

***SEMINARIO  
DE ACCESO  
A LA JUSTICIA  
REPRODUCTIVA***



***SEMINARIO  
DE ACCESO  
A LA JUSTICIA  
REPRODUCTIVA***

Seminario de Acceso a la Justicia Reproductiva

Actividad realizada en el marco del Proyecto “Violencia de género y derechos sexuales y reproductivos: acciones para fortalecer el acceso a la justicia y respeto a los derechos humanos de las mujeres argentinas”, con la asistencia de la Unión Europea y ejecutado por Católicas por el Derecho a Decidir e Instituto de Género, Derecho y Desarrollo

Edición: 2000 ejemplares

Compiladora y editora: Viviana Della Siega

Arte de tapa y diagramación: Aníbal M. Pérez

Impresión: Acquatint, Alem 2254, Rosario, Argentina  
Argentina, 2011

ISBN: 978-987-26040-2-8

Hecho el depósito que establece la ley 11.723

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de Católicas por el Derecho a Decidir y el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (Insgenar) y, en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.



## Índice

### **Marta Alanís**

Prólogo ..... 9

### **Contexto, Oportunidades, Avances y Desafíos en materia de Acceso a la Justicia Reproductiva**

#### **Paula Ferro, Erika Rofler**

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ..... 14

#### **Mariana Romero**

Mortalidad Materna en Argentina: deudas y oportunidades ..... 18

#### **Álvaro Herrero**

Poder Judicial y Sistema Jurídico: obstáculos en el acceso a la salud reproductiva ..... 26

### **Violencia Institucional, estado de implementación de las legislaciones. Análisis regional y nacional**

#### **Silvia Chetjer**

Violencia de Género y Reproducción – Violencia Institucional: el Sector Salud ..... 33

#### **Beatriz Galli, Paula Viana Traducción Isabel Vasallo**

El impacto del aborto ilegal en la salud de las mujeres y en los servicios de salud en cinco estados del Brasil: insumos para el debate político .. 43

#### **Silvia Juliá**

Liberando obstáculos para el acceso a la justicia reproductiva: estrategias y acciones de los movimientos feministas y de mujeres ..... 54

**Obstáculos para el Acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos. El rol de las religiones, la cultura y las ideologías en las democracias contemporáneas**

**Gillian Kane**

Tendencias globales contra el acceso a los DD.SS.y RR; vínculos entre grupos conservadores en E.E.U.U., América Latina y Europa . . . . . 63

**Vanesa Vázquez Lava**

Obstáculos en la atención de la salud en mujeres rurales en la Argentina . . . . . 73

**Marta Vasallo**

El sentido común y el derecho a decidir . . . . . 94

**Juan Marco Vaggione**

La religión como posibilidad y como obstáculo. El matrimonio para las parejas del mismo sexo . . . . . 104

**Presentación de la experiencia de la Campaña Nacional por el derecho al Aborto, Legal Seguro y Gratuito. Logros y perspectivas**

**Claudia Anzorena, Estela Díaz, Florencia López, Ruth Zurbruggen**

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito: Una estrategia federal en busca de la despenalización/legalización del aborto en la Argentina (2005-2011) . . . . . 119

**Viviana Della Siega**

La campaña en el interior: la experiencia rosarina . . . . . 133

## PRÓLOGO

Este volumen recoge las ponencias expuestas en el Seminario Nacional de Acceso a la Justicia Reproductiva, que se llevó a cabo los días 19 y 20 de mayo de 2011 en la Cámara de Diputados de la Nación. El Seminario integró las actividades correspondientes al 28 de mayo, Día de Acción por la Salud de las Mujeres. Fue organizado por Católicas por el Derecho a Decidir (CDD) en asociación con el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR), en el marco del proyecto Violencia de Género y Derechos Sexuales y Reproductivos: acciones para fortalecer el acceso a la justicia y respeto a los derechos humanos de las mujeres argentinas, financiado por la Unión Europea y auspiciado por la International Planned Parenthood Federation (IPPF).

El Seminario contó con la presencia de dos invitadas internacionales. Beatriz Galli, miembro de IPAS Brasil, quien integró un panel sobre “Violencia institucional, estado de implementación de las legislaciones. Análisis nacional y regional”. Su exposición alertó sobre los retrocesos en Brasil debido al impacto de la criminalización del aborto en los servicios de salud sexual y reproductiva y a la acción organizada de grupos antiderechos que inciden desde el Parlamento y desde los Comités de Bioética de los centros de salud. Y Gillian Kane, de IPAS de Nueva York, quien integró un panel sobre “Obstáculos para el Acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos. El rol de las religiones, la cultura y las ideologías en las democracias contemporáneas”. Allí trazó un panorama de las tendencias globales contra el acceso a los derechos sexuales y reproductivos, delineando los vínculos entre los grupos conservadores de Estados Unidos, los grupos antiderechos en la región latinoamericana y el Caribe y los movimientos conservadores de Europa; destacó entre sus estrategias la de la objeción de conciencia.

Contó también con la contribución del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, exponiendo los avances logrados por el Programa.

El Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) estuvo representado por Mariana Romero, quien presentó un cuadro de situación de la salud materna en el país, donde persisten porcentajes de mortalidad materna desproporcionados a los indicadores de desarrollo nacionales, manteniéndose la práctica de abortos clandestinos como la principal causa de mortalidad y morbilidad en gestantes.

El director ejecutivo de la Asociación por los Derechos Civiles (ADC) Álvaro Herrero estableció la compatibilidad entre la Constitución argentina y el cuerpo de leyes y tratados internacionales vigentes con la defensa del derecho al aborto.

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

La abogada Silvia Juliá, de Católicas por el Derecho a Decidir Argentina y la psicóloga Cristina Zurutuza de CLADEM informaron sobre el dictamen del Comité de Derechos Humanos de la ONU que se pronunció el 29 de marzo de 2011, respecto de la negación del derecho al aborto en perjuicio de LMR, una joven discapacitada mental, de 19 años en 2006, año de los hechos, que quedó embarazada como consecuencia de la violación de un tío. La denuncia fue presentada por INSGENAR, CLADEM y CDD en representación de V.D.A., madre de LMR, el 25 de mayo de 2007, y está identificada como Comunicación 1608. A pesar de que el caso de LMR está explícitamente contemplado en el inciso 2 del artículo 86 del Código Penal, que establece que el aborto es legal cuando se realiza en caso de violación a una mujer discapacitada, el Hospital de Guernica, localidad de la provincia de Buenos Aires donde vivía la joven, la remitió al Hospital de San Martín de la ciudad de La Plata. Internada con un embarazo de 14 semanas, el Comité de Bioética del hospital inició un juicio para impedir el aborto, y la jueza de menores falló a favor del impedimento. Recurrido el fallo ante la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Buenos Aires, esta institución determinó el 31 de julio de 2006 que debía realizarse el aborto. Pero el Hospital siguió negándose a realizarlo, ahora con el argumento de que el embarazo había avanzado demasiado. La joven y su familia eran mientras tanto objeto de presiones y amenazas por parte de grupos religiosos conservadores, de autoridades médicas, judiciales y del rector de la Universidad Católica de La Plata. LMR terminó abortando en el circuito clandestino cuando su embarazo tenía 20 semanas.

La denuncia pedía al Comité que estableciera la responsabilidad del Estado argentino; su obligación de indemnizar a LMR; la implementación de protocolos hospitalarios que viabilicen el acceso al aborto legal, protocolo ya existente en Argentina en la Guía técnica para la atención de abortos no punibles; y que se revise el marco jurídico nacional sobre el aborto.

En su dictamen, el Comité reconoce que el Estado argentino al no disponer de los mecanismos para que LMR pudiera interrumpir su embarazo es responsable por omisión de violar el artículo 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, según el cual los Estados parte se comprometen a garantizar los derechos reconocidos en el Pacto a todos los individuos que se encuentren en su territorio y sometidos a su jurisdicción, sin distinción de raza, sexo, religión, nacionalidad, etc. Reconoce también la violación del artículo 3 del mismo Pacto, que establece que se garantizan esos derechos a hombres y mujeres por igual; reconoce la violación al artículo 7 según el cual nadie será sometido a torturas ni a tratos crueles, inhumanos y degradantes, y del artículo 17 que establece que nadie será objeto de injerencias arbitrarias

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

o ilegales en su vida privada.

Desestimó en cambio por insuficiencia de fundamentación que hubiera violación al artículo 6, referido al derecho a la vida, y al artículo 18, referido al derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión.

El Comité establece que el Estado argentino está obligado a proporcionar a LMR medidas de reparación que incluyan una indemnización adecuada y a tomar medidas para evitar en el futuro violaciones similares a los derechos civiles y políticos. Obliga al Estado a proporcionar al Comité en un plazo de 180 días un informe sobre las medidas adoptadas para implementar el dictamen y a publicar el dictamen.

La violencia institucional ilustrada en el caso LMR fue objeto de análisis en la exposición de la socióloga Silvia Chejter sobre el estado de implementación de las legislaciones. Los obstáculos para el acceso a los derechos sexuales y reproductivos fueron analizados desde la discriminación institucional que levanta barreras lingüísticas y étnicas en el acceso a la salud de mujeres rurales, migrantes e indígenas; desde los discursos y estrategias del activismo religioso conservador y desde la crítica de un sentido común permeado por la “cultura de la vida” impuesta desde el Vaticano, pero también formateado por el desprecio por lo público, la naturalización de las desigualdades y la cultura de la ilegalidad, en las exposiciones de Vanesa Vázquez Loba, Juan MarcoVaggione y Marta Vassallo respectivamente.

El Seminario culminó con la presentación de la experiencia de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, seguro y gratuito, a través de miembros de su Comisión de Articulación.

El Seminario reflejó una etapa de graves embates contra los derechos sexuales y reproductivos en la región y una coyuntura compleja e interesante a nivel nacional. La Argentina registra importantes avances legislativos y de políticas públicas en materia de derechos sexuales y reproductivos, al tiempo que una evolución de la opinión pública acelerada en los últimos años favorable a esos derechos. Pero estos factores positivos no bastan para neutralizar la acción de grupos beligerantes antiderechos que no dudan en burlar las leyes vigentes para imponer su propia concepción de una sexualidad exclusivamente destinada a la procreación, una sexualidad que oculta su naturaleza confesional y dogmática y se reviste de argumentaciones jurídicas y científicas. Un contexto donde la despenalización y legalización del aborto siguen siendo fuertemente controvertidas.

Marta Alanís, Coordinadora Católicas por el Derecho a Decidir

# ***Contexto, Oportunidades, Avances y Desafíos en materia de Acceso a la Justicia Reproductiva***

**PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE**

\*Paula Ferro - \*\*Erika Rofler

Esta presentación tiene que ver con poder contarles cuáles son los principales logros y avances del proceso de gestión del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, fundamentalmente durante el pasado año 2010 y presentar lo que es además la estrategia de gestión, el punto de vista, el enfoque y cuáles son las principales prestaciones que nosotros estamos encarando en el Programa.

Para enmarcar lo que son estos avances y resultados de la gestión es precisar señalar cuáles son los objetivos desde el inicio del programa para mejorar y promover la salud sexual y reproductiva en el conjunto de la población y en las mujeres.

Disminuir la mortalidad materno infantil, prevenir los embarazos no deseados, vinculados también con la contribución a poder disminuir y prevenir la detección de enfermedades de transmisión sexual, de VIH Sida y otras patologías y garantizar el acceso a la información, métodos y a prestaciones de servicios y por último, potenciar la participación de las mujeres en la toma de decisiones respecto de su salud sexual y reproductiva.

Estos son por supuesto los objetivos que aparecen en la ley, en el diseño del programa y como ustedes saben, los procesos de gestión son a veces un poco más complejos, en términos de que esto tiene implicancias en cuanto al establecimiento de una institucionalidad, de procedimientos administrativos, de construcción de la gestión, del día a día. Entonces, la idea del Programa es transmitir, informar y poder transferir a los distintos actores cómo se da este proceso y sobre todo poder contar cuáles son los resultados que nosotros vemos desde el punto de vista de la gestión del Programa.

Respecto de lo que han sido las prioridades del año 2010, que también se mantienen para este año, el 2011, hay dos ejes centrales, vinculados para nosotros a lo que son las disminuciones de brechas en salud sexual y reproductiva que afectan a la población y que tiene que ver con el acceso y la calidad de la atención.

Claramente nuestros desafíos están puestos en mejorar las condiciones de accesibilidad a la salud sexual y reproductiva, a las prestaciones, y trabajar en las cuestiones que hacen a la calidad de la atención, a partir de un diagnóstico que nos muestra claras heterogeneidades territoriales en cuanto a lo que es calidad y acceso. Este es un poco el foco de la gestión del Programa en este tiempo.

En relación a lo que son ejes estratégicos de intervención, hemos marcados

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

tres grandes ejes. Ustedes saben que la gestión requiere a veces poder priorizar, poder centrar la atención y los esfuerzos financieros y los del equipo en aquellos ejes de trabajo que se consideran estratégicos en términos de poder avanzar hacia resultados concretos.

### **Nuestros tres grandes ejes de trabajo tienen que ver con:**

El fortalecimiento de los Programas provinciales de salud sexual, muchos de ellos anteriores inclusive al Programa Nacional, para trabajar justamente en la mejora de la cobertura, de la calidad y para generar instancias de coordinación y de articulación en lo que es la política nacional, a nivel provincia y nación, de salud sexual y reproductiva. Desde aquí se ha planteado una serie de prestaciones y de instancias de intervención vinculadas a la articulación con los programas provinciales.

Un segundo eje de intervención, bien relevante por supuesto, tiene que ver con garantizar el acceso equitativo a la salud sexual y reproductiva, fundamentalmente a través de lo que es el sistema de aseguramiento de insumos, es decir, la distribución de insumos, la difusión, la capacitación y todo lo que son las campañas de comunicación e información.

En tercer lugar, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de la población, siempre trabajando desde un enfoque de derechos humanos, es decir, el enfoque integral que estructura nuestra estrategia de intervención tiene que ver con un enfoque de derechos humanos. Este es entonces el marco de trabajo que nosotros tenemos. El día a día a veces es complicado, tiene un montón de avatares que hacen a la gestión de los procedimientos, pero hay un marco conceptual y de trabajo que tiene que ver con este planteamiento.

En lo que hace al sistema de aseguramiento de insumos, durante el 2010 la distribución de tratamientos o de métodos alcanza a más de 39 millones de métodos. Nos parece importante señalar que en lo que hace a distribución de insumos, el Programa ha consolidado una estrategia masiva a través del Programa Remediar, además de la entrega que se hace a través de los depósitos provinciales, por lo cual esto es un cambio sustantivo en relación al acceso porque nos ha permitido llegar a más de 4400 establecimientos sanitarios y nos permite consolidar efectivamente, una estrategia -que nosotros entendemos por supuesto mejorable- de tipo masivo, además de las entregas que se hacen a los depósitos para reforzar a las provincias.

Durante 2010 se compraron insumos por más de 49 millones de pesos, cifra que supera bastante la cifra del período 2003-2009, es decir que lo que se gastó en 2010 es mucho más de lo que se gastó en todo el período 2003-2009, con lo cual hay claramente una mejora en lo que es la inversión del gasto público en insumos, lo que nos permite además planificar hacia delante y tener una planificación consistente de los próximos años. El aumento entre 2009 y 2010 nos muestra un incremento

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

de más de 400% en la entrega de insumos, lo que en pesos significa también un incremento de más del 300%.

La capacitación es otra línea de intervención relevante en términos de nuestra estrategia, tiene que ver con el fortalecimiento de los programas provinciales, de los programas a nivel del territorio, fundamentalmente para mejorar la calidad de los servicios.

Hemos llegado durante el 2010 a más de 3000 profesionales que han participado en más de 87 actividades de formación, las cuales están centradas en dos grandes líneas de trabajo. Por un lado la formación de equipos para trabajar la cuestión de acceso a servicios y, por otro lado, lo que es la actualización de los equipos en relación a la intervención y la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva.

Otra prestación que es importante desde el punto de vista de capacitación y de acceso a información y de difusión, es el boletín de salud sexual y reproductiva que es una estrategia de comunicación institucional que tiene como propósito poder llegar a una cantidad importante de efectores a nivel territorial y local y ha trabajado durante el año muchísimas temáticas a las que seguramente muchas de ustedes han tenido la posibilidad de acceder.

Por otra parte, las distintas capacitaciones en las diferentes áreas geográficas; advertimos una incidencia importante en lo que es la participación en Capital y Provincia de Buenos Aires pero esto tiene que ver con que a veces hay encuentros nacionales, como puede ser éste, que el Programa ha apoyado y financiado, que se realizan en Capital pero que son encuentros nacionales o regionales.

Otro eje para nosotros, también importante, tiene que ver con lo que ha sido la revisión de distintas guías y protocolos de atención, tanto la guía que tiene que ver con métodos anticonceptivos, la guía de atención integral de aborto no punible como la de atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales.

Una estrategia que está por cumplir años ahora - porque el 26 de mayo cumple un año nuestro 0800- es nuestra línea de información gratuita en salud sexual y reproductiva que es, como ustedes saben, una experiencia a nivel nacional, como pocas hay en la región y es este su primer año de gestión. La línea, en el primer año, hasta diciembre, tuvo alrededor de 3000 llamados y estimamos que en este momento, casi hemos llegado a los 4000 llamados y constituye para nosotros, no sólo una línea de información sino una línea de acceso a derechos, porque entendemos que es un mecanismo que nos permite, no sólo poder transferir información sino, fundamentalmente, poder resolver demandas puntuales, realizar derivaciones y conocer situaciones cualitativas en lo que hace a acceso a servicios a nivel territorial, con lo cual es verdaderamente un instrumento de gestión muy significativo para el programa que deriva también en acciones de monitoreo y seguimientos puntuales. Algunos datos en relación a la línea: el 62% de las llamadas corresponden a muje-

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

res y el 17% de las consultas corresponden a adolescentes, más chicas que chicos y en muchos casos los temas tienen que ver con preguntas referidas a la iniciación sexual y a la utilización de métodos y son, en su mayoría, residentes en la Provincia de Buenos Aires.

Otra actividad que se realizó el año pasado es la mesa de trabajo sobre diversidad sexual y derechos sexuales y reproductivos, fundamentalmente desde la lógica y desde el enfoque del Programa ha tenido que ver con poder sentarse a discutir y a trabajar para poner en agenda, de modo institucional, el tema de la diversidad sexual, poder de algún modo, generar una instancia participativa de diagnóstico que permita o sirva para dar el puntapié para repensar o trabajar políticas y prestaciones específicas.

Otras de las acciones vinculadas con la capacitación y con la promoción de derechos es todo lo que hace a capacitación y promoción de derechos sexuales y reproductivos. En este caso hemos trabajado más de 33 actividades específicas de promoción y más de 1500 personas han participado en estos talleres, actividades, encuentros.

Algo que también es una estrategia de trabajo institucional, tiene que ver con la posibilidad de articular con otros programas y con otras áreas, que el Programa pueda interactuar y pueda ser un espacio de diálogo que trabaja en conjunto, por ejemplo, con los centros de referencia, con el Ministerio de Desarrollo Social en el Programa Argentina Trabaja, con el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, con municipios, con programas provinciales de las Provincia de Buenos Aires o de otras Provincias, con la CENAF en lo que hace a adolescencia y, por supuesto, con la sociedad civil, con las organizaciones que de algún modo forman parte de la mesa de trabajo del Programa y de su Consejo Asesor.

Otro aspecto que marcamos dentro de nuestros ejes estratégicos está relacionado con la comunicación, con la estrategia integral de comunicación que este año además planteó una nueva estética, de modo de incluir en la comunicación otros conceptos que amplían o hacen más integral el concepto de salud sexual y reproductiva.

En relación a la campaña, se han distribuido alrededor de un millón de materiales, para tener una idea de la incidencia de la difusión.

Por último, como cierre, veamos la ejecución presupuestaria. En relación a su desempeño, desde el punto de vista del gasto público ha mejorado, en el 2010 alcanzamos un desempeño desde el punto de vista del nivel de ejecución del 92%, en contraposición con el 62% del 2009. Esto efectivamente es un avance importante porque nos permite avanzar también en los requerimientos y financiamientos que se pueden hacer para mejores prestaciones, para mejorar la gestión del programa.

**MORTALIDAD MATERNA EN ARGENTINA:  
DEUDAS Y OPORTUNIDADES**

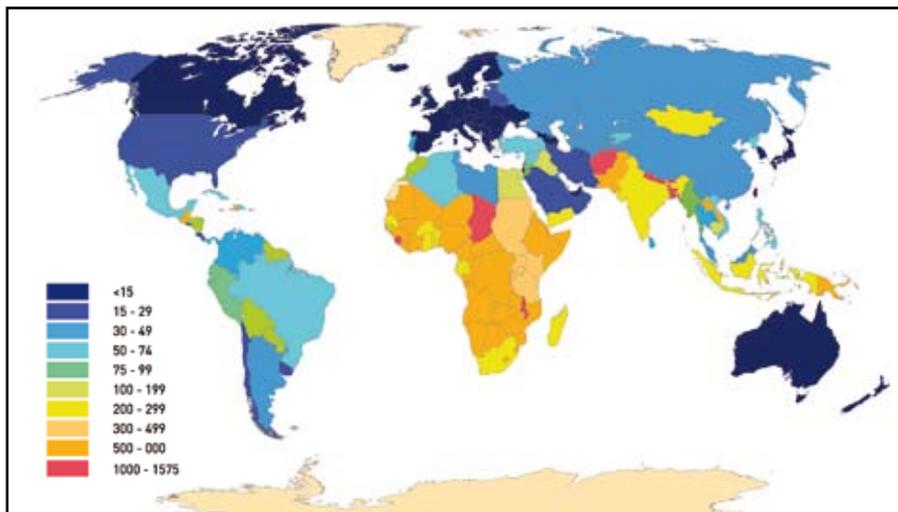
\*Mariana Romero

La Mortalidad Materna (MM) es como una cuestión que está casi olvidada en Argentina y pareciera que hay que volverla a poner sistemáticamente sobre la mesa para que nos acordemos de lo que pasa y para que tratemos, de una vez por todas, de sacarla de la meseta en la que está instalada.

Y eso no tiene ningún ánimo de opacar la fiesta que significa la resolución del Comité de Derechos Humanos en el caso LMR, que creo que es un hito en la historia que significa la convalidación del piso que no se puede discutir, que es el acceso al aborto no punible.

El propósito de esta presentación es aportar algunos datos acerca de la situación sobre la MM en el mundo. En segundo lugar, como este es un seminario sobre justicia reproductiva, a mí me gustaría hablar de algunas deudas, sobre todo con las que tienen que ver con la mortalidad materna en la Argentina y cerrar con un par de preguntas que ojalá nos permitan reflexionar sobre el tema.

Si se observa el mapa sobre las tasas de mortalidad materna en el mundo, los países marcados con los tonos de azules son los países con los niveles con tasas de MM más bajas y los países que tienden hacia el naranja y el rojo son los que tienen los niveles de mortalidad más altos. Argentina está en una situación intermedia.



**NIVELES DE RMM, 2008.** Fuente: Hogan et al, Lancet 2010

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Sin embargo, cuando miramos el mapa que indica lo que se ha logrado en descenso de MM entre 1990 y 2008 - tomando 1990 porque es el punto de partida asumido por Naciones Unidas para medir el alcance de los Objetivos de desarrollo del Milenio- , lo que se observa son situaciones bastante paradójicas: por un lado países que ya tenían la MM muy baja por lo que el descenso es extremadamente costoso y eso le pasa a los países de América del Norte pero también a algunos países de África, que con tasas de MM altísimas, no logran el descenso.

Argentina presenta nuevamente una situación intermedia aunque en este caso mucho más cerca de los países que tuvieron poco descenso que de los que tuvieron descensos significativos.

Si tomamos otro parámetro que nos permite estimar la situación en el país, vemos que cuando la Organización Mundial de la Salud estimó las tasas de MM y los compromisos alcanzados entre 1990 y el 2008, la tasa de MM para el mundo en 1990 era de 400 por 100.000 nacidos vivos (morían 400 mujeres por cada 100.000 niños o niñas que nacían vivos). En 2008 la buena noticia es que esa tasa cambió de 400 a 260, o sea hubo un descenso de 34%.

En América Latina, que partimos de una tasa de MM bastante más baja en 1990 (140 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos), el descenso fue a una tasa promedio para la región de 85 por 100.000 nacidos vivos. Esto implica una reducción del 41%.

En Argentina, la tasa de MM de 1990 era de 52 por 100.000 nacidos vivos. En 2008 la tasa se redujo a 40 por 100.000 nacidos vivos -un descenso de sólo 23%-, la mitad del que alcanzó la Región en la que este país está ubicado. Si además nos comparamos con dos países limítrofes como son Chile y Uruguay que tienen indicadores socio-sanitarios similares a los de la Argentina, las tasas de MM son 19,8 y 15 respectivamente, la mitad de la de Argentina.

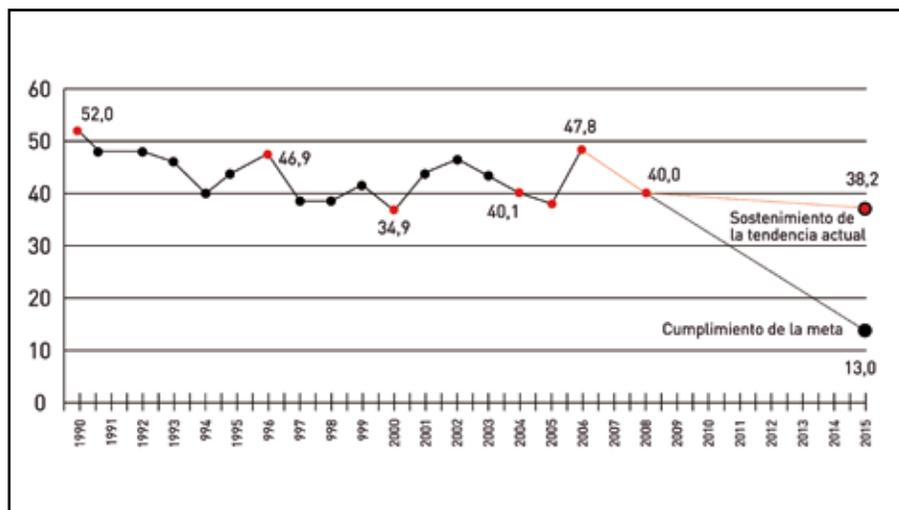
Este panorama nos habla de algunas deudas que tenemos como país. A modo de ejemplo: hay provincias como Formosa que en 2008 tenía dos veces y media más que la tasa de MM del país. Esto nos habla de brechas, de deudas internas, de un país donde una mujer por vivir en una provincia y no en otra tiene un riesgo muchísimo más elevado de morir por algo que no debería exponerla a ningún riesgo como es el embarazo, el parto o el puerperio. Y creo oportuno aclarar algo que debería haber mencionado al inicio de la presentación y es que a mi me gustaría hablar de “mortalidad por gestación”. Esta es una definición que el movimiento de mujeres ha tratado de impulsar desde hace largo tiempo. En general uso “mortalidad materna” porque, como estoy trabajando con datos estadísticos, me apego a lo que la Organización Mundial de la Salud usa en la Clasificación Internacional de Enfermedades. A

## SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA

los fines de la comparabilidad, sería una licencia demasiado grande cambiar estos términos y por eso en la presentación hablo de MM aunque reconozco que deberíamos hablar de mortalidad por gestación.

Otra manera de mirar esta desigualdad que tenemos como país, es hablar del riesgo acumulado de muerte materna. El riesgo acumulado considera no sólo el riesgo de una mujer durante ese embarazo, sino también el riesgo dado por su historia reproductiva: no es lo mismo para una mujer parir por primera vez que parir por quinta vez. Lo que hace este índice es justamente combinar estas dos circunstancias, el riesgo que tiene la mujer en ese embarazo particular con el riesgo que se le va acumulando a lo largo de la vida por los sucesivos eventos reproductivos.

Cuando comparamos, lo que vemos es que una mujer en la Ciudad de Buenos Aires tiene 20 veces menos riesgo de morir de muerte materna que una mujer que vive en Formosa. Pareciera una verdad de Perogrullo: a las mujeres de Buenos Aires les va mejor porque probablemente tienen acceso a mejores condiciones de atención del embarazo, parto y puerperio. Ahora, la verdad que eso solo describe el fenómeno, la razón que está es una gigantesca inequidad del acceso a la salud, en el acceso a la calidad de una atención adecuada, en el acceso a la posibilidad que tienen las mujeres de planear los embarazos cuando lo quieren y de parir en las condiciones que quieren.



**TENDENCIA DE LA RMM X 100.000 NV Y META PROPUESTA PARA ALCANZAR EL ODM 5. ARGENTINA, 1990-2015** Fuente: Elaboración propia sobre la base de Ministerio de Salud 2009.

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Argentina es signataria de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El ODM 5 compromete para 2015 la reducción de la MM en  $\frac{3}{4}$  partes respecto de la reportada en 1990. El gráfico muestra la evolución de la MM en Argentina desde 1990. El último dato corresponde a la tasa de MM del año 2008. De seguir la tendencia de la evolución de la MM como está en el gráfico, lo que vamos a alcanzar es una tasa de MM de 39.2 por 100.000 nacidos vivos para el 2015 cuando para alcanzar el compromiso la MM debería llegar a 13 por 100.000. Este es probablemente el único de los objetivos del desarrollo del milenio que la Argentina no alcance y que esté tan lejos de alcanzar.

Tomando en consideración las oscilaciones que pueden observarse las muertes maternas, el OSSyR considera para el análisis el quinquenio 2004-2008. Cuando se observa la estructura de causas, el aborto sigue siendo la primer causa de MM con un 27% de todas las muertes, después le siguen las muertes por causas obstétricas indirectas. Estos son fallecimientos de mujeres quienes tenían alguna enfermedad o alguna patología que se termina agravando a consecuencia de ese embarazo, parto o puerperio y que fallecen por esa razón. Quizás esas mujeres, si hubieran podido prevenir ese embarazo y hubieran podido hacerlo en condiciones satisfactorias para ellas, no hubieran finalmente fallecido de esta complicación. Y le siguen las otras causas clásicas como hipertensión, sepsis y hemorragias.

Si miramos el tema de aborto en particular, esta es “la” deuda que tenemos. Provincias como San Luis, Jujuy, Santa Cruz, Catamarca, Santiago del Estero, Formosa y Tucumán tienen entre 4 y 3 de cada 10 MM por complicaciones de abortos inseguros.

Los datos mortalidad materna del año 2009 dieron bastante de qué hablar para quienes trabajamos en el tema. Primero, vemos un aumento del número absoluto de las MM: 410 mujeres murieron de muerte materna versus 296 que lo habían hecho el año anterior. Si bien es cierto que hubo 95 mujeres embarazadas que murieron por enfermedades del aparato respiratorio, aun si quitáramos la totalidad esos fallecimientos, el número total de MM aumentó y este aumento fue a expensas de varias de las causas pero principalmente del aborto. En 2009 murieron 87 mujeres por complicaciones de abortos versus 62 que se habían muerto en el año anterior. Es más, si quitamos a estas 95 mujeres que fallecieron por enfermedades del sistema respiratorio se observa que la proporción de muerte maternas por aborto pasa al histórico 27% que veníamos viendo desde los 90.

Como mencioné al inicio, quiero plantear algunas oportunidades que me parece que como movimiento de mujeres y como sociedad civil organizada tendríamos que levantar.

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

La Argentina ha tenido distintos planes y programas de reducción de las MM. Uno por ejemplo, fue el Plan Federal del 2004-2007 el cual tenía metas muy ambiciosas, entre ellas la reducción a la mitad de la MM en aquellas provincias que tenían el doble o más de la MM nacional. Los resultados mostraron que hay una distancia abismal entre lo esperado y lo que se alcanzó, en algunos casos inclusive, la MM de esas provincias creció. Es cierto que no disponemos de los datos inmediatamente como para saber si la meta fue alcanzada o no. Sin embargo, deberíamos haber exigido desde la sociedad civil la rendición de cuentas. Es decir, hubo un plan, hubo una serie de actividades programadas, hubo una serie de metas, éstas no se alcanzaron pero no alertamos sobre esto.

Hoy tenemos una nueva oportunidad: muchas de las provincias tienen planes operativos de reducción de MM, especialmente las provincias del NOA y del NEA y sería bueno que las compañeras que residen allí se interioricen, busquen esos programas, vean cuáles son las metas comprometidas y tratemos de darles seguimiento de forma de saber si estos compromisos se cumplen, no sólo en relación al ODM 5 sino también respecto de la meta 5b que es el acceso universal a salud sexual y reproductiva, a lo que no tenemos que restar atención.

Otra oportunidad también es el seguimiento de las recomendaciones de los comités, en particular por ejemplo el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas que en 2002, en su informe a la Argentina dijo que le preocupaba al Comité el alto porcentaje de MM, especialmente de las adolescentes a consecuencias de complicaciones de aborto. Un caso similar es el del Comité de seguimiento de CEDAW que en 2010 le pidió al Estado Argentino que dé explicaciones al respecto de la falta de implementación del Artículo 86 del Código Penal. Vale la pena mencionar que este Comité seleccionó el tema de Aborto no Punible para hacerle seguimiento particular a la Argentina y el año que viene debe reportar el estado de implementación de la Guía de Aborto no Punible.

También dentro de estas oportunidades tenemos hoy un proyecto legislativo que tiene la firma de más de 50 diputadas y diputados. Este proyecto hay que usarlo como bandera porque la evidencia respalda cada una de las cosas que están incluidas en él. Ejemplo de ello son los artículos de autores muy prestigiosos donde claramente muestran que la legislación no restrictiva, la legislación que permite causales amplias de despenalización y legalización del aborto no pronostica en absoluto una elevada incidencia de los abortos. O sea, el mito que la ampliación del marco legal va a hacer que las mujeres vayamos a abortar en hordas se desarma ya que hay suficiente evidencia para demostrar

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

que eso no es así. Más aún, la Organización Mundial de la Salud (OMS) por primera vez incluyó en su informe anual un gráfico que relaciona la tasa de MM con las causales de despenalización del aborto. Lo que se observa es que a medida que las causales de despenalización y de legalización se amplían, las tasas de MM descienden en los países. Estos son dos fuertes argumentos que tenemos para sostener el proyecto de ley que hoy hace fuerza para entrar a la discusión en el recinto.

También la evidencia muestra que hay una serie de intervenciones que podemos usar para el tratamiento del aborto y sus complicaciones. Ejemplo de ello es el uso de la aspiración manual endouterina, que sigue siendo muy poco accesible en los servicios de salud públicos y que tiene más de 30 años de reconocimiento en la OMS como el método quirúrgico de elección para el tratamiento del aborto incompleto y el uso de los métodos médicos para el aborto del primer trimestre que también tiene más que amplia evidencia científica que lo sostiene como un método seguro, económico y en muchos casos el método de elección para muchas mujeres.

Hasta aquí tenemos una serie de nudos críticos que este pronóstico nos permite hacer. Por un lado, lo que hemos visto es que las mujeres se mueren en los servicios de salud porque los servicios siguen teniendo serios problemas respecto de la capacidad resolutive para manejar la emergencia obstétrica. Sumado a esto, el Ministerio de Salud, tiene ausencia o desactualización de su guías de práctica clínica, según lo muestra un estudio que hizo la Academia Nacional de Medicina en el 2004, actualizado posteriormente por integrantes del OSSyR. Muchas de las guías que hoy normatizan la atención están desactualizados bajo los estándares que marca la evidencia internacional.

Por el otro lado, dentro de este diagnóstico también sabemos que las MM se podrían reducir si tuviéramos disponible la atención obstétrica integral en los servicios de salud. Sabemos que además muchas de las intervenciones que requerimos están disponibles y son costo-efectivas: no se requiere de altas tecnologías para salvar la vida de una mujer que va a parir. Lo que sí se requiere es que las estrategias y el paquete de intervenciones sea el adecuado para responder a un problema específico. No podemos pensar que con una sola intervención vamos a solucionar todas las MM por todas las causas, hay que ver en cada lugar cuáles son las causas que prevalecen y cuál es el paquete de intervenciones adecuado. Aun así, una de las estrategias transversales que ha dado resultado es la de vigilancia activa, esto es la posibilidad de saber de forma oportuna y en tiempo real dónde se murió una mujer y poder hacer el análisis de esa MM para trabajar inmediatamente en las causas y tomar las acciones que sean necesarias. Obviamente, sin voluntad política y sin un compromiso

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

político, difícilmente muchas de estas acciones se puedan implementar.

Para cerrar: el diagnóstico está hecho, sabemos de qué se mueren las mujeres, tenemos las intervenciones disponibles... y para eso quizá lo que nos vale es hacernos estas dos preguntas:

¿Por qué la reducción de la mortalidad materna todavía está pendiente?

¿Por qué en algunas regiones del país hemos registrado pocas o ninguna mejora y en algunas de las provincias en particular, la situación ha empeorado?

