

XXIV ENCUENTRO NACIONAL DE

FAUATS

RADICALIZACIÓN DEL
NEOLIBERALISMO:
NUEVAS INTERPELACIONES
DEL TRABAJO SOCIAL

UNMdP - FAUATS
28 Y 29 DE AGOSTO 2019
MAR DE AJÓ - BUENOS AIRES

XXIV ENCUENTRO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

“ Radicalización del neoliberalismo: nuevas
interpelaciones al Trabajo Social”

UNMDP – FAUATS
28 y 29 de agosto de 2019
Mar de Ajó – Buenos Aires

COMPILADORES
María Lorena Boada
Rossana Crosetto
Dante Jeremías Boga

Universidad Nacional de Mar del Plata
Actas del Encuentro Nacional de FAUATS: radicalización del neoliberalismo:
nuevas interpelaciones al Trabajo Social / compilado por María Lorena
Boada; Dante Jeremías Boga; Rossana Crosetto. - 1a ed. - Mar del Plata:
Universidad Nacional de Mar del Plata, 2020.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-544-972-5

1. Trabajo Social. I. Boada, María Lorena, comp. II. Boga, Dante Jeremías,
comp. III. Crosetto, Rossana, comp. IV. Título.

CDD 361.3



PRIMERA EDICIÓN

© 2020

Diseño Gráfico: Lucia Ayelen Lorenzo - Contratapa Cooperativa Gráfica

Fotografía: Gadiel Rivero



Federación Argentina de Unidades
Académicas de Trabajo Social (FAUATS)

<http://fauats.blogspot.com.ar/>

fauats@gmail.com



Diagonal J. B. Alberdi 2695 - (7600) Mar del Plata

Tel.: 54.0223.492.1705 al 1710

www.mdp.edu.ar

Queda Hecho el depósito Que marca la Ley 11.723. Queda prohibida la reproducción total y/o parcial de este libro sin la autorización del autor y/o editor.

AUTORIDADES

FEDERACIÓN ARGENTINA DE UNIDADES ACADÉMICAS DE TRABAJO SOCIAL -FAUATS-

COMISIÓN DIRECTIVA 2017-2019

PRESIDENTA / **Bárbara García Godoy**

Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.

SECRETARÍA / **Selene Mira**

Carrera de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Rioja.

TESORERA / **Rosana Pieruzzini**

Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos.

PRIMER VOCAL TITULAR / **Gisela Spasiuk**

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Misiones.

SEGUNDO VOCAL TITULAR / **Rossana Crosetto**

Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Córdoba.

PRIMER VOCAL SUPLENTE / **María Eugenia Hermida**

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

SEGUNDO TITULAR / **Alejandra Vidal**

Departamento de Trabajo Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.

SEGUNDO VOCAL SUPLENTE / **Claudia Lugano**

Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

COMISION REVISORA DE CUENTAS

PRIMER TITULAR / **Eliana Lazzaro**

Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. Universidad Nacional de Cuyo.

SEGUNDO TITULAR / **Alejandra Vidal**

Departamento de Trabajo Social. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco

SUPLENTE / **Marcelo Lucero**

Carrera de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales.
Universidad Nacional de San Juan.

UNIDAD ACADÉMICA SEDE

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, UNMDP

DECANA /

Lic. Paula Andrea Meschini

DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO PEDAGÓGICO DE TRABAJO SOCIAL /

Dra. María Eugenia Hermida

COMITÉ EVALUADOR /

Alberto Taborda UNC – Analia Elizabeth Daniele – UNRC – Andrea Echevarría UBA – Cecilia Molina UNCu – Clara Weber Suardiaz UNLP – Claudia Sosa UNCa – Claudio Ríos UNLP – Cynthia Terenzio UNCPBA – Edith López UNM – Eduardo Landriel UNSE – Esteban Pereyra UNCa – Gabriel Scandizzo UNPaz – Gisela Gómez Carrizo UNLaR – Guillermo Delgado UNSJ – Laura Cabero UNMDP – Liliana Pascual UNSE – Luisa Vera UNaM – Luisina Soria UNL – Marcela Fernández UNSJ – María Alejandra Marquez UNSL – María Alejandra Vidal UNPSJB – María Belén Espeche UNT – María Cecilia Maurutto UNRC – María Eugenia Delsart UNER – María Florencia Montes UNVM – María Hercilia Brusasca UNVM – María Kendziur UNER – Mariana Buzeki UNMDP – Mariana Quiroga UNCu – Marisa Guirado UNL – Martha Susana Díaz UNPSJB – Maya Fugini UNR – Miguel Trotta UNLa – Mirtha Litvak UNT – Myrian Rubertoni UNSL – Natalia Castrogiovanni UNPaz – Nicolás Rivas UBA – Noemí Flores UNLu – Paula Rodríguez Traiani UNCPBA – Rita Acosta UNaM – Rita Rodríguez UNCo – Romina Lamanuzzi UNR – Roxana Basta UNLu – Silvia Ghiselli- UNPaz – Silvina Cuella UNC – Sol Carrillo UBA – Soledad Moreno UNLaR – Susana Yacobazzo UNLa.

COMPILADORES

María Lorena Boada

Rossana Croseto

Dante Jeremías Boga



*La vida va pasando y hoy nos encuentra sin tu presencia física.
Sin tu risa y tu humor inconfundible, sin tu fortaleza e iniciativa.*

*Sin embargo, seguirás presente en nosotros,
en nuestros corazones, en las reuniones y encuentros por venir.*

*Y queremos recordarte así como fuiste, sonriente,
comprometida, militante, enérgica, siempre adelante.*

¡Hasta siempre querida compañera Claudia Lugano!

