosas distintas. Entonces, por ejemplo, a una mujer que es trabajadora sexual se la rechaza, los servicios están armados para el control, no desde un sistema de prevención y de atención. Y cuando de lo que se trata es de una diferente identidad sexual, por ejemplo una persona trans, no la atienden más que por lo biológico: si sos José pero te considerás Josefina no podés ir al servicio donde van las mujeres y tenés que ir al servicio donde van los hombres, y entonces no solamente son mal atendidas sino que son perseguidas, maltratadas, etc.

**-Específicamente hablando de los índices de infección de VIH ¿Qué está pasando actualmente respecto a la feminización de la epidemia?**

**-M.B:** En nuestro país, como en el resto del mundo, está feminizada. Hay que ver cómo se mide la feminización; cuando se mira la epidemia

en su conjunto y se considera el total de casos, no predominan los casos de mujeres, porque las mujeres se empiezan a infectar en los años más recientes. Pero lo que es un signo característico, es que desde el año 2004, las nuevas infecciones en el grupo de 15 a 24 años predominan en las mujeres y sobre todo en la franja de 15 a 19 años. Además, que se infecten más a esa edad las mujeres que los hombres nos está indicando que estas mujeres después van a tener los problemas de la transmisión a sus hijos.

**- N.I. Pensando en la influencia de las desigualdades de género sobre los índices epidemiológicos de infección de VIH en mujeres ¿qué relación establecés entre la violencia de género y la proliferación de la pandemia entre las mujeres?**

**-M.B:** Cuando nos preguntamos por qué se infectan las mujeres, vemos



que inician relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas y sin protección. Las chicas, a medida que la edad es menor, tienen menos capacidad de negociar el uso del preservativo con los compañeros. Sobre todo porque en general estas chicas se inician con compañeros más grandes, que son los que "saben todo" y los que no quieren usar el preservativo. Por eso para nosotros es muy importante que el programa de Salud Sexual y Reproductiva esté coordinado con el programa de VIH-SIDA, y esto todavía deja bastante que desear.

**- N.I. ¿Existen estrategias y políticas públicas efectivas a nivel gubernamental o de agencias internacionales que tomen en cuenta esta dimensión del problema de la feminización de la pandemia del VIH-SIDA vinculada a la violencia?**

**-M.B:** Nosotros estamos haciendo un estudio multicéntrico en 4 países del MERCOSUR, con financiamiento de UNIFEM, que está tomando esta intersección. Una de las cosas que surge muy clara es que entre 80 y 90 % de las mujeres que viven con VIH han sido víctimas de violencia en algún momento de su vida y, en general, antes de infectarse. Muchas veces cuando a una mujer embarazada le hacen el test de VIH y llega a la casa a decirlo, le pegan, la maltratan. Pero lo que nosotros vemos mucho más en nuestros países es la violencia previa, como un factor determinante. Una mujer que es víctima de violencia, mal puede plantarse a un compañero si no quiere tener relaciones sexuales o si el compañero no quiere usar el preservativo. Estamos bregando para que haya campañas que tengan en cuenta este aspecto, pero no las hay. La otra cosa por la que estamos bregando es por que se atienda la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH,

ya que cuando van no las quieren atender, las dejan hasta lo último, las discriminan.

**- N.I. En materia de Salud Sexual y Reproductiva ¿qué otras infecciones/enfermedades, quizás sin tanta prensa como el VIH, están afectando hoy en día a las mujeres de Latinoamérica y qué se está haciendo para prevenirlas?**

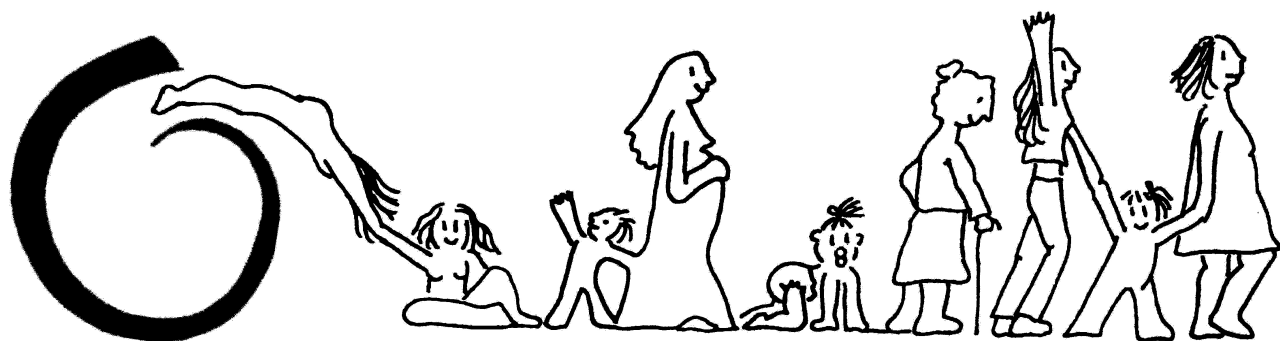
**-M.B:** El HPV, papiloma virus, que muchas veces es previo al cáncer de cuello de útero. Hay mujeres que tienen muchísimos controles para prevenir el cáncer de cuello de útero y hay otras que no tienen ninguno: las de mayor riesgo, las más pobres, las que empiezan a tener relaciones sexuales cada vez más jóvenes, las que viven donde hay problemas de higiene y donde todavía, cuando aparece un diagnóstico de cáncer o de HPV, los hombres las maltratan porque creen que esto es porque son promiscuas, cuando en realidad los hombres son los que son promiscuos y entonces tienen más riesgos de transmitirle a su compañera esto, si no usan preservativo. Nosotros no creemos que en nuestro país haya que vacunar por HPV, es una vacuna cara que no cubre a toda la población ni sirve para todos los virus. En cambio, sí hay que promover el acceso al Papanicolau a las mujeres con mayor riesgo.

**- N.I. Por último, desde tu trayectoria y experiencia en el tema ¿en qué medida dirías que están articulándose hoy las políticas públicas en relación a los derechos sexuales y reproductivos, con las acciones, proyectos y estrategias promovidas desde organizaciones no gubernamentales?**

**-M.B:** Nosotros desde el año 2003 tenemos el CONDERS, el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales. El CONDERS tiene 20 grupos formalmente constituidos de

organizaciones de mujeres, de derechos humanos, de jóvenes, en distintos lugares del país, que vienen haciendo monitoreo de la implementación de la ley. Además hay una cantidad de grupos y de personas que sin hacer un monitoreo formal, también están haciendo cierta forma de monitoreo, con otras herramientas que nosotros hemos ido creando. Nuestro mejor vínculo es con el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva que nos da información. Pero en otros casos cuando saben que van a ser monitoreados, directamente se niega la información, no te muestran un presupuesto. El problema hoy es que nosotros no tenemos una ley de acceso a la información pública. Hay una conciencia cada vez mayor en las organizaciones de mujeres de hacer monitoreo, pero no siempre el Estado está dando la información, y el acceso a la información pública es básico para el monitoreo social.





Urquiza 1835 (1602) Florida, Vicente López – Buenos Aires – Argentina - Telefax (54 11) 4791 0821  
e-mails: [mujeresenigualdad@infovia.com.ar](mailto:mujeresenigualdad@infovia.com.ar) / [generoycorrupcion@gmail.com](mailto:generoycorrupcion@gmail.com)

WEBSITES:

[www.mujeresenigualdad.org.ar](http://www.mujeresenigualdad.org.ar) / [www.mujeranticorrupcion.org.ar](http://www.mujeranticorrupcion.org.ar)

BLOG:

<http://stophumantrafficking.ning.com>