**PODER JUDICIAL Y SISTEMA JURÍDICO: OBSTÁCULOS EN EL ACCESO A LA SALUD REPRODUCTIVA**

\*Álvaro Herrero

Primero quisiera mencionar que es una oportunidad interesantísima que se haga este evento justo cuando el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas emitió el dictamen sobre el Caso LMR. Esto ha sido un logro increíble de Católicas por el Derecho a Decidir, de Insgenar, y de Cladem. En nombre de la Asociación de Derechos Civiles y todas las ongs que peleamos por los derechos de las mujeres y de la población en general, me gustaría reconocer este esfuerzo increíble, producto de la militancia y el compromiso permanente que han demostrado dichas organizaciones. En nombre de todos quiero agradecerles por este triunfo.

Voy a hacer algo fuera del protocolo y muy poco común, no traje una presentación en power point pero le voy a robar una filmina a Mariana Romero, a la mitad de la presentación había una comparación de los índices de muertes maternas por provincia en Argentina. (se refiere a que existen 20 veces más riesgo de morir de muerte materna en Formosa que en ciudad de Buenos Aires).

Mi presentación está relacionada más que nada con los problemas y los obstáculos en el acceso a la justicia reproductiva y cómo, una organización compuesta mayormente por abogados/as, utilizamos el sistema legal y los estrados judiciales para dar una lucha en pos de garantizar el acceso, en este caso a las mujeres, a la protección de sus derechos humanos.

Unos de los temas que trabajamos sistemáticamente son cuestiones de discriminación y en esa diapositiva que mostró Mariana no solamente está una estadística sobre salud materna, sino que los datos que ella presenta son la prueba básica y suficiente en un caso judicial para poder demostrar una situación de discriminación sistemática en la Argentina respecto de los derechos de las mujeres.

Cuando hay un grupo de mujeres o un grupo X de la población que de manera sistemática ve sus derechos violados a través del tiempo, estamos ante un caso de discriminación producto de una desigualdad estructural. Por eso es que es muy importante que se generen este tipo de datos y este tipo de estadísticas. Organizaciones como el CEDES que han sido pioneras en este tema nos brindan a otras organizaciones, las que trabajamos en derecho, la evidencia para poder dar las discusiones en el seno judicial sobre los obstáculos al acceso a los derechos reproductivos de las mujeres.

Las discusiones sobre los problemas vinculados a las muertes de mujeres

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

por causa de abortos inseguros no solamente se pueden dar en el Congreso mediante la reforma de una ley o en el Poder Ejecutivo mediante la sanción de una guía técnica o protocolo, para así obtener cambios en las políticas de salud. Sino que esas discusiones también se pueden dar en los estrados judiciales, y los datos que presenta el CEDES sobre mortalidad materna, además de una excelente estadística en términos informativos, es, en términos legales, la evidencia que necesita un caso judicial para tener chance de lograr una sentencia favorable que reconozca una grave situación de discriminación y la violación sistemática del derecho al acceso a la salud de las mujeres de nuestro país.

Quiero referirme a dos tipos de obstáculos, los legales y los culturales. Empiezo por los culturales, ya que nosotros trabajamos constantemente con el Poder Judicial, por lo que quisiera hablar entonces de los obstáculos culturales dentro del propio Poder Judicial.

En general vemos mucho desconocimiento, mucha resistencia, mucha falta de familiaridad en todos los operadores judiciales con lo que tiene que ver con los derechos de las mujeres, con las garantías y protecciones que reconocen todos los principales instrumentos de derecho internacional. Esto no está simplemente relacionado con aborto, está vinculado con todas las problemáticas que afectan a las mujeres que van, desde violencia doméstica hasta acceso a prestaciones médicas como ligadura tubaria. Con relación a estos temas encontramos un obstáculo fundamental que es de naturaleza cultural. Tiene que ver con prácticas judiciales muy aferradas, tiene que ver con la presencia y participación de mujeres juezas en los poderes judiciales en todos los niveles y en todas las instancias del país; hasta hace 30 años era muy baja y si bien ha ido creciendo de una manera sostenida todavía hay necesidad de contar con mayor representación de mujeres en los superiores tribunales de justicia tanto de las provincias como del país.

También hay un problema de educación legal, en las facultades de derecho, en muchas de las facultades donde algunos de nosotros estudiamos, todavía los contenidos vinculados con los derechos de las mujeres son totalmente marginales, si los hay son casos aislados, generalmente estos temas se ven en las maestrías o cursos de especialización, como en maestrías de derechos humanos, recién ahí si se toma contacto con temáticas jurídicas relacionadas con los derechos de las mujeres.

Es necesario señalar que esto no es una crítica destructiva al Poder Judicial o a la Universidad, sino que es poner de relieve una realidad e intentar hacer una contribución para identificar los patrones culturales que de alguna forma obstaculizan o impiden a las mujeres el acceso al derecho a la salud. Sólo si los

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

identificamos, analizamos y abordamos seriamente podremos trabajar para revertirlos, tenemos que trabajar en capacitaciones a jueces, fiscales, defensores. Resulta fundamental comenzar esa tarea en las Facultades de Derecho, modificar los programas para que haya más alternativas de formación y así generar un cambio en la formación de los profesionales del derecho, que luego serán los operadores del sistema de justicia.

Por otro lado tenemos los obstáculos legales, o sea, los obstáculos de nuestro sistema jurídico que impiden un acceso a la justicia reproductiva de las mujeres. Hay dos grandes temáticas conocidas probablemente por todos ustedes. Por un lado tenemos la discusión que tiene que ver con aborto no punible y por otro la discusión que tiene que ver con la despenalización del aborto.

En materia de aborto no punible encontramos sistemáticamente, y el caso LMR lo muestra, una resistencia por parte de los actores judiciales a realizar una interpretación correcta del Código Penal. Tenemos un Código Penal que en su artículo 86 establece los permisos y situaciones en que el aborto es legal y ese Código Penal está vigente desde 1921. No es un código nuevo, es un código que data de hace 90 años, esto es muy importante porque en esa época muy pocos países del mundo reconocían el permiso al aborto en caso de violación o riesgo en la salud de la mujer y, sin embargo, pese a que la Argentina fue pionera en la materia, todavía hoy sigue habiendo interpretaciones divergentes, contradictorias respecto al alcance del artículo 86 del Código Penal.

Esto se ha convertido en una seria barrera para los médicos de hospitales públicos, quienes al momento de recibir una solicitud de interrupción de un embarazo, ante la inseguridad que prevalece, ante las interpretaciones divergentes, con frecuencia no saben cómo actuar y por ello solicitan autorización al director del hospital y en muchos casos a un juez, con lo cual se termina judicializando el caso. Es decir, ante la falta de señales claras por parte del sistema de justicia, los médicos piden una autorización judicial que no hace falta, ya que en estos casos la interrupción del embarazo es una cuestión entre el médico y la paciente, no requiere permisos ni autorizaciones de ningún funcionario. De esa forma, las interpretaciones contradictorias del Código Penal en los casos de aborto no punible se han convertido en un serio obstáculo para que en los hospitales públicos se dé una atención adecuada a las mujeres. Esto se ve agravado por la falta de protocolos o guías técnicas aprobadas por los ministerios de salud o las legislaturas provinciales con instrucciones claras para los médicos, lo cual dejaría a salvo su responsabilidad profesional y les permitiría atender a las pacientes con la tranquilidad de haber operado bajo la protección de un conjunto de normas.

Hay algunos proyectos de ley en el Congreso, puntualmente en el Senado,

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

para tratar de reformar el Código Penal y clarificar la situación de los abortos no punibles. Nosotros creemos que eso es totalmente innecesario ya que el Código Penal es clarísimo, no hace falta reformarlo, hace falta una interpretación correcta. En este sentido considero que estamos ante una oportunidad histórica ya que en la Corte Suprema de Justicia de la Nación se encuentra actualmente el caso Fuentes, que es el caso de una joven en la provincia de Chubut que fue víctima de una violación, recurrió a una hospital público, finalmente el Superior Tribunal de Justicia autorizó la práctica del aborto, la interrupción del embarazo se realizó, pero un defensor público presentó un recurso extraordinario y así el caso llegó a la Corte Suprema de Justicia de la Nación.

No se cuál fue la intención de ese defensor al apelar, al presentar un recurso extraordinario, pero lo cierto es que a los fines de esta discusión nos ha hecho un gran favor ya que gracias a su intervención hoy la Corte Suprema de Justicia tiene un caso sobre aborto no punible para resolver. Es el primer caso que le llega a la Corte Suprema sobre esta materia y por ello tiene la oportunidad de interpretar el Código Penal de manera correcta y resolver de una vez por todas esta discusión. Un fallo claro de la Corte solucionaría en casi su totalidad las discusiones que hay en todo el sistema de salud de la Argentina cuando se refiere a aborto no punible. Esto nos ayudaría por supuesto a garantizar el acceso a la interrupción de los embarazos en los casos que permite el Código Penal, al menos en los casos donde el embarazo es producto de una violación. Cabe mencionar que varios tribunales superiores de provincia ya han realizado una interpretación correcta del Código Penal, como por ejemplo los de las provincias de Chubut y Río Negro. Pero aun así es absolutamente necesario que la Corte Suprema se pronuncie al respecto, para lo cual puede apoyarse en aquellos valiosos antecedentes.

Por otro lado, también en términos de obstáculos cuasi legales, hay un tema con las objeciones de conciencia en los hospitales públicos. Hay muchos hospitales públicos donde absolutamente todos los médicos son objetores de conciencia y por ende no realizan interrupciones de embarazos. Si bien la objeción de conciencia es un derecho razonable, es inconcebible que se permita la posibilidad de que todos los médicos de un hospital público sean objetores de conciencia. Debería haber una reforma legal tendiente a regular de manera apropiada el ejercicio del derecho a la objeción de conciencia de forma tal que impida esos escenarios. Resulta absolutamente disparatado que todos los médicos puedan ser objetores de conciencia. Eso constituye un clarísimo obstáculo para el acceso a la salud reproductiva.

La otra gran discusión legal, la realmente importante, se relaciona con la

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

prohibición del aborto en general. Actualmente en el Congreso hay un proyecto de ley que cuenta con la adhesión de 50 diputados/as que promueve la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 12 de gestación. Nosotros desde la ADC apoyamos este proyecto y consideramos que es una medida imprescindible y que requiere un tratamiento urgente.

Como organización de derechos compuesta mayormente por abogados y abogadas, hemos evaluado el proyecto a la luz del marco constitucional argentino y del derecho internacional de los derechos humanos. Debo decir que consideramos que en términos constitucionales es absolutamente viable. De acuerdo al derecho constitucional, no hay obstáculos que impidan que el Congreso trate dicho proyecto. Probablemente hayan escuchado a distintos actores y voces contrarias sostener que para poder despenalizar el aborto hace falta una reforma constitucional porque la interrupción voluntaria del embarazo contraría Convención Americana de Derechos Humanos. Esto es totalmente inexacto, no tiene ningún tipo de fundamento legal. Por el contrario, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) sostuvo en el caso “Baby Boy” que la despenalización del aborto no contradice a la Convención Americana de Derechos Humanos. Esto no lo dijo quien les habla sino la CIDH quien, junto con la Corte Interamericana de Derechos Humanos, es el máximo órgano de interpretación de la Convención.

Entonces, si no hay un obstáculo legal, si la Convención no nos impide dar esta discusión, podemos concluir que no hay obstáculos constitucionales, que nuestro Congreso no tiene ningún impedimento para tratar la legalización del aborto. Estamos, por el contrario, ante una simple decisión de política criminal, esto significa que nuestros legisladores deben analizar la situación prevalente y así decidir qué piensan hacer con este problema. Problema a causa del cual, como mostraba Mariana Romero, hay mujeres en Argentina que están muriendo, hay mujeres que son víctimas de severas restricciones al acceso a sus derechos, y hay mujeres que sufren gravísimas lesiones que perduran de por vida. Hay mujeres en algunas provincias argentinas que tienen 20 veces más chance de morir que mujeres de otras regiones de nuestro país. No dar un debate sobre este tema no sólo es insostenible, es una falta de responsabilidad política y social de nuestros representantes.

Me parece que este es un punto muy importante para tener en cuenta cuando hablamos con nuestros legisladores. Si no hay un obstáculo constitucional, entonces la responsabilidad es mucho mayor, porque en realidad ellos están ante una simple decisión de política criminal: deben decidir a quién persigue nuestro sistema penal, a quién castiga, a quién de alguna forma le impone prohibiciones y restricciones en el acceso a la salud. Esto tiene que ver con

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

nuestro Congreso, al no dar esta discusión nuestros legisladores están sosteniendo y reforzando una política criminal que persigue a mujeres que desean interrumpir sus embarazos. Por supuesto que esto se refuerza también por el accionar de los actores judiciales, de los jueces y de los fiscales que con sus decisiones sostienen dicha política criminal.

En este contexto, el dictamen del Caso LMR es importantísimo porque hoy tenemos, además, decisiones de los Superiores Tribunales de las Provincias de Río Negro, Chubut y Buenos Aires que ponen de relieve la necesidad de avanzar con una discusión seria y urgente sobre el aborto no punible y sobre la discusión de fondo relacionada con la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Por ello creo que este dictamen nos da una herramienta fundamental a quienes utilizamos en nuestro trabajo estrategias legales y judiciales. Nos permite seguir trabajando y seguir dando batallas para poder garantizar el efectivo acceso a la justicia reproductiva de todas las mujeres de nuestro país.

***Violencia Institucional, estado de  
implementación de las legislaciones  
Análisis regional y nacional***

## **VIOLENCIA DE GÉNERO Y REPRODUCCIÓN VIOLENCIA INSTITUCIONAL: EL SECTOR SALUD**

\*Silvia Chejter

La justicia reproductiva nos lleva a pensar en los avances u obstáculos para que las mujeres ejerzan su libertad y autonomía en el campo reproductivo. Y es en este sentido que quiero hablar de una dimensión, no digo que invisibilizada, pero sí muchas veces no incluida en los abordajes teóricos, prácticos y políticos de la reproducción, que es la violencia de género. La negación, ignorancia, o desconocimiento de la incidencia de la violencia de género en la libertad reproductiva, en tanto es ejercida por parte de quienes tienen la responsabilidad de garantizarla, es violencia institucional.

No intervenir, tomar decisiones por las mujeres, omitir recursos disponibles relacionados con las decisiones reproductivas por parte “funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública (...)” que tiene que garantizar los derechos reproductivos, es violencia institucional.<sup>1</sup>

Creo no alejarme del espíritu y redacción de la ley<sup>2</sup> al decir que una política pública que garantice la libertad reproductiva requiere un enfoque que incluya y articule, conceptual y prácticamente, la reproducción y la violencia hacia las mujeres. Mientras no existan enfoques articulados en las respuestas institucionales, en las políticas públicas, hay una violencia institucional, diría que invisible, pero no por ello menos real. Esta violencia se suma a la violencia sufrida por las mujeres. Lo contrario a la violencia institucional es una política pública justa y específica.

Me voy a referir especialmente a la violencia institucional en el ámbito de la salud por razones muy simples:

<sup>1</sup>El Art. 6.b de la ley 26485 dice: *Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil.*

<sup>2</sup>El Art.1 en sus acápites e), f), y g) establece que: *La presente ley tiene por objeto promover y garantizar: e) el desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres f) el acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia g) la asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.*

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

- Porque es allí adonde van las mujeres cuando tienen que tomar alguna decisión relacionada con la reproducción
- Porque es el sector salud el que dispone de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a la violencia, entre ellos los riesgos de embarazo u otras situaciones que afectan a la vida reproductiva

### **Hay otras razones:**

- Es un dispositivo público, conocido, gratuito e incorporado a los hábitos de consulta de grandes sectores de la comunidad;
- Su estructura descentralizada y en red logra una amplia llegada a la comunidad, incluso a sectores aislados

Quienes trabajan con mujeres –ya sea en proyectos sociales, en el campo de la salud o de la justicia-, se habrán encontrado con la necesidad de dar respuestas a situaciones en las que la violencia y la reproducción están entrelazadas. Y no siempre las respuestas que las mujeres reciben por parte de los profesionales de un centro de salud o de un hospital se da en un enfoque de reconocimiento de sus decisiones.

Los contextos y las prácticas de violencia de género que afectan la vida reproductiva de las mujeres son muy heterogéneos y no siempre es posible establecer una relación unívoca entre las múltiples manifestaciones de esa violencia y sus consecuencias sobre la reproducción. De todos modos, en la práctica cotidiana de los servicios de salud, hay algunas situaciones que hoy son más claramente o fácilmente reconocidas: como lo son los embarazos forzados por violaciones, incestos o abusos. Otras situaciones son intuitivas, pero no siempre nombradas o identificadas como problemáticas y con esto me refiero a una enorme variedad de situaciones de embarazos no deseados. También hay otras problemáticas reproductivas que son un efecto de la violencia que las mujeres padecen, que sólo voy a enunciar:

- complicaciones durante el parto
- historia de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer
- indicios de abortos no espontáneos, sino productos de golpes en el abdomen

Estas situaciones que desde un lenguaje técnico podemos llamar “indicadores de sospecha” de violencia, para el sistema de salud son una oportunidad y también una responsabilidad (hoy reconocida por la legislación) para la detección y atención de estas situaciones que son la causa de malestar, perturbaciones de distinto tipo, algunas particularmente graves.

Hoy nuestra legislación incorporó a la violencia de género como un tema de

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

salud pública; y el acceso a la salud como un tema de derechos humanos. Basta recordar la Convención de Belem do Pará y Ley 26485, de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales, sancionada en 2009. Esta última que tipifica las distintas formas o figuras de violencia – entre ellas la “Violencia contra la libertad reproductiva” y la “violencia obstétrica”- que son de especial interés con relación al tema que nos ocupa. Además define claramente las competencias y responsabilidades de las distintas áreas de gobierno, entre ellas, la del Ministerio de Salud.

Volviendo a la relación entre reproducción y violencia hacia las mujeres, en verdad no estoy diciendo nada nuevo. Pero es importante destacar que, si bien hay cambios positivos, todavía falta construir estrategias e instrumentos que permitan el abordaje de las problemáticas en un enfoque de respeto de la autonomía de las mujeres. O sea de Justicia reproductiva.

Algunas de las situaciones paradigmáticas en las que se hace evidente la relación reproducción y violencia son:

- la violencia prostituyente.
- la violencia marital o de pareja
- las violaciones
- la violencia sexual en la adolescencia.

### **Violencia prostituyente**

Voy a empezar por las problemáticas reproductivas y la prostitución, en tanto se trata de situaciones de violencias reiteradas con efectos sobre la vida reproductiva. Sin duda que la violencia que en sus más diversas formas sufren las mujeres prostituidas tanto en los lugares en los que son explotadas, así como también por parte de sus parejas, afecta todas las esferas de sus vidas. Aunque en esta oportunidad sólo me voy a referir a los impactos en la vida reproductiva.

Si bien no tenemos estadísticas específicas (tampoco las tenemos para otras poblaciones) hay múltiples evidencias -relatos y testimonios directos e indirectos- acerca de prácticas abortivas frecuentes, muchas veces obligadas de las mujeres prostituidas o de embarazos forzados para la venta de esos niños.

Se asume sin mucho fundamento que las mujeres prostituidas toman medidas de cuidado y protección, pero la realidad no es necesariamente así. De manera asidua, las mujeres prostituidas son reclutadas en edades muy tempranas y no siempre tienen el conocimiento adecuado sobre anticoncepción, y de cuidados preventivos. Además, las situaciones de encierro, la coacción, las presio-

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

nes y la violencia que pueden sufrir por parte de los prostituyentes y proxenetas para no usar preservativos, convierten a este sector de población en uno de los más vulnerables en cuanto a su vida reproductiva (y no solamente sino también en cuanto a su salud física y psíquica).

Las mujeres prostituidas acuden generalmente a los hospitales públicos. Una política adecuada y específica debería tener en cuenta signos o conductas que pueden fundamentar sospechas de que la consultante es una mujer prostituida y adoptar respuestas de protección, cuidado e incluso de denuncia. ¿Cómo reconocer estas situaciones? Varios son los indicadores: alto número de abortos, consultas frecuentes periódicas por ITS y VIH –Sida; lesiones genitales frecuentes y/o atípicas; ocultamiento del origen de los distintos trastornos de su salud reproductiva y sexual; inexistencia de familiares que acompañen a las consultantes aún en casos de situaciones de gravedad; acompañamiento de personas que con mayor o menor claridad vigilan a las consultantes.

Es cierto que muchas mujeres prostituidas no explicitan la situación de explotación que viven. El temor, las amenazas, la absoluta desprotección contribuye a que ellas mismas silencien la situación. Sin embargo los profesionales, aún cuando hay que reconocer que la explotación sexual está naturalizada, reconocen estas situaciones y sin embargo, no preguntan, no intervienen en lo que, en algunos casos, podría ser el puntapié para una salida; la puesta en marcha de una estrategia de protección

Una política específica y justa, una política de justicia reproductiva requiere en este campo disponer de protocolos de detección e intervención para la detección de situación de explotación sexual, que incluya una guía de recursos para la orientación y derivación.

### **Violencia marital o de pareja**

La segunda situación donde es muy evidente la relación entre reproducción y violencia, es valga la redundancia, cuando hay violencia marital o de pareja.

Es sabido que en el marco de estas relaciones, las mujeres sufren distintas formas de violencia, entre ellas la violaciones, pero no sólo. También hay otras formas de violencia relacionadas con la reproducción: me refiero, por ejemplo, a que muchos varones se imponen contra los deseos o decisiones de las mujeres, impidiendo el uso de anticonceptivos o imponiendo prácticas sexuales sin métodos de protección.

Cuando esto ocurre, se pueden producir: embarazos no deseados; embarazos de riesgo; abortos provocados; además de otras situaciones que afectan la vida y la salud de las mujeres (Sida y otras ITS, trastornos ginecológicos)

En algunos casos, las negativas del marido violento con respecto a la anti-

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

concepción son rotundas, ya que obliga a la mujer a maternidades sucesivas y puede aparecer como un mecanismo presuntamente “lícito” de control.

Entonces, sea por la imposición rotunda o por el temor a provocar la desaprobación y la violencia del marido, las mujeres maltratadas son un grupo particularmente expuesto a los embarazos no deseados o no planificados.

Y cuando en estos casos, las mujeres maltratadas deciden abortar, son justamente uno de los grupos más vulnerables frente a un aborto inducido, ya que en la mayor parte de los casos, dichas intervenciones tienen que realizarlas sin apoyo y en condiciones inseguras.

En estos casos el rol del sistema de salud es estratégico. En general, todas las mujeres tienen numerosos contactos con distintos integrantes de los equipos de salud durante sus diferentes períodos vitales. Y es aquí donde se hace fundamental contar con protocolos de detección de violencia de género. Ya que esto no puede quedar a merced de receptividad, sensibilidad o información de los profesionales que las atienden.

Por lo general, en la mayor parte de las instituciones de salud, existen instructivos o prácticas instituidas para la derivación cuando estas situaciones se detectan. En cambio, la elaboración e implementación de protocolos específicos para la detección están todavía en una etapa incipiente de desarrollo de propuestas y experiencias piloto.

Entonces, una política específica y justa, una política de justicia reproductiva requiere en este campo disponer de protocolos de detección e intervención de la violencia de pareja.

Existen distintos signos y síntomas que permiten detecciones tempranas, algunas relacionadas con el proceso de gestación, como por ejemplo: retraso en acudir a la consulta prenatal, sin razones obvias que lo justifiquen, historia previa de abortos y complicaciones durante el parto, historia de partos prematuros y bebés de bajo peso al nacer, amenazas de aborto, muchos embarazos, angustia ante la noticia de un nuevo embarazo, indicios de que un aborto no ha sido espontáneo ni producto de una caída, sino por golpes en el abdomen, lesiones genitales, anales, en los senos y/o abdomen, infecciones ginecológicas repetidas. También deben tenerse en cuenta indicios más sutiles, que sólo podrán detectarse a través de la observación cuidadosa de los comportamientos de la propia mujer o de su marido. Algunos de ellos son: actitud temerosa de la mujer, reticencia a brindar respuestas, argumentaciones rápidas y poco congruentes, llanto incontenible, minimización de las lesiones, miradas ansiosas a su pareja frente a las preguntas, actitud de control del marido e intentos de evitar que la mujer pueda estar a solas con los profesionales, tanto en las consultas prenatales como en el posparto.

## **Violaciones**

El tercer tema al que me voy a referir es el de la reproducción y las violaciones. Es sabido que las violaciones son frecuentes y pueden ocurrir en los más diversos contextos de la vida cotidiana de las mujeres y en cualquier etapa de sus vidas, tanto en el ámbito público como en el privado. Y si bien las violaciones afectan o puede afectar diversas esferas de la vida: la integridad física y emocional, la libertad e integridad sexual, las relaciones de pareja, la vida familiar, laboral y social y, sobre todo, el sentido de dignidad personal y de justicia, desde el punto de vista de la reproducción uno de los riesgos, es el de embarazo que actualmente puede ser abordado por medidas preventivas y de tratamiento precoz muy eficaces, si se aplican de manera inmediata.

Sin embargo muchas mujeres que sufren violaciones no acceden a esta intervención preventiva. Y esto suma a la violencia de la violación, la violencia de la falta de cuidados o atención que podrían prevenir un embarazo forzado. Llegado a este punto, es un encadenamiento de violencias. Porque si una mujer que ha quedado embarazada a causa de una violación, es porque no ha contado probablemente, en el momento del abuso, con información, ni apoyo. De ahí podemos deducir que la situación de vulnerabilidad es severa. Probablemente, se trata de una mujer que ha ocultado la violación o no ha podido hablar de ella, o, si lo ha hecho, no ha encontrado los apoyos adecuados, lo cual hace prever que tampoco podrá encontrarlos para abordar el aborto, agravando los riesgos de complicaciones.

De todos modos es importante reconocer avances en este campo. Me refiero a que ya se han diseñado y comenzado a implementar protocolos de atención a víctimas de violaciones en el ámbito hospitalario. La importancia de procedimientos normatizados es que la intervención no queda librada a la decisión o discrecionalidad de los profesionales. Estos protocolos incluyen la anticoncepción de emergencia, prevención de ITS, y otras medidas. En el Protocolo elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación y en otros protocolos elaborados por algunas provincias se incluye también el aborto en estos casos.

## **Violencia sexual en la adolescencia**

Por último, otra de las situaciones paradigmáticas es la de las problemáticas reproductivas vinculadas a la violencia sexual en la adolescencia

Son varias y complejas las problemáticas vinculadas con la adolescencia. Voy a mencionar algunas particularmente graves. Una de ellas es el inicio sexual, cuando se produce en un contexto de violencia. Por un lado, se observa

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

un alto porcentaje de violaciones en esa etapa y por el otro, hay situaciones de coacción y presión, que hacen que las relaciones sexuales no siempre se realicen con consentimiento libre o que se tomen las medidas de cuidado y protección. De modo que los embarazos tempranos, forzados, no deseados y otros riesgos, como por ejemplo el riesgo de ITS es mayor que en otras edades.

Si bien puede haber otras razones, sabemos que existen muchos embarazos tempranos resultado de distintas formas de ejercicio de la violencia masculina y que no siempre es una violencia explícita, sino que es más sutil, que incluye lo que podríamos llamar el sexo bajo coerción. Estas situaciones son típicas cuando hay diferencias de edad significativas o simplemente se ponen en juego censuras y presiones por parte de las mismas niñas. Y el sexo bajo coerción suele ser muchas veces, sexo inseguro, porque así como la joven no se ha sentido fuerte para decir No, tampoco tuvo la firmeza para poner como condición el uso del preservativo.

Además de estos embarazos están los que son producto de violaciones tanto de un desconocido o de familiares. En el embarazo forzado, a los riesgos propios del embarazo adolescente imprevisto, se suman los riesgos derivados del impacto emocional de la violencia: la culpabilización, el silenciamiento, la falta de contención y de apoyo. El embarazo es así es una continuidad de la situación de abuso que le dio origen. Si no pudo ser contada la violación o si fue silenciada por el entorno, el embarazo también estará rodeado de ocultamiento y estigma. Un embarazo temprano producto de una violación, unido a situaciones severas de indefensión puede provocar daños, con desenlaces límites como fugas o abandonos de bebés y en los casos más graves, suicidio o infanticidio. Nuevamente el no acceso a la interrupción del embarazo es una nueva violencia en esta ya larguísima cadena de violencias

Las/os profesionales con experiencia hospitalaria –médicas/s, obstétricas, enfermeras, trabajadoras sociales- saben reconocer estas situaciones e incluso diferenciarlos de otros embarazos que se producen en la pubertad y la adolescencia, a través de ciertos indicios y sobre todo, por el clima de ocultamiento que los rodea.

Una política respetuosa de la libertad reproductiva de las niñas y adolescentes requiere intervenciones tempranas, adecuadas y específicas. Y en este sentido debería haber protocolos y luces rojas que se enciendan cuando llega una niña embarazada con una edad por debajo de los 14 años; cuando llegan en etapas avanzadas, por ocultar el embarazo; cuando hay reacciones de negación y/o rechazo del embarazo; ataques de angustia; ocultamiento, ambigüedad y contradicciones acerca de la identidad del padre biológico, tanto por parte de la adolescente, como por parte del o los acompañantes;

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

rechazo del bebé o graves dificultades para establecer el vínculo; o insistente pedido de darlo en adopción.

Una intervención adecuada no puede reducirse al acto médico, negar lo evidente y omitir las acciones que corresponden.

Para concluir, es importante destacar el rol del sistema de salud en lo que sería una política institucional no violenta.

El sistema de salud tiene una función y una responsabilidad esenciales en el abordaje de las problemáticas descritas y por tanto, tiene que construir las estrategias e instrumentos que garanticen una respuesta adecuada a estas problemáticas. Me refiero concretamente a lo que la ley 26485 determina: “diseñar protocolos específicos de detección precoz y atención a todo tipo y modalidades de la violencia contra las mujeres, prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, clínica médica, obstetricia, ginecología, traumatología, pediatría y salud mental..” (Art. 3. c); “promover servicios y programas con equipos interdisciplinarios especializados en la prevención y atención de la violencia contra las mujeres y/o de quienes la ejerzan, con la utilización de protocolos de atención y derivación” (Art, 3 d).

Esto no es un proceso sencillo y en él influyen muchos factores, entre los más importantes, está la responsabilidad de los niveles decisorios, de los que depende la jerarquización de los programas especializados, la elaboración de protocolos e instructivos, la asignación presupuestaria, los convenios intersectoriales y las campañas públicas de difusión.

A niveles más operativos, se pueden subrayar dos conjuntos de factores: los institucionales y los relacionados con los equipos profesionales.

Con relación a los factores institucionales, el respaldo de las autoridades es esencial para la implementación de protocolos, registros sistemáticos y flujogramas; la conformación de equipos o referentes sensibilizados y capacitados; la disponibilidad de insumos y la llegada a la comunidad.

Por parte de los equipos profesionales, es importante revalorizar el espacio de confianza de la consulta y la relevancia de la palabra profesional. Cada entrevista puede constituirse en una oportunidad privilegiada para prevenir y detectar de forma temprana situaciones de violencia de género.

Además de los protocolos -cuando existen-, las mejores herramientas que tienen los profesionales de la salud frente a estas situaciones son sus conocimientos y experiencia, el intercambio con colegas, y sobre todo, no desoír las sospechas, una vez que se ha comprendido que algunos de los signos o complicaciones que aparecen en la consulta, pueden estar relacionados con la violencia de género. Junto a esta actitud de alerta, también el convencimiento de que su intervención no es intrusiva, sino legítima e, incluso, que puede llegar a ser

## ***SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA***

crucial, no en el sentido de lograr resultados plenamente satisfactorios e inmediatos, pero sí en el sentido de marcar una inflexión favorable, de contribuir a poner palabras, datos útiles y contención, allí donde tal vez, por mucho tiempo, sólo ha habido temor, desinformación y silencio.

**EL IMPACTO DEL ABORTO ILEGAL EN LA SALUD DE LAS MUJERES Y EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN CINCO ESTADOS DEL BRASIL: INSUMOS PARA EL DEBATE POLÍTICO**

\*María Beatriz Galli - \*\*Co-autora: Ana Paula de Andrade Lima Viana  
*Traducción Isabel Vasallo*

El impacto del aborto ilegal en la salud de las mujeres y en los servicios de salud en cinco estados del Brasil: insumos para el debate político, presentación leída en el 49º simposio temático Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVG<sup>3</sup>). Tecnologías de la reproducción y la concepción. Religiones y sexualidades. Seminario Internacional ‘Haciendo género 9’, Diásporas, diversidades y desplazamientos, Florianópolis, agosto de 2010.

Este trabajo muestra los resultados de un relevamiento realizado en los estados de Pernambuco, Bahía, Paraíba, Río de Janeiro y Mato Grosso do Sul. El estudio tuvo como objetivo extraer datos e informaciones sobre la realidad y la magnitud del aborto inseguro y el impacto de su práctica ilegal tanto en calidad asistencial como en la salud de las mujeres y en el sistema de salud. El trabajo apunta a apoyar y profundizar el debate político y mediático en relación con una eventual propuesta legislativa de revisión de la actual legislación penal sobre el aborto en Brasil. La investigación fue realizada en maternidades públicas de las capitales y municipios del interior de aquellos estados con mayor número de internaciones debidas a complicaciones derivadas del aborto. A partir de lo que las mujeres y los profesionales de la salud dicen, se pudo elaborar un panorama sobre la calidad de la asistencia en los estados sobre los cuales se investigó. Otras fuentes de información se basaron en: datos sobre costos; número de internaciones por causas obstétricas que aparecen en el Sistema de Información en Salud/SUS (DATASUS); informes de los comités de mortalidad materna o informes brindados por las secretarías estatales de salud, en caso de estar éstos disponibles.

Palabras clave: mortalidad materna, aborto inseguro, derechos humanos, discriminación, estigma.

**Contexto político**

En el ámbito del Poder Legislativo, el tema del aborto se debatió en la Comisión de Seguridad Social y Familia (CSSF) de la Cámara de Diputados, a

<sup>3</sup> La sigla responde a *Interrupção Voluntária da Gravidez* (N. de la T.).

través del Proyecto de Ley (PL) N° 1.135 de 1991, que despenaliza el aborto. El proyecto fue objeto de tres audiencias públicas en 2007, que tuvieron el objetivo de invitar a especialistas de varias áreas para que aportaran insumos, argumentos y datos que permitieran proveer los elementos necesarios al diputado informante del proyecto con la finalidad de que éste pudiera formular su opinión. (GALLI, B. & SYDOW, E., 2009). El espacio legislativo se presenta, actualmente, como arena de constante tensión y amenaza de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Además de los índices de enfermedad y mortalidad por aborto inseguro, este estudio presenta datos sobre la calidad de la atención dispensada a las mujeres que abortan, y que son atendidas en el sistema de salud pública (SUS); las categorías de análisis tenidas en cuenta son las asimetrías de género y de condición socioeconómica como parte de la realidad, en un contexto de estigma asociado a la ilegalidad y la criminalización del aborto.

Partimos de la premisa de que la acción llevada a cabo en los servicios públicos de salud deben sujetarse a las recomendaciones de la Norma Técnica proveniente de Técnica para Atención Humanizada de Mujeres que abortan (Ministerio de Salud, 2005) y a los documentos internacionales de derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como a los tratados internacionales de derechos humanos firmados por el gobierno de Brasil. Las políticas públicas deben estar orientadas por las directrices establecidas en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, realizada en El Cairo en 1994; y en la IV Conferencia Mundial sobre la mujer, en Beijing, China, en 1995, que fueron marcos para la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos. Los documentos internacionales originados en estas conferencias orientan las acciones gubernamentales en el área de la salud sexual y reproductiva. Al suscribir tales documentos, el gobierno brasileño pasó a asumir el compromiso político de alcanzar las metas allí previstas. El parágrafo 106 K de la plataforma de Acción de Beijing, de 1995, dispone que “los gobiernos deben considerar la revisión de las leyes que contienen medidas punitivas contra las mujeres que realizan abortos ilegales”.