Acceso y efectivización de los derechos sexuales y (no) reproductivos en salud pública en Córdoba

Mesa 5: La intervención profesional en el marco de un enfoque de derechos

Autoras: Rossana Crosetto, Claudia Bilavcik, Silvina Baudino, Paola García, Ana María Miani

Universidad de pertenencia: Carrera de Trabajo Social- Facultad de Ciencias Sociales – Universidad Nacional de Córdoba

Correo electrónico: rcrosetto@unc.edu.ar, clbilavcik@gmail.com

Proceso de investigación

Palabras clave: DERECHOS SEXUALES Y (NO) REPRODUCTIVOS- SALUD PUBLICA- ACCESO Y PROVISION DE SERVICIOS

RESUMEN

Interesa compartir algunas reflexiones producto del trabajo de investigación¹ que venimos desarrollando en torno al acceso de derechos de ciudadanía en salud sexual y (no) reproductiva en el subsector de salud pública de la Ciudad de Córdoba, Argentina.

Entendemos la sexualidad, la reproducción y anticoncepción desde el feminismo y los derechos humanos, en tanto implican autonomía y capacidad de las personas a decidir libre, responsable y placenteramente sobre sus cuerpos y subjetividades.

En la provisión de servicios en estos asuntos en el campo de la salud pública se juegan cotidianamente, la implementación de los acuerdos jurídico-normativos y políticos-culturales en las intervenciones de agentes sanitarios incidiendo en la habilitación o restringiendo el acceso y ejercicio de estos derechos, persistiendo en algunos casos obstáculos de intervención que despolitizan el asunto e intentan colocarlo nuevamente en el terreno personal, íntimo y privado, cuestiones que hablan de las distancias entre la enunciación de un derecho y las posibilidades de su acceso y ejercicio.

¹Proyecto **El ejercicio de derechos sexuales y (no) reproductivos en salud- Prácticas y representaciones de agentes de salud pública estatal de la ciudad de Córdoba** aprobado y acreditado por SECyT-UNC 2018-2021. **Directora:** Lic. Rossana Crosetto. **Co-Directora:** Mgter. María Teresa Bosio **Integrantes:** Lic. Claudia L. Bilavcik, Mgter. Ana M. Miani, Lic. Gladys Paola García. Lic. Gabriela González Ramos, Agustina Ramia, Valentina Friedli, Romina Basconcello, Paola Suau, María Florencia Godoy, Mónica Medina, Julieta Sánchez. **Colaboradoras:** Lic Silvina Baudino, Mgter. Celeste Bertona, Lic. Agustina Buffarini, Lic. Mónica Fuentes, Lic. Ana Morillo, Lic María A. Paviolo.

El escenario del devenir normativo- entre lo dicho y lo hecho

En Argentina, enclavada en un escenario de hegemonía patriarcal y heteronormativa en la organización social y política de las relaciones entre los géneros, en los últimos veinte años los temas vinculados a la sexualidad, reproducción y anticoncepción-(no) reproducción- han generado conflictos de intereses y ciertos consensos argumentales de una multiplicidad de actores intervinientes con posiciones contrapuestas en una u otra dirección, que disputan sentidos en torno a la definición y tratamiento público de estos asuntos como derechos (políticos y normativos) y como contenido de las políticas de Estado, procedimientos y formas de tratamiento.

Los debates públicos sobre el tema comienzan a adquirir visibilidad con la vuelta de la democracia en los años 80 y en la década del 90, a incorporarse a la agenda gubernamental. Particularmente, la Reforma Constitucional de 1994 significó un avance en la esfera de los derechos de la mujer en tanto el Estado define y reconoce los derechos sexuales y (no) reproductivos como derechos humanos en adhesión a tratados internacionales sobre DDHH adquiriendo jerarquía constitucional la Declaración Universal de los DDHH de 1948 y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer de 1979 (CEDAW). De esta manera los derechos inherentes a la sexualidad y reproducción son concebidos como aspectos vinculados a la plenitud y a la salud humana adquiriendo el rango de derechos sociales.

El ejercicio y alcance de los derechos de la mujer (DSYR) reconocidos constitucionalmente, no sin conflictos, ingresan paulatinamente en la agenda de las políticas públicas desde la perspectiva de los derechos universales de la salud sexual y reproductiva. Como señala S. Levin:

“especialmente desde las políticas públicas los problemas vinculados a la sexualidad y a la reproducción- (aborto, infecciones de transmisión sexual, embarazos precoces, planificación familiar, etc) resultan ser sumamente conflictivos a la hora de intentar dar una respuesta normativa desde el ámbito del estado” (Levin, 2010: 21).

El avance paulatino estuvo dado por la disputa en la arena de lo público de las organizaciones de mujeres, otras identidades sexuales y movimientos feministas por demandas de ciudadanía sexual, asentada en la libertad plena sobre sus cuerpos como adquisición política de identidad y la puesta en cuestión radical del orden patriarcal que conlleva la desigualdad de género que, en un marco de disputas y consensos devinieron en el año 2002 en la sanción de la Ley Nacional 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable bajo el ámbito del Ministerio de Salud, y a partir del mismo las diferentes provincias adhieren o no a dicha legislación con sus particularidades.

En el marco de los Derechos Humanos consideramos a los Derechos Sexuales y (no) Reproductivos como derechos inalienables, intransferibles e indivisibles que implican autonomía y capacidad de las personas a decidir libre, responsable y placenteramente. Estos incluyen siguiendo a J. Brown (2014):

- 1) los derechos relativos a la seguridad en el embarazo, parto, puerperio, pero también acceso a asistencia y tratamientos de fertilización asistida; es decir aquellos eventos relacionados con la reproducción;
- 2) los derechos relativos a decidir si tener o no hijos/as, a decidir con quién, cómo y cuántos; a tener los medios seguros para poder llevar adelante esas elecciones, que se vinculan con anticoncepción y aborto;
- 3) los derechos relativos al ejercicio libre de la sexualidad sin discriminación, coerción o violencia. Este eje es parte de unos de los objetivos del Milenio acerca de la Reducción de la Mortalidad Materna y el acceso a la efectiva cobertura de Salud; y se inscribe en el debate por el acceso a la autonomía y a la autodeterminación en material de salud sexual (aborto legal).