#### **Aborto inseguro, enfermedad y mortalidad maternas<sup>4</sup>**

El Código Penal de 1940 establece la no punibilidad del aborto en dos si-

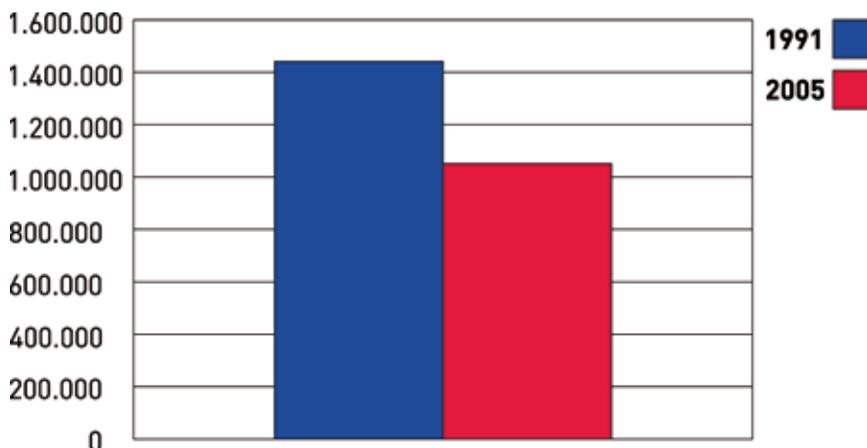
<sup>4</sup> La Organización Mundial de la Salud define como aborto inseguro al procedimiento para interrumpir la gestación no deseada realizado por personas que no poseen las competencias necesarias o en un ambiente que no cumple con los requisitos médicos mínimos, o ambas condiciones.

## SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA

tuaciones específicas: riesgo de vida para la mujer o en caso de estupro, según lo dispone el artículo 128, incisos I y II. Pero aun en estos casos, las mujeres encuentran dificultades de acceso al aborto previsto en la ley.

Evidencias científicas comprueban que el aborto representa un gran problema de salud pública y de justicia social, de enorme amplitud y que viene acompañado por una compleja cadena de aspectos que remiten a problemas políticos, legales, económicos, sociales y psicológicos. Esto se refleja en el hecho de que el número de abortos inseguros en Europa Occidental se aproxima a cero, mientras que en América del Sur se estima que llega a tres millones (COOK, DICKENS & FATHALLA, 2004).

La condición de clandestinidad del aborto en Brasil dificulta la definición de su real dimensión, así como la complejidad de los aspectos que comprometen cuestiones legales, económicas, sociales y psicológicas; todo lo cual impacta directamente en la vida y la autonomía de las mujeres. Las muertes maternas causadas por complicaciones derivadas del aborto presentan mayores dificultades para ser informadas y registradas en el Sistema de Información sobre Mortalidad del Ministerio de Salud. La condición de ilegalidad del aborto contribuye al ocultamiento de esa causa específica de muerte relacionada con el embarazo, la cual muchas veces es disfrazada, presentándose como muerte por infecciones o hemorragias; o bien aparece como “muerte por causas mal determinadas” (SORRENTINO, 2005). Sin embargo, a partir de ciertas estimaciones, es posible proyectar su magnitud en los



Fuente: Alan Guttmacher Institute, IPAS-Brasil e Instituto de Medicina Social de UERJ

servicios públicos de salud. Así, se considera que en Brasil, anualmente, se producen entre 729 mil y 1,25 millones de abortos inseguros, de acuerdo con los resultados de la investigación Aborto, un grave problema de salud pública y de justicia social (MONTEIRO, 2008).

### **Estimativo de abortos inseguros:**

Una investigación nacional reciente sobre el aborto, realizada en todos los Estados sobre 2.002 mujeres de 18 a 39 años, reveló cuál es el perfil de mujer que interrumpe su embarazo: es casada, tiene hijos, profesa una religión y pertenece a cualquier clase social. De las mujeres entrevistadas, el 15% declaró haberse hecho ya por lo menos un aborto. Proyectado sobre la población femenina del país en esa franja etaria, que es de 35,6 millones, según el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), ese número representaría 5,3 millones de mujeres.

En Brasil, el aborto es una cuestión de salud pública. Las más severamente castigadas son las mujeres negras, pobres y jóvenes que acceden a los servicios públicos de salud para concluir con un aborto que se ha iniciado en condiciones inseguras. En el relevamiento del Estado de Pernambuco, Paraíba, Bahía y Río de Janeiro, se observa que el acceso a la atención post-aborto en los servicios públicos de salud corresponde mayoritariamente a mujeres negras, lo que indica una mayor vulnerabilidad de esta población femenina frente a una peor calidad de atención (MARTINS, 2001).

Los abortos inseguros se efectúan, la mayor parte de las veces, según procedimientos desprovistos de asistencia adecuada y de seguridad; además, se producen en ambientes carentes de los mínimos patrones sanitarios, con posibilidades de complicaciones post-aborto, como hemorragias, infecciones, infertilidad y/o muerte.

Es sabido que la criminalización y las leyes restrictivas no llevan a la eliminación ni a la reducción de los abortos provocados, además de aumentar considerablemente los riesgos de enfermedad de las mujeres o bien de mortalidad materna. El aborto inseguro representa una de las principales causas de mortalidad materna en Brasil. Una investigación realizada por Laurenti et al (2003) en todas las capitales y en el distrito federal, permitió la identificación del factor de corrección 1,4 para ser aplicado a la causa de muertes maternas, poniendo en evidencia un valor corregido de 74 muertos por cada 100.000 nacidos vivos en el país, a diferencia de lo que ocurre en algunos países donde el aborto está previsto en la ley y la Razón de Mortalidad Materna (RMM) por esta causa se ve reducida o es inexistente.

Se estima que no ha habido avances en los últimos años en relación a la dis-

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

minución de la mortalidad materna. En el mismo lugar en que existen los mejores comités de mortalidad materna, como en Paraná y en San Pablo, no se verifica disminución.<sup>5</sup>

Según lo ha afirmado Tania Lago, en un estudio comparativo entre 1996 y 2006 de donde surgen los mejores datos de los nacidos vivos por región, hay dos regiones en que la mortalidad materna aumenta: el Nordeste y el Centro-Oeste (solamente en Pernambuco y en Ceará la elevación de la tasa en el Nordeste no se produce)<sup>6</sup>

Datos del DATASUS demuestran que las curaciones post-aborto (CPA) constituyen el segundo procedimiento obstétrico más realizado en los servicios públicos de salud del país, produciéndose cerca de 230 mil internaciones por año para tratar las complicaciones derivadas del aborto.

La Aspiración Manual Intrauterina (AMIU)<sup>7</sup> es un procedimiento recomendado por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y por la Organización Mundial de la Salud y establecido por el Ministerio de Salud de Brasil como el más eficaz y humano para tratar un aborto incompleto (Ordenanzas n° 569/2000 y n° 48/2001)<sup>8</sup>; es el que exige menor tiempo de internación, comporta menos riesgos para las mujeres y posee un costo promedio de 129,57 reales por internación. Comparativamente, el CPA tiene un costo promedio de 189,95 reales<sup>9</sup> y obliga a la mujer a permanecer más tiempo internada, lejos de la familia, lo cual es oneroso para el SUS y supone, innecesariamente, ocupación de cama. En los cinco estados estudiados, fue posible constatar que las CPA se utilizan mayoritariamente, en lugar de la AMIU, con aumento de riesgos de agravamiento y del tiempo de internación de las mujeres.

Se sabe que el impacto de la ilegalidad afecta a las mujeres de modo desigual: hay regiones en el país en que las tasas de mortalidad materna son más altas, como en el Norte, el Nordeste y el Centro-Oeste. Además de esto, es sabido que existen grupos de mujeres con mayor vulnerabilidad socioeconómica, dado que en las franjas menos favorecidas existe un riesgo mayor de mortalidad materna por aborto inseguro. Se parte, además, de la presuposición de que existe, entonces, una relación directa entre la restricción legal en relación con el aborto, el alto número de muertes maternas y las secuelas como consecuencia de dicho aborto (Comisión Parlamentaria de Investigación, 2001).

La metodología para la investigación de datos y la recolección de informaciones comprendió tres fases: el relevamiento de datos en el SUS, en bancos de datos locales, informes de los comités de mortalidad materna, publicaciones y sitios de Internet; las visitas realizadas a los servicios de salud en los municipios y las entrevistas informales hechas a profesionales y usuarias.

Los entrevistados fueron seleccionados en vistas a contemplar a todos los sujetos sociales implicados en las cuestiones pertinentes a este relevamiento. Gestores públicos que pudieran brindar informaciones sobre los servicios,

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

profesionales de la salud: médicos/as y enfermeros/as que actúan en dichos servicios y se relacionan directamente con las mujeres que los requieren y necesitan.

Se sabe que el impacto de la ilegalidad afecta a las mujeres de modo desigual: hay regiones en el país en que las tasas de mortalidad materna son más altas, como en el Norte, el Nordeste y el Centro-Oeste. Además de esto, es sabido que existen grupos de mujeres con mayor vulnerabilidad socioeconómica, dado que en las franjas menos favorecidas existe un riesgo mayor de mortalidad materna por aborto inseguro. Se parte, además, de la presuposición de que existe, entonces, una relación directa entre la restricción legal en relación con el aborto, el alto número de muertes maternas y las secuelas como consecuencia de dicho aborto (Comisión Parlamentaria de Investigación, 2001).

La metodología para la investigación de datos y la recolección de informaciones comprendió tres fases: el relevamiento de datos en el SUS, en bancos de datos locales, informes de los comités de mortalidad materna, publicaciones y sitios de Internet; las visitas realizadas a los servicios de salud en los municipios y las entrevistas informales hechas a profesionales y usuarias.

Los entrevistados fueron seleccionados en vistas a contemplar a todos los sujetos sociales implicados en las cuestiones pertinentes a este relevamiento. Gestores públicos que pudieran brindar informaciones sobre los servicios, profesionales de la salud: médicos/as y enfermeros/as que actúan en dichos servicios y se relacionan directamente con las mujeres que los requieren y necesitan.

<sup>5</sup>Tasa media quinquenal de mortalidad materna, Brasil 1996-2000 y 2000-2006. Fuente: Ministerio de Salud. DATASUS.SIM, Tabnet (acceso el 25/05/2009). Fuente: Informe del seminario Mortalidad Materna y Derechos Humanos en Brasil, Comisión Ciudadanía y Reproducción, mayo de 2009.

<sup>6</sup>Ídem 5.

<sup>7</sup>Se trata de un procedimiento que utiliza cánulas de Karman, con diámetros variables entre 4 y 12 mm, acopladas a una jeringa de vacío; retira los restos ovulares por aspiración, mediante un sistema de raspaje de la cavidad uterina.

<sup>8</sup>La ordenanza 569/2000 instituyó el AMIU como el procedimiento más humano y eficaz para el tratamiento del aborto incompleto, y la ordenanza 48/2001, lo define como el sistema que implica menor tiempo de internación.

<sup>9</sup>Banco de datos del DATASUS/MS – Sistema de Información en Salud/SUS.

### **Datos obtenidos en los estados**

Los datos elaborados a partir de estudios realizados por el investigador Mario Monteiro (Instituto de Medicina Social de UERJ) sobre el aborto en los estados de Pernambuco, Bahía, Mato Grosso do Sul, Río de Janeiro y Paraíba, también proporcionaron su ayuda para la confección de este análisis. Las informaciones reunidas en el sitio DATASUS nos permitieron acceder al índice de abortos por ciudad en cada estado, calculado teniendo en cuenta la proporción entre número de abortos y número de habitantes mujeres.

Según la investigación del Instituto de Medicina Social de UERJ e IPAS- Brasil, la distribución de los riesgos de aborto inducido por Unidades de Federación muestra una desigualdad muy marcada. En los estados de las Regiones Sudeste (menos Río de Janeiro), Sur y Centro-Oeste (menos el Distrito Federal) se presentan tasas inferiores a 20,4 abortos por cada grupo de mil mujeres de 10 a 49 años. En los estados del Norte (exceptuando Rondonia) y Nordeste (exceptuando Río Grande del Norte y Paraíba) las tasas superan el 21,1 sobre 1000 (Estado de Río de Janeiro) y llegan a más de 40 abortos sobre 1000 mujeres de 10 a 49 años en los Estados de Acre y de Amapá.

La ilegalidad del aborto conduce a una subnotificación y un subregistro de las informaciones relacionadas con el aborto en el SUS. La subinformación en los registros de evolución de la internación acarrea errores en el diseño del perfil epidemiológico de mortalidad materna por aborto, enmascara la realidad de los servicios y la calidad de la atención recibida por las mujeres (GALLI, B., MONTEIRO, M., VIANA, P. & MELO, N., 2008).

Algunos aspectos relevados en las entrevistas relacionadas con la falta de calidad en la asistencia brindada a las mujeres en situación de aborto

La ilegalidad impacta en el acceso y en la falta de privacidad, e interfiere en la calidad de la asistencia brindada a las mujeres en situación de aborto. La ausencia de calidad y la discriminación en dicha asistencia, se traduce, en los cinco estados objeto de investigación, en el retraso en la atención, el ayuno prolongado, la sensación de aislamiento, la ausencia de comunicación relativa a lo que está sucediendo, la falta de interés de los equipos por escuchar y orientar a las mujeres; asimismo, se manifiesta en la discriminación explícita a través de palabras y actitudes condenatorias y prejuiciosas. Esto surge de la mayor parte de los relatos de las mujeres entrevistadas.

*“No tuve quien me acompañara. Tuve un acusador. Sólo eso [...]”* (Usuaría, MS)

Se constata que el estigma del aborto, consecuencia de su ilegalidad, hace

## SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA



Mapa 1: Estimativo de las tasas anuales de aborto inducido por 1000 mujeres de 15 a 49 años.



Porcentaje de complicaciones con shock como secuela del aborto sobre el total de internaciones por complicaciones derivadas del aborto. Grandes regiones - 2005.

que las mujeres enfrenten una frecuente y violenta discriminación y violación de sus derechos cuando recurren a los servicios, además del hecho de estar expuestas al riesgo de enfermedad y hasta mortalidad por complicaciones derivadas del aborto inseguro. La ilegalidad del aborto contribuye con la dificultad de establecer una relación de confianza entre la paciente y el profesional de la salud, que trabaja al margen de la seguridad en lo que se refiere al diagnóstico y al tratamiento adecuado.

En la mayoría de los profesionales de la salud entrevistados, existe desconocimiento sobre el marco legal y sobre el tipo de conducta ético-profesional para los casos de aborto. Su situación es de permanente conflicto íntimo, agravada por el hecho de que el aborto es una parte significativa de la demanda de las mujeres en los servicios, realidad frente a la cual no se sienten preparados para luchar.

*[...] la mujer, pienso que era enfermera, cuando miró mi ficha, ahí, me preguntó: '¿usted tomó un remedio para hacer esto?'. Yo dije que sí. Entonces me preguntó por qué lo hice, y yo dije el porqué. Hay gente que cree que es absurdo. Yo también lo encuentro absurdo, pero las personas no saben los motivos para hacer una cosa así, ¿entiende? Pero fue frente a las pacientes [...], había otras enfermeras, también. No fue algo privado, sólo entre ella y yo. Fue para que las demás escucharan. Vergonzoso, ¿no? (Usuaría P.B.)*

Existe un tratamiento diferenciado entre las mujeres en proceso de aborto y las parturientas, con evidente desvalorización y marginalización de las mujeres que llegan para abortar; se las conduce, entonces, a enfrentar una seguidilla de violencias institucionales y discriminación (RABAY, G. & SOARES, S.G., 2008). Lo que cuentan las mujeres revela la ausencia de toda privacidad en la atención cuando son atendidas y la violación de su autonomía en relación a la decisión de interrumpir su embarazo. Acceso, privacidad, resolución, integridad son principios dejados de lado cuando se trata de mujeres en situación de aborto, lo cual impacta negativamente en su salud y en su vida (BORGES S., LIMA, C. & SOARES, S.G., 2010).

Se ha constatado, además, la falta de camas de obstetricia y la precariedad de la estructura física de las unidades; la falta de equipamiento y de profesionales calificados. En las unidades visitadas, se comprobó que no existe un servicio de planificación reproductiva post-aborto, o si lo hay es deficiente para responder a la demanda de información sobre métodos anticonceptivos existente. Esto facilita la recurrencia de embarazos no deseados.

Por fin, este estudio arriba a la conclusión de que la legislación restrictiva que criminaliza la práctica del aborto es la principal barrera para la reducción de la enfermedad y mortalidad materna derivadas, así como para el mejoramiento de la asistencia al aborto y el post-aborto en el Brasil.

## **Bibliografía**

ADESSE, L. e MONTEIRO, M. A Magnitude do Aborto: aspectos epidemiológicos e sociais. Rio de Janeiro: Ipas Brasil e IMS/UERJ, 2007

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Sistema de Informação em Saúde/SUS. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Sistema de Informação em Saúde/SUS. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

BORGES, S; RABAY, G & LIRA, L. Ministério Público: um aliado na ação feminista. In: Toques de Saúde, nº 6. João Pessoa: Cunhã/ Coletivo Feminista, maio/2008

BORGES S., LIMA C. & E SOARES S. G., Dossie “A Realidade do Aborto Inseguro: O Impacto da Ilegalidade do Abortamento na Saúde das Mulheres e nos Serviços de Saúde da Paraíba, janeiro 2010 ([www.ipas.org](http://www.ipas.org))

COMISSÃO PARLAMENTAR DE INQUÉRITO SOBRE MORTALIDADE MATERNA. Relatório da CPI sobre a Situação da Mortalidade Materna no Brasil. Brasília, 2001

COOK, R. & BEVILAQUA, M.B. Invoking Human Rights to Prevent Maternal Deaths. The Lancet

363: 73, 2004 COOK R.J., DICKENS, B.M. e FATHALLA, M.F. Reproductive Health and Human Rights Integrating medicine, ethics and law. New York: Oxford University Press, 2003

CUNHÃ- COLETIVO FEMINISTA. História do Abandono. Aborto na Paraíba: a luta pela implementação do serviço de atendimento aos casos previstos na lei. João Pessoa, 1997

DINIZ, D. Aborto e saúde pública no Brasil. Editorial. Cad. Saúde Pública, v. 23 n. 9. Rio de Janeiro, setembro 2007. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000900001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000900001&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 9 março 2008.

DINIZ, D. & MEDEIROS, M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Disponível em: [http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=5593](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5593)

GALLI, B., MONTEIRO, M., VIANA, P. & MELO, N., Dossiê sobre a realidade do aborto inseguro em Pernambuco: o impacto da ilegalidade do abortamento na saúde das mulheres e nos serviços de saúde de Recife e Petrolina. Ipas Brasil, Grupo Curumim, 2008, página 15

GALLI, B. & SYDOW, E. O debate sobre o aborto no Brasil: avanços, retrocessos e perspectivas. In: Revista Saúde Sexual e Reprodutiva. Rio de Janeiro:

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Ipas Brasil, 2009

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais – 2005. Série Estudos e Pesquisas: Informação Demográfica e socioeconômica, número 17. Rio de Janeiro, 2006

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. Relatório de Pesquisa apresentado no V Fórum Nacional de Mortalidade Materna, 2003

MARTINS, Alaerte L. Maior Risco para Mulheres Negras no Brasil. In: *Jornal da Rede Feminista de Saúde* - nº 23 - Março 2001

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Técnica: Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes. 2ª ed. atual. e ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

MONTEIRO, M.F.G. ADESSE, L. e LEVIN, J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. In: *Revista Radis – Comunicação em Saúde*, n. 66. Fevereiro de 2008. Disponível em: [http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis\\_66.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/66/pdf/radis_66.pdf). Acesso em 11 de abril de 2009

RABAY, G. & SOARES, G. Abortamento inseguro: assistência e discriminação. João Pessoa: Cunha – Coletivo Feminista; Marmesh, 2008

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE (RFS). Dossiê Aborto Inseguro. 2005

SOARES, G. S. Profissionais de saúde frente ao aborto legal no Brasil: desafios, conflitos e

significados. In: *Cad. Saúde Pública*, vol.19 suppl. 2, p.S399-S406, 2003

SORRENTINO, S. Mortes Previsíveis e Evitáveis. *Rede Feminista de Saúde*, março de 2005

**LIBERANDO OBSTÁCULOS PARA EL ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA: ESTRATEGIAS Y ACCIONES DE LOS MOVIMIENTOS FEMINISTAS Y DE MUJERES**

\*Silvia Juliá

El reconocimiento de los derechos de las mujeres como derechos humanos y de la violencia contra las mujeres como una violación a los derechos humanos fue una conquista del movimiento social de mujeres que en los años noventa realizó una importante incidencia en las conferencias internacionales conocidas como Viena, Cairo y Beijing.

Los logros obtenidos en relación a los Derechos Reproductivos quedaron plasmados principalmente en el Programa de Acción de Cairo que los definió como derechos humanos: “Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos 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 a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.<sup>10</sup>

En relación a la eliminación de la violencia contra las mujeres la conquista fue resaltada por el Secretario General de la ONU en el informe “Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer en los siguientes términos “La categorización de la violencia contra la mujer como una cuestión de derechos humanos tiene importantes consecuencias. El reconocimiento de que la violencia contra la mujer es una violación de derechos humanos clarifica las normas vinculantes que imponen a los Estados las obligaciones de prevenir, erradicar y castigar esos actos de violencia y los hacen responsables en caso de que no cumplan tales obligaciones. Éstas emanan del deber de los Estados de tomar medidas para respetar, proteger, promover y cumplir los derechos humanos”.<sup>11</sup>

<sup>10</sup>*Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre, 1994.*

<sup>11</sup>*A/61/122/Add.1 Naciones Unidas, Asamblea General, Informe del Secretario General, 2006.*

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

En los años que siguieron a esas conferencias las organizaciones feministas y del movimiento amplio de mujeres hemos monitoreado el cumplimiento de los programas y plataforma, promoviendo mayores avances y enfrentando los embates de los grupos conservadores y fundamentalistas, principalmente religiosos, opuestos desde el inicio a la agenda de esas conferencias y al reconocimiento de derechos que representan e internacionalmente liderados por el Vaticano.

La lucha por transformaciones profundas al interior de los países ha tenido en nuestra región importantes frutos principalmente en la reforma legal –incluso constitucional- y en la normativización de políticas públicas de expreso reconocimiento de esos derechos pero no ha cerrado la brecha que separa estos avances del cambio concreto en la vida de las mujeres.

En el balance sobre cumplimiento y desafíos pendientes en Latinoamérica que se realizó a quince años del Programa de Acción de Cairo en el espacio intergubernamental de la CEPAL se ha evidenciado que las desigualdades sociales son un obstáculo concreto al disfrute de los derechos reproductivos por las mujeres que está demandando nuevas respuestas y desafíos a los Estados. Es así que este reconocimiento legal – con toda la importancia que le asignamos - no será suficiente si no se garantiza el acceso igualitario, para todas las personas a la información y los medios que les permitan ejercer esos derechos como parte de las políticas públicas de inclusión social.

Asimismo en los Foros Sociales Hemisféricos la articulación de agendas entre el feminismo y los movimientos sociales ha permitido visualizar que una sociedad justa no es posible sin justicia reproductiva para las mujeres y a esta como parte de la justicia social y económica. En este sentido se advirtió que en aquellos países en los que se producen reformas políticas y sociales progresistas las mujeres deben ser parte de su diseño y gozar de los beneficios, como también que es necesario enfrentar las posiciones conservadoras y patriarcales de un supuesto progresismo político que está causando enormes daños a las mujeres.

En el seminario organizado por la CEPAL (Santiago, 2009)<sup>12</sup> para evaluar los quince años de la Plataforma de Acción de Cairo, que contó con la participación de organizaciones feministas, se resaltó como característica del contexto latinoamericano “una sistemática y persistente desigualdad socioeconómica, que además de su expresión en la profunda brecha entre los grupos de altos y bajos ingresos

<sup>12</sup>*Seminario regional “Avances y acciones clave para la implementación del Programa de Acción de El Cairo, a 15 años de su aprobación”, efectuado los días 7 y 8 de octubre de 2009 en la sede de la CEPAL, en Santiago,*

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

adquiere manifestaciones territoriales y étnicas ...” se señaló también que “las brechas en los indicadores sociales son un claro reflejo de un ejercicio desigual de los derechos, y esto obliga a generar respuestas públicas y sistemas de protección social universales y con garantías explícitas para la población, inherentes a un enfoque de derechos...”.

Una de las preocupaciones resaltadas es la persistencia de la muerte de mujeres a consecuencia de los abortos inseguros con incidencia fuertemente en los sectores sociales más desprotegidos: “La mortalidad materna y la fecundidad adolescente presentan niveles mucho más elevados de los que cabría esperar a la luz de los índices de mortalidad y fecundidad promedio. Además, durante los últimos 15 años no han dado muestras de un descenso sostenido y sus niveles son mucho más altos entre las mujeres pobres, de menor nivel educativo e indígenas”.

En orden al cumplimiento de las metas comprometidas en la Plataforma de Acción se expresó también en el documento que “la judicialización contra los derechos reproductivos que se ha verificado en varios países revela una resistencia al avance del PA-CIPD y el hecho que las legislaciones nacionales no están alineadas con los acuerdos internacionales...esta judicialización ha significado retrocesos en el ejercicio de los derechos reproductivos reconocidos internacionalmente y por las propias autoridades nacionales de salud, siendo representativo el caso del acceso a la anticoncepción de emergencia en Chile. Otro tanto ha ocurrido en países donde el aborto terapéutico pasó a ser penalizado, como Nicaragua, que se une a Honduras, Chile y El Salvador como aquellos que penan todo tipo de aborto, aún aquel que se practica para salvar la vida de la mujer —característica peculiar de América Latina—...Unidas a la falta de acciones concomitantes de ampliación y universalización del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, sobre todo los de planificación familiar, estas decisiones pueden ocasionar el aumento de los abortos inseguros, con la consecuente alza de la mortalidad materna”.

Sin embargo, aún cuando se avance hacia la meta de acceso universal a la salud sexual y reproductiva mediante la prestación de servicios públicos y gratuitos una cuestión que no debe faltar es el análisis crítico de las instituciones que se hacen cargo de solucionar lo que las inequidades sociales y de género producen ya que al recaer el peso en la garantía del Estado para la satisfacción de los derechos reproductivos la forma en que se brindan los servicios a las mujeres, en particular si éstos son amigables o no, pueden cobrar una importancia fundamental para la persistencia de las brechas entre reconocimiento de derechos y disfrute.

Así, por ejemplo, la violencia institucional no es un tema en el que se haya

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

profundizado suficientemente, al respecto el Secretario General de Naciones Unidas en el informe antes citado, reconoció que: “Si bien hay información anecdótica, se dispone de pocos datos acerca de la violencia contra la mujer en los establecimientos de salud”.

Entre esa información “anecdótica” figura la proveniente de las mujeres a las que se les niega la atención post aborto o los servicios de aborto legal. Sabemos que en estos casos se las estigmatiza, se las somete a maltrato y se las castiga por el ejercicio de su derecho a decidir, aunque se encuentren amparadas por normas legales y convenios internacionales.

En nuestro país, tras años de reclamo, se sancionó y está en vigencia la ley integral de protección contra las múltiples formas de violencia que se ejercen contra las mujeres<sup>13</sup>, y fue justamente la violencia ejercida por personal de los servicios de salud y justicia de la Provincia de Buenos Aires contra una joven (“LMR”), pobre, discapacitada y violada a la que le impidieron ejercer su derecho reproductivo de acceder a la práctica de un aborto en un servicio público y gratuito, el que empujó el consenso en una mesa de diálogo y apuró la sanción de un proyecto integral que incluyó el reconocimiento de la violencia institucional como un escenario posible para el ejercicio de la violencia contra las mujeres. La ley en su art. 6 reconoce a las instituciones como un ámbito en el que puede producirse la violencia contra las mujeres “ARTICULO 6º - Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes: ...b) Violencia institucional contra las mujeres: aquella realizada por las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley...” incorporando además la violencia contra la libertad reproductiva que se define en el Decreto Reglamentario 1011/2010 “Inciso d).- Configura violencia contra la libertad reproductiva toda acción u omisión proveniente del personal de instituciones públicas o privadas de atención de la salud, o de cualquier particular como cónyuges, concubinos, convivientes, padres, otros parientes o empleadores/as, entre otros, que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente si desea o no tener hijos, el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos.

<sup>13</sup>Ley Nacional 26.485 y Decreto Reglamentario 1011/2010

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Específicamente incurrir en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva. “Inciso e).- Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no”.

En los últimos años este tipo de violencia se puso de manifiesto por las denuncias de las mujeres y sus familiares, que fueron acompañadas por el activismo feminista a lo largo y ancho del país. Los casos llegaron a las máximas instancias judiciales nacionales e internacionales como en la presentación de lo sucedido a LMR, denuncia que fuera resuelta de manera favorable a la joven por el Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

La negación de derechos más dramática que tomó estado público fue la negativa de realizarle un aborto terapéutico a Ana María Acevedo, quien padecía cáncer, por parte del personal de salud de un hospital de Santa Fe. Los médicos se negaron también a realizarle el tratamiento indicado para su enfermedad y el paliativo para el dolor, sometiéndola a intensos e insoportables sufrimientos, por encontrarse embarazada. La circunstancia de ser joven y pobre no le dio otras opciones: Ana María murió por falta de tratamiento y también murió su hija a las pocas horas de nacer.

En ésta como en otras demandas acompañadas desde las organizaciones de la sociedad civil, pudimos comprobar y denunciar el “escaso grado de justicia” que obtienen las mujeres cuando quieren decidir sobre su reproducción y carecen del poder y los recursos necesarios para hacerlo, por lo que dependen de la voluntad de otras personas con poder de decisión que revisten generalmente en los servicios de salud y justicia. En ellos existe una estigmatización de las mujeres que abortan, aún en los casos en que es legal, lo que incrementa la práctica clandestina y en condiciones no seguras con graves consecuencias para la vida y la salud de las mujeres por lo que el compromiso constitucional de reconocer de manera integral esos derechos, es algo completamente ignorado o relativizado.

Observamos que los numerosos e importantes avances habidos en relación a la salud reproductiva no alcanzan para dar satisfacción integralmente a los derechos reproductivos de las mujeres ya que aún se mantienen fuertes restricciones para el acceso al aborto en condiciones seguras. Pese

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

a que se conoce ciertamente que se realizan más de 500.000 abortos por año y que las condiciones de ilegalidad causan la muerte de cien mujeres en ese lapso de tiempo, siendo este un grave problema de salud pública, las respuestas que se brindan son aún insuficientes. Se sabe además que esta tasa ocupa el primer lugar en las muertes maternas y que en Formosa y Jujuy la tasa duplica el promedio nacional, lo que lo transforma también en un problema de justicia social.

En definitiva, un importante impedimento para la satisfacción de los Derechos Reproductivos de las mujeres se encuentra en la legislación que penaliza el aborto y para cambiar esto la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito ha presentado un proyecto de ley con la firma de más de 50 legisladores/as cuyo tratamiento y aprobación se espera ocurra en el presente año.<sup>14</sup> Pero también hay que tener en cuenta otras restricciones que surgen desde adentro de las instituciones públicas obstaculizando, por ejemplo, el cumplimiento de normas legales que autorizan la interrupción del embarazo bajo diversas circunstancias porque seguirán obstaculizando derechos aún cuando las legislaciones se hagan más flexibles e incidirán en un gran número de mujeres mientras subsistan las desigualdades sociales. Vale la pena recordar que en hechos sucedidos en Mendoza y Paraná la intervención en connivencia de los juzgados de menores y los hospitales públicos para impedir la realización de los abortos llegó al grado de mantener en situación de cautiverio a dos jóvenes -embarazadas por haber sido violadas-, separándolas de sus madres porque habían solicitado la interrupción de esos embarazos según lo autoriza la legislación penal argentina. Que fue también en la ciudad de Mendoza donde por orden de una Fiscal se detuvo a mujer inmigrante y pobre a la salida de una consulta médica y se la sometió a una revisión médica no consentida para saber si había abortado. Esta señora denunció que sin explicarle nada de lo que estaba sucediendo le dijeron que la llevarían al Poder Judicial a ella, a su esposo y a otra mujer.

Que ya en el Poder Judicial la Fiscal le dijo que debía hacerse unos análisis, que “quiero saber qué te hiciste”, que en ningún momento la Fiscal la informó en qué consistía el procedimiento, por qué la obligaban a realizarse análisis ni cuáles eran sus derechos.

Que de ahí la llevaron al Cuerpo Médico Forense donde la obligaron a someterse a una revisión vaginal, a hacerse análisis de orina”. Esta inje-

<sup>14</sup>Ver página web: [www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

rencia arbitraria e ilegítima en la vida privada de las mujeres, que anula el ejercicio de sus derechos reproductivos, es una forma extendida y naturalizada de violencia institucional a la cual es difícil enfrentarse sobre todo cuando se produce en los propios tribunales de justicia que deberían amparar esos derechos. Así fue reconocido recientemente por el Comité de Derechos Humanos del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos<sup>15</sup> que hizo lugar a la denuncia presentada por la madre de LMR con el patrocinio INSGENAR, CLADEM y Católicas por el Derecho a Decidir, en un caso de aborto no punible contemplado por el art. 86, inc.2º, del Código Penal. El dictamen del Comité reconoció la violación a los Derechos Humanos de la joven discapacitada a quien, habiendo quedado embarazada producto de una violación, se le negó la realización del aborto por decisión de una Jueza de Menores y tuvo que recurrir hasta el máximo tribunal de justicia de la Provincia de Bs.As. para obtener sentencia favorable, sin embargo ningún hospital público ni privado aceptó realizar el aborto por lo que debió recurrir al circuito clandestino. El dictamen admite asimismo que en este caso se violó el art. 7 del Pacto (tortura y trato cruel, inhumano y degradante) al considerar que “la omisión del Estado al no garantizar a LMR el derecho a la interrupción del embarazo conforme a lo previsto en el art. 86 inc.2 del Código Penal causó a la joven un sufrimiento físico y moral contrario al art. 7 del Pacto, tanto más grave cuanto se trataba de una joven con discapacidad”. Se señala también que la ilegítima injerencia del Estado, a través del poder judicial, en una cuestión que debía resolverse entre la paciente y su médico violó el art. 17 del Pacto (derecho a la intimidad).

El dictamen constituye jurisprudencia de obligatoria para nuestro país en relación a la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos por lo que el Comité le ha dado un plazo de 180 días al Estado Argentino para que informe qué medidas ha tomado para cumplir con el dictamen que garanticen a todas las personas que se encuentren en su territorio y bajo su jurisdicción los derechos establecidos en el Pacto. Asimismo el señalamiento efectuado por el Comité de que hubo violación del art. 3 del Pacto (Derecho a la igualdad y no discriminación) ya que “la falta de debida diligencia del Estado para garantizar un derecho legal a un procedimiento sólo requerido por las mujeres habría resultado en una práctica discriminatoria en relación

<sup>15</sup>CCPR/C/101/D/1608/2007

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

con LMR”, abre nuevas y promisorias perspectivas en la búsqueda de justicia reproductiva para las mujeres. Al generar jurisprudencia sobre la negativa del acceso al aborto como un tema específico de discriminación el dictamen se une, se complementa y se potencia con las numerosas recomendaciones y observaciones del Comité de Seguimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas.

La no repetición de casos como el denunciado dependerá de que el Estado realice importantes cambios para la satisfacción de los derechos de las mujeres que abarcan desde la modificación de leyes hasta la capacitación de efectores de salud y justicia en todo el país para cambiar del modelo de atención actual a uno que reconozca a las mujeres como sujetos morales autónomos con capacidad y derecho a decidir sobre sus cuerpos y sus vidas.

Finalmente seguirá siendo necesario lograr un mayor empoderamiento de las mujeres para el ejercicio de la ciudadanía, -sobre todo en aquellas comunidades que muestran un muy bajo grado de satisfacción de esos derechos- y fundamental sostener la presencia pública, movilizada y articulada de los movimientos (feministas, amplio de mujeres, sociales, de derechos humanos, de la diversidad) demandando por la ampliación de derechos, promoviendo el debate y el diálogo constructivo con los/as actores/as con poder de decisión en diferentes instancias gubernamentales, principalmente la legislativa, para profundizar los avances, sostener los logros e impedir retrocesos en los derechos sexuales y reproductivos.

# ***Obstáculos para el Acceso a los Derechos Sexuales y Reproductivos***

***El rol de las religiones, la cultura  
y las ideologías en las democracias  
contemporáneas***

**TENDENCIAS GLOBALES CONTRA EL ACCESO A LOS DD. SS.  
RR.; VÍNCULOS ENTRE GRUPOS CONSERVADORES EN EE.UU.,  
AMÉRICA LATINA Y EUROPA**

\*Gillian Kane

En el año 2009, una joven de 17 años de edad quedó embarazada de un delincuente convicto. Ella vivía en una zona rural remota, en una casa sin agua corriente ni electricidad. La clínica de aborto más cercana se encontraba a tres horas de distancia, no había transporte público y ella no podía manejar. Ya en su tercer trimestre estaba desesperada por interrumpir su embarazo y le pagó \$150 dólares a un hombre para que la golpeará a fin de causar una pérdida del embarazo. El esfuerzo fue fallido y a ella la acusaron de intento de asesinato<sup>16</sup>

Esta joven no vive en Latinoamérica o África, donde el aborto es muy restringido por la ley. Vive en el estado de Utah, en los Estados Unidos. Aunque la interrupción del embarazo es legal en todos los estados desde 1973, de acuerdo con la ley federal cada estado puede imponer ciertas restricciones al aborto. Durante más de 30 años, las personas y grupos religiosos y seculares conservadores en EE. UU. han perfeccionado todo tipo de impedimento jurídico para restringir el acceso a los servicios de aborto, con el objetivo a largo plazo de revocar el fallo de la Corte Suprema que legaliza el procedimiento<sup>17</sup> Las restricciones que los estados están imponiendo, como requerimiento de un periodo de espera o requerimiento de consentimiento de padres, afectan, como se ve en el ejemplo de la joven en Utah, principalmente a mujeres pobres, mujeres jóvenes y las del campo.