Entendemos que los derechos sexuales y (no) reproductivos constituyen aún un desafío para la ciudadanía a pesar del rango constitucional, ya que el encuadre jerárquico normativo no ha sido suficiente para completar este proceso complejo de institucionalización que requieren, en respuesta a las expectativas de inclusión que exigen los procesos democráticos en la actualidad. La conflictividad de la temática, las dificultades y disputas que genera encausarla sobre la base de consensos mínimos por la multiplicidad de actores involucrados (movimientos de mujeres, religiosos, legisladores, profesionales, científicos, entre otros) hace que la mayor parte de los esfuerzos para lograr su desarrollo estén puestos más en estrategias de orden instrumental que en los problemas inherentes a la razón de ser de esos derechos.

El cuerpo de las mujeres con el devenir socio histórico siempre ha sido un espacio conflictivo objeto de apropiación social: sometido a discursos, prácticas médicas, reglas morales, normas, controles religiosos, disputas políticas, intereses económicos, como sostiene Ferrajoli (2003:11-17).

Reconocimiento y regulación de los derechos sexuales y (no) reproductivos

Entre los debates internacionales que instalaron recomendaciones como parte del marco normativo y compromisos específicos de los Estados partes, destacamos la **Convención sobre todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (1979)**, la **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994)** y la **V Cumbre Mundial sobre la mujer (Beijing, 1995)** como hitos en el proceso de institucionalización de los derechos sexuales y reproductivos ubicándolos como derechos humanos; no obstante el reconocimiento formal y hecho político de los mismos permitió inscribirlo en un ámbito de derechos que exige un particular tratamiento y reflexión.

Los consensos logrados en la **Conferencia del Cairo (1994)**, permitieron paulatinamente definir y articular agendas sobre los derechos de la mujer desplazando críticamente el tema sobre población y desarrollo predominantes hasta entonces, esto es, las críticas hacia las políticas demográficas y el impacto de éstas sobre el cuerpo de las mujeres, las presiones ejercidas limitando sus decisiones y el derecho a su consentimiento para la realización de ciertas prácticas. Como sostiene Sonia Montaña (1999) la consideración del impacto diferenciado entre hombres y mujeres, abre la posibilidad de incorporar en el análisis y en la

agenda feminista además de lo económico la incidencia de factores socioculturales, tales como etnias, sector social, ubicación geográfica y “eliminar toda forma de coacción en relación a la salud”. En tanto la **V Cumbre Mundial sobre la mujer, Beijín (1995)**, consolida el proceso a través de la “*Plataforma de Acción que promueve políticas concretas para institucionalizar la perspectiva de género a nivel nacional*” (Levin, 2010: 76), no obstante los debates acerca del cuerpo y la sexualidad de las mujeres configuran aún un escenario incierto, al decir de S. Montaña (1996)

Este breve recorrido permite reconocer la década de los años 90 por la conquista de los derechos de la mujer, “*al instalar universalmente sus aspiraciones ciudadanas*” expresadas en las sucesivas Cumbres Mundiales “*que asentó jurídicamente la jerarquía universal de derechos humanos a los derechos de la mujer*” (S. Levín, 2010:75).

En el nuevo milenio a partir de la **Asamblea General de Naciones Unidas, New York (2000)** y posteriores Cumbres se incorporan como Objetivos del Milenio temas vinculados al empoderamiento y autonomía de las mujeres como resultado del proceso de cuestionamiento de “*los enfoques de desarrollo excluyentes, estatistas y el androcentrismo de los derechos humanos*” al decir de S. Montaña (1999)². No obstante, se advierte que el tema de la sexualidad y reproducción se consideran aún temas exclusivos del campo de la salud en toda la región y se pone menos énfasis como derechos de ciudadanía (citado por Levin, 2010:78 retomando informe CEPAL).

Entre los temas que se instalan en las agendas internacional y regional en el periodo analizado, aparece el de los derechos sexuales y reproductivos como problema social, devenido de las cifras sobre mortalidad materna y embarazos adolescentes e interpela a los Estados a asumir responsabilidades frente a ello como derechos humanos de salud. Esto que significa un avance en el reconocimiento de los derechos de la mujer en el campo de la salud, “*resta entidad a la libertad que es inherente a la sexualidad y a la reproducción como esferas de derechos de competencia individual*” (Levin, 2010:79).

Desde una perspectiva de derechos humanos y de género se observa que la normativa internacional no aboga por una salud integral de la mujer al no explicitar la libertad y autonomía en la toma de decisiones de las mujeres sobre su propio cuerpo por ejemplo, la libertad de elección en casos de embarazos involuntarios o no deseados; sosteniendo los derechos a la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva centrada en la reproducción biológica y maternal-procreación-, exclusivamente familiarista y doméstica; cuestiones que se trasladan al campo de la salud pública generando conflictos que ponen en evidencia la ciudadanía restringida de las mujeres y se expresan en discursos y prácticas unas veces más reguladoras del orden social y de los cuerpos de las mujeres y otras, más emancipadoras, habilitantes de sus derechos.

² Montaña S. (1999): *Los derechos reproductivos de la mujer* en Documento Corte Interamericana de DDHH: www.corteidh.or.cr/tablas/a11999.pdf

La dimensión jurídica y política-institucional nacional, provincial y municipal

En Argentina el Estado nacional y el provincial³ adhieren a declaraciones y pactos internacionales, aunque no necesariamente ello implique su respeto y compromiso efectivo. Dependiendo de las coyunturas económicas, sociales, políticas e ideológicas, las leyes y normativas de las que se derivan las acciones asistenciales, preventivas y de promoción del Estado para con la ciudadanía pueden ser vulneradas o incumplidas, tal el caso de la ciudadanía sexual, que expresa las diversidades y sus múltiples articulaciones en el contexto de los cambios culturales marcados por la emergencia y consolidación de nuevos movimientos sociales en los cuales convergen diferentes demandas que complejizan las prácticas y la noción de ciudadanía cuyo contenido se ve interpelado por la confluencia y articulación de las demandas feministas y LGBTTIQ , que generan nuevos actores y la inclusión de nuevos derechos, situación que tiene una clara incidencia, entre otras, en las prácticas de intervención en el marco de las políticas públicas, especialmente en salud pública.

Entre 2002-2015 a nivel nacional se construyeron marcos normativos y aprobaron leyes y programas que promovieron el acceso a derechos. En el campo de la salud siguiendo los lineamientos del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴ para garantizar los derechos de salud se requiere contemplar de manera interrelacionada no sólo el elemento de la accesibilidad sino también los de disponibilidad, aceptabilidad y calidad provistas por el Estado en términos normativos, institucionales, provisión de bienes y servicios públicos estatales (programas) respetuosos, adecuados y apropiados tanto desde el punto de vista científico como desde los sujetos⁵.

En lo que respecta a salud sexual y reproductiva con la sanción de la Ley Nacional 25.673 en 2002, la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable bajo el ámbito del Ministerio de Salud, constituyó un hito central y marcó un nuevo rumbo para las demandas y reclamos de ciudadanía a la que paulatinamente fueron adhiriendo (o no) las provincias con sus particularidades (tales como el acceso a servicios sanitarios de jóvenes de 14 años sin

³La salud ha sido reconocida como un derecho humano fundamental en declaraciones y pactos internacionales donde los Estados nacionales y provinciales adhieren a ellos y lo incluyen de diferentes maneras a las normas locales, este en el caso de la Provincia de Córdoba, "(...) a pesar de que en muchas ocasiones los procesos de ajuste provincial que involucraron al sector salud no permitieron cumplir con algunos de los imperativos normativos existentes en la materia, los diversos gobiernos provinciales siguieron sosteniendo, aunque más no fuera en el discurso, la responsabilidad del Estado provincial en la garantía del derecho a la salud de manera universal y la necesidad de conformar sistemas de seguridad social con características integrales. Estos requerimientos hacia el Estado provincial surgían de la letra de la nueva Constitución Provincial, reformada en 1987, que había incorporado un extenso listado de derechos y garantías en materia de derechos sociales" (Asse y Burijovich, 2009: 41).

⁴Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación General N° 14. Ginebra: CESCR; 2000 (E/C.12/2000/4). 3 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en línea), Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Recuperado de: www.unhcr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm. CAP.07Ase 21/7/10 18:30 Página 270. Citado en Nelly Nucci, Crosetto, Bilavcik y Miani "La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública" en ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1 (2018) Nro. 2. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>

⁵ Nucci, N. et.al (2018): ob. cit.

acompañante, la objeción de conciencia, entre otros). Vale recordar que la no adhesión de las leyes nacionales no implica la eximición de los estados provinciales a su cumplimiento, debido la mayor jerarquía de las primeras; aunque ello no resulte de conocimiento público para gran parte de los sectores sociales que concurren a los servicios de atención de salud pública.

En la provincia de Córdoba, de raigambre colonial y fuerte influencia eclesial asociada a una dirigencia conservadora y patriarcal, en el año 1996 por medio de la Ley 8535 se creó el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad derogando la famosa Ley Rezzónico, N° 6222 sancionada en 1973, con la que el estado provincial prohibía a los agentes de salud recetar anticonceptivos. Si bien con la nueva ley de 1996 el propósito es garantizar a las personas el poder decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, el Ejecutivo Provincial (R.Mestre) veta algunos artículos vinculados a la provisión de métodos anticonceptivos.

En tanto en la Municipalidad de Córdoba por Ordenanza 9497/96 se crea el Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar que no sólo provee el acceso a los métodos anticonceptivos para la ciudadanía cordobesa (vetados por gobierno provincial) que accede a los centros de atención primaria de la salud (dispensarios y centros periféricos) sino se centra en *orientar a la pareja y la familia en el ejercicio de una paternidad y maternidad responsable; informar a las personas sobre el ejercicio de la sexualidad responsable; facilitar a toda la población el derecho a decidir libre y responsablemente sus pautas procreativas brindando la información necesaria y medios para ejercerlo; resguardar la vida desde el momento de la concepción; prevenir, a través de la información y educación, el HIV/SIDA y demás ETS, con el fin de preservar la integridad del aparato reproductor, evitando posterior esterilidad*. Programa Municipal que agiornándose a los vaivenes de las coyunturas políticas, económicas y sociales mantiene su espíritu fundacional hegemonizado por la profesión médica desde una perspectiva heteronormativa y reproductiva a partir del control y riesgo en salud.