Los grupos antichoice han sido generosos con sus conocimientos y experiencia, y ahora se está viendo que las estrategias y los argumentos jurídicos que se han probado tan exitosamente en los tribunales y las legislaturas de EE .UU. están llegando a Europa, África y Latinoamérica.

En los últimos diez años, se ha visto un notable aumento en la colaboración entre los EE.UU. y otros países, específicamente un aumento en inversiones financieras en iniciativas jurídicas destinadas a prohibir o restringir el aborto. Asimismo, se está advirtiendo un patrón en los argumentos jurídicos y sociales que presentan las personas y grupos conservadores. En principio, los ataques contra aborto y derechos sexuales y reproductivos vienen en reacción a una iniciativa progresista.

<sup>16</sup>[www.thenation.com/article/160092/policing-pregnancy](http://www.thenation.com/article/160092/policing-pregnancy)

<sup>17</sup>[www.reproductiverights.org/en/project/abortion-bans](http://www.reproductiverights.org/en/project/abortion-bans)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

En Argentina esto ya está pasando y seguramente que continuará si los proyectos de ley de aborto siguen avanzando en el Congreso Argentino.

¿Cómo se expresa esto en términos políticos, sociales y jurídicos? A continuación destacaré cinco tendencias globales que han ido ganando terreno en los últimos diez años. Estas tendencias no son necesariamente estrategias anti-aborto pero sí son cinco tendencias estructurales y retóricas que contribuyen a la articulación transnacional del movimiento antichoice contemporáneo. Vale notar que algunas de estas tendencias se originaron en los grupos conservadores en los Estados Unidos o fueron respaldados con fondos y apoyo técnico de EE. UU.

1. Constituciones: protecciones del derecho a la vida desde el momento de la concepción
2. Objeción de conciencia
3. Mayor cooperación entre España/Europa y LAC
4. Surgimiento de Asociaciones Jurídicas Cristianas
5. “Cristianofobia”: libertad de culto, lucha contra el secularismo (libertad de conciencia)

### **Constituciones: protecciones del derecho a la vida desde el momento de la concepción**

Ha habido un aumento significativo en iniciativas jurídicas para incluir protecciones al derecho a la vida desde el momento de la concepción en constituciones nacionales y estatales. El daño en incluir estas protecciones es que esto podría propiciar, y en algunos casos ha propiciado, restricciones e incluso la penalización del aborto y del uso de anticonceptivos. Normas internacionales apoyan la posición de que la protección de la vida prenatal como un derecho humano fundamental interfieren significativamente con los derechos humanos de mujeres.

La idea de proteger la vida fetal en todas sus etapas es totalmente un precepto católico. Fue presentada y aprobada por primera vez en 1965, en el Segundo Consejo del Vaticano, cuando la Iglesia adoptó la doctrina de que la vida se debe proteger desde la concepción<sup>18</sup>. Sin embargo, el movimiento político por la protección jurídica de la “vida” desde la concepción data de 1973, tras la legalización del aborto en los Estados Unidos, cuando el movimiento contra el

<sup>18</sup>*Catholics for Choice. Abortion and Catholic Thought: The Little-Told History. Conscience. Autumn 1996. Fuente; [www.catholicsforchoice.org/pubs/cfc\\_archive/articles/TheHistoryofAbortion.asp](http://www.catholicsforchoice.org/pubs/cfc_archive/articles/TheHistoryofAbortion.asp)*

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

derecho a decidir comenzó a presentar proyectos de ley sobre la personalidad, también conocidos como enmiendas sobre la vida humana.<sup>19</sup> Esta estrategia es totalmente diferente a la de restringir o penalizar el aborto y es una táctica que ha dividido al movimiento antiaborto en EE. UU. Debido a la manera en que el lenguaje de la ley federal ha sido formulado en EE. UU., ha sido sumamente difícil promover enmiendas sobre la vida humana. Este asunto se ha sometido a votación en varios estados, pero hasta la fecha ninguno lo ha aprobado. En los Estados Unidos, las organizaciones a favor de estas enmiendas y en contra del derecho a decidir han sido muy activas y han brindado apoyo técnico o financiero sobre la protección de la vida prenatal para recientes reformas constitucionales en México, la República Dominicana, Kenia y, más recientemente, Hungría.<sup>20</sup>

Después de la legalización de aborto en la ciudad de México en 2007, se ha visto una urgencia por modificar las constituciones estatales en México para incluir el derecho a la vida desde el momento de la concepción y, hasta la fecha, en 17 estados mexicanos —más de la mitad de todos los estados mexicanos— se han establecido estas protecciones y la inclusión de similares modificaciones está siendo considerada en otros estados. En el año 2009, la República Dominicana experimentó un referéndum constitucional, cuyo resultado fue la aprobación del Artículo 11, el cual establece que “el derecho a la vida es inviolable desde la concepción hasta la muerte.” En Brasil, el Frente Parlamentario en Defensa de la Vida acaba de presentar una propuesta ante el Congreso para modificar la constitución nacional a fin de incluir la protección de la vida desde el momento de la concepción. Lo mismo está sucediendo en Colombia, donde el Partido Conservador, el cual está estrechamente vinculado con la Iglesia Católica, anunció que este julio presentará un proyecto de ley para reformar la constitución con el fin de proteger la vida desde la concepción hasta la muerte por causas naturales.

Latinoamérica no es la única región que está experimentando estos cambios. El año pasado Kenia, tras un polémico debate público, incluyó una modificación a su constitución para proteger la vida desde la concepción. La adición más reciente a esta colección de esfuerzos conservadores es Hungría, donde el mes pasado se aprobó una nueva constitución con texto similar al de la República Dominicana pero que va más allá al establecer que “la vida del embrión y del feto está sujeta a protección desde el momento de la concepción.”

<sup>19</sup>[www.personhoodusa.com/what-is-personhood](http://www.personhoodusa.com/what-is-personhood)

<sup>20</sup>[www.personhoodusa.com/node/35](http://www.personhoodusa.com/node/35)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

La conexión entre las cláusulas de protección del derecho a la vida desde la concepción y las enmiendas sobre la personalidad que surgen de los EEUU, es que ambas procuran conceder derechos al llamado “nonato.” Los argumentos morales, jurídicos y teológicos para promover la personalidad, muchos de los cuales se originaron en los Estados Unidos, son los mismos que se están utilizando en las constituciones nacionales y estatales de Latinoamérica, África y Europa, para defender el derecho a la vida desde el momento de la concepción

### **Objeción de conciencia**

Una segunda tendencia a restringir el acceso a los servicios de salud reproductiva y aborto ha sido la inclusión de cláusulas de objeción de conciencia en guías técnicas y legislación. La “objeción de conciencia” es un medio jurídico que ha sido utilizado por profesionales médicos (y en algunos casos por hospitales, escuelas, personal administrativo y otras entidades) para negarse a realizar abortos o discutir el tema de aborto u otros derechos sexuales y reproductivos, por razones éticas o religiosas. En los últimos años, la objeción de conciencia ha sido objeto de extensos debates en Latinoamérica y se han formulado cláusulas en Colombia, Uruguay y Argentina.

Nuevamente, esta tendencia no se limita a América Latina. Parlamentarios conservadores, apoyados por asociaciones legales de los EEUU, están colaborando entre regiones para compartir experiencias y asistencia técnica en cuanto a la elaboración de guías restrictivas. El año pasado, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa (PACE) se reunió para debatir la creación de guías para la objeción de conciencia. A la Asamblea le preocupaba el hecho de que la OC no se regulaba lo suficiente en Europa y esperaba elaborar guías que permitieran tanto referencias como objeciones. En esa reunión, parlamentarios europeos contra el derecho a decidir, con la ayuda de varias ONG internacionales conservadoras, como el grupo Norte Americano, el Centro Europeo de Derecho y Justicia, lograron derrotar ese proceso al modificar extensamente la resolución en debate. El movimiento fue encabezado por Luca Volonte, integrante italiano de la Asamblea Parlamentaria. Este año Volonte y varios parlamentarios conservadores de Portugal y España, viajaron a Argentina para compartir sus logros en PACE, en una reunión de parlamentarios contra el derecho a decidir. Después de la reunión, legisladores argentinos, en consulta con la Academia Nacional de Medicina<sup>21</sup> (una

<sup>21</sup>[www.acamedbai.org.ar](http://www.acamedbai.org.ar)

organización académica de médicos que ha emitido un comunicado que apoya la objeción de conciencia y que efectivamente, entre otros pronunciamientos, es una organización en contra del aborto), ahora están considerando formas de incluir la objeción de conciencia en su legislación.

La OC está surgiendo a nivel local en Argentina también. En la provincia de Chaco, Elda Pértile, Diputada Municipal, está promoviendo un proyecto de ley sobre la objeción de conciencia, el cual además de permitir la objeción de conciencia por aborto también reconocería el derecho de la persona de negarse a cumplir cualquier ley salvo la ley fiscal.<sup>22</sup> El proyecto de ley garantizaría a cada residente de Chaco el derecho a “no actuar en contra de su conciencia personal” e incluye la objeción de conciencia para profesionales médicos. El proyecto de ley fue presentado en octubre de 2010 ante la Cámara de Diputados de Chaco, con apoyo público<sup>23</sup> del Movimiento “Unidos por la Vida y la Familia<sup>24</sup>”, una nueva red organizada contra los derechos de aborto y de parejas del mismo sexo.

En Colombia, Alejandro Ordoñez Maldonado, Procurador General y uno de los principales oponentes a los derechos sexuales y reproductivos, anunció<sup>25</sup> que presentará ante el Congreso Nacional un proyecto de ley<sup>26</sup> para proteger la objeción de conciencia. Si es aprobado, cualquier profesional médico, madre, padre, estudiante, institución educativa o establecimiento de salud podría invocar el derecho a la objeción de conciencia para negarse a realizar un aborto o incluso informar a una mujer acerca de su derecho legal al aborto. En Colombia, el aborto es permitido por la ley cuando la vida o la salud mental o física de la mujer corren peligro, en casos de violación o incesto y cuando el feto presenta anormalidades incompatibles con la vida. En el año 2009, la Corte Constitucional de Colombia emitió una orden que obligó a las escuelas públicas a informar a sus estudiantes de las guías sobre la interrupción legal del embarazo. Los promotores de la salud y los derechos reproductivos creen que los esfuerzos de Ordoñez por ampliar la objeción de conciencia para incluir profesores es un esfuerzo deliberado por revocar la decisión de la Corte. Por último, en Perú, se acaba de aprobar una ley sobre la libertad de culto, la cual reconoce la objeción de conciencia como “el derecho de una persona de oponerse a cumplir una obligación jurídica por convicciones religiosas o morales.”

<sup>22</sup>[www.chacodiapordia.com/noticia.php?n=48065](http://www.chacodiapordia.com/noticia.php?n=48065)

<sup>23</sup>[www.chacodiapordia.com/noticia.php?n=48036](http://www.chacodiapordia.com/noticia.php?n=48036)

<sup>24</sup>[www.aica.org/index.php?module=displaystory&story\\_id=23954&edition\\_id=1357&format=html](http://www.aica.org/index.php?module=displaystory&story_id=23954&edition_id=1357&format=html)  
[org/index.php?module=displaystory&story\\_id=23954&edition\\_id=1357&format=html&fech=2010-10-21](http://org/index.php?module=displaystory&story_id=23954&edition_id=1357&format=html&fech=2010-10-21)

<sup>25</sup>[www.elespectador.com/noticias/politica/articulo-218959-procurador-busca-reglamentar-objecion-de-conciencia-contra-el-abor](http://www.elespectador.com/noticias/politica/articulo-218959-procurador-busca-reglamentar-objecion-de-conciencia-contra-el-abor)

<sup>26</sup>[www.procuraduria.gov.co/html/noticias\\_2010/noticias\\_786.htm](http://www.procuraduria.gov.co/html/noticias_2010/noticias_786.htm)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Las cláusulas sobre la objeción de conciencia en sí no son malas, pero deben elaborarse bien. Si no contienen lenguaje que asegura que una mujer recibe una referencia puntal para poder obtener un aborto legal, es otra manera de negar leyes positivas sobre aborto. El dictamen emitido la semana pasada por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas sobre el caso de la negativa de acceso a la interrupción de un embarazo en un caso previsto por la ley en Argentina, demuestra claramente que la negación de servicios es una violación de los derechos humanos de una mujer.

### **Mayor cooperación entre España/Europa y LAC**

Todo lo anterior nos lleva a la tercera tendencia; mayor cooperación entre España, Europa y LAC. Sabemos mucho sobre los vínculos entre los grupos estado-unidenses contra el derecho a decidir que trabajan en el extranjero, especialmente en LAC. Lo que es menos conocido son las conexiones entre los grupos contra la libre elección en otras regiones. Desde el año 2009, tras una masiva conferencia contra el derecho a decidir, celebrada en Zaragoza, España,<sup>27</sup> la colaboración entre los grupos de oposición en Latinoamérica y España aumentó considerablemente. En la reunión se determinó que el movimiento español contra el derecho a decidir, con el apoyo de grupos de ideas afines en Europa, debería asumir un rol de liderazgo en actividades antiaborto en LAC. Como mencioné anteriormente, a las audiencias parlamentarias públicas sobre el aborto, celebradas en febrero en Argentina, asistieron varios parlamentarios europeos de España, Portugal e Italia, la mayoría de los cuales son integrantes de la red Acción Mundial de Parlamentarios y Gobernantes por la Vida y la Familia. Al cierre de la reunión celebrada en Buenos Aires este año, el liderazgo de la red fue transferido de Argentina a España, con la instalación del congresista español Ángel Pintado como nuevo presidente de la red. Emitieron una declaración de dos páginas, en la cual se incluyeron, además de las promesas habituales de proteger la vida desde la concepción, tres nuevas exigencias que constituían casi la mitad de la declaración, algo novedoso para mí:

- Se exija que las ayudas al desarrollo y la cooperación se produzcan con absoluto respeto a la soberanía de los países receptores.
- Se hará público cuando las ayudas al desarrollo y la cooperación se condicionen imponiendo políticas anti familia o ideología de género.
- Se dará conocimiento de las organizaciones y connacionales que reciban dinero foráneo para impulsar cambios en nuestras normas legales, fomentando acciones

<sup>27</sup>[www.prolifeworldcongress.org](http://www.prolifeworldcongress.org)

contra la vida y la familia.

Estas tres cláusulas demuestran un esfuerzo concreto por cuestionar y restringir la ayuda financiera del extranjero dirigida a mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva. En cierta forma, es una domesticación de la Ley Mordaza global.

El empuje para incrementar la cooperación entre LAC y España también está siendo promovido por la Iglesia Católica. En una reunión del Consejo Episcopal Latinoamericano (CELAM), celebrada este marzo en Bogotá, organizada en coordinación con el Consejo Pontificio del Vaticano para la Familia, Mons. José Antonio Eguren, presidente de la Comisión Episcopal de Vida y Familia del Episcopado peruano, destacó la necesidad de coordinar las estrategias pro-vida en Hispanoamérica con España, Estados Unidos y Canadá. Explicó que esto era necesario porque “en esos países se elaboran y vienen los principales ataques contra la familia y la vida en América Latina y el Caribe, sino porque podemos ayudarnos mutuamente en esfuerzos, estrategias y programas a favor de la familia y la vida.”<sup>28</sup>

Han tenido un buen comienzo, ya que también asistieron a la reunión varios destacados líderes norteamericanos contra el derecho a decidir, entre ellos Marie Smith, esposa de unos de los legisladores más extremistas contra el derecho a decidir en EE. UU. Smith dirige la Red Parlamentaria de Asuntos Críticos, una ONG dedicada a organizar parlamentarios en contra de la libre elección, lo cual implica proporcionar ejemplos de legislación y brindar asistencia técnica. Esto nos lleva a la cuarta tendencia: el surgimiento de asociaciones jurídicas cristianas.

### **Surgimiento de asociaciones jurídicas cristianas**

Como he intentado esbozar, las lecciones aprendidas por activistas contra el derecho a decidir en EE. UU. ahora están siendo aplicadas en otros países. Una de las maneras de lograr estos esfuerzos es por medio de la creación de asociaciones jurídicas que proporcionen dinero, asistencia técnica y, en algunos casos, participen en litigio directo y cabildeo en el extranjero. Existen varias organizaciones jurídicas conservadoras bien establecidas que trabajan a nivel mundial, pero para esta ponencia me concentraré en dos de ellas.

El grupo más conocido es el Centro Estadounidense de Derecho y Justicia (American Center for Law and Justice), el cual fue fundado por Pat Robertson, un televangelista conservador. Tiene sede en Washington, D.C., y oficinas en

<sup>28</sup>[www.aciprensa.com/noticia.php?n=33052](http://www.aciprensa.com/noticia.php?n=33052)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Estrasburgo<sup>29</sup>, Francia, donde se encuentra la Corte Europea de Derechos Humanos. Tienen oficinas afiliadas en Moscú, Israel, Kenia, Pakistán y Zimbabue; según ellos, trabajan en más de 35 países. Están dedicados al desarrollo de la próxima generación de abogados internacionales conservadores y cada año capacitan a casi 50 estudiantes de Derecho en sus oficinas de Estrasburgo.<sup>1</sup> La ACLJ está bien provista: sus ingresos netos en el año 2009 ascendieron a más de \$13 millones de dólares estadounidenses y sus oficinas en Estrasburgo cuestan más de \$1 millón al año.

La ACLJ se centra en los derechos constitucionales y los derechos humanos a nivel global. Su trabajo se basa en el precepto de que la “libertad de culto y la libertad de expresión son derechos inalienables divinos de todas las personas.”<sup>30</sup> La ACLJ, por medio de sus oficinas afiliadas, ha sido muy activa recientemente en el debate de objeción de conciencia en el Parlamento Europeo y en el referendo constitucional de Kenia. La ACLJ abrió su primera oficina en África, en Kenia, durante el referendo constitucional del país. El Centro de África Oriental de Derecho y Justicia (East Africa Center for Law and Justice) inmediatamente organizó varias actividades de extensión a la comunidad, como publicar panfletos y celebrar un foro de consulta con profesionales médicos, abogados y grupos cristianos de la sociedad civil, cuyo objetivo fue persuadir a la ciudadanía keniana a oponerse a la constitución. En Daily Nation, el principal periódico nacional de Kenia, Jordan Sekulow, Director de ACLJ, afirmó que estaban trabajando con sus oficinas en Nairobi para informar a los votantes que el lenguaje propuesto permitiría el “libre acceso a los servicios de aborto”.<sup>31</sup> Por cierto, era clarísimo que esto era una mentira. Sekulow anunció también que ACLJ estaba donando “millares de dólares” para ayudar con los esfuerzos por derrotar la propuesta constitución de Kenia.

Otra asociación jurídica evangélica clave es Alliance Defense Fund. Fue fundada en 1994 por un grupo de líderes cristianos conservadores, entre ellos James Dobson de Focus on the Family. ADF está increíblemente bien provista de fondos; en el año 2008 su presupuesto operativo fue de unos \$30 millones de dólares estadounidenses, de los cuales más de \$24 millones eran asignados a litigio y programas afines. Al igual que ACLJ, ADF ahora está extendiéndose a Europa debido a la preocupación de que Estados Unidos siga cualquier fallo internacional a favor del derecho a decidir. ADF cree enfáticamente que las leyes de otras naciones no deberían influir de ninguna manera en la ley de EE. UU. ADF ha empezado a litigar casos pertinentes a su agenda en otras naciones, con el fin de crear precedentes en el extranjero que se ali-

<sup>29</sup>[www.aclj.org/Global/Spotlight.aspx](http://www.aclj.org/Global/Spotlight.aspx)

<sup>30</sup>[www.aclj.org](http://www.aclj.org)

<sup>31</sup>[www.nation.co.ke/News/politics/US+dollars+fuelling+Church+campaign+/-/1064/910432/-/y4t502z/-/index.html](http://www.nation.co.ke/News/politics/US+dollars+fuelling+Church+campaign+/-/1064/910432/-/y4t502z/-/index.html)

neen con sus puntos de vista. ADF también litiga casos en Europa debido a lo que ve como una creciente influencia de Europa sobre “jueces activistas” de EE. UU., razón que menciona una y otra vez en su reciente involucramiento con casos relacionados con el aborto en Irlanda y la República Eslovaca. Dado que ADF está interesada sólo en los efectos del Derecho internacional en Estados Unidos, en vez de tratar de imponer su agenda mundialmente, no parece probable que ADF extienda sus esfuerzos de litigio a naciones no Occidentales o países en desarrollo. Sin embargo, ya que la Unión Europea es uno de los principales donantes de África y Latinoamérica en salud reproductiva, es fundamental seguir las decisiones de las cortes nacionales y regionales en Europa, así como el trabajo de la ACLJ y ADF, porque esta tendrá un efecto domino en otras regiones. Todo esto nos lleva a la última tendencia.

### **“Cristianofobia”**

El trabajo de grupos como la ACLJ y ADF se basa en el concepto de que existe un esfuerzo concertado por secularizar al mundo, el cual llevaría al fin de la libertad de culto, valores y tolerancia. Estos grupos se presentan como perseguidos y plantean este tema como un asunto de “cristianofobia.” Este término sugirió en 2004 después de que a un parlamentario italiano le fuera negada una posición alta en la Comisión Europea, supuestamente por su posición Cristiana contra homosexualidad.

Por consiguiente, se concentran en asuntos jurídicos enfocados en defender y promover leyes que apoyen ampliar la libertad de culto en la vida pública, cuyo efecto establece soberanía cultural para la religión. Por ejemplo, el año pasado Alliance Defense Fund representó a 33 integrantes del Parlamento Europeo en un caso relacionado con exhibir crucifijos. La disputa se basó en determinar si la exhibición de crucifijos en aulas estatales viola la libertad de conciencia de cada estudiante. En una sorprendente decisión de la Gran Cámara de la Corte Europea de Derechos Humanos, se determinó que los crucifijos están permitidos, no sólo en Italia sino también en todo el continente. El fallo constituye un duro golpe al concepto de secularismo en Europa y posibilita que cualquiera de los 47 Estados Miembros del Consejo solicite a su gobierno que permita la exhibición de símbolos religiosos en los salones de clase.

Los grupos conservadores acogieron la decisión como una victoria contra los derechos humanos “liberales.” La EACLJ dijo: “Este sólido movimiento político contrarresta los intentos de secularistas radicales de utilizar los derechos humanos contra el Cristianismo. Estos secularistas radicales, al rechazar el Cristianismo, utilizan la cultura de los derechos humanos para descristianizar a Europa en nombre del respeto y la tolerancia de personas no cristianas. El objetivo de este secularismo radical es secularizar a la sociedad a fin de promover cierto modelo cultural en el cual la ausencia de valores (neutralidad) y el relativismo (pluralismo) son en sí valores que apoyan a un proyecto político, el cual se supone que sea tanto “posreligioso” como “postidenti-

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

dad”; en una sola palabra “posmoderno.”

Por casualidad, la misma semana en que la Corte Europea pronunció su fallo, la Corte Constitucional de Perú decidió respecto a un caso similar y llegó a una conclusión similar: que la exhibición de crucifijos y biblias en las cortes no viola la posición de Perú como Estado laico y no viola la libertad de culto de cada persona.

Aunque estos dos casos no tratan directamente sobre aborto y derechos reproductivos, los menciono porque demuestran el creciente éxito del cabildeo cristiano en derribar las sociedades seculares y, en el caso de Europa, sociedades profundamente seculares. Al crear protecciones jurídicas para la religión en espacios públicos, los grupos conservadores efectivamente están estableciendo la supremacía de la religión sobre el laicismo. Dado que los grupos que se oponen al aborto son inherentemente un movimiento religioso cristiano conservador, toda decisión jurídica que protege los derechos de la religión establece precedencia para futuros asuntos que usan la religión como la base de su defensa, tal como la protección de la vida desde la concepción. En conclusión, como hemos visto, el activo movimiento conservador contra los derechos reproductivos está bien coordinado a nivel regional y mundial. Están trabajando en varios frentes para limitar el acceso a los servicios y los derechos. A la vez que promueven su agenda reaccionaria, también incrementan sus ataques contra nuestro trabajo. Vemos que una parte vital de su discurso para desacreditar nuestro trabajo es decir que nuestros argumentos sobre los derechos humanos están siendo utilizados indebidamente para crear sociedades seculares y eviscerar las tradiciones cristianas y los derechos humanos cristianos. Interpretan como anticristiana cualquier actividad que hace hincapié en el secularismo. Por consiguiente, las y los activistas antiaborto usan la religión para asumir la responsabilidad de los derechos humanos y negar a las mujeres y niñas acceso a los derechos reproductivos y la salud. La experiencia de la joven en Utah es solo un ejemplo de las consecuencias graves de traer leyes restrictivas sobre aborto legal. En el momento que naciones como Argentina están impulsando proyectos de ley para mejorar la vida de mujeres y asegurar que sus derechos humanos están protegidos, es importante destacar y entender los retos que posiblemente van enfrentar en su lucha. Hay patrones claves en la estrategia de grupos conservadores, lo que pasa en Colombia, México, Europa, se está repitiendo en otros lugares.

Pero no quiero dejarnos deprimidos sobre lo que aparece ser un movimiento fuerte y concentrado. En vez, quiero que aprendamos y que nos empoderemos. Cuando tenemos acceso a esta información, cuando empezamos a poner más atención en los argumentos y estrategias de grupos opuesto al aborto y a los derechos sexuales y reproductivos, estamos educadas y listas para responder con calma y con la confianza que tenemos con todas las herramientas legales, basadas en los derechos humanos y la salud pública para responder y defender los derechos de jóvenes y mujeres.

**DIFERENCIAS Y SALUD REPRODUCTIVA.  
OBSTÁCULOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD EN MUJERES  
RURALES EN LA ARGENTINA**

\*Vanesa Vázquez Lava

**Resumen**

Las diferencias al interior del colectivo de mujeres es un hecho que nos obliga a revisar los postulados teóricos tanto de las propuestas feministas como en otros campos del conocimiento. Considerar la diversidad en las mujeres y sus identificaciones identitarias es indispensable para promover un adecuado cuidado de la salud en general y de la salud reproductiva en particular. Muchos de los obstáculos que las mujeres rurales, campesinas, indígenas y migrantes tienen para acceder a los bienes y servicios en salud están relacionados con las barreras lingüísticas y étnicas. Para mejorar el acceso a la salud es indispensable, primero, conocer, para luego capacitar al personal de salud para que pueda atender a las necesidades concretas de este sector de la población.

**1. Introducción**

En la Argentina rural, el limitado acceso que tiene la población a los servicios sanitarios sumado a la escasa información que adquieren sobre salud-enfermedad en general y, sobre salud sexual y reproductiva en particular, produce múltiples situaciones que afectan directamente el bienestar de las mujeres. Como ejemplo, tomamos el comportamiento de la tasa de mortalidad materna en la zona rural que alcanza un valor de 65 cada 100.000 nacidos vivos, bastante más elevado que el total país, el cual llega a 48 cada 100.000 (Banco Mundial, 1997).

En general, es escasa la información que se maneja sobre el panorama de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que habitan zonas rurales en toda América latina. A grandes rasgos, se conoce que el cuidado de la salud de estas mujeres se encuentra afectado de manera negativa por la vulnerabilidad que les genera situaciones tales como: familias numerosas con jefatura femenina; la división sexual tradicional de roles y del trabajo doméstico-familiar; los bajos salarios, la precariedad e intermitencia del empleo femenino y la histórica invisibilidad de su labor en la esfera productiva y reproductiva; entre otras.

Dentro de los determinantes sociales, hemos observado que tanto las condiciones del empleo formal como el trabajo que realizan las mujeres

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

en estas zonas en general –caracterizado por la segregación ocupacional; por una mayor carga laboral; mayores riesgos psicosociales; trabajos monótonos, más exigidos y controlados; menor participación en los puestos jerárquicos y menos perspectiva de promoción y movilidad laboral (Vazquez Laba, 2007; 2008)-, afectan directamente su calidad de vida.

Contrariamente a los planteos teóricos que sostienen que la inclusión de las mujeres a la esfera pública productiva modifica, por defecto, su situación individual y social fortaleciendo su individualidad y mejorando e incrementando su autonomía, en el caso de las mujeres rurales que se incorporaron a la esfera mercantil padecen una doble o triple explotación, al ámbito doméstico se le suma el ámbito productivo laboral. Si bien, en muchos casos, han adquirido el estatus de “asalariadas” con lo que ello conlleva, adquisición de derechos laborales y salariales, no se ha producido en una condición de igualdad en relación a sus pares varones. A esto se le suma, que no se han repartido de forma equitativa las tareas domésticas y de cuidado de niños/as en el hogar (Vazquez Laba, 2011). Por tanto, este panorama denota no sólo el deterioro de las condiciones de vida de las mujeres (por el doble y triple trabajo), sino por la falta de cuidado de su salud y la de su familia, por falta de tiempo y de recursos.

Desde la captación y análisis de la información producida a partir de prolongados trabajos de campo llevados a cabo durante 6 años, donde se implementaron diferentes técnicas de recolección de datos, tales como entrevistas en profundidad, notas de campo, observaciones participantes y relatos orales, en zonas rurales de diferentes provincias de las regiones del noroeste, noreste y centro del país, se puede hipotetizar, en primer lugar, que las mujeres que habitan estas zonas tienen vulnerada la capacidad de cuidado de su salud porque padecen de sobrecarga de trabajo entre lo reproductivo-doméstico y lo productivo laboral.

Sin embargo, por otro lado, también observamos que tienen bastantes dificultades en el acceso a los servicios de salud y consideramos que este hecho no solamente se explica por la falta de recursos económicos o por la lejanía de los centros sanitarios. Como una segunda hipótesis de trabajo, sostenemos que existen barreras de accesibilidad vinculadas a los discursos y prácticas institucionales que se anclan en un sexismo y racismo (a veces obvio y otras no tanto) que desestimula a las mujeres al uso de estos servicios.

Es importante destacar, también, que existe muy poca información sobre la calidad de la salud de las mujeres que habitan las zonas rurales. Es sabido que mujeres y varones se diferencian respecto de los espacios

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

físicos y sociales que ocupan, las actividades que desarrollan, el uso del tiempo y la posibilidad de tomar decisiones autónomamente, incluyendo las opciones sexuales y reproductivas y la distribución de poder económico y político, pero de lo que se desconoce es de estas diferencias al interior del colectivo de mujeres. Por ello, conocer sobre este sector de la población requiere de un análisis diferenciado y minucioso.

Las diferencias sociales, económicas y culturales de los grupos sociales influyen en el acceso a la salud integral. No solamente es conveniente diferenciar al interior de los colectivos de mujeres y varones sino, además, discriminar a partir del medio ambiente donde viven. Por ejemplo, en relación al cuidado y protección de la salud reproductiva por parte del Estado argentino, existen disparidades entre las mujeres de zonas rurales y las que residen en las ciudades; el porcentaje de partos asistidos por un profesional de la salud llega al 96% a nivel nacional, y en las zonas rurales sólo cubre hasta el 75%. Sumado a esto, las mujeres que residen en el norte del país (que incluye las provincias que se analizan), tienen una tasa de mortalidad más alta, aproximadamente 4 veces más, que la tasa de mortalidad de los varones (Domínguez et. al., 2004).

En definitiva, la esencia de la justicia reproductiva está en la forma en que las identidades de las mujeres se intersectan. La interseccionalidad, como elemento fundamental de la justicia reproductiva, reconoce que las mujeres sufren de múltiples opresiones. Estos factores de opresión deben ser tomados en cuenta cuando se promueven las necesidades de salud reproductiva. Por ejemplo, y como veremos para las mujeres en las comunidades rurales, el acceso a los servicios de transporte está profundamente relacionado con el acceso a los servicios y cuidado de salud reproductiva.

Por último, es necesario volver a remarcar desde el principio del artículo la escasa producción de datos estadísticos nacionales desagregados y diferenciados por poblaciones rurales en indicadores de salud sexual y de salud reproductiva. En consecuencia, este trabajo tiene la pequeña pretensión de aportar información cualitativa de la situación de las mujeres que habitan zonas rurales (delimitado a los casos que han sido estudiados), dando cuenta y comprendiendo las posibilidades e imposibilidades que éstas tienen para generar capacidades individuales y asegurarse la protección y el cuidado de sus cuerpos, del disfrute de una sexualidad libre y conciente y de poder tomar decisiones en relación a tener o no tener hijos, cuántos y en qué momento tenerlos.

## **2. “Mujeres muy distintas”: conceptualizaciones sobre la diferencia y la diversidad de las mujeres.**

Este apartado tiene la pretensión de recuperar los cuestionamientos, los planteos y los conceptos de los feminismos de la diferencia y poscolonial ya que echan luz a las cuestiones empíricas planteadas.

En primer lugar, la importancia de incorporar el concepto de “mujeres muy distintas” de Teresa de Lauretis, para revalorizar desde una necesidad política las diferencias y las divisiones entre las mujeres porque, como sostiene la autora, “conociendo las diferencias de las otras y las internas se podrá construir un proyecto político común de conocimiento e intervención en el mundo”.

En la misma línea, Rosi Braidotti considera que desde la “pasión intelectual” las mujeres han animado el trabajo teórico incorporando la mirada crítica y la difusión del feminismo que ha llevado a la multiplicación de enfoques analíticos, y con ello a una mayor atención no sólo a la diferencia sexual sino a todas las diferencias que existen en las mujeres: diferencias de clase, raza, orientación sexual, generacional, entre otras.

Estas diferencias son serias y abundantes, como las de raza y de sexualidad, y las étnicas, de clase, lingüísticas y culturales, generacionales, geográficas. Estas diferencias se evidenciaron dentro del feminismo en el debate de los años 70 en Estados Unidos con el enfrentamiento académico y el activismo político, entre feminismo blanco y occidental y el feminismo tercermundista en estadounidense o “mujeres de color”. Su crítica apunta más a las feministas blancas que a las estructuras del poder patriarcal o de los hombres de color.

Por otro lado, desde el feminismo poscolonial Chandra Talpade Mohanty (2008) argumenta que pensar en las mujeres significa romper con el universalismo etnocéntrico. El análisis de la “diferencia sexual” en forma de una noción monolítica, singular y transcultural del patriarcado o de la dominación masculina lleva a la concepción reduccionista y homogénea sobre lo que la autora denomina “la diferencia del Tercer Mundo”, inhibiendo la complejidad constitutiva que caracteriza la vida de las mujeres de estos países.

La experiencia es una noción central para comprender las diferencias y la diversidad, es lo que Adrienne Rich expresó como la “política de localización”, un pensamiento, un proceso teórico pero no abstracto, universalizado, objetivo ni indiferente, sino que situado en la contingencia de la propia experiencia. Este enfoque topológico del discurso donde la posicionalidad resulta crucial. La defensa feminista de los saberes situados (Donna Haraway), choca con la generalidad abstracta del sujeto patriarcal. Lo que está en juego no es la oposi-

ción entre lo específico y lo universal, sino más bien dos maneras radicalmente diferentes de concebir la posibilidad de legitimar los comentarios teóricos. Para la teoría feminista, la única manera coherente de hacer acotaciones teóricas generales consiste en tomar conciencia de que uno está realmente localizado en algún lugar específico.

En el marco conceptual feminista el sitio primario de localización es el cuerpo. El sujeto no es una entidad abstracta sino material incardinada o corporizada. El cuerpo no es una cosa natural; por el contrario es una entidad socializada, codificada culturalmente; lejos de ser una noción esencialista, constituye el sitio de interacción de lo biológico, lo social y lo lingüístico, esto es, del lenguaje entendido como el sistema simbólico fundamental de una cultura.

Las teorías feministas de la diferencia sexual asimilaron la perspectiva crítica de las teorías dominantes de la subjetividad a fin de desarrollar una nueva forma de “materialismo corporal”, que define el cuerpo como una interfaz, un umbral, un campo de fuerzas intersectadas donde se inscriben múltiples códigos diferentes.

Según Gayatri Spivak, el cuerpo incardinado no es una esencia ni un destino biológico, sino más bien la propia localización primaria en el mundo, la propia situación en la realidad. El énfasis puesto en el incardinamiento, o sea, en la naturaleza situada de la subjetividad permite a las feministas elaborar estrategias para subvertir los códigos culturales. Ello obliga a reconsiderar las propias estructuras conceptuales de las ciencias biológicas, a recusar los elementos del determinismo, físico o psíquico, del discurso científico y también a refutar la idea de la neutralidad de la ciencia, señalando el papel importante desempeñado por el lenguaje en la elaboración de los sistemas de conocimiento.