Retomando la jurisdiccional provincial en el año 2003 una nueva Ley 9073 crea el Programa “Maternidad y Paternidad Responsable”, derogando la anterior de 1996. Los contenidos y alcances entre una y otra Ley no difieren sustancialmente: capacitación de agentes de salud para promoción y prevención de la salud sexual ya que tendrán a su cargo brindar la información, educación y asesoramiento sobre reproducción, sexualidad, métodos anticonceptivos no abortivos y enfermedades de transmisión sexual. El propósito es disminuir la mortalidad materno-infantil y en la de 2003 expresamente se dirige a la familia y a la sociedad en general, como sujetos destinatarios. En la primera refiere a “personas carenciadas”. En esta ley provincial contemporánea a la Ley Nacional 25.673/02 no se incluye expresamente la perspectiva de género, al no contemplar la posibilidad de decisión unilateral femenina- centrando de esta manera la decisión en la perspectiva de familia nuclear (padre-madre)

Entre 2004 y 2006 hubo grandes discusiones y debates públicos y políticos entre una multiplicidad de actores que permitieron avanzar con sanciones de leyes a nivel

nacional⁶ y en consonancia a nivel provincial, vinculadas a la reproducción, no reproducción y sexualidad, tales como:

Ley N° 9161/04 sobre Prevención, Investigación y Tratamiento de VIH, Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS),

Ley Provincial de Prevención del SIDA en la persona por nacer y

Ley Nacional 26130/06 y Ley Provincial 9344/06 de Intervención quirúrgica de contracepción

Ley Nacional 25.929/04 de Parto Humanizado

Respecto a Intervención quirúrgica interesa destacar que hasta entonces si una mujer o persona quería acceder a una cirugía de ligadura tubaria debía estar autorizada por su pareja (varón) y los/as profesionales de la medicina valoraban (desde sus creencias, significaciones) el acceso o no a dicha práctica, es decir, si estaba “habilitada para la no reproducción” (mayor de edad, alguna patología) y más aún, muchas situaciones terminaban judicializadas (pobreza, sin pareja, jóvenes). Actualmente la Ley Nacional estipula sólo el requisito de ser mayor de 18 años para acceder a la anticoncepción quirúrgica; pero Córdoba si bien se adhiere a nivel nacional, incorpora un doble control: 1) la instancia de Consejería y 2) exige Consentimiento Informado.

Estos mecanismos para su aplicación efectiva significan que las mujeres deben transitar por tres especialidades del campo de la salud pública (trabajo social, psicología y medicina) firmando con la mujer, el Consentimiento Informado. Este transitar-deambular- el acceso constituye en muchas ocasiones barreras institucionales y “quizás” ponen en cuestión la capacidad de las personas a decidir en relación a la maternidad/ paternidad, a decidir sobre sus cuerpos. El Consentimiento Informado constituye una herramienta para efectivizar el derecho a la información prevista en la Ley de Derechos del Paciente, pero bajo estos mecanismos termina transformándose en documento de “control” y “habilitación”.

Las Consejerías, en tanto dispositivo de acceso a la información como derecho pasan a ser un espacio obligatorio para la evaluación de las decisiones de las personas en torno a su propio cuerpo y su sexualidad. En este interjuego de relaciones y poder asimétricas, las estructuras institucionales en general, responden para el posible acceso a las ligaduras tubarias siendo muy escasa la oferta - demanda de vasectomías en el subsector de la salud pública en Córdoba; lo que nos permite afirmar que, desde las políticas públicas y las intervenciones de agentes en salud, continúan reproduciendo en gran medida, la anticoncepción como una “cuestión de mujeres”. De allí el despliegue y persistencia de las demandas por los derechos de géneros y diversidades, confrontando con los principios fundamentales del estado liberal los cuales se sustentan en el supuesto de la neutralidad; entendida ésta como la negación de la existencia de desigualdades sociales de diverso tipo.

Posteriormente, en 2005 Córdoba adhiere a la Ley Nacional de Parto Humanizado que en sus contenidos establece derechos de los padres y de la persona recién nacida, entre los que destacan: respetar los tiempos fisiológicos, poder elegir si quiere y con quien quiere estar acompañada la persona gestante, recibir

⁶ Ley Nacional de SIDA N° 23.798/04

información desde el equipo médico acerca de los procedimientos y consentir los mismo, elegir la posición para parir, cuidar la intimidad, entre otros. Esta ley debió sortear 11 años de luchas y disputas de la corporación médica y demandas de mujeres organizadas en colectivos, para ser finalmente reglamentada en 2015.

Esta ley es importante vincularla a una ley 26.485 sancionada en el 2009 de Prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres, allí se reconoce la violencia obstétrica como una modalidad de violencia contra las mujeres, es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929. Estas leyes han generados procesos que reclaman su efectivización en instituciones de salud que aún continúan realizando prácticas caracterizadas por la rutinización, medicalización y que son generados de una serie de vulneraciones de derechos durante este proceso fisiológico. Asimismo, la legitimidad del saber y poder médico hegemónico y la falta de información de los derechos de ciudadanía que nos asisten, generan procesos de aceptación de prácticas deshumanizantes en los que los cuerpos son controlados y disciplinados en este proceso a través de la institucionalización de los procesos de parto.

En relación a otras identidades sexuales en 2012 se sanciona la Ley Nacional 26743⁷ de Identidad de Género que junto al Matrimonio Igualitario (2010) constituyeron un avance en derechos y en materia de sexualidades. En su artículo 2 entiende por *“identidad de género a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente, la cual puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo la vivencia personal del cuerpo. Esto puede involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios farmacológicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que ello sea libremente escogido”*. También incluye otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los modales.

Este cuerpo normativo genera un marco que recoge las reivindicaciones de diferentes movimientos sociales de la población LBTTTIQ, del feminismo y activismos, de los aportes de cientistas sociales, entre otros; reconoce la existencia de identidades diversas y los derechos como sujetos pero fundamentalmente contribuyen a desnaturalizar el orden dominante superando la lógica patriarcal del binarismo y la heteronormatividad, colocando la identidad auto percibida como campo de comprensión y abordaje de las sexualidades tendientes a visibilizar el reconocimiento de que no existe un único modelo válido de relaciones. Quizás esta ley es clave a la hora de pensar en las sexualidades y las deconstrucciones que se están realizando en una parte de la sociedad.