Por tanto, la pregunta feminista femenina es de qué manera afirmar la diferencia sexual no como “el otro”, como el otro polo de una oposición binaria convenientemente dispuesta para sostener un sistema de poder, sino como proceso activo de potenciar la diferencia que la mujer establece en la cultura y en la sociedad. La mujer no es ya diferente de sino *diferente para poner en práctica nuevos valores*.

La rehabilitación de la diferencia sexual ha permitido reconsiderar las demás diferencias: de raza o etnia, de clase, de estilo de vida, de preferencia sexual. La diferencia sexual representa la posibilidad de las múltiples diferencias, en oposición a la idea tradicional de la diferencia como “peyorativización”.

Teresa de Lauretis sostiene que la “diferencia sexual” debe ser entendida como un signo de múltiples diferencias que requiere una definición abierta y flexible del sujeto; en sus palabras: *“lo que está emergiendo en los escritos*

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

*feministas es el concepto de una identidad múltiple, mudable y a menudo en contradicción consigo misma, un sujeto que no está dividido por el lenguaje sino en discordancia con él; una identidad compuesta por representaciones heterogéneas y heterónomas de género, raza y clase, y frecuentemente, compuesta de hecho a través de lenguajes y culturas; una identidad que se reclama partiendo de una historia de asimilaciones múltiples y en la cual se insiste a manera de estrategia”.*

Por otro lado, las ideas de las feministas de la diferencia critican fuertemente la noción de igualdad, uno de los pilares de la ilustración. ¿Iguales a quién?, se pregunta Luce Irigaray, argumentando que ha sido el “punto ciego de un viejo sueño de simetría”. Devela, además, la dependencia intrínseca de la noción de igualdad respecto de los parámetros masculinos, abogando por situar la idea de “diferencia” dentro de nuestro pensamiento político y nuestra actividad. Desligarla de la lógica dualista en la que se ha inscripto como una marca de “peyoratización”, a fin de expresar el valor positivo de ser “distinto de” la norma masculina, blanca y de clase media.

Entender las diferencias para contemplar la diversidad de las mujeres. El feminismo poscolonial plantea otras oposiciones binarias determinantes en la vida de las mujeres y que no pueden pensarse y resolverse dentro del binarismo femenino-masculino (esfera pública vs. esfera privada; cultural vs. naturaleza; universalidad vs. particularidad; productividad vs. improductividad). La documentada persistencia de la desigualdad respecto a los varones, sumada a otras desigualdades al interior del colectivo de mujeres manifiesta las limitaciones del feminismo de la igualdad. Al universalizar sus experiencias, el feminismo blanco occidental no incorpora las críticas y las aportaciones sobre las diferencias y la diversidad de las mujeres. Batallar sobre uno solo de los sistemas de dominación no solucionará los otros múltiples ejes de opresión de las mujeres del tercer mundo; “el feminismo sólo no acabará con el racismo, ni con el colonialismo, ni, como ya lo planteara Gayle Rubin, con los problemas de las mujeres lesbianas” (Amorós y de Miguel Álvarez, 2007: 82).

El feminismo poscolonial considera que existen oposiciones o contradicciones al menos tan fuertes como el género para determinar la vida las mujeres. Cuando una mujer es pobre, negra y lesbiana no percibe que el ser mujer determine su condición vital más que alguno de sus otros ejes de identidad. Desde esta perspectiva, el binarismo varón-mujer no es siempre la contradicción principal. En definitiva, no existe contradicción principal o punto de vista privilegiado por parte de algún eje de opresión determinado. Aunque sí, como sostiene Donna Haraway, existen “centros dinamizadores” de una lucha determinada.

En la misma línea, Rosi Braidotti considera que aunque el sujeto “mujer” no es una esencia monolítica “en la teoría feminista una habla como mujer”. Las feministas poscoloniales sostienen la primacía de la diversidad, apelando a la enunciación como mujer negra, mujer inmigrante, mujer lesbiana. Lo importante es reconocer como articular la diversidad: del viejo sueño del sujeto histórico a los nuevos sujetos sociales (Amorós y de Miguel Álvarez, 2007).

### **3. La salud reproductiva en el debate del desarrollo humano, los derechos y la diversidad cultural**

El tema de la salud reproductiva se coloca en un encuadre que vincula dimensiones de la salud en general, el medio ambiente, la política, la economía, las relaciones sociales, el género, la cultura y el desarrollo humano, entre otras.

El concepto de salud es un constructo humano que ha cambiado notablemente a lo largo del tiempo. Las modificaciones han estado sujetas a diversas consideraciones, de tal modo que su definición fue variando a partir de la incorporación de las condiciones físicas por un lado, como así también, de la consideración de los aspectos psíquicos y sociales de las personas, por otro. Se modifica la idea de concebir a la salud como “una”, “única” y “estática”; como algo meramente personal del sujeto o como resultado de la interrelación del individuo con el medio que lo rodea. Por el contrario, a partir de las distintas reformulaciones que fue adquiriendo -desde la definición de la Organización Mundial de la Salud en 1946 y su ratificación en 1984-, se ha puesto de manifiesto su carácter “dinámico” y vinculado a los cambios socio-cultural, como también, a los cambios ontológico-epistemológicos que afectan a la dimensión ideológica y política de la salud (Mayobre et. al., 1998).

Por otro lado, particularmente la salud reproductiva se encuentra íntimamente relacionada con la salud sexual y con su correlato de los derechos sexuales y reproductivos, siendo problemáticas de gran complejidad que se instalan en la agenda pública generando debates en torno a temas fundamentales pero que han estado invisibilizados por mucho tiempo, como son la inequidad de género y la clase social, el poder patriarcal, el poder médico, la sexualidad como fuente de placer independiente de sus consecuencias procreativas, los derechos de las minorías sexuales, la maternidad libremente elegida o el derecho al aborto (Checa, s/f).

Como resultado de conferencias internacionales y acuñando distintos enfoques, la Organización Mundial de la Salud adoptó una definición de salud reproductiva que incluye a la salud sexual. Hoy en día, esta misma es aceptada y difundida en los distintos foros internacionales, gobiernos y organizaciones

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

no gubernamentales de diferentes Estados:

“Salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, o en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad a su libre elección y el derecho y acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres gravidez y partos seguros y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener una criatura saludable”.

En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), se enriquece la anterior definición ya que se introduce un párrafo que apunta a promover el acceso a la atención de calidad en salud sexual y reproductiva y de manera oportuna:

*“(...) En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.*

El ejercicio de la sexualidad de manera autónoma y responsable, libre de riesgos y de coerción o violencia, desligada de la procreación obligatoria, con la posibilidad de que las parejas decidan el número de hijos a través del acceso a la información sobre su vida sexual y reproductiva y los métodos anticonceptivos eficaces de acuerdo a su edad y paridad, y el acceso de hombres y mujeres a servicios de salud de calidad que les permita no sólo decidir el momento más apropiado para tener hijos sino cuando optar por la maternidad y evitando riesgos; han sido de las variables que se han introducido con fuerza creando un nuevo paradigma de interpretación de la salud (Checa, s/f).

En la cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Beijing en el año 1995, se destacó la estrecha relación existente entre los temas de salud reproductiva, pobreza y vulnerabilidad social de las personas mirando, fundamentalmente, al sector femenino de la población. Se comenzó a considerar a la salud reproductiva en relación con la pobreza y la calidad de vida de las mujeres, aprehendiendo sobre las relaciones dentro del hogar, la interacción entre el trabajo productivo y reproductivo de las mujeres y las estrategias de

generación de ingresos que desarrollan los diferentes miembros de las familias. Se tomó conciencia de que dichas definiciones deberían cruzarse con el contexto económico, político, social y cultural de las poblaciones. Se torna indispensable conocer si las personas viven en situación de vulnerabilidad, pobreza, discriminación y/o exclusión social ya que devela, en algún sentido, el grado de alcance a los servicios de salud, como así también, la calidad de los/as mismos/as y la repercusión sobre la salud de las mujeres, los varones y las familias.

Los nuevos paradigmas en la concepción de la salud han integrado el concepto de “buena vida”, ya incorporado como meta en la perspectiva de desarrollo humano. Este planteo “significa no sólo satisfacer las necesidades básicas sino desarrollar las capacidades de desear, proyectar, usar la imaginación, construir conocimientos, experimentar, en definitiva, poder gozar de experiencias placenteras y evitar dolores innecesarios” (Nussbaum, M.; Sen, A., 1993).

Por otro lado, los avances en la política internacional relativa a la reproducción -promovidos por el movimiento de mujeres, las/os investigadores y actores sociales vinculados a la temática-, fueron tanto resultado como un estímulo para la creación de nuevos conocimientos sobre la salud de las mujeres impulsando importantes iniciativas sociales en los últimos tres décadas. La expansión de clínicas y centros de salud en zonas retiradas y marginadas, revisión de los prejuicios y maltratos hacia las mujeres por parte de los modelos médicos hegemónicos, la experimentación de nuevos modelos de salud apoyados en el respeto, la conciencia de derechos y el abordaje interdisciplinario y preventivo. En ellos se desmitificaron nociones de conocimiento médico presentadas como verdades incuestionables, “objetivas”, validando la experiencia propia de las mujeres sobre sus cuerpos y sus propias observaciones de los procesos fisiológicos (como conocimiento subjetivo) y transformándolo en masivo y comunicable.

El movimiento por la Salud de las Mujeres<sup>32</sup> ha revisado críticamente los conceptos biologicistas y naturalistas de salud y, en general, de las identidades y roles

*<sup>32</sup>El Movimiento de Salud de las Mujeres tiene raíces históricas muy antiguas, aunque las reivindicaciones y los modos de expresión actuales se corresponden con propuestas emancipatorias de la modernidad. Éste ha sabido construir una especialidad con características peculiares en tanto en América del norte, Europa y América latina y el Caribe. Dentro de las propuestas que han impulsado se destacan las siguientes: servicios específicos de y para las mujeres; creación de espacios de autoayuda; implementación de consejerías especializadas en temáticas como violencia, salud mental, etc.; el apoyo entre mujeres a partir de las organizaciones sociales y redes; una mayor conciencia de la diversidad dentro del colectivo de mujeres incluyendo distintas orientaciones sexuales, razas, etnias y clases sociales; mayor colaboración entre investigación y práctica; empoderamiento de las mujeres; entre otros.*

tradicionales asignados a cada género y de esta manera resaltar y analizar sistemáticamente los marcos socio-históricos en que se producen y reproducen, su vinculación con las relaciones de poder sociales y sus riesgos y necesidades específicas en materia de salud.

Sin embargo, aún queda pendiente la transformación de la educación médica centrada en el desarrollo de habilidades clínicas de carácter más técnico para incluir, como parte del capital de conocimientos la capacidad de reconocer y revisar los saberes instituidos, las creencias, premisas y principios éticos en los que se fundamentan las prácticas, integrar el enfoque de derecho a la salud y apropiarse de los conocimientos y habilidades que permitan iluminar los determinantes de género en las condiciones de vida y en la salud de las personas y la posibilidad de intervenir para prevenir inequidades.

Una experiencia para rescatar es el proyecto de Salud Sexual y Reproductiva (ReproSalud) que ha llevado a cabo la ONG Movimiento Manuela Ramos<sup>33</sup> en el Perú, dedicada a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres que opera en zonas rurales y semiurbanas. El proyecto, a pedido de las organizaciones de base, incorporó a los varones de las comunidades para trabajar actividades de capacitación y promoción de salud reproductiva, entendiendo que resulta imposible transformar la situación de las mujeres sin cambiar al mismo tiempo las actitudes de sus pares masculinos.

Ésta, como otras experiencias en la región (por ejemplo la organización APENOC, Córdoba, Argentina), resaltan la necesidad de revisar las “buenas prácticas en materia de salud”, incorporando un enfoque de derechos y de multiculturalidad; partir de las necesidades e intereses de las propias mujeres que viven en un contexto particular y que puedan participar; involucrar a las mujeres y varones; generar cambios en las instituciones; y tener un enfoque integral, es decir, multisectorial, interdisciplinario e interinstitucional.

#### **4. Cuidado(s) de la salud, procreación y diferencias entre las mujeres**

¿Por qué las mujeres rurales descuidan de su salud?; ¿por qué la salud reproductiva está íntimamente asociada con la maternidad?; ¿por qué se desconoce sobre la salud sexual de las mujeres rurales?; ¿encuentran servicios sanitarios accesibles para realizar consultas y controles periódicos?; ¿tienen acceso a información y a los métodos anticonceptivos?

Un informe del SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evalua-

<sup>33</sup>Para más información sobre actividades del Movimiento Manuela Ramos: [www.manuela.org.pe](http://www.manuela.org.pe)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

ción de Programas Sociales) establece que, en la finalización de la vida reproductiva de las argentinas, el promedio de hijos es de tres, lo que las aleja del actual modelo europeo denominado “segunda transición demográfica”, donde las mujeres han bajado la cantidad de hijos, por ejemplo, la media española es de 1,383 hijos por mujer (Domínguez et. al., 2004).

A su vez, la tendencia de las mujeres madres a edades cada vez más tempranas también se aleja de aquel modelo reproductivo europeo donde, por el contrario, la edad media de maternidad ha aumentado considerablemente en los últimos años. Los datos de la evolución para Europa manifiestan un aumento de edad de las mujeres madres de prácticamente 2,4 años (entre 1975 y 2003), situando el promedio en 29,5 años, y en algunos países superando los 31 años de edad (Vazquez Laba y Risquez, 2010).

Por otro lado, en la Argentina, la fecundidad de las mujeres adolescentes es relativamente alta en relación con el nivel general de fecundidad. Aproximadamente, el 15% del total de los nacimientos corresponde a madres con edades entre 10 y 19 años. En números absolutos, esto significa que de los 694.684 nacimientos que se registraron en el año 2002, 101.753 correspondieron a mujeres menores de veinte años, y de éstos, 3.270 correspondieron a niñas menores de 15 años, es decir, alrededor del 15% de los nacimientos corresponde a madres que tienen menos de 20 años (Domínguez et. at., 2004).

También, cabe destacar que en nuestro país la fecundidad esconde profundas diferencias entre las mujeres según su clase social, su etnia y lugar de residencia. La Encuesta de Calidad de Vida (ECV, INDEC, 2006) da cuenta de la existencia de una fecundidad diferencial según condición de pobreza. Considerando el promedio de tres hijos por mujer, cuando se trata de mujeres pobres asciende a 4 hijos promedio pero entre las no pobres el promedio es menor, 2,5 hijos, bastante más cercano al modelo reproductivo europeo.

Además, la ECV señala que el 39% de las mujeres de los hogares no pobres no tienen hijos, y entre las que tienen hijos, el 84% tiene entre 1 y 3 hijos/as, y sólo el 16% tiene 4 y más hijos/as. En contraste, sólo el 29% de las mujeres de los hogares pobres no tienen hijos y entre las que sí los tienen, el 41% tiene 4 o más hijos /as. Asimismo, la tasa de fecundidad global oculta diferencias bien marcadas entre provincias, siendo la región del norte argentino una de las que posee tasas de fecundidad más elevadas en todos los estratos sociales y particularmente en el estrato más pobre.

En las zonas de estudio, se encontraron altas tasas de fecundidad; las mujeres rurales de las tres provincias llegan a un promedio de 4 hijos/as total en diferentes formatos familiares, predominando las familias monoparentales con jefatura femenina y las familias extensas y/o “yuxtapues-

tas” de varias generaciones y conviviendo en un mismo hogar (Vazquez Laba, 2007; 2008).

Respecto al cuidado de la salud familiar, todas asumen la tarea como propia y no existe ningún caso que se delegue a su par varón, sí, en algunos casos, se delega a otro miembro familiar o no familiar femenino -abuelas, hermanas o amigas/vecinas-. En cuanto al cuidado personal de la salud, no está dentro de la planificación anual, es decir, cuando aparece algún dolor y/o enfermedad concreta las mujeres suelen acudir al médico pero casi son inexistentes los controles por rutina. Esta situación corrobora el problema general de las mujeres, fundamentalmente, de sectores subalternos y medios pobres a quienes se les dificulta la conciliación trabajo-familia. En este sentido, un artículo periodístico afirma que “una de cada cuatro argentinas no cuida su salud”, develando la contradicción existente en las mujeres que no se hacen los controles médicos anuales pero sí atienden la salud de otro/as familiar/es (Diario Página/12, 2009).

Se sabe que las concepciones de salud y enfermedad en el medio rural difieren a las de los centros urbanos. En general, se encuentran ligadas a las sintomatologías que impiden el desarrollo corporal en el trabajo y en la vida cotidiana. Hombres y mujeres acuden al médico sólo cuando hay un problema físico y/o dolor (Aparicio et. al., 1993). Pero además, en el caso de las mujeres, éstas suelen acudir más veces al médico acompañando a algún familiar pero no para ellas mismas; su rol como cuidadoras de la salud de la familia es tan indispensable como su trabajo en el espacio doméstico y el cuidado reproductivo y, al igual que éste, también está naturalizado e “invisibilizado”.

En todos los casos entrevistados la concurrencia periódica al médico es casi exclusivamente para el control de los/as hijos/as y en pocos casos para controles propios de las mujeres. Dentro de estas visitas prevalece la especialidad ginecológica. Muchas de las argumentaciones dadas manifiestan el escaso tiempo que disponen luego de cumplir con largas jornadas de trabajo –entre remunerado y doméstico y reproductivo-, pero también, surgieron respuestas dando cuenta de otra idea de cuidado de su salud vinculado con los “saberes” locales. Muchos dolores momentáneos son resueltos a partir de prácticas tradicionales que suelen hacer “comadres” o “curanderas” de los barrios. Además, también quedó expuesto que el cuidado médico sólo surge como necesidad en momentos de embarazo y/o de enfermedades concretas.

Indagando sobre estas respuestas dadas por las mujeres aparece, inmediatamente, también el problema del acceso a los servicios médicos en diversas formas. Por un lado, las argumentaciones se basan en el limitado o casi nulo acceso a los servicios de salud por problemas de transporte al residir en zonas

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

alejadas de los centros urbanos. Los Centros de Atención Primaria son escasos, no atienden todas las especialidades y, muchas veces, no disponen de los insumos necesarios.

Asimismo, se sabe que la situación empeoró y la desprotección aumentó con el proceso de reforma del sistema sanitario que recortó los servicios de asistencia y provisión en los años `90, deteriorando aún más las condiciones de vida de las mujeres y de las familias. Esto también ocasionó que las mujeres debieron adjudicarse casi de manera exclusiva la tarea del cuidado de las personas enfermas en los hogares (tarea que ya realizaban pero aumentó en cantidad de horas, por ejemplo), como así también, la capacidad en elaborar estrategias para conseguir los medicamentos y los turnos.

Por otro lado, como es sabido, en el medio rural el rol de las mujeres es fundamental para la reproducción cotidiana en la organización doméstica-familiar (Deere, 1982; Stolcke, 1982). El proceso de reproducción biológica se convierte en un “bien” sujeto a control y es determinante, a su vez, de la división sexual del trabajo familiar: mientras los varones aspiran a empleos remunerados y son los principales proveedores de ingresos, logrando movilidad ascendente a través del trabajo, la movilidad social de las mujeres queda ligada al cumplimiento de su rol -culturalmente definido- de procreadoras y cuidadoras de las familias (Acker, 1990). Esta división se sigue cumpliendo sumado al incremento del trabajo de las mujeres en las condiciones ya mencionadas, pero, también se evidenció que en algunos casos esta división sexual logra desorganizarse porque son ellas quienes se emplean y sus pares varones quedan en el hogar al cuidado de la familia y de las tareas domésticas (Vazquez Laba, 2007; 2008). Sin embargo, la tarea de cuidado de la salud familiar sigue estando a cargo de las mujeres, los varones todavía no asumen este rol.

En relación a la salud reproductiva, concretamente, se puede considerar que existe un conocimiento difuso sobre este tema. Como lo afirma uno de los pocos estudios realizados en zonas rurales de la Argentina (Banco Mundial, 1997), “la conciencia sobre salud reproductiva es muy baja”; existe confusión del concepto y está vinculado con dos cuestiones principales, en primer lugar, con la idea de que la salud reproductiva se limita a algo que tiene que ver con la salud sólo de las mujeres en sus años fértiles y, por tanto, no se diferencia del concepto de salud en general; en segundo lugar, con la idea de que la responsabilidad reproductiva queda pura y exclusivamente en manos de las mujeres.

Estas mismas representaciones aparecen en la población entrevistada, tanto varones como mujeres sostienen que la salud reproductiva (que no es un término que se utilice y se entienda fácilmente en estos sectores), es un

tema que atañe fundamentalmente a las mujeres porque trata de “su” cuerpo femenino y del embarazo. Además, el conocimiento de los métodos anticonceptivos es escaso (en cuanto a los diferentes métodos y a sus diferencias), las pastillas anticonceptivas y el preservativo son los más conocidos. No obstante, las pastillas anticonceptivas son las más utilizadas porque generalmente son recomendadas por los médicos.

Otros indicadores importantes que surgieron de las entrevistas, es la falta de conocimiento al derecho a la planificación familiar, no sólo en cuanto a la decisión de tener o no tener hijos sino también a la falta de información en relación a decidir cuántos hijos tener y cuánto tiempo entre los mismos. Y también, el tema del aborto en la clandestinidad, existe una práctica “doméstica” reiterada de las mujeres que en varios casos ha terminado hospitalizada por complicaciones graves.

Por último, es importante destacar la relación existente en el imaginario de estas mujeres entre salud reproductiva y procreación orientada, fundamentalmente, a la conformación de una familia de tipo nuclear y heterosexual. En las entrevistas no surgió en ningún caso la idea del derecho al placer y del disfrute de una sexualidad plena y libre, alejada de la idea de la maternidad. Evidentemente, los modelos tradicionales de “mujer”, “familia” y “sexualidad” siguen condicionando las vidas de las mujeres.

Pero, por otro lado, habría que indagar con mayor detenimiento y profundidad etnográfica los saberes “populares” y “tradicionales” en relación a la salud-enfermedad y al cuidado de los cuerpos de las mujeres, ya que es un elemento esencial de sus vidas y en la de sus familias. El escaso acercamiento de estas las poblaciones rurales, mayormente las poblaciones indígenas, a los servicios de salud también está asociado a la falta de conocimiento por parte de los agentes de salud sobre sus prácticas enmarcadas en las culturas locales.

## **5. Discursos-prácticas sexistas y racistas sobre los cuerpos de las mujeres: obstáculos para el acceso a los servicios de salud**

Los días 20 y 21 de agosto de 2010 en la Dirección de Arte y Cultura de la Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Salta junto a la ONG Católicas por el Derecho a Decidir, se llevó a cabo la I Jornadas de Capacitación sobre Derechos Sexuales y Reproductivos en mujeres de sectores populares y rurales. Dicho encuentro estuvo dirigido a un grupo de mujeres con perfiles diversos tales como, mujeres de organizaciones barriales y comunitarias; mujeres rurales y urbanas promotoras de salud; mujeres líderes de movimientos sociales mixtos; ectoras de los servicios de salud de base

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

comunitaria; como así también mujeres inmigrantes. Las zonas que fueron representadas han sido noroeste, noreste y provincias del centro del país.<sup>34</sup>

Las jornadas han tenido un doble propósito, por un lado, relevar información desde la propia voz de las mujeres sobre representaciones, ideas y prácticas en relación a la salud sexual y reproductiva y, fundamentalmente, conocer sobre los obstáculos que poseen al momento de acceder a los servicios de salud. Por otro lado, también se intentó explorar sobre las identidades religiosas e identitaria de las mujeres y su vinculación con el cuidado de su salud reproductiva.<sup>35</sup>

De la información relevada y analizada, uno de los aspectos principales a destacar y que ha sido ponderado por la totalidad de las mujeres encuestadas tiene que ver con la dificultad de diálogo con los/as distintos profesionales de la salud, principalmente, los/as ginecólogos/as, obstetras y enfermeras. Las mujeres plantearon que en las consultas se evidencia un “maltrato” por parte de las/os profesionales en el sentido de que muchas de ellas no logran entender la información que éstos/as transmiten, ya sea porque el vocabulario que utilizan es dificultoso, y/o porque sintetizan los diagnósticos y/o porque directamente no les dan ningún tipo de información.

Esta situación se la ha denominado durante mucho tiempo como “choque cultural” pero hoy podemos evidenciar que ese término no devela la relación asimétrica que existe entre una cultura sobre otra. En la relación estructural médico/a-paciente el lugar del saber lo ocupa el médico y el/la paciente se limita a poner el cuerpo para ser observado, analizado e intervenido. Como se ha mencionado en apartados anteriores, esa relación está siendo cuestionada gracias a la participación del movimiento de mujeres en salud que ha cuestio-

<sup>34</sup>La dinámica de trabajo ha sido de taller participativo, durante el primer día se trabajó sobre el concepto de “sexualidades”, a partir del film “La tortilla volteada”. En una segunda instancia, se trabajó sobre las ideas, representaciones e imaginario en relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos, y el grado conocimiento y acceso al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, diferenciando por provincia. La segunda jornada de trabajo se focalizó en conocer sobre los mitos en relación a los derechos y la religión católica. En el transcurso de las jornadas se relevó información cuantitativa a través de un cuestionario que las participantes debieron responder.

<sup>35</sup>De las 70 mujeres que participaron de las jornadas, 49 respondieron la encuesta. En relación a los perfiles se destaca lo siguiente: un promedio de 35 años de edad y la mayoría se encuentra involucrada en la temática de salud, siendo “efectoras de salud” o “promotoras en Derechos sobre Salud Sexual y Reproductiva”, otras como “promotoras en educación sexual”. El ámbito de trabajo es en los barrios y/o comunidades a través de organizaciones sociales, ONGs u organismos municipales. Las provincias representadas han sido las siguientes: Jujuy, Córdoba, Santa Fe, Misiones, Formosa, Tucumán, Catamarca, Salta. En mucho de los casos de localidades del interior de las provincias.

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

nado fuertemente ese saber-poder médico hegemónico que cosifica los cuerpos de las mujeres y que no incorpora sus propias experiencias en relación a las prácticas de cuidado y salud.

La imposibilidad de la escucha de la “otra” mujer en sus diferencias en cuanto a su propia experimentación del cuerpo y prácticas en relación al cuidado de la salud y la imposición sistemática de las rutinas médicas manifiesta la violencia discursiva en la que se entrecruza no sólo la cuestión del sexismo sino también diferencias de raza y de clase social en las mujeres.

Sensibilizarse sobre la situación de las mujeres, en cuanto acceso de recursos materiales y simbólicos, como así también, del conocimiento de las identidades étnicas es una tarea que las mujeres han denunciado fuertemente a partir de detectar los maltratos que viven las mujeres de dichos sectores. Por tanto, son de los factores que influyen decididamente como obstáculos que alejan a las mujeres de los servicios de salud.<sup>36</sup>

Algunos de los relatos de las mujeres participantes del taller:

“...sí, las mujeres acceden a algún servicio son maltratadas y violentadas en sus derechos...” (participante, 47 años, Salta).

“...uno de los obstáculos es la mala atención por parte de los profesionales...” (participante, 36 años, Catamarca).

“...no hay predisposición de los efectores de salud a la buena atención...” (participante, 34 años, San Pedro de Jujuy).

Se complementó información con el análisis de datos cualitativos recolectados de una actividad taller realizada con efectores de salud. Se llevó adelante un curso de posgrado realizado por Católicas por el Derecho a Decidir y la Universidad Nacional de Tucumán, junto al Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de la Nación, en el mes de julio del año 2010, enfocado a profesionales y efectores de salud vinculados y/o sensibilizados con la temática Salud Sexual y Reproductiva.<sup>37</sup>

De dicha experiencia se pudo captar que la noción de “mujer” que los

<sup>36</sup>Otro de los factores ponderado ha sido las distancias de las salas, centros de salud y hospitales de las zonas rurales, la falta de medios de transportes y la imposibilidad económica que tienen las mujeres de llegar a los centros.

<sup>37</sup>La dinámica de trabajo de la jornada de trabajo ha sido una breve exposición por parte de la docente en relación a los movimientos de mujeres y feministas a lo largo del siglo XX y sus reivindicaciones, y la relación con la construcción teórica de las categorías de “mujer” y “género”. Luego, se trabajó en pequeños grupos textos vinculados a la diversidad de las mujeres, en relación a los diferentes cruces de opresión.

agentes de salud participantes manejan es monolítica y acultural, existe un borramiento de la diversidad de las mujeres, no hay distinción de sus diferencias. Mujeres campesinas, mujeres inmigrantes, mujeres originarias, con demandas y formas de demandar específicas son atendidas por el discurso y la práctica médica de manera homogénea sin reparar en las peculiaridades de sus representaciones, creencias y significaciones en torno a la salud, y a la salud reproductiva.

La pertenencia a un grupo identitario suele influir en las mujeres en la manera de construir, conservar, incorporar o descartar ciertas prácticas y representaciones de los diferentes saberes médicos. La forma de transmitir y comunicar el conocimiento médico y de respetar y valorar la forma que estas mujeres tienen de entender y atender la salud es indispensable para una mayor y mejor aceptación de prácticas y cuidados. Las mayores dificultades en la consulta están relacionadas por un déficit en la adquisición de capacitación y conocimientos por parte de los agentes de salud sobre diferentes creencias, mitos y prejuicios vinculados al género, clase social, etnia, edad, nivel educativo.

En la relación médico-paciente, un estudio de Petracci, Romero y Ramos (CEDES) llega a las siguientes conclusiones en relación al vínculo en consulta: por un lado, reforzar las habilidades comunicacionales de los/as profesionales y estrategias comunicacionales de los servicios para garantizar que las mujeres accedan a la información adecuada. Y, por otro, que las mujeres reciban una comunicación en un lenguaje y estilo de trato que responda a las necesidades y expectativas.

Además, también se ha observado que el sistema de creencias y valores que responde a un modelo de mujer (androcentrismo), influye en la relación personal médico/paciente y en la forma de concebir la salud. En este sentido, la idea de salud reproductiva se centra en el cuidado de la mujer como cuerpo procreador y no en su capacidad de goce sexual.

## **6. Diferencia(s) y justicia reproductiva. Algunas consideraciones finales**

Un estudio hecho en España (Velasco, 2008), sostiene que hay que identificar tanto los sesgos de género en la atención a la salud como los estereotipos de género activos en la sociedad y en el medio sanitario. La incorporación de otras variables como determinantes de la salud, además del “sexo” y del “género” de las personas, amplía la capacidad de reconocer los problemas diferentes en mujeres y varones; interrelacionar con la edad, la clase social, la etnia y la cultura de origen; aumenta la posibilidad de detectar las particularidades

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

y mejorar las acciones en salud y poder llegar a ser equitativos y disminuir las desigualdades sociales.

La diferencia sexual entre mujeres y varones es indispensable a la hora de abordar los temas de la salud del ciclo vital de cada uno/a y de la salud sexual y reproductiva en sus significados, implicaciones, características, interconexiones del orden social, económico, político y cultural. Es necesario producir información y análisis específico sobre el tema, y evitar que se repliquen programas sin modificación de los contenidos que tratan de una manera superficial los asuntos de género, de clase y etnia.

También es indispensable conocer las diferencias al interior del colectivo de mujeres, en cuanto a sus concepciones y prácticas de cuidado de la salud. Las mujeres de zonas rurales suelen desarrollar un rol importante en las familias como cuidadoras de la salud familiar, en consecuencia, deberían llevarse a cabo acciones que promuevan la concientización de las mujeres sobre derechos de salud; la participación femenina en la toma de decisiones sobre su propia salud y otras prácticas sociales para la salud de la población; la inversión en recursos adecuados a las necesidades y percepciones femeninas; la necesidad de compartir equitativamente con los miembros familiares el cuidado de la salud en el hogar.

En este sentido, una definición de justicia reproductiva debería considerar y valorar las múltiples identidades y la diversidad en las mujeres, reconociendo sus realidades y vincularlas con la forma en que se accede al cuidado y a los servicios de salud. La interseccionalidad de género, clase y raza, que genera mayores desigualdades en las mujeres de los sectores rurales (subalternizadas), debe ser tomada en cuenta a la hora de analizar los obstáculos de acceso a la salud.

Por otro lado, el sistema de salud debería revisar la idea de igualdad en la oferta de los servicios de salud ya que, aunque es un derecho, no asegura la equidad en el acceso y la efectividad de los mismos en toda la población por igual. Es indispensable reconocer, como se vino haciendo a lo largo del artículo, que son necesarias diferentes acciones para poder pasar de la igualdad a la equidad, como por ejemplo, en la atención de las diversas necesidades de la población y la actuación en consecuencia.

Se deberían mejorar los indicadores de género haciéndolos sensibles a las desigualdades de género, clase y raza, ya que es indispensable conocer y comprender la diversidad de las mujeres en relación, por ejemplo, a su participación en organizaciones sociales, en la esfera económica del sector informal, el impacto que tiene el trabajo en la calidad de vida, conocer sobre la valoración social y la autoestima de su condición y posición social, entre otros. Además, profun-

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

dizar sobre problemáticas referidas a las enfermedades de transmisión sexual; los efectos de la violencia doméstica; el impacto del rol de cuidadora informal de la salud de los familiares dependientes; las enfermedades autoinmunes; los problemas de cáncer; entre otros, deberían ser abordados de forma multidisciplinaria para tener un entendimiento integral de la salud de las mujeres y los varones y como los afecta por clase social, etnia y orientación sexual.

Por último, la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos es una acción que el Estado debería enfatizar. Las acciones estatales deberían estar orientadas a proteger, garantizar y promover dichos derechos, defendiendo políticas integrales y transversales desde el género, etnia y orientación sexual, ofreciendo servicios de calidad para todas y todos en sus diversidades.

Es un reto importante tanto para el Estado como para la sociedad civil toda, poder desarmar la violencia estructural hacia las mujeres, esto es, otorgar la posibilidad del control de su propio cuerpo y sexualidad, que su integridad esté garantizada, que puedan decidir de manera libre, que cuenten con los medios para que estas decisiones se cumplan en condiciones materiales y emocionales óptimas, lo que se traduce en una profunda transformación que debe empezar con la aplicación integral de los Derechos Humanos, Culturales, Económicos y Sociales.

## **Bibliografía**

Aparicio, S.; Barrancos, D. y Jacinto, C. (1993): “Mujer campesina y representaciones sobre la enfermedad de Chagas”. En Cuadernos Médico Sociales, n° 64, pp. 55-72.

Banco Mundial (1997): Salud reproductiva en el medio rural argentino. Los casos de Jujuy, Misiones y Santiago del Estero. Buenos Aires: Banco Mundial.

Barrancos, D. (2007): Mujeres en la Sociedad Argentina. Una historia de cinco siglos. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Checa, S. (s/f.): “Del Control de la Natalidad a los Derechos Sexuales y reproductivos”. En material interno Seminario virtual FLACSO “La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud: Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer a calidad y la equidad”, Buenos Aires.

Deere, C. (1982): “The Division of Labor by Sex in Agriculture: A Peruvian Case Study”. En Economic Development and Cultural Change, vol. 30, pp. 795-811.

Domínguez, A. et. al. (coord.) (2004): Situación de la salud y el aborto en la Argentina. En Development Alternatives for Women for a New Era (DAWN), Sexual and Reproductive Health and Rights Programs, Se.A.P, Córdoba.

Lobato, M. (2007): Historia de las trabajadoras en la Argentina (1869-1960). Buenos Aires: EDHASA.

Mayobre, P. y Caruncho, C. (1998): “Salud y Género”. En Novos Direitos: Igualdade, Diversidade e Disidencia. Santiago de Compostela: Tórculo Edições. pp. 193-206.

Stolcke, V. (1982): “Los trabajos de las mujeres”. En Sociedad, subordinación y feminismo III. Debate sobre la mujer en América Latina y El Caribe: Discusiones acerca de la Unidad Producción–Reproducción. Bogotá: ACEP. pp. 11-31.

Vazquez Laba, V. (2007): “Arte para la vida”. Trabajo femenino y formas de des-organización familiar en la localidad de Tafi Viejo, provincia de Tucumán”. Tesis de Maestría. Universidad de Buenos Aires. Inédito.

----- (2008): “Desorganizando la tradicional división sexual del trabajo familiar: un estudio comparativo de familias asalariadas rurales del Noroeste Argentino”. Tesis de Doctor. Universidad de Buenos Aires. Inédito.

Vazquez Laba, V. y Riquez, M. (2010): La diversidad familiar en las Islas Baleares. Continuidades y nuevas tendencias. Observatori Social de les Illes Balears, Palma de Mallorca. (En prensa).

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Velasco Arias, S. (2008): “Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud”. En Observatorio de Salud de la Mujer, Madrid, pp. 4-56.

Wainerman, C. y Moreno, M. (1987): “Incorporando las trabajadoras agrícolas a los censos de población”. En Desarrollo Económico, vol. 27, n° 107, pp. 347-376.

### **Otras fuentes**

Entrevistas en profundidad, notas de campo, observación participante y relatos orales a mujeres rurales del NOA, NEA y Patagonia (2002-2008).

Proyecto de beca posdoctoral CONICET “Estrategias económicas y reproductivas de familias asalariadas rurales: un estudio comparativo entre las provincias de Jujuy, Tucumán y Misiones” (2009-2010).

Proyecto de investigación institucional FCS-UBA “Derecho a la salud sexual y reproductiva, representaciones y empoderamiento entre las mujeres rurales de Córdoba, Argentina. Desafíos para el desarrollo de una ciudadanía activa”, con sede en el IIGG, dirigido por la Dra. Karina Bidaseca (2006-2007).

Encuesta a 49 mujeres participantes de las Jornadas de Capacitación sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, Salta (2010).

Audios taller Jornadas de Capacitación sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, Salta (2010).

Material bibliográfico y audio visual del seminario virtual Cátedra Regional UNESCO “La integración del enfoque de género en el abordaje de la salud: Aportes conceptuales y metodológicos para fortalecer la calidad y la equidad”. Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, la Escuela Andaluza de Salud Pública y FLACSO, 2008.

Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, INDEC, 2001.

Encuesta de Calidad de Vida, INDEC, 2006.

Página/12, viernes 6 de marzo de 2009: [Http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-4776-2009-03-13.html](http://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-4776-2009-03-13.html)

Población y Desarrollo-Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo-El Cairo 5 a 13 de septiembre de 1994.

## **EL SENTIDO COMÚN Y EL DERECHO A DECIDIR**

\*Marta Vasallo

Mi idea ha sido buscar los obstáculos para la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos no en teorías elaboradas, cuyos agentes son militantes convencidos, tampoco en las políticas públicas, sino en un terreno que resulta más difícil de captar, que es el terreno pantanoso, inasible y cambiante del sentido común social. Esa entidad esquiva que se denomina “mayoría silenciosa”, más que en convicciones se funda en premisas no revisadas, en su mayor, parte laxas y cambiantes.

### **La defensa de la vida**

La consigna de la “defensa de la vida” es una de esas consignas que tienen la potencia de permear fácilmente el sentido común. Esa potencia es completamente desproporcionada a su consistencia. Esa consigna no es consistente, está llena de paradojas, pero eso no le quita su fuerza. Enarbolar una consigna endeble pero que el sentido común hace suya con naturalidad es un gran acierto por parte del conservadurismo religioso, una ventaja de entrada. Obliga a sus contendientes a poner sus energías en resistirse a quedar confinados en lo que Juan Pablo II llamó “la cultura de la muerte”, refiriéndose a los anticonceptivos, el aborto y la eutanasia. Nadie quiere quedar encapsulado en algo así como la cultura de la muerte. Obliga a pensar y transmitir cómo anticonceptivos, aborto y eutanasia pueden ser formas de defensa de cierta concepción de la vida, no de la vida como noción absoluta, que a poco que se razone resulta insostenible.

La sacralidad de la vida es un núcleo de controversias en el pensamiento contemporáneo. Walter Benjamín escribió ya en 1921, en un artículo sobre la violencia revolucionaria: “Investigar el origen del dogma de la sacralidad de la vida podría ser provechoso. Tal vez, y muy probablemente, es reciente, como el último extravío de la debilitada tradición occidental, de querer recuperar lo sagrado que ha perdido en lo cosmológicamente inescrutable” (Estética y política, Buenos Aires, Las cuarenta, 2009). Es verdad, vivimos en un mundo desacralizado como nunca, donde sin embargo ha cobrado un ímpetu innegable la idea del carácter sagrado de la vida. ¿La existencia en sí misma es más importante que la existencia justa?, pregunta Benjamín, analizando la intensa polémica entre pacifistas y bolcheviques que sacudía a Alemania. ¿Qué es lo que ponen por encima de la justicia quienes sacralizan la vida: el mero hecho de vivir o que el no ser es más terrible todavía que el no ser aún del justo? Así

formula Benjamín este dilema. Una pregunta que se aplica con desconcertante exactitud a la cuestión que nos convoca: ¿Puede la defensa absoluta de la vida anteponerse a las consideraciones de justicia, de respeto a la integridad, a la autonomía, a la libertad personal? Otra observación de Benjamín cargada de sugerencias: “Ha de pensarse que lo que aquí se declara sagrado es, para el antiguo pensamiento mítico, el señalado portador de la culpabilidad: la mera vida”. Benjamín despoja así a la defensa absoluta de la vida de todo carácter obvio e intemporal: una civilización como la de la Antigua Grecia, que suele ser evocada todavía como la raíz de nuestra civilización, tenía horror de la vida en sí misma, la vida debía ser elaborada, trabajada en cierto sentido para no ser culpable. Al final de su ensayo sobre la revolución, Hanna Arendt recuerda unos versos del Edipo en Colono de Sófocles: “No haber nacido es la mayor de las venturas, y una vez nacido lo menos malo es volverse cuanto antes allá de donde se vino...”. Y también que a través del personaje de Teseo Sófocles dice que lo que hace soportable la vida es la pólis, “el espacio donde se manifiestan los actos libres y las palabras humanas, es la que da esplendor a la vida...”

Giorgio Agamben desarrolla a su modo en *Homo sacer* (Pretextos, Valencia, 1998) la noción de Benjamín del “mero hecho de vivir”, “la mera vida”, a la que Agamben llama “la vida desnuda”; traza una genealogía que parte de la Política de Aristóteles: la distinción entre *zoe* y *biós*, entre el hecho de estar vivo y el vivir calificado, propio de la pólis, la vida calificada que según Teseo es la única que puede hacernos soportable haber nacido; entre las actividades (despreciadas) dirigidas a la reproducción y mantenimiento de la vida, y el vivir según el bien, según valores, propio de la pólis. Sigue con la atribución de la sacralidad de la vida al cristianismo que desarrolla Hannah Arendt en *La condición humana* (Paidós, Barcelona 1993): más allá de la secularización y la decadencia de la fe cristiana, la modernidad no puso en cuestión la sacralidad que el cristianismo otorga a la vida desde el momento en que, por efímera y desdichada que sea la vida terrena, es la condición de la inmortalidad individual. Atribución que el cristianismo debe en parte al legado hebreo, tan ajeno al desprecio pagano por los trabajos y los partos, a la valoración del suicidio, a la convicción de que la vida sólo vale la pena en determinadas circunstancias. Michel Foucault en *La voluntad de saber* coloca en el umbral de la modernidad la politización de la vida biológica. Agamben desarrolla precisamente las dos caras de esa moneda: la sacralidad de toda forma de vida y la aspiración a su más absoluto control. Para lo cual se sirve de la figura arcaica del *homo sacer* romano, un ser que no puede ser sacrificado pero cuya muerte es impune. No es difícil ver encarnarse esa figura en los sujetos sometidos a los “estados de excepción” que se convirtieron de hecho en norma en el curso del siglo XX: los

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

internados en campos de concentración y exterminio, los “desaparecidos”; los presos en Guantánamo y las demás cárceles ilegales de la CIA; pero también los detenidos y presos en condiciones inhumanas, los reclusos en instituciones, sean orfanatos, correccionales, psiquiátricos o burdeles.

El joven antropólogo y politólogo peruano Jaris Mujica (*Microscopio. De la bioética a la biopolítica*, Promsex, Lima, 2009) ha tomado la actual polémica entre los grupos pro vida y los grupos pro derechos como ejemplo de cómo un punto de partida común sobre esa sacralidad puede llegar a posturas irreconciliablemente opuestas.

Mujica evalúa que los grupos conservadores han tenido que adecuar su discurso público en respuesta a los cambios producidos en las sociedades latinoamericanas: el mercado ha irrumpido descentrando los Estados, obligando a quienes ejercían el control económico y político a competir con otros actores nacionales y extranjeros; la democracia se expande e irrumpe el discurso de los derechos humanos. La demanda masiva es de participación y justicia. El discurso nuevo que han construido los conservadores gira en torno de la defensa de la vida, con lo cual se acogen al discurso de los derechos humanos haciendo del derecho a la vida (que es la vida del no nacido) el primordial, el que da sentido a los demás derechos. Lo que pasa es que la vida no es una noción obvia, no significa lo mismo para todos. La cultura de los derechos humanos, surgida al cabo de la segunda guerra como medio de impedir que se repitieran en la historia los crímenes de lesa humanidad que caracterizaron a las dos guerras europeas, concibe la sacralidad de la vida como fundamento de derechos universales, tanto en el orden personal como social; se puede encarar la vida como vida digna (el *biós* de la cultura griega), que ha de ser respetada teniendo en cuenta la autonomía personal, la facultad de decidir sobre sí mismo; para los grupos conservadores la vida es una categoría que ha de ser defendida aun a pesar de los derechos individuales y de la autonomía personal. Esa vida está sacralizada de modo tan radical que deja de pertenecerle al sujeto para pertenecer a instancias superiores. La vida está encarnada en el cuerpo, y son instancias superiores las que deciden qué ha de hacer cada cual con su cuerpo. Un control totalizador de la vida (provenza de la religión, de la ciencia, del Estado, de la justicia, etc) despoja al ser humano viviente de decisión sobre su propia vida. No puede medir el grado de validez de su propia vida dado que no le pertenece, pertenece a algún poder superior, divino, médico o social. De allí la no admisibilidad del aborto ni la eutanasia en ninguna circunstancia.

El mismo Mujica señala que “la defensa de la vida aparece como una estrategia política y discursiva moralmente efectiva, pero tiene problemas

cuando se acerca a la práctica concreta de las personas. No puede superar el problema de la mortalidad materna, los problemas de debate sobre la vida digna, la demanda del uso de anticonceptivos y la tendencia a la despenalización del aborto...”

### **Derecho a decidir**

El sentido común es profundamente machista, más allá de las declamaciones y de las polémicas. Tanto que resulta difícil esgrimir la noción del “derecho a decidir”. “Si siempre hacen lo que quieren”, es la refutación pícaro, que encubre la necesidad de que tal derecho no exista. “La fuerza intempestiva de una mujer que decide por sí misma sobre su cuerpo y sexualidad hace tambalear el piso del orden de los géneros, desarticulando los casilleros y el reparto obligado de cuerpos y deseos”, escriben Chaneton y Vacarezza en su libro reciente, *La intemperie y lo intempestivo*, (editorial La Marea, Buenos Aires, 2011), un análisis de testimonios que revela por una parte significativos cambios en el sentido común de las jóvenes generaciones, y por otra sumerge en los modos en que viven la sexualidad, en una época de relaciones de escaso compromiso, donde el debilitamiento de la responsabilidad varonil trae también un debilitamiento de la autoridad para prohibir.

Incluso la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito ha tenido en cuenta esa reticencia al derecho a decidir de la mujer y recurre a argumentaciones sanitarias y sociales, no al derecho a decidir propiamente dicho, que es el que figura en su lema. Esa es precisamente una concesión al sentido común, un reconocimiento de la dificultad de encontrar empatía invocando tal derecho, y que como todas las concesiones tiene sus ventajas y sus riesgos.

Tiene sus riesgos porque esas argumentaciones “sociales” también tienen sus límites, dado que la sociedad ha incrementado su tolerancia a la pobreza y desigualdades, y eso también ha forjado el sentido común. Pensemos lo que significó el cambio de paradigma económico impuesto a partir de la última dictadura, la fruición con que grandes sectores de población acompañaron las consignas del ministro de Hacienda del general Videla, José Martínez de Hoz, echando la culpa de todos los males nacionales al hecho de que los obreros argentinos “ganaban demasiado”; la aceptación de la desocupación masiva, del desmantelamiento productivo, en medio del despreocupado consumo de chucherías importadas; la guinda del postre con que las sucesivas gestiones presidenciales de Carlos Menem culminaron la política económica de la dictadura con un festival de privatizaciones, el escarnio de lo estatal y público a favor de negocios privados, el exhibicionismo insolente de una prosperidad

con pies de barro, y la implosión de 2001, que se saldó con porcentajes inéditos de miseria y desocupación. De ser una sociedad relativamente igualitaria, la más igualitaria en la región, entre los años 50 y 75, la sociedad argentina pasó a ser la mejor alumna del Consenso de Washington, lo cual significa entre otras cosas una naturalización de las desigualdades. Esta naturalización impuesta por la dinámica del capitalismo especulativo, resulta abonada por el auge de un pseudocientificismo que hace del darwinismo, de la sociobiología, un modelo de pensamiento filosófico (en lugar de la negación de toda filosofía). Sustituir el fatalismo de la supervivencia del más apto y de la ley del más fuerte por la evidencia de la importancia de la colaboración y la solidaridad en la supervivencia de las comunidades y en la felicidad de sus integrantes, empezando por los más vulnerables; sustituir el determinismo genético por la ponderación de la importancia de los factores sociales, económicos, culturales, en la formación de una persona, transformaría el sentido común, dando fin al cinismo que acepta que los pobres pierdan en toda la línea, y si pierden en toda la línea: salud, vivienda, educación, conocimiento, posibilidad de hacerse escuchar ¿por qué no iban a perder con el aborto?

Aun las modestas medidas para paliar la pobreza encuentran reacciones como: “Todo con mis impuestos”, cuando en realidad los impuestos se evaden mucho más de lo que se cumplen. El sentido común forjado por el desprecio por lo público y la naturalización de las desigualdades reacciona diciendo: Por qué tengo que mantener a los delincuentes en la cárcel, por qué tengo que financiar la asignación universal. Es previsible también la reacción: ¿Por qué tengo que pagar los abortos en los hospitales públicos, por qué pagar por lo que otro se divirtió?.

### **Culpa y maternidad**

Ese machismo toma la forma de culpabilizar a las mujeres desde que se supone que priorizaron la búsqueda del placer sexual a otras consideraciones. Una culpabilización que está introyectada por supuesto también en las mujeres que abortan. Como bien lo muestra un testimonio en *La intemperie* y *lo intempestivo* de July Chaneton y Nayla Vacarezza: una chica entrevistada cuenta un intercambio de palabras con el médico que le iba a hacer el aborto: “No, doctor, le digo yo, yo no lo quiero tener, el tipo me mira y me dice: Pero eso lo hubieras pensado antes...Me vino todo eso de Aguantátela si te gustó abrirte de piernas, esas cosas...”

Recuerdo una conversación con una persona pública considerada por los demás y por sí mismo como un dechado de progresismo. Para explicar por qué consideraba que la legalización del aborto no es una prioridad dijo: “No tengo

por qué solucionarle el problema a una pequeño burguesa que se acostó con su novio...”.

Del machismo forma parte nuclear una mitificación de la maternidad, que quita todo sentido a lo de “derecho a decidir”. El derecho a optar por la maternidad tiene su reverso en el derecho a optar por no ser madre. Si se parte de la premisa de un ser natural femenino asimilado a la maternidad, esta formulación es impensable. Esta mitificación no se traduce en una atención real a la maternidad – faltan jardines maternos, faltan guarderías, en el mundo laboral no hay el cuidado necesario para hacer compatibles la vida familiar y laboral – pero pone la maternidad en el centro de la vida de las mujeres, hace depender de ella la definición misma de ser mujer; magnifica todo lo que promueva la idea de la maternidad como cumplimiento de lo femenino: lo que las mujeres hacen por los hijos, lo que hacen con tal de tener un hijo, las relaciones maternas que entablan con quienes no son sus hijos; nunca lo que hacen por no tenerlo.

Si ser madre es natural e instintivo, si constituye el ser mujer, no hay lugar para pensar la maternidad como opción, y tampoco la opción de la no maternidad, que es su reverso. No puedo optar por la maternidad si no dispongo de la opción de no ser madre. Esta maternidad abstracta, ajena a la experiencia de mujeres y varones, tiene sin embargo un peso ostensible, y enorme, en la vida social.

### **Una cultura de la ilegalidad**

Otro punto del sentido común social que quisiera señalar es lo que podríamos llamar una cultura de la ilegalidad, muy instalada en nuestra conciencia social. “La ley es como el cuchillo/no ofende a quien la maneja”, dice Martín Fierro. La onvicción subyacente es que la justicia no existe sino como imposición de la ley del más fuerte. Cuando Borges dice que el poema épico argentino (Martín Fierro es nuestro Cid Campeador, nuestra Canción de Rolando) es protagonizado por un delincuente y no por un héroe, seguramente sin quererlo apunta a un rasgo nacido junto con la nación, ese estar en el mundo desde el margen, el margen que permite lanzar una mirada crítica, mordaz, a la supuesta ecuanimidad de las leyes, esa desmentida de que las leyes “igualen” a los ciudadanos. Seguramente no sería difícil para quien se lo proponga buscar en la historia la trama de razones profundas para la desconfianza, para la suspicacia ante las leyes, que trae aparejada la tendencia a burlarlas, a desestimar su importancia. “Si vas a esperar que sea legal...” es una frase que he escuchado referida al aborto. Lo importante es poder hacérselo, no si es legal o clandestino. Esta “ilegalidad” tiene dos caras: la lucidez de saber que la ley

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

representa determinados intereses; el cinismo de proponer que no hay que ocuparse de la justicia, sino de “hacerse amigo del juez”, esto es, pertenecer a los círculos que nunca se verán afectados por la ley.

El sentido común está trabajado por el menosprecio de las leyes del que hace gala en primer lugar la clase dirigente. Dada esta cultura de la ilegalidad, es grande el divorcio entre lo legal y lo cultural, que se impone; las leyes están en riesgo de devenir en letra muerta. Lo cual no alienta precisamente la lucha por una determinada ley, la lucha por buscar la justicia a través de la instauración de leyes más justas. Buena parte de la lucha de la Campaña por el derecho al aborto consiste en lograr el cumplimiento de leyes ya existentes, sobre la base de su correcta interpretación. Veamos lo que sucede con el aborto no punible. No se cumple una ley que se remonta a casi un siglo atrás. El Comité de Derechos Humanos de la ONU acaba de emitir el dictamen correspondiente a la denuncia que se hizo en 2007 por el caso LMR, una adolescente discapacitada mental, embarazada por la violación de un familiar, a quien el Hospital adonde recurrió le negó la interrupción del embarazo solicitada por su madre aun después de que la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Buenos Aires lo autorizara expresamente. La ONU obliga al Estado argentino a indemnizar a LMR y a tomar medidas que eviten violaciones similares del Pacto de Derechos Civiles y Políticos en el futuro.

Lo que sucede con otras leyes: la abolicionista, que prohíbe claramente los prostíbulos, sin embargo completamente naturalizados; con la ley de medios, con la ley de educación sexual, ilustra cómo las prácticas tienen más que ver con quiénes detectan el verdadero poder que con la existencia de leyes avanzadas.

Se impone un trabajo sobre el sentido común orientado a visibilizar las ventajas de una confluencia entre práctica y discurso, entre ley y bienestar común, que refieren a muchas áreas de la vida, no solamente a la de salud reproductiva.

### **El doble discurso**

Un factor que hace al sentido común social es el doble discurso. Muchas personas que abortan, si hablan en público hablan contra el aborto, lo llaman crimen. Tal vez lo crean realmente, en algunos casos sí y en otros no, pero hay una aceptación generalizada de que lo que se dice no es necesariamente lo que se hace, y de que independientemente de lo que cada cual haga, hay discursos que corresponde mantener en público y otros que no llegan a discursos porque se mantienen tácitos. De allí el sentido de las campañas “Yo aborté”, desde la pionera en Francia, hasta las que se han reiterado en Brasil y Argentina, donde

lo más relevante no es el dato autobiográfico, sino la capacidad de manifestar haber abortado, aun por parte de gente que no lo ha hecho y se suma a esas campañas para apoyar los respectivos proyectos de ley.

La investigadora social Bonnie Shepard dice que “en América Latina cuando más fuertemente opera el doble discurso es cuando se trata de abordar temas de sexualidad y reproducción”. El doble discurso, dice, es propio de las culturas predominantemente católicas, de las sociedades donde la Iglesia ejerce una fuerte influencia sobre el Estado, y donde los Estados se sienten en la obligación de plegarse en público a las exigencias de la Iglesia. “Los católicos no consideran que esa actitud sea hipócrita, sino que la aceptan como una forma de defender un ideal que muchos, incluso ellos mismos, no logran alcanzar por razones que Dios se encargará de comprender y perdonar...”, escribe B. Shepard. Llama “válvulas de escape” a las prácticas clandestinas que permiten alternativas más amplias de lo permitido por las leyes, y al mismo tiempo garantizan la discreción: no tengo por qué cambiar mi discurso público en honor a prácticas ocultas, y que prefiero que queden en la oscuridad. Claro que uno de los aspectos oscuros de esas válvulas de escape es que no garantizan el acceso a ellas de todos; por el contrario, precisamente los sectores más vulnerables, los más desguarnecidos en materia de educación, de acceso a la salud, de recursos en un sentido amplio, son los que se llevan la peor parte por falta de acceso al aborto clandestino.

La combinación de la carencia de poder de los sectores más perjudicados con el costo político que implica el intento de hacer reformas legales en países con leyes prohibitivas o muy restrictivas respecto del aborto, resultan en falta de voluntad política para perseguir esas reformas. Shepard alude al dilema que se les plantea a quienes quieren abogar por cambios, conscientes de que podrían desatar un nivel más alto de represión, y los consiguientes retrocesos. Por ejemplo, seguir hablando de las ventajas del misoprostol, en el sentido de que evita muertes y lesiones graves ¿llevará a la prohibición de su venta en las farmacias? Insistir en la existencia de un alto porcentaje de abortos a pesar de la prohibición legal, ¿llevará a un control más estricto que desmantele los circuitos del aborto clandestino más desprotegidos, más accesibles a los sectores de pocos recursos? Insistir en que la ley tiene un valor simbólico porque son mínimos los casos de cárcel por aborto, ¿llevará a un endurecimiento de las leyes y a un incremento de penas, como sucede en 16 estados mexicanos después de la aprobación del derecho al aborto en el DF?

Relacionado con el doble discurso, está la tendencia a lo que el investigador Fortunato Mallimaci llama “el cuentapropismo” religioso, esto es, la tendencia creciente de los autodenominados católicos (el 76% de la población), relevada

en una investigación que data de 2008, ‘Primera Encuesta sobre creencias y actitudes religiosas en Argentina’, realizada en 2008 por el CEIL-CONICET y cuatro universidades nacionales (Buenos Aires, Cuyo, Rosario y Santiago del Estero), a vivir la religión a su manera: “Más del 60% de los creyentes se relaciona con Dios por cuenta propia, sin la mediación de sacerdotes, pastores, rabinos” “Tres de cada cuatro afirman concurrir poco o nada a los lugares de culto”, lo que Mallimaci denomina “fenómenos de desinstitucionalización y de recomposición religiosa”. Alude también a “creyentes sin religión, creer sin pertenecer, religión difusa, católicos sin Iglesia...”

### **Cambios en el sentido común**

Empezamos diciendo que las mayorías silenciosas más que por convicciones se mueven por premisas laxas y cambiantes. En los últimos años registramos una modificación acelerada respecto de lo que amplios sectores sociales están dispuestos a manifestar respecto de cuestiones como la anticoncepción, el aborto, la orientación sexual. Que corre pareja con la capacidad de identificar los propios derechos y de luchar por ellos. Hay que tener en cuenta el importante rol que cumplen en esos cambios los posicionamientos de personalidades públicas. Por ejemplo, yo creo que en la sociedad argentina hay un antes y un después respecto de la gestión de Ginés González García en el Ministerio de Salud. Es el único ministro de Salud en la historia argentina que haya hecho público su apoyo a una legalización del aborto. Fundó su posición en argumentos estrictamente sanitarios: Yo no soy un profesor de moral, no doy sermones, soy un ministro de salud y tengo que garantizar la salud y la vida de todos los habitantes, decía. A partir de entonces los medios de comunicación dejaron de eludir el debate, y cada vez más gente perdió el miedo de decir lo que realmente pensaba. Hubo pasos adelante: el Programa Nacional de salud reproductiva y paternidad responsable, el Protocolo de atención del aborto no punible, la Guía para la asistencia post aborto, el Protocolo de atención a víctimas de violencia sexual, la ley de educación sexual integral. Esos pasos respondían a lo más consensuado socialmente. Una legalización del aborto sería la culminación de ese itinerario lleno de avances y retrocesos, de contradicciones y de polémicas. El proyecto se ve favorecido por una conciencia creciente de que los cambios son posibles. Esa conciencia se ve alimentada por hechos como las políticas de justicia, que permitieron reanudar los juicios por crímenes de lesa humanidad, una causa que en el transcurso de 26 años se dio en muchas ocasiones por perdida. Por leyes como la de matrimonio igualitario aprobada el año pasado a pesar de la ofensiva eclesiástica. Esa apertura incide en el sentido común transformándolo. No es que hayamos cambiado de un día

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

para el otro, es que la evolución de referentes sociales, de dirigentes políticos, los debates en público, la aprobación de leyes que dejan de responder a los intereses de las elites tradicionales de poder, fortalece aquellos componentes de la conciencia colectiva que se mantenían ocultos, sin palabras y sin espacios donde ser adecuadamente formulados. Cuando el sentido común se apodera del derecho a decidir de las mujeres sobre su propia vida, y de la importancia de la legalidad y la transparencia para vivir una democracia más genuina, ya estaremos peleando por formas de conciencia y de justicia que hoy apenas podemos concebir.

## **LA RELIGIÓN COMO POSIBILIDAD Y COMO OBSTÁCULO. EL MATRIMONIO PARA LAS PAREJAS DEL MISMO SEXO**

\*Juan Marco Vaggione

### **1. Introducción**

Uno de los principales desafíos cuando la sexualidad se vuelve parte de los debates públicos es la influencia política de las religiones. Afirmar que las principales religiones son actores políticos es una premisa indiscutible en la mayoría de las sociedades contemporáneas, presencia que se intensifica cuando es la sexualidad lo que está en debate ya que las principales religiones no resignan su rol de controlar la moralidad y legalidad sobre lo sexual. En Latinoamérica la presencia política de la Iglesia Católica es determinante tanto a nivel de la construcción histórica de la sexualidad como en los principales debates contemporáneos. En gran medida la historia del derecho, sobre todo del derecho de familia, pone en evidencia la influencia de la jerarquía católica sobre el estado. Desde la sanción del Código Civil en el año 1871 que originalmente sólo reconocía efectos legales al matrimonio celebrado por la Iglesia Católica hasta la definitiva inclusión del divorcio en el año 1987 se puede observar que la Iglesia Católica ha sido un actor crucial cada vez que se debate el orden sexual. En Argentina, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, la regulación legal de la sexualidad está condicionada por la influencia histórica, cultural y política de la Iglesia Católica.

El ingreso de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DDSSRR) a las agendas públicas nacionales e internacionales puede pensarse como una nueva etapa en la participación política de las religiones. Estos derechos ponen en circulación definiciones sobre la sexualidad que contradicen las principales construcciones religiosas y, por lo tanto, no es sorprendente que diversos actores religiosos se movilicen en resistencia. Argentina no es la excepción, y el ingreso de los DDSSRR a las agendas públicas va acompañado de una (re)activa movilización de sectores religiosos. En los últimos años el debate y aprobación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable (2002), de la ley nacional de educación sexual (2006) o del “matrimonio igualitario” (2010) han puesto en evidencia el complejo entramado de actores y discursos religiosos que se movilizaron de manera activa en defensa de un orden sexual tradicional. Cada uno de estos procesos legales permitió visibilizar las complejas maneras en que los principales actores religiosos siguen constituyendo la política contemporánea.

El propósito de este ponencia es, precisamente, considerar algunas de las formas en que sectores fuertemente identificados con la religión buscaron influenciar el proceso de reforma legal que culminó con la autorización del matrimonio para las parejas del mismo sexo. En particular se consideran las influencias del catoli-

cismo sobre el debate legal ya que, sin dudas, la Iglesia Católica sigue siendo un componente crucial en la política sexual de Latinoamérica. En primer lugar, bajo el rótulo de la religión como obstáculo, se caracteriza la política sexual de la Iglesia Católica a través de analizar las intervenciones de la jerarquía y de legisladores católicos en oposición a la reforma legal. En segundo lugar, bajo el título de la religión como posibilidad, se considera una relación contraria a la anterior: las formas en que la influencia religiosa, particularmente la identificación con el catolicismo, se convierte en una dimensión favorable a la sanción y vigencia de los DDSSRR. Para ello, se analiza la forma en que líderes religiosos y políticos utilizaron la identidad católica para movilizarse a favor del derecho al matrimonio de las parejas del mismo sexo.

### 2. La Religión como obstáculo

La influencia más obvia de lo religioso en general y de la Iglesia Católica en particular es la de ser un obstáculo para legislaciones y políticas públicas que defiendan una concepción amplia y diversa de la sexualidad. Si bien la Iglesia Católica tiene una larga historia de defensa de un modelo tradicional de sexualidad, durante los últimos dos Papas el Vaticano rigidizó aún más su postura contraria a la homosexualidad. En gran medida frente al avance del movimiento por la diversidad sexual y la creciente legitimidad de sus demandas, el Vaticano reforzó su postura considerando la homosexualidad incluso como un desorden objetivo<sup>38</sup>. La relación sexual entre personas del mismo sexo implica la negación de todo lo que es “natural” en la sexualidad, en particular la potencialidad reproductiva que constituye una dimensión crucial para el magisterio de la Iglesia.

Pero el rechazo de la Iglesia hacia la homosexualidad no sólo se da en el plano doctrinario, sino también la Iglesia Católica busca influir las discusiones legales y la implementación de políticas públicas. En el año 1992, y en reacción a las legislaciones contrarias a la discriminación por sexualidad, la Iglesia sostuvo que existen áreas donde excluir expresamente a las personas por su orientación sexual no constituye “discriminación injusta”. En concreto se mencionan la adopción o el cuidado de menores, el empleo como maestro o profesor de educación física y el

<sup>38</sup>*Carta a los obispos de la Iglesia Católica sobre la atención pastoral a las personas homosexuales (Congregación para la Doctrina de la Fe). El contenido general de este documento rigidiza aún más la postura oficial sostenida hasta ese momento. Cabe aclarar que ya en el año 1973 la homosexualidad había sido excluida de los trastornos psicológicos contemplados en el DSM-III por parte de la Asociación psiquiátrica americana (APA). El documento instruye a los obispos a que no permitan organizaciones en las que pertenezcan homosexuales si las mismas no afirman claramente que la actividad homosexual es inmoral en clara reacción a la existencia de grupos católicos favorables a la diversidad sexual.*

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

ingreso como militar<sup>39</sup>. Asimismo se instruye a los obispos para que se opongan a la legislación por crímenes de odio y aquella que prohíbe la discriminación por motivos de orientación sexual. El documento que sirve como guía para el accionar de los sectores católicos contrarios a las demandas del movimiento por la diversidad sexual se acordó en el año 2003 con el nombre de Consideraciones acerca de los Proyectos de Reconocimiento Legal de las uniones entre personas homosexuales (de aquí en adelante Consideraciones). El Vaticano se pronuncia contra el reconocimiento legal de parejas del mismo sexo ya que significa “no solamente aprobar un comportamiento desviado y convertirlo en un modelo para la sociedad actual, sino también ofuscar valores fundamentales que pertenecen al patrimonio común de la humanidad”<sup>40</sup>. Este documento sienta los principales lineamientos sobre las formas en que la jerarquía y los legisladores católicos deben actuar, en sus diferentes roles, frente a los proyectos que pretenden reconocer derechos a las parejas del mismo sexo. Ofrece, además, una serie de argumentaciones seculares para ser utilizadas por la jerarquía y los fieles en la movilización contra las reformas legales.

Al ser la Iglesia Católica una institución global, estos lineamientos coordinados desde el Vaticano se implementan a nivel nacional por parte de los obispos y otros representantes eclesíásticos. En particular, durante el debate del “matrimonio igualitario” la jerarquía católica, como era esperable, tuvo un rol activo en el movimiento de oposición a la reforma legal. Aunque el accionar de la Iglesia Católica Argentina responde a la coyuntura existente, también es un fuerte reflejo de las instrucciones y directivas sentadas desde el Vaticano. Este reflejo se hizo notable, por ejemplo, en el documento oficial que sancionó la Conferencia Episcopal Argentina sentando la postura sobre propuesta de reforma legal autorizando el matrimonio a las parejas del mismo sexo. En abril del 2010 la Asamblea Plenaria de la Comisión Episcopal Argentina dictó un documento denominado “Sobre el bien inalterable del Matrimonio y la Familia” en el cual además de reafirmar los principios doctrinarios sobre la (homo)sexualidad hace referencia a argumentos seculares de distinto tipo, siguiendo la línea de los documentos del Vaticano. Entre otros incluye la defensa y protección de los menores, ya que “la unión de personas del mismo sexo carece de los elementos biológicos y antropológicos propios del matrimonio y de la familia”. Los argumentos legales tienen una presencia destacada, y considera que tanto “los principios de la ley natural y del ordenamiento

<sup>39</sup>*Algunas consideraciones concernientes a la Respuesta a propuestas de ley sobre la no discriminación de las personas homosexuales, 24 de julio de 1992*

<sup>40</sup>*Congregación para la Doctrina de la Fe (2003). Consideraciones acerca de los Proyectos de Reconocimiento Legal de las uniones entre personas homosexuales.*

## SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA

público” exigen que el estado defienda el matrimonio entre varón y mujer. Sostiene que rechazar la ley no implica discriminación ya que “Constatar una diferencia real no es discriminar. La naturaleza no discrimina cuando nos hace varón o mujer. Nuestro Código Civil no discrimina cuando exige el requisito de ser varón y mujer para contraer matrimonio; sólo reconoce una realidad natural”. Finalmente, el documento se dirige puntualmente a los legisladores y apela a su conciencia para que “al decidir sobre una cuestión de tanta gravedad, tengan en cuenta estas verdades fundamentales, para el bien de la Patria y de sus futuras generaciones.”

En paralelo a este documento oficial, los principales referentes de la jerarquía católica también se transformaron en actores movilizadas para impedir la reforma legal. Por un lado, fueron frecuentes sus reuniones con legisladores para explicar la opinión institucional de la Iglesia y ofrecer argumentos diversos en oposición a la ley<sup>41</sup>. Estas reuniones de índole privada fueron acompañadas por declaraciones públicas con fuerte impacto mediático dirigidas a los legisladores a los que “la Iglesia les recuerda el grave deber moral de oponerse decididamente a este tipo de proyectos, tan nocivos para el bien común de la sociedad”<sup>42</sup>. Aunque estas declaraciones públicas fueron de distinto tenor, se caracterizaban por ofrecer argumentos seculares para justificar el rechazo del proyecto<sup>43</sup>. Este viraje hacia la argumentación secular por sobre la religiosa para confrontar los derechos sexuales y reproductivos la he analizado, en artículos previos, bajo el concepto de “secularismo estratégico”. Siguiendo las instrucciones del Vaticano, se pueden identificar argumentos antropológicos, filosóficos, sociales o biológicos y jurídicos. Dentro de ellos, uno de alto impacto fue afirmar que aprobar el matrimonio a las parejas del mismo sexo implicaba “...negar la evidencia científica y quitarle al niño el derecho a crecer y desarrollarse en su dimensión psico-sexual que requiere de la presencia masculina y femenina<sup>44</sup>”. Debido a la naturaleza del debate, los argumentos legales tuvieron un peso importante en las intervenciones de la jerarquía católica. Se sostuvo, por ejemplo, que “Redefinir al matrimonio quitando el requisito de la heterosexual-

<sup>41</sup>La Conferencia Episcopal Argentina y la Universidad Católica Argentina (UCA) mantienen reuniones periódicas con diputados y senadores, a fin de manifestarles la posición de la Iglesia y ofrecerles argumentos para oponerse a los proyectos de ley para modificar el Código Civil y permitir el “matrimonio” entre personas del mismo sexo y que estas parejas puedan adoptar. Reunión con Legisladores (lobby): Buenos Aires, 3 May. 10 (AICA)

<sup>42</sup>Carta pastoral de Monseñor Arancibia, Arzobispo de Mendoza del 23 mayo de 2010. [http://www.aica.org/docs\\_blanco.php?id=329](http://www.aica.org/docs_blanco.php?id=329)

<sup>43</sup>Ver por ejemplo el Pronunciamiento de Monseñor Marcelo Martorell, obispo de Puerto Iguazú, a favor del matrimonio y la familia (17 de Junio de 2010 en AICA)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

lidad altera la naturaleza misma de la institución, amparada por la Constitución Nacional, e introduce en esta institución una modificación esencial...<sup>45</sup>” o que “si se aprueba esta ley se altera todo el derecho de familia y otras ramas del Derecho en cuanto tienen relación con la institución del matrimonio”<sup>46</sup>. Otra forma en que la jerarquía participó fue a través de movilizar a los feligreses a una marcha pública bajo el lema “Queremos mamá y papá para nuestros hijos” que tuvo lugar frente al Congreso de la Nación en vísperas de la votación final.<sup>47</sup>

Un par de semanas antes de la votación en el Senado, el principal referente de la Iglesia Católica Argentina, el Cardenal Bergoglio<sup>48</sup>, utilizó argumentaciones de índole religiosa que generaron fuertes rechazos. En una carta dirigida a las Monjas Carmelitas de Buenos Aires (22 de junio) en la cual además de pedirles que recen para que el “Señor envíe su espíritu a los Senadores que han de dar su voto...”, el Cardenal redobló lo contenido en documentos previos afirmando que “...está la envidia del Demonio... que arteramente pretende destruir la imagen de Dios... No se trata de una simple lucha política; es la pretensión destructiva al plan de Dios. No se trata de un mero proyecto legislativo (éste es sólo un instrumento) sino de una “movida” del padre de la mentira que pretende confundir y engañar a los hijos de Dios”. El tenor de esta carta gatilló fuertes reacciones tanto a nivel de la prensa como entre los legisladores. Aunque estaba destinada a un grupo de monjas al tomar estado público generó que algunos ciudadanos y políticos, otrora identificados con la postura oficial de la Iglesia, se distanciaran. Es difícil evaluar cuanto daño esta carta a la estrategia de la Iglesia Católica, pero diversos senadores que apoyaban la reforma la mencionaron para justificar su voto favorable al proyecto. Frente a una Iglesia Católica que había puesto en escena argumentaciones racionales y legales para influenciar a la opinión pública y a los legisladores, esta carta “privada” visibilizó una Iglesia basada en argumentos pre-modernos y poco racionales en frases tales como “envidia del demonio”, “pretensión destructiva del plan de

<sup>44</sup> Monseñor Antonio Marino (5 de Mayo del 2010 en AICA)

<sup>45</sup> El arzobispo de Rosario, monseñor José Luis Mollaghan, Rosario Santa Fe, (2 Junio 10 en AICA)

<sup>46</sup> Pronunciamiento de arzobispo de La Plata, Monseñor Héctor Aguer (AICA, 21 junio), En la misma dirección monseñor Marcelo Martorell, obispo de Puerto Iguazú, a favor del matrimonio y la familia (17 de junio de 2010 en AICA).