A nivel provincial esta Ley Nacional con 7 años de vigencia, no ha sido traducida en ley ni política pública quedando las respuestas en general escasas y acotadas- en tanto derechos- bajo responsabilidad de los efectores de salud de los hospitales

⁷ La ley en el apartado que reconoce el derecho al libre desarrollo personal garantiza a nivel jurídico que los efectores del sistema de salud pertenecientes a los tres subsectores brinden cobertura total de las siguientes prestaciones: garantizar el goce de su salud integral, acceder a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar su cuerpo, incluida su genitalidad, a su identidad de género auto percibida y los tratamientos hormonales

(según posicionamientos, ideológicos, creencias, estigmas). Recientemente desde la Comisión Interministerial de Derechos Humanos, Géneros y Diversidad Sexual se inició un Registro Voluntario de Personas Trans y No Binarias en la Provincia de Córdoba⁸

La ciudad de Córdoba, cuenta con dos hospitales que realizan tratamientos de hormonización, uno de jurisdicción municipal y el otro provincial. El caso de niñas y jóvenes LBTTTIQ menores de 18 años, agrava aún más la situación de vulneración porque no exigen leyes, programas ni dispositivos institucionales formales que abordan la problemática de manera explícita. Sabiendo que existen resistencias y prácticas emancipatorias por parte de agentes de salud comprometidos con el “derecho a decidir” existen algunos equipos de salud o profesionales que están acompañado a niñas/jóvenes trans pero constituyen experiencias aisladas y poco explicitadas. En ese mismo año 2012 en la Municipalidad de Córdoba se realiza la última modificatoria al Programa “Salud reproductiva, sexualidad y planificación familiar”, vigente en la actualidad sin incluir explícitamente las nuevas perspectivas y miradas en torno a las diversas identidades.

En los diferentes servicios de prestación de salud pública la predominancia de la mirada heterosexual hace que el acceso a atención esté atravesado por múltiples discriminaciones, los modos registrales en historias clínicas, ubicación en salas de internado, etc. Entonces, si bien hoy existe la habilitación en términos formales a estos sujetos y sus derechos (marco jurídico), el sistema de salud se constituye en unos de los principales generadores de violencias institucionales (secretismo, ocultamiento social, represión policial, etc.); cuestiones que repercuten en la expectativa de vida de estas poblaciones⁹; no logrando superar los 35 años. En 2018 a nivel provincial se crea el Programa Integral para la Salud Sexual y Reproductiva con abordaje específico en la Adolescencia; coincidente con el debate político sobre el aborto a nivel legislativo nacional.

En el año 2013 se sanciona la Ley Nacional 26862 de Fertilización Asistida que da cuenta del reconocimiento por parte del Estado de prácticas médicas que acompañan el deseo en relación a la maternidad y paternidad. En el subsector de la salud pública son escasos los servicios de prestación. Sin embargo, podríamos quizás analizar que el reconocimiento de este derecho tuvo su demora en relación a los intereses económicos implicados, pero no fueron otras las resistencias ya que se acerca al cumplimiento de la función maternal y la conformación de “una familia” que el patriarcado impone. También consideramos que esta ley posibilitó encontrar fisuras para acompañar la decisión de personas gestantes pertenecientes a la

⁸ La Comisión Interministerial de Derechos Humanos, Géneros y Diversidad Sexual del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos y a la Secretaria General de la Gobernación inició un Registro Voluntario de Personas Trans y No Binarias en la Provincia de Córdoba en el presente año para la generación de datos estadísticos oficiales con el propósito de poder identificar problemas sociales y sus causas para poder responder a los mismos de forma eficiente, mediante la elaboración de políticas públicas diseñadas en su consecuencia, así como también se procura que este registro coadyuve en la incorporación de la perspectiva de Derechos Humanos, Diversidad Sexual y de Géneros en las políticas públicas, en pos de avanzar en el cambio cultural necesario para dejar atrás conductas prejuiciosas, estigmatizantes y discriminatorias hacia las personas trans y no binarias impactando en la población en general.

⁹ <https://www.defensorba.org.ar/micrositios/ovg/pdfs/Situacion-de-los-Derechos-Humanos-de-las-Travestis-y-Trans-en-la-Argentina.pdf>

población LGBTTTIQ en relación a cumplir con su deseo materno/paterno. Vale preguntarse si en aquel momento los sectores conservadores dimensionaron estas posibilidades, sectores que históricamente discriminaron y violentaron a estas personas desde una lógica patriarcal, androcéntrica y heteronormativa.

Una significación especial cobra el tema de la interrupción legal del embarazo (ILE) y la interrupción voluntaria (IVE).

La ILE no es asunto nuevo. Se encuentra contenida en el Código Penal de 1921 que en su artículo 86 refiere que el aborto es no punible cuando fuera practicado por un médico en ocasión de:

Inc. 1) si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios (causal salud).

Inc. 2) si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto (causal violación).

También como antecedentes encontramos el Fallo F.A.L de 2012 que introduce el concepto de salud integral de la OMS (estado de completo bienestar en el aspecto físico, mental, emocional y social). Así, el riesgo para su salud introduce otras dimensiones socioeconómicas o psicológicas y no sólo de orden físico o mental. Por último, el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo del año 2015 refuerza el concepto de salud de manera integral y genera modos de actuaciones respetuosos de las personas gestantes para el equipo de salud. De esta manera podemos decir que el Protocolo, el Fallo F.A.L. y el Código Penal traen suficientes elementos para las actuaciones de los equipos de salud en relación a las decisiones de las personas gestantes. Podemos pensar que estos marcos posibilitan la no judicialización, la celeridad en las actuaciones, la confidencialidad y la accesibilidad.

En Córdoba el asunto adquiere particularidades específicas porque la práctica de aborto no punible desde 2012 con el "Caso F.A.L." estaba suspendida por un recurso de amparo de una asociación católica y fue habilitada por el Tribunal Superior de Justicia, luego de intensos debates y movilizaciones de los movimientos feministas y otras identidades sexuales, en diciembre de 2018 legitimándose la puesta en práctica de la "Guía de Procedimiento para la Atención de Pacientes que soliciten Prácticas de Aborto no Punibles", y en tanto derecho a la salud corresponde al Ministerio de Salud de la provincia arbitrar los medios para que en los establecimientos públicos se realicen las prácticas de abortos autorizados por la norma. En ese periodo de 6 años en Córdoba, la práctica de abortos no punibles se podía realizar únicamente en la Maternidad Nacional y el Hospital Nacional de Clínicas, que son de jurisdicción nacional y no estaban alcanzados por la cautelar.

Marchas y contramarchas en los derechos sexuales y (no) reproductivos

Los reconocimientos de derechos en materia normativa entre el 2002 y 2015 constituyen avances para la ciudadanía y herramientas para su ejercicio, pero la institucionalidad no fue acompañada en el grado que se requiere en materia de políticas públicas en salud que pudieran modificar las concepciones, la cultura, las

prácticas en relación a los derechos sexuales y (no) reproductiva. El modelo capitalista patriarcal continuo vigente y generando trabas u obturando los procesos de institucionalización que posibilita el ejercicio de nuestra ciudadanía sexual y la autonomía de nuestros cuerpos. Levin (2010) advierte que la normatividad actual – jurídica, política y simbólica- se desprende de la lógica de género patriarcal *“sobre el uso sexual y reproductivo del cuerpo, y dado que dicha lógica se concibe como “natural”, genera represión y opresión sobre la libertad de decidir de las mujeres”* (Levin:2010:10).

Como venimos afirmando, históricamente el control hacia nuestros cuerpos ha constituido un modo de perpetuar el orden social vigente. Sectores jerárquicos y conservadores del estado capitalista patriarcal y de las religiones, pero también las ciencias sociales y los burócratas estatales, han construido y nos han construido en modos de no vivir nuestras sexualidades. El deseo, el placer han sido definidos como tentaciones pecaminosas que requieren de todo un engranaje de disciplinamiento, no hay lugar al poder de decidir y a la autonomía sobre los cuerpos de mujeres y otras identidades sexuales. Muchos son los ejemplos entre los cuales destacamos: la ILE, la objeción de conciencia, la no garantía de profesionales que realicen esas prácticas, la dilatación de los tiempos de gestación, la puesta en público de la intimidad de las niñas y mujeres que solicitan el acceso; realizando así un juicio público que terminara siempre destruyendo las vidas de aquellas que se animaron a solicitarlo. El poder judicial patriarcal aporta a las dilaciones de tiempos, sin oponer mecanismos que hagan que los objetores de conciencia y la estructura administrativa de salud en manos de sus funcionarios y ministros generen las respuestas oportunas y respetuosas de los derechos¹⁰. No obstante, en estos años el movimiento de mujeres y feministas (dentro de ellas las socorristas, la red de profesionales de la salud por el derecho al aborto) desde la organización colectiva han logrado constituirse en actoras claves en la disputa pública generando cada vez mayores condiciones para el cumplimiento de la ILE y para el debate del anteproyecto de interrupción voluntaria. Así también destacar la participación de las jóvenes –la llamada “marea verde”- que es violentada de manera permanente (feminazis) que amplían debates y disputas de sentidos en la arena de lo público.

Si consideramos en materia de derechos a la salud no sólo la accesibilidad sino también la disponibilidad y calidad en la provisión de bienestar entendemos que estas disputas han aportado al menos en Córdoba, para que en los últimos dos meses el municipio de Córdoba haya recibido mediante el Programa Remediar la droga “misoprostol” para el acompañamiento de personas que solicitan ILE. Contar con los recursos en términos de política de salud es un valioso aporte, aunque siguen las mujeres recibiendo violencias institucionales en las no respuestas, en la no utilización en las interrupciones de medicación, utilizando como practica hegemónica el legrado o la práctica de una cesárea que consideramos constituye

¹⁰ En relación a Córdoba este poder con los recursos de amparos interpuestos de manera sistemática por la organización no gubernamental Portal de Belén ha generado la vulneración de los derechos en materia de Derechos Sexuales y Reproductivos; primero con los programas de maternidad y paternidad responsable y luego con el protocolo para la atención para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo.

modos de castigo y disciplinamientos. Acordamos con la ONU que la negación de un aborto es una de las tantas formas de Torturas.

Corolario abierto

La conquista de derechos en nuestro país como en AL y El Caribe, no ha sido progresiva ni lineal incluso bajo gobiernos progresistas, pero en el contexto actual existen amenazas incluso para mantener algunos avances tímidos, tanto de políticas sociales como de derechos sexuales y (no) reproductivos. Respecto de los derechos humanos de las mujeres, hay un escenario complejo de logros y retrocesos los cuales son, a su vez, resignificados en las prácticas cotidianas de las políticas públicas, en las movilizaciones feministas y en las demandas de las mujeres. Al mirar estos procesos, podemos delinear algunas tensiones:

1.- El Estado es todavía reacio al momento de adoptar los instrumentos necesarios para hacer efectivo el ejercicio de derechos que enuncian reconocer. De hecho, en gran medida ello se debe a la magra asignación de recursos, a la persistencia de institucionalidades discriminatorias y a procesos políticos conservadores que afectan cómo son interpretados los derechos. La tensión vinculada al retroceso y avasallamiento de estos derechos afecta especialmente a las mujeres y LGBTTTQ de sectores pobres. Desde la implementación de las políticas sociales aparecen discursos y prácticas simbólicas de los diversos actores involucrados en el campo, que culpabiliza a las personas pobres, siendo las mujeres las más vulnerables a los prejuicios y sesgos de esta retórica neo conservadora. Esto podría afectar una gama de derechos de mujeres, incluyendo en particular los vinculados con la autonomía física y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, en tanto los gobiernos conservadores presentan rasgos discursivos de maternalismos marcadamente reproductivistas.