<sup>47</sup> Dicha marcha fue organizada por ACIERA (Federación de Iglesias Evangélicas), FECEP (Federación de iglesias Evangélica-Pentecostal, un grupo denominado familias autoconvocadas y por el Departamento de Laicos de la Conferencia Episcopal Argentina (DEPLAI) que es un organismo de la Comisión Episcopal de Laicos y Familia.

<sup>48</sup> Arzobispo de Buenos Aires y Presidente de la Conferencia Episcopal Argentina

Dios”. La influencia religiosa en el debate no sólo se dio por medio de los líderes religiosos, principalmente católicos y evangélicos, sino que también fue canalizada a través de representantes de la sociedad política y la sociedad civil. Líderes políticos y sociales, identificados con la tradición católica, se movilizaron activamente para oponerse a la reforma legal en defensa de una concepción restrictiva de familia. El Vaticano no sólo convoca a su jerarquía sino también a los creyentes, en tanto ciudadanos o legisladores, a involucrarse y rechazar leyes que se opongan a la postura oficial de la Iglesia sobre la sexualidad. La principal justificación para esta llamada a defender el orden sexual tradicional es afirmar que existen “principios éticos que, por su naturaleza y papel fundacional de la vida social, no son “negociables”<sup>49</sup>, entre los que se encuentran la defensa de la familia basada en el “matrimonio monogámico entre personas de sexo opuesto” como uno de los aspectos centrales<sup>50</sup>. En Consideraciones el Vaticano instruye explícitamente cómo actuar frente a los proyectos de reconocimiento de derechos a las parejas del mismo sexo sosteniendo que los parlamentarios católicos tienen “el deber moral de expresar clara y públicamente su desacuerdo y votar contra” cualquier proyecto que pretenda legalizar a parejas del mismo sexo. En caso que la ley ya esté vigente, “debe oponerse a ella por los medios que le sean posibles, dejando pública constancia de su desacuerdo”.

En trabajos previos he analizado las maneras en que los ciudadanos identificados con la postura oficial de la Iglesia se movilizan en defensa de una concepción doctrinal de la familia<sup>51</sup>. Si bien los líderes religiosos siguen siendo actores cruciales en el activismo religioso conservador, es cada vez más notable el desplazamiento hacia los fieles como defensores de la doctrina católica. En particular, se ha producido un fenómeno de ongización de lo religioso por el cual en Argentina, al igual que en otros países de la región, las principales estrategias y discursos en oposición a los DDSSRR son llevados adelante por organizaciones no-gubernamentales (ONGs) autodenominadas pro-vida o pro-familia. La sociedad civil devino en una

<sup>49</sup>“Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la vida política” dictado por La Congregación para la Doctrina de la Fe, Ratzinger y Bertone, 2003 arta pastoral de Monseñor Arancibia, Arzobispo de Mendoza del 23 mayo de 2010. [http://www.aica.org/docs\\_blanco.php?id=329](http://www.aica.org/docs_blanco.php?id=329)

<sup>50</sup> Congregación por la Doctrina de la Fe Algunas Consideraciones Relativas al Compromiso y la Conducta de los Católicos en la Vida Política. el 24 de noviembre de 2002

<sup>51</sup>Vaggione, Juan Marco “Reactive Politicization and Religious Dissidence. The Political Mutations of the Religious” in *Social Theory and Practice*. Vol. 31, nro. 2 (April 2005); Vaggione, Juan Marco “La sexualidad en un mundo post secular. El activismo religioso y los derechos sexuales y reproductivo” en Mario Gerlero *Derecho a la sexualidad*. Editorial Grinberg David Libros Juridicos, Bs.As 2009

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

arena privilegiada para aglutinar demandas y ensayar estrategias por parte de los sectores conservadores que defienden un orden sexual tradicional. Este activismo desde la sociedad civil también se evidenció durante el debate respecto al “matrimonio igualitario”. ONGs radicadas en distintas provincias del país tuvieron un rol importante en la movilización pública así como en las distintas audiencias contrarias a la reforma legal<sup>52</sup>.

Las identidades religiosas también juegan un papel importante a nivel de la sociedad política, en particular de los/las legisladores/as católicas que votaron contra la ley de “matrimonio igualitario”. El rol de las identidades religiosas al momento de legislar es uno de los aspectos más debatidos en relación a los sistemas democráticos contemporáneos. Si bien por décadas la influencia paradigmática de la teoría de la secularización desplazó esta temática, la misma ha vuelto a ocupar un lugar destacado en la teoría social contemporánea. Es posible encontrar un abanico de posturas que van desde la necesidad de la exclusión total de lo religioso (a nivel de identidades y de argumentaciones), pasando por el requisito de “traducir” las motivaciones religiosas en razonamientos seculares, hasta aquellas que sostienen la legitimidad de las argumentaciones religiosas en pie de igualdad con las seculares durante el proceso de sanción y aplicación del derecho<sup>53</sup>. Más allá de estas posturas normativas, la identificación religiosa es, sin dudas, una dimensión relevante para entender el posicionamiento de algunos legisladores cuando debaten los derechos sexuales y reproductivos. Aunque las formas de creer son complejas y diversas, para algunos sectores la identificación con tradiciones religiosas conservadoras determina la postura hacia la sexualidad.

Como lo analizo en un artículo recientemente publicado<sup>54</sup> durante el debate parlamentario en Argentina legisladores que se auto-identificaron como católicos/as defendieron el matrimonio como una institución exclusivamente heterosexual y votaron en contra del proyecto de ley. Esta defensa de la postura de oficial de la Iglesia se realiza, sin embargo, de formas diversas. Es posible distinguir por motivos analíticos dos articulaciones diferentes entre estos legisladores católicos: a) practicantes: se oponen a la reforma incluyendo argumentos y justificaciones religiosas; b) estratégicos: fundan su oposición a la

<sup>52</sup>Sgró, Candelaria y otros. *El debate sobre matrimonio igualitario en Córdoba. Actores, estrategias y discursos*. Córdoba: Ferreyra editor / Católicas por el Derecho a Decidir,

<sup>53</sup>Ver algunos de estos autores en Vaggione, Juan Marco “Sexual Rights and Religion: Same-sex Marriage and Lawmakers’ Catholic Identity in Argentina”. *University of Miami Law Review*, Volume 65, Spring 2011, Number 3

<sup>54</sup>Vaggione (2011) *op cit*.

ley en argumentaciones seculares.

Los “practicantes” incluyen a aquellos legisladores que, además de identificarse como católicos, citan argumentos y declaraciones oficiales de la Iglesia Católica para justificar su postura. Para los “practicantes” las argumentaciones religiosas no se excluyen del debate parlamentario sino que son consideradas entre las principales razones para el rechazo de derechos a las parejas del mismo sexo. Dentro de las principales argumentaciones de los practicantes se pueden observar párrafos de la Biblia, citas de documentos oficiales del Vaticano, la utilización del derecho natural como divinamente inspirado y la defensa de una “nación católica”<sup>55</sup>. Algunos justifican la inclusión de argumentaciones religiosas basados en el artículo 2 de la Constitución Nacional vigente en Argentina que afirma el gobierno sostiene el culto católico.

El tipo “estratégico” aunque se identifica públicamente como católico, al momento de justificar el rechazo al proyecto lo hace utilizando exclusivamente argumentos seculares. Este tipo se distingue del anterior porque, si bien reconoce la influencia de la Iglesia Católica, no hace referencia directa a posturas o argumentos religiosos al defender el matrimonio como una institución exclusivamente heterosexual. Al contrario, son argumentaciones legales, científicas o psicológicas, entre otras, las que se inscriben para justificar el rechazo de derechos a las parejas del mismo sexo. Si bien podría afirmarse que la defensa de la cosmovisión religiosa es un motivador central para rechazar este proyecto de ley, a nivel argumentativo existe un desplazamiento estratégico hacia justificaciones seculares. Este tipo de argumentación refleja una estrategia discursiva impulsada desde la Iglesia Católica. Como puede observarse en los principales documentos sobre la cuestión al igual que en las declaraciones públicas de la jerarquía católica, se presentan una serie de argumentos seculares para influenciar el debate y para que sean utilizados por los legisladores católicos. El ejemplo más claro está en las Consideraciones donde además de los argumentos religiosos (doctrinales) se presentan diversos argumentos seculares para ser articulados por los legisladores durante los debates parlamentarios.

De algún modo, las formas en que desde el Vaticano se diseña la resistencia al reconocimiento de derechos para las parejas de mismo sexo se vio en movimiento en Argentina durante los meses del debate. Por un lado, el frente de resistencia católico combinó un entramado de actores religiosos, civiles y políticos que se movilizaron de manera activa para evitar el cambio legal. La defensa del orden sexual tradicional no sólo descansa en manos de la jerarquía católica sino que junto a ella

<sup>55</sup>Para un mayor desarrollo y análisis de esta postura ver Vaggione (2011) *op. cit.*

sectores de creyentes, en tanto ciudadanos y políticos, tuvieron una presencia activa en la oposición a la reforma legal. Por otro lado, el arsenal discursivo que desplegó la oposición a los derechos para gays y lesbianas combinó tanto justificaciones religiosas como seculares. En línea con lo dispuesto desde el Vaticano, el rechazo al matrimonio para las parejas del mismo sexo se caracterizó, mayoritariamente, por poner en circulación justificaciones legales y científicas.

### **3. La religión como posibilidad**

De diversas formas, lo religioso es una dimensión plural en las sociedades contemporáneas. En Latinoamérica la manifestación más visible de este pluralismo es el paulatino crecimiento de iglesias evangélicas que se ha dado en las últimas décadas. El monopolio de la Iglesia Católica que caracterizaba a los países de la región comenzó a dar lugar a un pluralismo del campo religioso. Hay otro pluralismo de lo religioso que, aunque ha recibido menos atención, es relevante para entender las políticas sexuales en Latinoamérica: las formas en que el feminismo y el movimiento por la diversidad sexual impactaron a las instituciones religiosas y a los sistemas de creencias generando posturas más amplias y diversas hacia la libertad y diversidad sexual. Si bien las religiones suelen ser consideradas como las principales sostenedoras del patriarcado y la heteronormatividad, es importante reconocer la existencia de actores religiosos que, por el contrario, se movilizan a favor de los DDSSRR.

Esta manifestación de lo religioso en oposición al patriarcado y a la heteronormatividad se manifiesta de diversas maneras. En otros artículos he analizado como tanto a nivel de la ciudadanía así como de las principales tradiciones religiosas se ha ido consolidando un importante cambio cultural con fuertes implicancias políticas: la integración de creencias religiosas tradicionalmente conservadoras, como es el catolicismo, con una postura favorable a la diversidad y libertad sexual. Si bien las identidades religiosas no han retrocedido (como postulaba la teoría de la secularización) las formas de identificación con lo religioso han sufrido diversos cambios. Entre estos cambios se puede observar un distanciamiento de un sector de fieles respecto a la postura oficial de la Iglesia Católica. La mayoría de las encuestas hechas en Latinoamérica ponen de manifiesto que para un grupo importante de creyentes la identidad católica se armoniza con posturas más flexibles y amplias respecto a la sexualidad<sup>56</sup>. Mientras la jerarquía continúa defendiendo una concepción de la sexualidad reducida al matrimonio y con finalidad reproductiva,

<sup>56</sup>Para el caso de Argentina ver Mallimaci, Fortunato; Esquivel, Juan Cruz e Irrazabal, Gabriela (2008) "Primera Encuesta sobre Creencias y Actitudes Religiosas". Informe de investigación. Buenos Aires: CEIL-PIETTE/CONICET.

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

los católicos se apartan de la misma tanto en sus opiniones como en sus comportamientos. Si bien la secularización no implicó un retroceso a nivel de creyentes si intensificó la autonomía e independencia de los mismos frente a las doctrinas e instituciones oficiales.

Este fenómeno se materializó de diversas formas durante el debate sobre el matrimonio para las parejas del mismo sexo. Por un lado, la identificación con tradiciones religiosas conservadoras no implicó, necesariamente, el rechazo a la reforma legal. Numerosos sectores de la comunidad católica apoyan demandas como la educación sexual, la anticoncepción o el matrimonio de las parejas del mismo sexo. Integran sus creencias religiosas con una postura favorable a los cambios legales y sociales que demandan el feminismo y el movimiento por la diversidad sexual. Este pluralismo no sólo implica una flexibilización de las prácticas individuales, esto en sí mismo no es una novedad, sino sobre todo un posicionamiento más amplio y plural hacia los derechos sexuales y reproductivos. Si bien la jerarquía apela a los creyentes para que defiendan la doctrina católica, los creyentes católicos son heterogéneos y un amplio porcentaje defiende una postura contraria a la de su jerarquía. Incluso pueden mencionarse organizaciones de la sociedad civil, como Católicas por el Derecho a Decidir, que precisamente politizan esta heterogeneidad articulando la identidad católica con demandas a favor de los DDSSRR.

Pero este fenómeno también se presentó dentro de los sacerdotes católicos. A pesar de que el Vaticano presenta una postura homogénea y monolítica hacia la sexualidad, no son pocos los sacerdotes y teólogos que, por el contrario, manifiestan su postura opuesta a la doctrina oficial. Este fenómeno político de disidencia<sup>57</sup> también se manifestó durante el debate por el matrimonio para las parejas del mismo sexo en Argentina. Si bien la mayor parte de la jerarquía católica se pronunció contra el proyecto, también pueden observarse a diversos sacerdotes católicos que se movilizaron a favor de la reforma. Entre las distintas manifestaciones de religiosos a favor del matrimonio se destacan dos por el impacto público que tuvieron. Durante el mes de mayo, en la Provincia de Córdoba, doce sacerdotes del grupo Enrique Angelelli se pronunciaron a favor del derecho al matrimonio de parejas del mismo sexo incluyendo el derecho a adoptar, una de las temáticas más con-

<sup>57</sup>Vaggione, Juan Marco "Reactive Politicization and Religious Dissidence. The Political Mutations of the Religious" in *Social Theory and Practice*. Vol. 31, nro. 2 (April 2005); Vaggione, Juan Marco "The Politics of Dissent: the role of Catholics for a Free Choice in Latin America" en Ireen Dubel y Karen Vintges (editoras) *Women, Feminism and Fundamentalism*, SWP Publishers, Amsterdam (2007)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

trovertidas. En un documento publicado para justificar su postura, los sacerdotes del grupo consideran que Jesús “jamás condenó ni mencionó la homosexualidad” y que “toda la revelación bíblica apunta a centrarnos en el amor, sin exclusiones de ningún tipo”. Los sacerdotes sostienen que aprobar la ley de matrimonio reconociendo derechos a parejas del mismo sexo “nos pone en el camino del Evangelio de Jesús”.<sup>58</sup>

El otro pronunciamiento se dio dos meses después, poco tiempo antes del debate en el Senado, cuando un grupo de quince sacerdotes, mayoritariamente de la diócesis de Quilmes, Provincia de Buenos Aires, también se manifestaron a favor del proyecto de reforma legal. En el documento publicado para explicitar su postura, los sacerdotes refieren a un “clima de intolerancia, y en muchos casos de actitudes verdaderamente dignas de las peores Cruzadas, movidas por preocupantes fundamentalismos bíblicos, filosóficos y antropológicos” en obvia respuesta al accionar de la jerarquía católica<sup>59</sup>. Además de criticar una interpretación estática del derecho natural, el documento hace referencia a los importantes cambios históricos que se han dado respecto a la “familia” y afirma que “para Jesús el Reino de misericordia, justicia e inclusión de los desplazados de su pueblo estaba por encima de toda otra concepción y valores culturales de su tiempo (la familia incluida)”. Ambos documentos sostenían que los legisladores, incluso aquellos profundamente cristianos, tenían libertad de conciencia para “pensar, definir y actuar distinto a lo que propone la jerarquía eclesial”.<sup>60</sup>

Si bien a nivel numérico estas manifestaciones son excepcionales y no permiten pensar (al menos por el momento) en un cambio en la postura oficial de la Iglesia, impactaron a nivel de la esfera pública y del debate parlamentario. Por un lado, ambos documentos construyen al catolicismo como una tradición heterogénea respecto a la sexualidad. Quiebran la pretendida homogeneidad de la Iglesia ofreciendo interpretaciones bíblicas y argumentos teológicos que concilian al catolicismo con una postura amplia y diversa hacia la sexualidad. Estas construcciones disidentes son parte de uno de los cambios

<sup>58</sup>Grupo Sacerdotal Enrique Angelelli, Mayo 2010, *Aporte al debate sobre modificaciones a la ley de matrimonio civil*

<sup>59</sup>Presbítero Ignacio Blanco, Marcelo Ciaramella, Eduardo de la Serna, Julio 2010, *Preguntas que nos surgen en la situación actual* [www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-149180-2010-07-09.html](http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-149180-2010-07-09.html)

<sup>60</sup>Grupo Sacerdotal Enrique Angelelli, Mayo 2010, *Aporte al debate sobre modificaciones a la ley de matrimonio civil*

más importantes tanto a nivel poblacional como teológico<sup>61</sup>. Por otro lado, el movimiento por la diversidad sexual llevó adelante una fuerte campaña que, bajo el lema “La Fe dice Si al matrimonio para parejas del mismo sexo”, politizó estas “disidencias católicas” al igual que la existencia de iglesias evangélicas (polo liberacionista) en apoyo a la reforma legal. Además del impacto que este pluralismo religioso pueda haber tenido sobre el debate parlamentario, de hecho fue referido por distintos legisladores, es importante rescatar el nivel de visibilidad pública que lograron mostrando una cara de lo religioso, generalmente invisibilizada para amplios sectores poblacionales, que constituye uno de los cambios culturales y políticos más importantes favorables a un orden sexual democrático.

Finalmente, también a nivel de los líderes políticos la influencia religiosa jugó de manera heterogénea. Si bien, como se afirmó previamente, la identificación con el catolicismo suele activar una postura contraria a los DDSSRR entre los legisladores, es también posible observar la situación opuesta. Algunos legisladores manifestaron su identificación como católicos para votar a favor de la reforma legal contrariando principios doctrinales e instrucciones del Vaticano. Así como a nivel de la población hay gente que sigue identificándose como católica aunque se distancie de la postura de la jerarquía, también entre los legisladores algunos votaron contra la doctrina oficial a la vez que reclamaban su identificación como católicos. En un trabajo previo referí a dos formas distintas en que la identificación como católico fue utilizada entre aquellos que votaron a favor de derecho de las parejas del mismo sexo al matrimonio: los “privatistas” y los “disidentes”.

Los “privatistas” manifestaron expresamente su identidad católica para argumentar que la misma no debe ser parte del debate en el Parlamento. Para este tipo de legislador las creencias religiosas pertenecen al ámbito de lo privado y deben ser excluidas del proceso de construcción del derecho. Como individuos reconocen sus creencias particulares pero como políticos consideran que no pueden imponerlas sobre la sociedad en general. La idea que las creencias religiosas son privadas, no políticas, es un punto de encuentro entre la teoría de la secularización y la mayoría de las construcciones normativas de la democracia que defienden la laicidad. No se pretende necesariamente el borramiento o desaparición de las identidades religiosas (al menos en sus versiones más realistas) pero sí la distinción y separación entre lo religioso y lo secular y el enclosetamiento de lo religioso dentro de la esfera de lo privado

<sup>61</sup>Vaggione (2005) *op.cit.*

al momento de legislar.

Sin embargo, es posible identificar otra forma de articular la identidad católica entre aquellos que apoyaron el derecho al matrimonio para las parejas del mismo sexo: los disidentes. En vez de “privatizar” las creencias religiosas, excluyéndolas del debate, como el tipo anterior, estos legisladores católicos utilizan argumentos religiosos para apoyar el derecho al matrimonio para las parejas del mismo sexo. Mientras que el tipo anterior despolitiza sus creencias religiosas al privatizarlas, para los disidentes las creencias religiosas se vuelven discursos públicos en oposición a la doctrina oficial sostenida por la jerarquía. Los disidentes encuentran en la tradición religiosa que se usa para imponer una concepción restrictiva de la sexualidad, elementos para apoyar a los derechos sexuales y reproductivos. Este tipo de legislador disputa la postura y declaraciones de la jerarquía por medio de interpretaciones alternativas de los principios cristianos. Si bien la Iglesia católica presenta la postura oficial como única y homogénea, estos legisladores vuelven públicas la existencia de debates y disputas, en clave teológica muchas de ellas, que caracterizan al catolicismo.

Si bien lo religioso continúa siendo uno de los principales obstáculos para la ampliación y vigencia de los DDSSRR, el debate sobre el matrimonio igualitario del año pasado permitió observar una faceta diferente. Actores y discursos religiosos fueron parte activa de la política sexual favorable al cambio legal. Lejos de ser una mera fractura dentro del campo religioso, actores con una agenda favorable al reconocimiento de derechos a las personas gays y lesbianas fueron una parte activa del campo político. Mas allá de lo que este fenómeno implique para el cambio en las instituciones religiosas, sin dudas ha generado un importante impacto en el campo político desarticulando la influencia de lo religioso como estrictamente conservador respecto a la sexualidad.

#### **4. Cierre**

El propósito de esta ponencia fue considerar al debate sobre el matrimonio para las parejas del mismo sexo como un momento que condensa diversas dinámicas sociopolíticas. Por un lado, la defensa del matrimonio como exclusivamente heterosexual se llevó adelante por medio de un bloque de actores y argumentos que amalgamaron dimensiones religiosas y seculares. Junto a la jerarquía se movilizaron líderes sociales y políticos en defensa del matrimonio como una institución exclusivamente heterosexual. La Iglesia Católica convocó a ciudadanos y políticos, especialmente a los legisladores, a que tengan un papel activo en la defensa legal del matrimonio de acuerdo a la doctrina católica. Así, como se evidenció en Argentina el sector más activo en contra de la reforma legal aglutinaba líderes religiosos, políticos y de la sociedad civil. Las argumentaciones puestas en circulación fueron

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

tanto religiosas como seculares. Como lo instruye el Vaticano, los argumentos utilizados en los documentos oficiales, en las declaraciones de la jerarquía religiosa o en el debate por parte de algunos legisladores católicos combinaron argumentos religiosos y seculares para oponerse a la reforma.

Por otro lado, lo religioso también entró al debate legal a favor del derecho al matrimonio para parejas del mismo sexo. Además de la presencia de sectores religiosos de diferentes denominaciones apoyando la reforma legal, sectores auto-identificados como católicos se pronunciaron activamente en apoyo al cambio legal oponiéndose a la jerarquía y doctrina oficial. Como se indicó, sacerdotes y legisladores católicos tomaron parte del debate para apoyar el cambio legal rompiendo, de este modo, con la concepción del catolicismo como homogéneo y contrario a los derechos sexuales y reproductivos. Por un lado, grupos de sacerdotes se movilizaron públicamente sosteniendo que la tradición católica permitía una postura favorable hacia los derechos sexuales, inscribiendo argumentaciones religiosas a favor del reconocimiento de derechos para las parejas del mismo sexo. Aunque minoritario como fenómeno al interior de la institución religiosa, sin dudas tuvo un impacto político crucial ya que quiebra con la construcción del catolicismo como inevitablemente conservador respecto a la sexualidad. Por otro lado, también algunos legisladores católicos fundaron su aceptación de la reforma legal por medio de argumentaciones religiosas oponiéndose a la postura oficial y al llamado de la jerarquía religiosa. Estos legisladores abrieron un espacio alternativo que rompe, por un lado, con las instrucciones del Vaticano respecto al rol político de los creyentes y, por el otro, con la privatización de las creencias religiosas como único camino para apoyar a los derechos sexuales. Estos legisladores defendieron su derecho a justificar el apoyo a la reforma legal desde sus propias creencias como católicos.

Lo religioso y lo político al debatirse la sexualidad se encuentran fuertemente superpuestos y fusionados de maneras tales en las que no sólo es difícil trazar sus fronteras sino también parece imposible imaginar un debate en que los aspectos religiosos puedan ser excluidos. El desafío continúa siendo identificar los diferentes niveles y articulaciones que se ponen en movimiento cuando los derechos sexuales y reproductivos se vuelven materia de debate legal.

***Presentación de la experiencia de la Campaña Nacional por el derecho al aborto legal, seguro y gratuito. Logros y perspectivas***

**CAMPAÑA NACIONAL POR EL DERECHO AL ABORTO LEGAL SEGURO Y GRATUITO: UNA ESTRATEGIA FEDERAL EN BUSCA DE LA DESPENALIZACIÓN/LEGALIZACIÓN DEL ABORTO EN ARGENTINA (2005-2011)<sup>62</sup>**

\*Claudia Anzorena - \*\*Estela Díaz - \*\*\*Florencia López - \*\*\*\*Ruth Zurbriggen

*“[...] hay que continuar hasta obtener legalmente o fuera de la legalidad los derechos que nos corresponden, independientemente que nos sean reconocidos o no. [...] porque nadie puede sustituirnos en las decisiones que nos implican, porque tienen relación con nuestra vida, con nuestros sentimientos, con nuestra responsabilidad como seres humanos [...]. En esta lucha está en juego nuestra propia dignidad -por eso decimos que no es una simple reivindicación: es no ser consideradas como cosas, sino como seres humanos dispuestos a vivir una vida digna de ser vivida” (Dora Coledesky, 2003).*

**Recuperar, articular, ampliar...**

Amplios y diversos sectores del feminismo en Argentina venimos desde hace décadas poniendo en debate el tema del aborto: el derecho al aborto como derecho a decidir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas; las consecuencias de su status legal y moral; sus causas y formas de prevención individuales y sociales; su conexión con todas las formas de subordinación, explotación y opresión; su vínculo con la ciudadanía, con el Estado, con las políticas públicas, con las religiones; su articulación con los movimientos sociales y sus luchas. O sea, una infinidad de relaciones que tienen que ver no con una cuestión sólo de mujeres, sino con una realidad que debemos enfrentar como sociedad en su conjunto.

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito desde 2005 recupera, articula y amplía diferentes luchas en pos del derecho al aborto en nuestro país. Tiene como objetivos que se reconozcan los derechos sexuales y reproductivos como derechos básicos de todas las personas, a los declaraciones y documentos de las activistas feministas: “la libre elección que se pueda acceder de manera universal e integral a través de todos los servicios públicos y privados,

<sup>62</sup>Lo que compartimos en esta exposición no es sólo de autoría individual, sino que es el producto de una construcción colectiva, que venimos realizando en esta Campaña desde el año 2005. Construcción que se ha materializado en un importante repertorio de documentos escritos, pero también orales, de argumentos y de nuestra historia vista desde nosotras mismas. Vale destacar, en este escrito en particular, los aportes de Nina Brujo y de Mabel Bellucci sobre la historia de este movimiento de lucha por el aborto legal en Argentina.

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

especialmente los de salud y educación; y que se despenalice y legalice el aborto en Argentina para que las mujeres que decidan interrumpir un embarazo tengan atención segura y gratuita en los hospitales públicos y obras sociales de todo el país ([www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar), 2005-2011).

Estos objetivos recogen la historia de las acciones realizadas por la obtención del derecho al aborto en el tiempo, pero también en diferentes espacios geográficos del país. Esta Campaña tiene un alcance y proyección federal que sólo es posible para un movimiento de mujeres y feminista que tiene la tradición de reunirse anualmente, desde 1986, en diferentes puntos del país en los llamados Encuentros Nacionales de Mujeres, a debatir los temas que considera relevantes<sup>63</sup>.

Se trata de una red de más de trescientas organizaciones, que busca introducir modificaciones en los sistemas de educación, salud y justicia, pero también profundos cambios culturales en la sociedad. Tiene la capacidad y la fuerza de articular acciones unificadas y desarrolladas en simultáneo, en distintos puntos del país, tanto en capitales de provincias como en pequeñas localidades, donde existen grupos que trabajan por la legalización del aborto o que se han conformado a partir de la existencia de la Campaña. Nuestro accionar, desde sus inicios, buscó integrar y comprometer en esta demanda no sólo a los grupos feministas y de mujeres, sino también abrirlo a un amplio abanico de organizaciones, grupos, sindicatos, partidos políticos y movimientos sociales.

### **Recuperar...**

Esta experiencia, en permanente construcción, tiene una historia que no está aún escrita. Por eso son tan importantes los detalles, la cotidianidad, aquellas anécdotas que no aparecen en los archivos pero que no pueden borrarse de la memoria de sus protagonistas. Decía Adrienne Rich en una conferencia en 1983: “Lo que la gente de color, las mujeres blancas, las lesbianas, los hombres gay, la gente con raíces en la clase trabajadora rural o industrial han dicho con gran sentimiento y pragmatismo, es que sin nuestra propia historia estamos incapacitados para imaginar un futuro porque estamos desposeídos del precioso recurso de saber de dónde venimos: el valor y los titubeos, los sueños y las derrotas de quienes existieron antes de nosotros” (Rich, 1986, pág. 141).

<sup>63</sup>Actualmente la Campaña está operando activamente en al menos 29 localidades de 14 provincias de Argentina: Ciudad Autónoma de Buenos Aires; Córdoba, Unquillo, Río Ceballos, Salsipuedes (Córdoba); Resistencia (Chaco); Puerto Madryn, Trelew y Puerto Pirámides (Chubut); Paraná (Entre Ríos); La Pampa; Gran Mendoza, San Martín (Mendoza); Neuquén; Bahía Blanca, La Plata, Lanús, Mar del Plata, Moreno, Olavarría (Provincia de Buenos Aires); Bariloche y El Bolsón (Río Negro); Salta; San Luis; Rosario, Reconquista, Rafaela, Avellaneda y Ciudad de Santa Fe (Santa Fe); Santiago del Estero y Tucumán

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Como feministas comprometidas con la lucha por el derecho a decidir sobre nuestras vidas en Argentina, nos encontramos con diferentes hitos que historizan nuestras trayectorias, hitos que cristalizan en cada momento las relaciones de fuerza que configuran nuestras luchas: heterogéneas, complejas, divergentes, múltiples, diversas. La totalidad de lo que nos ha ocurrido y hemos hecho nos resulta inconmensurable y se basa tanto en trabajos de investigación y en documentos escritos como en declaraciones, comunicados, pero también en relatos orales, imágenes, cánticos y diferentes expresiones creativas no sistematizadas y que siempre buscamos recuperar. Dificilmente puedan plasmarse en un relato lineal ya que, como nos advierten las historiadoras feministas, la historia de las mujeres tiene otras periodizaciones posibles que no podrían ser graficadas de manera progresiva o evolutiva. Sin embargo, algo que es innegable es que la Campaña marca una época, señala un antes y un después en la lucha por el derecho al aborto en Argentina, y esa huella ya no podrá ser borrada.

La activista y abogada Nina Brugo nos cuenta que ya en 1910, en las conclusiones del I Congreso Internacional Feminista, el tema del aborto estuvo presente en las conclusiones (Brugo, 2010). Acorde con los tiempos que corrían, a fines de los años '60 y principio de los '70, el aborto voluntario tuvo gran presencia dentro de las reivindicaciones feministas. Mabel Bellucci muestra las formas en que era enunciado el tema en una recopilación de las declaraciones y documentos de las activistas feministas: "la libre elección que se pueda acceder de manera universal e integral a través de todos los servicios públicos y privados, especialmente los de salud y educación; y que se despenalice y legalice el aborto en Argentina para que las mujeres que decidan interrumpir un embarazo tengan atención segura y gratuita en los hospitales públicos y obras sociales de todo el país (www.abortolegal.com.ar, 2005-2011). de la maternidad; aborto legal y terapéutico; legalidad del aborto sin discriminación del estado civil; derogación de la penalidad del aborto; derecho a decidir la maternidad; poner fin a la clandestinidad del aborto que hace peligrar la salud y la vida de las mujeres" (Bellucci, 2000). Este impulso –acallado, como otros, durante el terror instaurado por la dictadura de 1976 a 1983– resurge en 1984. En 1987 se organizó una mesa redonda, de la cual surge la idea de organizar la Comisión por el Derecho al Aborto, de ella formaron parte muchas feministas: Dora Coledesky, Alicia Cacopardo, Liliana Pelliza, Patricia González, Safina Newbery y Mabel Bellucci (Coledesky, 2000).

Los Encuentros Nacional de Mujeres (ENM) y las grandes movilizaciones populares de 2001-2002 constituyeron un escenario que desde sus inicios busca la forma de propiciar una gran articulación nacional en torno al derecho al aborto. En el III ENM, realizado en Mendoza en 1988, se forma un taller autoconvocado sobre aborto. Al año siguiente, en el IV ENM en Rosario, la Comisión por el De-

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

recho al Aborto junto con médicas del Hospital Muñiz redactaron un Proyecto de Ley que fue leído y distribuido en el Encuentro, y aparece por primera vez el taller sobre anticoncepción y aborto en nómina de talleres, aunque no logró anclar hasta el año 1995 (Alma y Lorenzo, 2008).

En 1990, en el Encuentro Feminista Latinoamericano de San Bernardo (Provincia de Buenos Aires), se instituyó el 28 de septiembre como el Día Latinoamericano de Lucha por el Derecho al Aborto y se promueve la realización de acciones coordinadas para conseguir la legalización del aborto en América Latina<sup>64</sup>.

En 1994, las feministas agrupadas como MADEL (Mujeres Autoconvocadas por el Derecho a Elegir en Libertad) impiden que en la reforma constitucional se incluya una cláusula que consagraba el derecho a la vida desde la concepción<sup>65</sup>. Esto significó una importante victoria frente la avanzada católica ultraconservadora, aunque no logró el consenso necesario para avanzar en la demanda por el aborto legal (Gutiérrez 2000).

En 1995, en el ENM realizado en Jujuy, la cuestión del aborto se incluye formalmente en la nómina de talleres y permanece hasta la actualidad, excepto en el XVI ENM realizado en 2001 en La Plata donde la Comisión Organizadora lo resignó debido a las presiones de la Iglesia Católica local y del poder político (Alma y Lorenzo, 2008)<sup>66</sup>.

<sup>64</sup>En este Encuentro, el problema del aborto ocupó un lugar central, lo que quedó expresado en una Declaración donde se señala la cuestión del acceso al aborto legal y a la anticoncepción eficaz y segura, como temas de derechos humanos y, su garantía, como responsabilidad de los Estados. La declaración fue subscripta por representantes de Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, El Salvador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, Uruguay, EEUU, Canadá y Holanda. Además se constituyó la Coordinadora Latinoamericana y del Caribe para la Movilización por el Derecho al Aborto, que proponía crear comisiones en cada país, apoyar a las ya existentes, promover campañas por el aborto legal en cada lugar enmarcadas en la Coordinadora, e invitar a las organizaciones de derechos humanos a incorporar, en sus demandas, el derecho al aborto legal y en general los derechos reproductivos. El 28 de septiembre fue propuesto por las participantes de Brasil, en referencia a la fecha en que se sancionó la "ley de vientres" que dio la libertad a los niños y las niñas nacidos/as de esclavas en Brasil en 1888 (Rifkin y Tarducci, 2010).

<sup>65</sup>MADDEL constituyó una novedad en cuanto a estrategias de alianzas plurales y diversas. No sólo estuvo integrada por organizaciones feministas, sino también por grupos del movimiento amplio de mujeres, sindicatos, agrupaciones estudiantiles y mujeres de partidos políticos de diferentes provincias, que según María Alicia Gutiérrez llegaron a ser alrededor de cien (Gutiérrez, 2000)

<sup>66</sup>Sobre los Encuentros Nacionales de Mujeres se recomienda consultar el libro *Mujeres que se Encuentran* de Amanda Alma y Paula Lorenzo (Buenos Aires: Feminaria, 2008).

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

En 1992 surge una nueva Central de Trabajadores en el país (CTA) que incluye desde sus primeros congresos el reclamo por los derechos sexuales y reproductivos, incorporando a partir del Congreso Nacional del año 2000 el reclamo por la despenalización y legalización del aborto de manera explícita.

El nuevo siglo –cargado de descontento popular y protestas sociales– fue testigo de un resurgir en la conformación, en diferentes puntos del país, de nuevas colectivas feministas, y del fortalecimiento de algunas que ya existían, que llevaban (y aún llevan) como una de sus demandas centrales la legalización del aborto y los derechos sexuales y reproductivos<sup>67</sup>. En 2001 Las Azucenas, colectiva feminista de La Plata, convocó a los grupos feministas a organizarse y participar de manera conjunta en los Encuentros, en el documento que denunciaba a la Comisión Organizadora del Encuentro de esa ciudad por eliminar el taller sobre anticoncepción y aborto, borrando de manera autoritaria un espacio ganado por las mujeres que venían participando de los encuentros (Las Azucenas 2001, Alma y Lorenzo 2008).

La crisis de 2001 da nuevos aires a los movimientos y a las luchas sociales en Argentina. Son numerosas las feministas que llevan el tema del aborto a las Asambleas Populares en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las cuales debaten e incorporan entre sus reclamos la anticoncepción, la educación sexual y la legalización del aborto y adhieren a las actividades del día 28 de septiembre. También los movimientos sociales que crecen al calor de la resistencia a las políticas neoliberales incluyen el tema del aborto como debate y en algunas organizaciones como parte de sus reivindicaciones. En este contexto, hacia fines de 2002 en CABA, se organiza la Asamblea por el Derecho al Aborto, que ve la necesidad de plantear una estrategia política para el Encuentro que se realizaría en Rosario al año siguiente, debido a la virulencia de la ofensiva conservadora del clero católico en el XVII ENM realizado en Salta en 2002 y al conocimiento de una circular enviada por el Arzobispo rosarino que incitaba a sus feligresas a confrontar en el ENM (López 2008).

Una vez más, en agosto de 2003 Rosario es el escenario para la introducción de un nuevo taller “Estrategias para la legalización del aborto”, el cual desde su denominación buscaba esquivar las infructíferas discusiones que se daban con las mujeres fundamentalistas que participaban de los talleres de aborto. El taller de estrategias partía del acuerdo sobre la necesidad de legalizar y despenalizar el aborto en Argentina y el debate giraba en torno a cómo lograr estos objetivos. Ade-

<sup>67</sup>Entre los nuevos grupos estaban la colectiva feminista antipatriarcal MUFA'S en Córdoba y RIMA (Red Informativa de Mujeres de Argentina) en Rosario creadas ambas en 2000; en 2001 se conforman las colectivas feministas Las Revueltas en Neuquén y Las Juanas y las Otras en Mendoza; y en 2003 los grupos de mujeres y feministas Mujeres Autoconvocadas Rosario (MAR) y la Multisectorial de Mujeres de Santa Fe; entre otras que surgieron en esos años.

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

más, se realizó una asamblea convocada por la Asamblea por el Derecho al Aborto y las feministas de la Comisión Organizadora del XVIII ENM, donde se acordó la necesidad de realizar actividades a nivel nacional. En la marcha del XVIII ENM por primera vez la consigna “anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir” fue la más potente, al canto de las más de 15 mil mujeres que marcharon con pañuelos verdes con consignas sobre el aborto repartidos por la organización Católicas por el Derecho a Decidir - Córdoba<sup>68</sup>. De ahí en más los talleres sobre aborto serán los más concurridos de los ENM.

En mayo de 2004 en Buenos Aires se realizó el primer Encuentro Nacional por el Derecho al Aborto en la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). En octubre, durante el XIX ENM realizado en Mendoza, se organizó una asamblea donde se acordó organizar una reunión de la que participaran representantes de todas las provincias para dar inicio a una acción nacional. Esta reunión se concretó al año siguiente (2005) en la ciudad de Córdoba, impulsada por las integrantes de Católicas por el Derecho a Decidir Córdoba, quienes pusieron experiencias, saberes y logística al servicio de la misma. Es en este encuentro donde tiene origen la Campaña.

### **Articular...**

La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito de Argentina constituye una articulación capaz de disputar sentidos a los códigos morales y legales que se impusieron durante siglos, discursos prestos a postular la sexualidad como esencialmente reproductiva (subordinando de hecho a las mujeres y a personas no heterosexuales). Vale remarcar que esta lucha cultural, política y económica no es prerrogativa exclusiva de la Campaña; sin embargo, en el tema que nos nuclea, su incidencia es hoy indiscutible; coadyuva al desfundamiento de algunos de los sentidos hegemónicos que nos niegan el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos como mujeres.

Desde el momento en que decidimos y fuimos construyendo esta estrategia, lo hicimos convencidas de que necesitamos producir nuestras propias representaciones de la maternidad libremente elegida, poniendo en circulación en el discurso público argumentos, experiencias, actos, que tengan la capacidad de producir nuevos alineamientos personales y políticos y nuevos imaginarios sobre una temática tan silenciada, pero a la vez, tan presente en la vida y en las experiencias de las mujeres: **Yo aborté, nosotras también es una de nuestras consignas.**

<sup>68</sup>También fue la primera vez que la demanda por el aborto fue tapa en un diario nacional. Fue nota de tapa del diario *Página12* del 18-8-2003 con el título “Aborto Libre para no Morir, Anticonceptivos para no Abortar” (Dillon, 2003)

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

De la reunión en la que se decidió concretar esta articulación, y que podría ser considerada la primera plenaria, participamos 80 mujeres de diferentes organizaciones de mujeres, sindicales, sociales, de derechos humanos, de 12 provincias del país, en la que pergeñamos y dimos sentido político a una Campaña que, motorizada por grupos feministas, se disponía a dar pasos por la construcción y fortalecimiento de una masa crítica capaz de reclamar por derechos sexuales y reproductivos.

Durante una larga jornada de trabajo y reflexión conjunta, se acordó dar inicio a una campaña nacional como un marco que contuviera las acciones que se llevaban a cabo en las distintas localidades de acuerdo a las posibilidades de cada una. Desde un primer momento entendimos que existen muchas diferencias regionales en cuanto al tamaño y capacidad de incidencia y acción de los grupos y organizaciones, pero también en las realidades concretas de cada zona. De este modo, la Campaña actúa como una suerte de “paraguas”, de plataforma nacional, como una forma de solidaridad y apoyo en las actividades.

Se acordó un nombre que representara lo más acabadamente lo que estábamos buscando: Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Y se acordó una consigna que mostrara la integralidad y que articulara –pero no unificara– la heterogeneidad en un objetivo común: *“Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar y aborto legal para no morir”*. En este marco se considera la necesidad de legalizar y despenalizar el aborto como una cuestión de salud pública, de justicia social y de derechos humanos de las mujeres, lo que quedará plasmado más tarde en la fundamentación del Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo elaborado colectivamente, que luego de más de un año de debate fuera aprobado en el año 2006, durante una plenaria nacional realizada en la ciudad de Rosario.

Bajo este “paraguas” se acordó una actividad común que sería desarrollada de diferentes modos en cada localidad: se recolectarían firmas en apoyo a la legalización del aborto en la Argentina, actividad que varias de las organizaciones llevaban a cabo desde hacía años. Se eligió un color: el verde, reviviendo la acción de la marcha del ENM de 2003. La Campaña sería lanzada de manera simultánea, en todo el país, el 28 de mayo, en ocasión del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres. El año se cerraría con una Marcha Nacional el 25 de noviembre, Día Internacional de Lucha contra las Violencias de Género, al Congreso Nacional.

Desde entonces, esta Campaña se fue instalando en las calles, en las universidades, en el parlamento, en organizaciones sociales, en las casas, en los medios de comunicación. Da lugar a una gran variedad de actividades realizadas de manera coordinada y, en la medida de lo posible, en simultáneo en todos los puntos del país, con mesas de difusión y recolección de firmas en plazas, festivales, actos y

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

marchas. También promueve debates, organiza muestras fotográficas, de cine y de videos, presentaciones de libros, comparte actividades en lugares de trabajo, centros comunitarios, escuelas y centros académicos. Está presente en foros y reuniones científicas; en intervenciones urbanas artísticas y creativas. Organiza seminarios con figuras destacadas a nivel nacional, regional e internacional; participa en los Encuentro Nacionales de Mujeres, está presente en medios de comunicación locales y nacionales, y en medios alternativos. Exige la aplicación efectiva del Artículo 86 del Código Penal, realiza acompañamientos a mujeres y tareas de cabildeo parlamentario con legisladores/as, publica solicitadas, elabora documentos, y se ocupa en general de una gran cantidad de actividades.<sup>69</sup>

No todas las organizaciones y colectivas que la integramos trabajamos de la misma manera. Nuestra base es la libertad, la autonomía y la independencia; pero también la solidaridad, porque se ponen en juego las características particulares de cada grupo y lugar, sus posibilidades concretas, de acuerdo con los contextos tan diversos y desiguales que existen en los diferentes puntos del país. Cada grupo hace suyo los documentos y las ideas y enmarca cada acción propia en el gran objetivo último que es el tratamiento del Proyecto de Ley que despenalice y legalice el aborto en el país. Existen distintas maneras de ser parte de la Campaña: como adherentes, como activistas propias del espacio, como integrantes de grupos y colectivas que la integran. No hay reglas fijas, cada grupo se despliega y apropia del espacio como puede y cree conveniente. La única regla que nos asiste es no poner en riesgo el acuerdo político principal.

Esta forma de articular en red es novedosa y nos enorgullece. No responde a los cánones típicos de la cultura partidaria, ni siquiera a la de los sectores de izquierda o a la de los movimientos sociales: puede inscribirse, más bien, en las tradiciones feministas. Sostenida por la sólida y a la vez simple idea de “cuantas más seamos, más posibilidades tenemos”, las activistas de la Campaña extendemos el tema del aborto legal y el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos a la agenda de la salud pública, de la justicia social, de la laicidad del Estado, de la democracia y de los derechos humanos. Entendemos que contribuimos a ampliar los sentidos de los derechos humanos exigiendo que lleguen también a las humanas. Convencidas de que esta causa no se sostiene ni cumplirá sus propósitos sin el apoyo de amplios sectores de la sociedad, la Campaña trabaja en ese terreno arenoso que implica nuclear a feministas más o menos autónomas con feministas más institucionales, aquellas que cumplen funciones públicas con colectivas que manifiestan profundo rechazo hacia formas de organización más tradicionales, grupos pequeños instala-

<sup>69</sup>Para mayor información consultar [www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar), 2005–2011.)

dos en un barrio, organizaciones de la sociedad civil y también agrupaciones estudiantiles o sindicales. Y esta “unión” supone inconvenientes, quizás más visibles cuando se realizan las reuniones plenarias que una vez al año definen la estrategia política a seguir. Circulan modelos distintos de cómo se toman las decisiones, el uso que se hace de la palabra, los recursos financieros disponibles, lo que se expresa en la plenaria anual, en las trayectorias personales, en el ejercicio de la democracia real, en las escrituras colectivas de los documentos, las discusiones y resoluciones que sobre la marcha se nos imponen.

El crecimiento palpable, tangible, cuantificable, vivenciable, en todos los planos, de lo contable a lo incontable, radica en ese proceso complejo, irreductible, intransferible, que es interno pero se ve, que es personal pero que afecta a lo colectivo. Esto no supone que no haya desacuerdos y conflictos. Ningún espacio pluridiverso y que dispute en el terreno político se construye sin tensiones, y desde luego la Campaña no es la excepción.

### **Ampliar...**

“*La Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito* [...] se ha hecho cargo de transformar la práctica del aborto, habitualmente ocultada y silenciada, producto de una resistencia individual a imposiciones culturales, en soporte social de un movimiento de reivindicación de los derechos y la dignidad de las mujeres, que abarca muchos más actores sociales que sus protagonistas”, señala la feminista Martha Rosenberg (Rosenberg, 2011).

El debate sostenido durante dos años al interno de la Campaña hizo posible la elaboración de un Proyecto de Ley, que significó para algunas activistas “relegar” posiciones, pero que tiene la fuerza de lo colectivo. Éste fue presentado por primera vez en 2007 y vuelto a presentar en los años sucesivos en cuanto perdía estado parlamentario. El 16 de marzo de 2010 fue presentado en el Congreso de la Nación y firmado por 50 diputados y diputadas de todos los bloques parlamentarios que tienen representación el Congreso de la Nación Argentina.

La ampliación de voces a favor es palpable en la realidad política y social. Se sumaron a este reclamo profesionales, sindicatos, centros de estudiantes, organizaciones de diversidad sexual y género; periodistas, artistas, personalidades del mundo académico y otros movimientos sociales. Expresión de esto puede verse en la última solicitada publicada en diarios nacionales, provinciales y numerosos sitios web, en abril de 2011 bajo el título “Aborto Legal una Deuda de la Democracia” (Solicitada por el Aborto Legal en Argentina, 2011).

En particular, desde el año 2010 universidades nacionales y regionales, facultades e institutos universitarios de diferentes provincias han expresado apoyo al debate sobre la legalización del aborto, a la Campaña e inclusive a la aprobación

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

del Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo. También se conforman grupos de varones que trabajan activamente a favor del derecho al aborto para las mujeres.

Actualmente la Campaña Nacional es asumida por una amplia alianza a nivel nacional, que incluye a 305 organizaciones, grupos y personalidades, quienes asumimos un compromiso con la integralidad de los derechos humanos, y defendemos el derecho al aborto como una causa justa para recuperar la dignidad de las mujeres y, con ellas, la de todos los seres humanos (Organizaciones que Adhieren, 2005-2011).

Con la Campaña estamos extendiendo los límites de la democracia misma y posibilitando otros significados socioculturales para pensar las ciudadanías de las mujeres y de todos los seres humanos. Denominamos “despenalización social” a la instalación de un debate social y político que unos años atrás estaba muy silenciado en el país. Los cambios son notables e ineludibles: cada vez hay más opiniones favorables, y los medios tratan el tema con mayor responsabilidad e información.

### **A modo de cierre**

La presencia de la Campaña como productora y difusora de argumentos en tantas localidades y provincias del país generó nuevas relaciones entre las organizaciones que la componen y las mujeres que sufren de manera concreta la privación de derechos sexuales y reproductivos. Crecieron el activismo, el reclamo y la organización. Este proceso queda evidenciado también en la pelea por el cumplimiento de los abortos legales. Familias que antes callaban sobre la violación de esos derechos se sienten hoy más seguras y respaldadas para denunciar, tanto por los efectos sociales del estado del tema como por el acompañamiento de las organizaciones de la Campaña en su barrio o ciudad.

Así fue como salieron a la luz historias de mujeres discapacitadas, o niñas y jóvenes que, producto de una violación, quedaron embarazadas y cuando acudieron al servicio de salud a solicitar la interrupción del embarazo prevista en el Artículo 86 del Código Penal, les fue negado, judicializado el pedido, o se vieron perseguidas por grupos fundamentalistas. Pasamos de tener unas estadísticas sin rostro a conocer sus nombres, sus pesares y también a compartir la resistencia. Esto posibilitó, por un lado, el crecimiento arraigado y efectivo de la Campaña en los lugares concretos, y, por otro, dar entidad a las historias particulares de cada una de las mujeres, cobrando relevancia nacional.

Para las provincias con una presencia débil del Estado y sus instituciones, pero con fuertes y arraigados fundamentalismos antiderechos, el apoyo desde otros puntos del país ha sido y es decisivo. Gracias a esa movilización hoy el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas sancionó al Estado argentino por el

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

grave abandono provocado a LMR, una joven de la localidad de Guernica (Provincia de Buenos Aires), embarazada producto de una violación, y a su madre, cuando solicitaron el aborto legal, que –autorizado innecesariamente por la Justicia– el servicio de salud pública se negó a realizar<sup>70</sup> (Calisti, 2006).

Así, otro punto original y un importante desafío de la Campaña es su federalismo. En un país con niveles tan altos de disparidad regional, contar con una organización con presencia en casi todas las provincias es de suma relevancia. Esta experiencia desarrolla y consolida al movimiento feminista. Frente a la fragmentación actual del feminismo, cuyo correlato es palpable en las luchas que las distintas vertientes llevan adelante, la permanencia en el tiempo de esta experiencia de articulación es un indicio del potencial real del programa feminista. En el documento unificado que las feministas redactaron para el Encuentro Nacional de Mujeres en la ciudad de La Plata del año 2001 se proponía, como una de las metas del feminismo, la posibilidad de articular con los movimientos sociales en la lucha anticapitalista y antipatriarcal. La Campaña es una concreción en ese sentido: no hay nada que ataque más al patriarcado que la pelea por el aborto legal, porque en este reclamo se juega la libertad de las mujeres de decidir sobre nuestros cuerpos.

Desarrollamos la intención de instalar imágenes, representaciones, acciones políticas, discursos, nuevas tecnologías, al servicio de la causa; la búsqueda de articulación con otros sectores tanto a nivel nacional como internacional. Este escenario se vio enriquecido, movilizado y en pleno diálogo con las luchas similares llevadas a cabo en otras partes del mundo. Las experiencias mexicana, uruguaya y española, por ejemplo, poblaron de razones y lecciones a nuestra propia práctica y les imprimieron nuevos bríos; crecer y sostenerse en tensión: lo individual–lo colectivo; lo colectivo–lo nacional, atravesado por una gran diversidad de actrices involucradas: heterosexuales, lesbianas, bisexuales de distintas clases sociales, con distintos colores de piel, con distintas edades y experiencias en nuestras trayectorias políticas, nos articulamos.

En nuestra opinión, las acciones y la lucha desarrollada en todos estos años permiten la existencia de nuevos parámetros interpretativos a la hora de postular este reclamo; junto con ello, hacen posible que cada vez sean más las mujeres que nos atrevamos a relatar en voz alta nuestras experiencias de aborto clandestino, aportando así argumentos al activismo por la despenalización y legalización del aborto.

La Campaña asumió el papel de gestar su propio Proyecto de Ley para que se

<sup>70</sup>*Las experiencias sobre estos casos fueron recopiladas en el Foro: Las acciones de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito ante aborto no punible (Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, 2009).*

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

discuta en los ámbitos legislativos correspondientes. En este momento de debates y cambios legislativos sobre los medios de comunicación, el matrimonio igualitario, el juicio y castigo a los genocidas, nosotras exhortamos: es el momento de que la democracia escuche a las mujeres, escuche sus murmullos y sus gritos, y haga historia, haga *matria*. Cuando decimos que las políticas de derechos humanos tienen que contemplar las necesidades particulares específicas de las humanas, queremos decir que las políticas públicas para las humanas deben ser políticas de Estado. Exigimos que se cumplan las leyes de salud sexual y reproductiva, de educación sexual integral, los abortos legales previstos en el código penal y, que cualquier funcionario/a público que así no lo hiciese, sea responsabilizado con peso, fuerza y tenacidad porque incumple la ley, pero además porque viola los derechos de las humanas.

Estamos comprometidas en toda política pública que suponga más democracia, más igualdad y más justicia; y más democracia, más igualdad y más justicia sólo serán posibles si todos/as y cada uno/a de nosotros/as nos comprometemos también con los derechos, la salud y la vida de las mujeres.

Como experiencia con todas estas características, la articulación de la Campaña por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito es única en América Latina; estamos apostando en una coyuntura política cada vez más dicotomizada, a las alianzas pluridiversas, a las articulaciones complejas alrededor de causas justas, que es en síntesis tomar el camino de definirse y luchar por las libertades que nos merecemos.

Existen procesos que provocan sus afecciones por fuera de los límites permitidos. La necesaria cuota de audacia que debemos imprimirle al estado actual de esta pelea, por dentro y por fuera del feminismo, requiere de redefiniciones creativas y colectivas que permitan estirar aún más los consensos contruidos, en aras de la consecución de la ley que despenalice y legalice el aborto en Argentina. En eso andamos... convencidas de la formulación que hiciera la periodista e integrante de esta Campaña Marta Vasallo: “Cuando el sentido común se apodere del derecho a decidir de las mujeres sobre su propia vida y de la importancia de la legalidad y la transparencia para vivir una democracia más genuina, ya estaremos peleando por formas de conciencia y de justicia que hoy apenas podemos concebir” (Vasallo, 2011, pág. 10).

La Campaña se convierte en un acontecimiento para celebrar, que hace surgir otros posibles, abre un proceso imprevisible y arriesgado. En esta trayectoria avizoramos desplazamientos, fugas, novedosas articulaciones, que es preciso seguir recuperando y recreando en pos de la dignidad de nuestras vidas.

## **Bibliografía**

Alma, Amanda, y Lorenzo, Paula. *Mujeres que se Encuentran. Una recuperación histórica de los Encuentros Nacionales de Mujeres en Argentina (1986-2005)*. Buenos Aires: Feminaria, 2008.

Bellucci, Mabel. "El aborto en la Argentina: desafíos y logros". Tesis de Especialización no publicada. Buenos Aires: Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires, 2000.

Brugo, Nina. "Sobre la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito". Conferencia en la CTA. Buenos Aires, 2010.

Calisti, Natalia L. "Socorristas". *Artemisa*, 30 de agosto de 2006: <http://www.artemisanoticias.com.ar/site/notas.asp?id=22&idnota=2656>.

Coledesky, Dora. "Dudas, Reflexiones y Preguntas en la Lucha por el Derecho al Aborto". *Red Informativa de Mujeres de Argentina*. junio de 2003. [http://anterior.rimaweb.com.ar/aborto/dcoledesky\\_dudas.html](http://anterior.rimaweb.com.ar/aborto/dcoledesky_dudas.html) (último acceso: mayo de 2011).

Coledesky, Dora, entrevista realizada por Alejandra Ciriza y Josefina Brown. (Julio de 2000).

Dillon, Marta. "Aborto libre para no morir, anticonceptivos para no abortar". *Página 12*, 18 de agosto de 2003: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-24280-2003-08-18.html>.

Gutiérrez, María Alicia. "Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (MADEL): La experiencia reciente del movimiento de mujeres. La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática". *Cuadernos del Foro, Cedes/Cels*, 2000. Pp. 83-106.

Las Azucenas. "Las mujeres feministas en el XVI Encuentro Nacional de Mujeres (La Plata agosto de 2001)". *RIMAwEB*. 1 de septiembre de 2001. [http://anterior.rimaweb.com.ar/encuentros/volante\\_feminista.html](http://anterior.rimaweb.com.ar/encuentros/volante_feminista.html) (último acceso: 19 de mayo de 2011).

López, Florencia. "Construcción de una fuerza social feminista. Disputas de sentido en la lucha por el derecho al aborto. El caso de la asamblea Matrix". *Actas de la V Jornadas de Investigación en Antropología Social*. Buenos Aires: Facultad de Filosofía y Letras - UBA., 2008.

Rich, Adrienne. "Resistiéndose a la amnesia: historia y existencia individual (1983)". En *Sangre, pan y poesía. prosa escogida: 1979 - 1985*, de Adrienne Rich, 137-154. Barcelona: Icaria, 1986.

Rifkin, Deborah, y Tarducci, Mónica. "Fragmentos de historia del feminismo en Argentina". En *Las palabras tienen sexo II. Herramientas para un periodismo de género*, de Sandra Chaheer y Sonia Santoro, 1-255. Buenos Aires: Artemisa, 2010. Pp. 17 - 39.

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Rosenberg, Martha. “Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. ¿Quiénes son esas mujeres?” Revista Topía, 2011: Disponible en <http://www.topia.com.ar>.

Vasallo, Marta. “El sentido común y el derecho a decidir”. Seminario Internacional sobre acceso a la Justicia Reproductiva. Buenos Aires: CCD-INSEGNAR, 2011.

[www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar). 2005 - 2011. [www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar) (último acceso: 15 de mayo de 2011).

Documentos de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito:

“Organizaciones que Adhieren”. Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito. 2005-2011. [http://www.abortolegal.com.ar/?page\\_id=68](http://www.abortolegal.com.ar/?page_id=68).

“Proyecto de Interrupción Voluntaria del Embarazo”. Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. 16 de marzo de 2010. <http://www.abortolegal.com.ar/?p=600>

“Solicitada por el Aborto Legal en Argentina”. Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. 8 de abril de 2011. <http://www.abortolegal.com.ar/?p=1108>.

Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. CD Interactivo Foro: Las acciones de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito ante el Aborto No Punible. Santa Rosa, La Pampa, 15 y 16 de agosto de 2009.

Web de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito. 2005 - 2011. [www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar)

## **LA CAMPAÑA EN EL INTERIOR: LA EXPERIENCIA ROSARINA**

\*Viviana Della Siega

A partir del Encuentro Nacional de Mujeres realizado en Rosario en el 2003, se constituye MAR, Mujeres Autoconvocadas Rosario, una articulación de organizaciones de mujeres y de compañeras que no pertenecen a ninguna ong, para trabajar conjuntamente los derechos humanos de las mujeres e incorporarnos posteriormente a la Campaña Nacional por el Derecho al aborto legal, seguro y gratuito.

En estos años, desde MAR, hemos concretado numerosas acciones, especialmente en fechas claves como el 8 de marzo, el 28 de mayo, 28 de septiembre y 25 de noviembre.

Marchas, foros, radios abiertas, recolección de firmas, fueron algunas de las actividades. En cuanto a la recolección de firmas, lo que hemos advertido es que, a través de los años, existe un incremento significativo en la adhesión al derecho a la interrupción voluntaria del embarazo por parte de la población. En el último tiempo ante la dificultad de asegurar marchas con una presencia masiva, dado que como ongs no podemos decir que tengamos una convocatoria que garantice un número interesante en la calle, hemos cambiado la estrategia y optado por intervenciones urbanas de alto impacto visual y mediático.

Al respecto puedo citar la colocación de carteles "Yo aborté" en las estatuas de Lola Mora en el Pasaje Juramento ubicado en el Monumento Nacional a la Bandera, fotos que recorrieron el mundo, o la exhibición de zapatos con todos los nombres de las mujeres muertas por aborto en el cruce de las peatonales en pleno centro de Rosario, o la puesta de mesas con nosotras con túnicas verdes y, las más osadas, con pelucas verdes, con el objetivo de entregar material informativo y el proyecto de ley de la campaña.

La realidad también nos va señalando alternativas, en el 2009, dado que habíamos tenido dos muertes por aborto de mujeres muy jóvenes que habían llegado hasta el hospital público y no fueron debidamente atendidas, elegimos realizar una intervención frente al hospital Centenario, así como iniciar un pedido de investigación ante la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe.

Desde el 2010 hemos sumado a nuestras actividades a Las locas Margaritas que nos acompañan con intervenciones teatralizadas y a la Murga La Memoriosa. Cabe aclarar que esta murga se formó en Rosario a partir del primer juicio por crímenes de lesa humanidad durante el terrorismo de estado. Está formada por víctimas sobrevivientes, familiares, testigos, la gran mayoría

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

mujeres. Las invitamos a participar del acto del 8 de marzo del 2010 y compusieron una canción que se llama La Pastilla, con mucho humor. Este año, aprovechando este ingrediente, decidimos contratar una especie de trencito que se llama La Merenguita y allí salimos por los distintos distritos, con la murga, cantando consignas y esta canción, con amplia repercusión en los medios de comunicación.

Esto da cuenta de una articulación entre el movimiento de mujeres y el movimiento de derechos humanos, que se fue vislumbrando también en otros lugares del país y, muy concretamente, en el apoyo a la solicitada nacional de la Campaña.

También se fue dando un trabajo en las distintas facultades a través de clases abiertas y participación en paneles, en las facultades de Medicina y de Derecho. Es interesante advertir que las organizaciones políticas estudiantiles han empezado a generar espacios específicos para abordar las cuestiones de género. Las integrantes de MAR permanentemente son invitadas a participar de estos espacios y además son referentes obligadas para los y las periodistas a la hora de abordar estas cuestiones. El aborto ha dejado de ser un tema tabú y aparece casi inevitablemente cuando se habla sobre derechos humanos de las mujeres.

A su vez, algunas de las organizaciones que integran MAR participamos del concejo asesor del Programa de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de la nación y de la provincia de Santa Fe.

A nivel provincial, en el marco de este consejo asesor se ha trabajado en la implementación de la nómina de objetores de conciencia. A tal fin, se diagramó un formulario muy detallado de las distintas prácticas y se acompañó a funcionarios en reuniones con trabajadores y trabajadoras de la salud y del derecho, tanto en dependencias provinciales como municipales. Recientemente nos han solicitado colaboración para analizar las respuestas recibidas para hacer un diagnóstico de situación y pensar en estrategias para avanzar en este tema. Al respecto podemos señalar que han aparecido muchas objeciones pero pocas argumentaciones para respaldarlas.

Acabo de leer una información acerca de que Suecia ha solicitado al Parlamento europeo que revea su recomendación respecto a permitir la objeción de conciencia a los médicos; estimo que es un tema para seguirlo atentamente.

El año pasado organizamos junto a ONGs de Rosario y la ciudad de Santa Fe una jornada en la que se realizó el lanzamiento del o800 del Programa de Salud sexual y reproductiva y el Dr. Rodolfo Ponce de León, experto de IPAS, capacitó a trabajadores y trabajadoras de la salud en el uso del misoprostol. Tuvimos una importante asistencia de médicos, médicas y medios de comuni-

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

cación. Se distribuyó abundante material de estudio para los distintos equipos de los efectores públicos de salud.

Realizamos, a lo largo de este tiempo, una fuerte acción de incidencia sobre los y las legisladores nacionales de nuestra provincia, para que adhirieran al proyecto de la ley de la Campaña y, en las elecciones pasadas pedimos su postura con relación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Esa información fue entregada a los medios de comunicación en una conferencia de prensa.

Concretamos acciones de cabildeo para que se aprobara la ordenanza del Concejo municipal de Rosario, adhiriendo al proyecto de legalización del aborto y participamos en la elaboración del protocolo para el aborto no punible.

Por otra parte, desde el año 2000, desde el Insgenar hemos participado en la elaboración de los reportes sombras frente a los distintos comités de derechos humanos, tanto del sistema regional, OEA, como el universal de Naciones Unidas. Estos informes han dado como resultado que, sistemáticamente estos Comités, ante el dato duro de la alta tasa de mortalidad por abortos inseguros en Argentina, emitan recomendaciones de revisar la legislación al respecto. Comité de Derechos Humanos ,2000: 14 “El Comité recomienda que el Estado parte tome medidas para aplicar la ley de salud reproductiva y procreación responsable de julio de 2000, gracias a la cual se dará asesoramiento sobre planificación familiar y se dispensarán contraceptivos con objeto de ofrecer a la mujer verdaderas alternativas. El Comité recomienda además que se reexaminen periódicamente las leyes y las políticas en materia de planificación familiar. Las mujeres deben poder recurrir a los métodos de planificación familiar y al procedimiento de esterilización y, en los casos en que se puede practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención. Se debe modificar la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación”<sup>71</sup>

Comité de DDHH, 2010: Párrafo 13. “ El Comité expresa su preocupación por la legislación restrictiva del aborto contenida en el artículo 86 del Código Penal, así como la inconsistente interpretación por parte de los tribunales de las causales de no punibilidad contenidas en dicho artículo. El Estado parte debe modificar su legislación de forma que la misma ayude efectivamente a las mujeres a evitar embarazos no deseados y que éstas no tenga que recurrir a abortos clandestinos que podrían poner en peligro sus vidas. El estado debe igualmente adoptar medidas para la capacitación de jueces y personal de salud sobre el alcance del artículo 86 del Código Penal.”<sup>72</sup>

<sup>71</sup>LCCPR/CO/70/ARG, 3 de noviembre de 2000

<sup>72</sup>CCPR/C/ARG/CO/4, 31 de marzo de 2010

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

Comité de los Derechos del Niño y la Niña, 2002: Párrafo 51. C) El Comité recomienda al Estado que “adopte nuevas medidas, como la asignación de recursos humanos y financieros suficientes, para evaluar la eficacia de los programas de formación en materia de educación sanitaria, en particular en lo que respecta a la salud reproductiva, y para establecer servicios de asesoramiento, atención y rehabilitación de carácter confidencial, que tengan en cuenta los intereses de los adolescentes y a los que se pueda recurrir sin el consentimiento de los padres cuando así lo exija el interés superior del menor”<sup>73</sup>

Comité Cedaw, 2010: Párrafo 38. “El Comité Insta al Estado parte a que asegure el acceso de las mujeres y las adolescentes a los servicios de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva y a que vele para que se imparta educación sobre la salud sexual y reproductiva en todas las escuelas a todos los niveles, según corresponda. El Comité insta también al Estado parte a que adopte todas las medidas necesarias para reducir aún más la elevada tasa de mortalidad materna. El Comité insta además al Estado parte a que revise la legislación vigente que penalizar el aborto, que tiene graves consecuencias para la salud y la vida de las mujeres. El Estado parte debe asegurarse de que la “Guía Técnica para la Atención de los Abortos no Punibles” se aplique en todo el país de manera uniforme de modo que exista un acceso efectivo y en condiciones de igualdad a los servicios de salud para interrumpir el embarazo.”<sup>74</sup>

No creemos equivocarnos en afirmar que estas recomendaciones son el resultado de los informes alternativos presentados por la sociedad civil, los que han incidido tanto en las preocupaciones generadas al interior de los comités como en las recomendaciones emanadas de ellos.

Para finalizar quiero compartir con ustedes los últimos párrafos de un artículo que publiqué en el diario La Capital de Rosario el 8 de marzo pasado, ya que la acción a través de los medios de comunicación es una arista importante de la Campaña puesto que amplifica nuestra posición:

“El cuerpo de las mujeres, históricamente ha sido deseado y temido, las religiones lo han estigmatizado como responsable de todos los males (pensemos en el catolicismo que señala a Eva como la causa nada menos!! que de la pérdida del paraíso); las ciencias médicas durante mucho tiempo, han convalidado teorías exóticas con relación a la fisiología femenina; los filósofos y sociólogos han sostenido una visión androcéntrica con argumentos que confunden lo biológico con lo cultural; los políticos se han aferrado a las remanidas cuestiones de las funciones sacrosantas de madre y maestra para

<sup>73</sup>CRC/C/15/Add.187, 9 de octubre de 2002

<sup>74</sup>CEDAW/C/ARG/CO/6,16 de agosto de 2010

## **SEMINARIO DE ACCESO A LA JUSTICIA REPRODUCTIVA**

oponerse, en su momento, al voto femenino y posteriormente al cupo.

En fin, durante siglos, el control sobre el cuerpo, la mente, la conducta de las mujeres ha sido una cuestión de Estado, apoyada por las ciencias y las religiones siempre en desmedro del ejercicio pleno de la ciudadanía en igualdad de condiciones. El valioso aporte del feminismo a través de la teoría de género ha permitido correr el velo, visibilizar las relaciones de poder a través de las cuales se ha sostenido el patriarcado y empezar a desnaturalizar lo que es del orden de lo cultural y por lo tanto, creación del ser humano y, en consecuencia, pasible de ser transformado, si es que de democracia real estamos hablando.

Hemos avanzado muchísimo, pero el control sobre el cuerpo de las mujeres ejercido a través de la imposición de los embarazos no deseados es el último bastión del patriarcado, de allí que la batalla sea tan empeñada, tanto por parte de unos como de otras.

Los derechos humanos son una construcción histórica, producto del esfuerzo, el coraje, las convicciones, las luchas de colectivos de hombres y mujeres que, en algunos casos, perdieron hasta su vida por el logro de lo que en algún momento parecían utopías. El derecho a decidir sobre el propio cuerpo, sin interferencias por parte del Estado, la sociedad o las religiones dejará de ser una ilusión y se convertirá en un derecho jurídicamente reconocido que nos hará finalmente, a todas y cada una de las mujeres, ciudadanas sin retaceos”.





INICIATIVA FINANCIADA  
POR LA UNIÓN EUROPEA

Este proyecto está financiado por La Unión Europea

La Unión Europea está formada por 27 Estados miembros que han decidido unir de forma progresiva sus conocimientos prácticos, sus recursos y sus destinos. A lo largo de un período de ampliación de 50 años, juntos han construido una zona de estabilidad, democracia y desarrollo sostenible, además de preservar la diversidad cultural, la tolerancia y las libertades individuales.

La Unión Europea tiene el compromiso de compartir sus logros y valores con países y pueblos que se encuentren más allá de sus fronteras.