2.- El contenido de las leyes (cuáles sean los objetos de regulación, quiénes sean los/as titulares de esos derechos, cuál sea su alcance, etc.) y las políticas sociales, dependiendo de las coyunturas económicas, sociales, políticas e ideológicas y de las relaciones de fuerza de diversos actores (movimiento de mujeres y grupos feministas, instituciones religiosas, estado, asociaciones de profesionales, etc.), son siempre objeto de disputas y negociación en un campo político y discursivo. Disputas en las cuales conviven lógicas patriarcales y demandas de acceso a estos derechos por parte de la ciudadanía. Ejemplo de ello son las reivindicaciones asentadas en la perspectiva de género, crítica y decolonial que reclaman al Estado y visibilizan problemáticas referidas al embarazo no deseado, la mortalidad materna, la violencia de género y la inclusión de las necesidades de los sujetos con sexualidades disidentes en las que las acciones “... *no son consideradas sólo como el cumplimiento de mandatos morales o políticos, sino como la vía escogida para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos...*” (Abramovich, 2006:36). Aun existiendo esas políticas la implementación y provisión de servicios de salud se efectúa en la gestión concreta de sus agentes-profesionales y administrativos/as- y se expresan en prestaciones no mecánicas ni a-ideológicas sino mediadas por valores y concepciones propias que dan contenido a sus prácticas. Prácticas que inscriptas en procesos complejos de relaciones jerárquicas y asimétricas están legitimadas

en un “poder” saber y hacer que reproducen el orden social patriarcal y androcéntrico o tienden a transformarlo/subvertirlo

3.- la construcción de discursos de género inclusivos. Aún hay múltiples contradicciones entre los actores políticos y sociales que promueven la agenda de igualdad de género y efectivización de derechos, en temáticas como sexualidad, no discriminación por raza, sector social; que bajo el manto de un liberalismo igualitario desconocen las diferentes intersecciones que atraviesan la vida de las mujeres y diversidades sexuales.

4.- La inclusión de los DSyR en el campo de la salud fue y sigue siendo un proceso político dinámico y conflictivo. En las políticas sanitarias el consenso se asienta primordialmente sobre la reproducción (maternidad heterosexual y normativa) y “en términos de seguridad relativas” en la prevención de ITS, controles gineco-mamarios y atención antes, durante y después del embarazo; considerando en general la anticoncepción como profilaxis o cuidado de la salud de las mujeres. Los/as otros/as: varones, personas no heterosexuales, niños/as, viejos/as e incluso mujeres que no deciden la maternidad, tienen muchas más dificultades de ser considerado/as en el marco de estas políticas.

Ante este escenario, consideramos oportuna una reflexión crítica respecto de los abordajes teóricos y prácticos vigentes sobre el tema, que considere las tensiones existentes entre las agendas de igualdad y de derechos, con el horizonte puesto en la disputa política por los significados en torno a los derechos sexuales y (no) reproductivos.

Bibliografía

Abramovich, V. (2006): Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. CEPAL. (35 - 50).

Brown, J. (2014): Mujeres y ciudadanía en Argentina. Debates teóricos y políticos sobre derechos (no) reproductivos y sexuales (1990-2006). Ed. Teseo. Bs. As.

Levín, S. (2010): Derechos al revés ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad? Ed. Espacio. Argentina.

Montaño S. (1999): *Los derechos reproductivos de la mujer* en Documento Corte Interamericana de DDHH: www.corteidh.or.cr/tablas/a11999.pdf

Nucci N., Crosetto R., Bilavcik C., Miani A.M. (2018): La intervención de Trabajo Social en el campo de la salud pública en ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1 (2018) Nro. 2. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>

Petracci M., Ramos S. (2006): La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia. CEDES Bs. As.

Soldevila, Alicia, Crosetto, R, Bosio, Maria Teresa (2018): “Movimientos de mujeres, diversidad familiar y demandas el campo de la salud pública” en Simposio internacional: pensar lo público desde las investigaciones e intervenciones feministas: debates y controversias en clave latinoamericana y del Caribe. Editorial: Universidad Nacional de Misiones- CLACSO. Libro digital, PDF Archivo Digital: descarga CLACSO.

Legislaciones

Ley de Provincia de Córdoba 6222/1973 "Del ejercicio de las profesiones y actividades relacionadas con la salud humana"

Ley de Provincia de Córdoba 9073/2003 Programa "Maternidad y Paternidad Responsable"

Ley Nacional 23798/2004 "SIDA "

Ley Nacional 25673/2002 "Creación del Programa Nacional de "Salud Sexual y Procreación Responsable"

Ley Nacional 25929/2004 "Parto Humanizado"

Ley Nacional 26130/2006 "Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgicas"

Ley Nacional 26485/ 2009 "Prevención, sanción y erradicación de la violencia" contra las mujeres"

Ley Nacional 26529 "Derechos del Paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud"

Ley Nacional 26618/2010 "Matrimonio Igualitario"

Ley Nacional 26743/ 2012 "Identidad de Género"

Ley Nacional 26862/2013 "Acceso integral a los procedimientos y técnicas médicos asistenciales de reproducción medicamente asistida"

Ley Nacional 9161/2004 "Prevención, Investigación y Tratamiento de VIH, Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)"

Ley Provincia de Córdoba 9205/2004 "Prevención del SIDA en la persona por nacer"

Ley Provincia de Córdoba 9344/2006 "Intervención quirúrgica de contracepción"

Ordenanza de Municipalidad de Córdoba 9497/1996 "Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar"