

*VIOLENCIA. SEXUALIDAD. REPRODUCCIÓN.
TENSIONES POLÍTICAS, ÉTICAS Y JURÍDICAS*

Esta publicación reúne las presentaciones realizadas en las jornadas del 16 y 17 de octubre, de 2007 organizadas por CECYM –Centro de Encuentros Cultura y Mujer- conjuntamente con el CEDES –Centro de Estudios Estado y Sociedad- con el auspicio del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable de la Secretaría de Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación.

Buenos Aires 2007



INDICE

<i>INTRODUCCIÓN</i>	4
<i>Parte I</i>	6
<i>VIOLENCIA. SEXUALIDAD. REPRODUCCIÓN</i>	6
<i>TENSIONES POLÍTICAS, ÉTICAS Y JURÍDICAS</i>	6
<i>DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. LA EXPERIENCIA ARGENTINA</i>	7
<i>Silvina Ramos</i>	7
<i>DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS; DE LA CLANDESTINIDAD A LA LEGALIDAD. LA EXPERIENCIA BELGA</i>	14
<i>Pascale Maquestiau</i>	14
<i>El contexto histórico</i>	14
<i>NUDOS CRÍTICOS EN LA INTERVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA</i> . 23	
<i>Laura Nuño</i>	23
<i>NUDOS CRÍTICOS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA LA VIOLENCIA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ARGENTINA</i>	42
<i>Silvia Chejter</i>	42
<i>CONTROVERSIAS JURÍDICAS SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: ARGENTINA circa 2007</i>	52
<i>Paola Bergallo</i>	52
<i>DERECHOS DE LAS MUJERES Y POLITIZACIÓN DE LA RELIGIÓN</i>	62
<i>Marta Vassallo</i>	62
<i>POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA. LOGROS Y ASIGNATURAS PENDIENTES</i>	70
<i>Nina Zamberlin</i>	70
<i>EL DILEMA ÉTICO Y RELIGIOSO EN RELACIÓN AL ABORTO CORRESPONDE A LA CONCIENCIA DE CADA MUJER</i>	73
<i>Marta Alanís</i>	73
<i>Parte II</i>	76
<i>ALCANCES Y LÍMITES DE LA INTERVENCIÓN FRENTE A SITUACIONES PARTICULARES DE VULNERABILIDAD</i>	76
<i>VIOLENCIA SEXUAL, MUJERES MIGRANTES: DESAFÍOS PARA UNA INTERVENCIÓN PLURIDISCIPLINARIA</i>	77
<i>Katinka In'T Zand</i>	77
<i>LOS DERECHOS SEXUALES DE LAS NIÑAS WICHIES: MUTICULTURALISMO Y GÉNERO</i>	83
<i>Verónica Spaventa</i>	83
<i>PARTE III</i>	89

<i>ENFOQUES DE TRABAJO A NIVEL MUNICIPAL. CIUDAD DE BUENOS AIRES.....</i>	<i>89</i>
<i>ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLACIONES. MODELO INTERSECTORIAL A NIVEL CIUDAD DE BUENOS AIRES.....</i>	<i>90</i>
<i>Beatriz Ruffa.....</i>	<i>90</i>
<i>VIOLACIONES. LAS RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....</i>	<i>93</i>
<i>Susana Larcamón.....</i>	<i>93</i>
<i>ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIONES. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PIROVANO</i>	<i>99</i>
<i>Graciela Scagliotti.....</i>	<i>99</i>
<i>PARTE IV</i>	<i>102</i>
<i>LA INTERVENCIÓN. EXPERIENCIAS.....</i>	<i>102</i>
<i>EXPERIENCIAS DE CASA DE LA MUJER DE ROSARIO.....</i>	<i>103</i>
<i>Liliana Pauluzzi.....</i>	<i>103</i>
<i>VIOLENCIA INSTITUCIONAL EN SALUD REPRODUCTIVA.....</i>	<i>111</i>
<i>María de los Angeles Travaglini.....</i>	<i>111</i>
<i>Ana María Andía.....</i>	<i>111</i>
<i>ABORTO: DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA.....</i>	<i>115</i>
<i>Juan Carlos González.....</i>	<i>115</i>
<i>Ana María Andía.....</i>	<i>115</i>
<i>EL ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN: DE LOS MARCOS LEGALES A LA GESTIÓN.....</i>	<i>118</i>
<i>Mónica Oppezzi.....</i>	<i>118</i>
<i>gico y construcción de indicadores. OBSERVATORIO EN SALUD, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS</i>	<i>122</i>
<i>OBSERVATORIO EN SALUD, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS</i>	<i>123</i>
<i>Susana Armichardi y Gloria Schuster.....</i>	<i>123</i>
<i>Autoras.....</i>	<i>127</i>

INTRODUCCIÓN

Entre los cambios más relevantes que se produjeron en los últimos 25 años en Argentina y otros países, cabe señalar el desarrollo del movimiento de mujeres con una presencia minoritaria pero decisiva de las feministas, que conlleva cambios culturales, políticos, sociales y legislativos a favor del reconocimiento de la autonomía y derechos de las mujeres.

Sin embargo todavía se presentan obstáculos para hacer realidad los avances legales alcanzados. Nos encontramos frente a interpretaciones dispares del marco legal, a la ausencia de protocolos institucionales y de los resguardos éticos necesarios en las intervenciones, tanto en el campo de la sexualidad, como de la reproducción y la violencia hacia las mujeres. Las respuestas institucionales muchas veces quedan sujetas al libre arbitrio de los valores e ideologías de quienes intervienen, que suelen judicializar u omitir intervenciones afectando la atención integral, las exigencias de la ética y la responsabilidad profesional. La permanencia de los valores sexistas hace que las respuestas institucionales violenten la libertad y la autonomía de las mujeres.

El objetivo de estas jornadas es reflexionar y debatir en torno a las tensiones que se generan entre los derechos y las prácticas institucionales y abrir puentes entre personas y equipos de trabajo que provienen de distintos sectores gubernamentales y ONGs.

Muchas de nosotras, sea que estemos en el Estado, sea que pertenezcamos a una organización de la sociedad civil, y ya sea que nuestro campo de intervención sea la violencia hacia las mujeres o la salud, nos encontramos con la necesidad de respuestas a situaciones en las que los tres ejes, violencia, sexualidad y reproducción están entrelazados.

Así como quienes se ocupan de la salud de las mujeres se enfrentan con los impactos de la violencia, quienes desarrollamos actividades en el campo de la violencia de género, nos encontramos con la necesidad de abordajes complejos, interdisciplinarios e interinstitucionales; en los que la intervención del sector salud es fundamental.

No hay todavía en el país una política nacional de salud que contemple la atención de las distintas formas de la violencia de género. Faltan articulaciones institucionales y políticas que den respuesta de modo integral a estas problemáticas, a las que obviamente el sistema de salud no puede responder más que en lo que le concierne, es decir la salud de las víctimas de violencia.

Estas jornadas pretenden constituirse en un espacio para Intercambiar experiencias en torno a esos puntos en que nuestras prácticas se cruzan, las tensiones que las atraviesan; las respuestas que ensayamos, los sentimientos de impotencia frente a algunas dificultades así como las gratificaciones que tenemos frente a los pasos que vamos dando en esa carrera de obstáculos que es lograr que cuestiones tan elementales como que se cumplan las leyes, que en los tribunales, o fiscalías, las denuncias sean bien recibidas, los procedimientos se lleven a cabo y dentro de los tiempos legales, que las personas que

reclaman justicia, sean tratadas como corresponde, que en los hospitales o servicios de atención a mujeres *se las escuche*; se cumplan protocolos de atención adecuados, se respeten las decisiones de las mujeres. En otras palabras que cada quien cumpla con lo que tiene que hacer.

Sin embargo por tradición, por trayectorias, por rutina, o por las múltiples actividades que muchas veces llevamos a cabo, en los intercambios que tenemos en la experiencia cotidiana, no suelen plasmarse los puntos de cruce que tenemos en nuestras prácticas.

Esta convocatoria surgió de diálogos de aquí y de allí entre activistas, profesionales, investigadoras en temas que atañen a la sexualidad, la reproducción y la violencia. Queremos darle una forma más sistemática, queremos dar lugar a reflexiones y también a propuestas superadoras de prácticas fragmentadas, y construir y revisar conceptos y prácticas. Queremos avanzar aunque sólo sea un pequeño paso en la tarea que nos permita construir políticas más integrales e integradoras.

Parte I

VIOLENCIA. SEXUALIDAD. REPRODUCCIÓN.
TENSIONES POLÍTICAS, ÉTICAS Y JURÍDICAS

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. LA EXPERIENCIA ARGENTINA¹

Silvina Ramos

Quiero agradecer la oportunidad de discutir con ustedes mi visión sobre la evolución del campo de los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina y, en particular, que es el foco que elegí para esta presentación, los procesos de incidencia del movimiento de mujeres en este campo en los últimos años. Seguramente muchos de ustedes saben, yo no soy una especialista en análisis político; soy una socióloga, investigadora en salud y derechos sexuales y reproductivos, que trata de intervenir en la política utilizando el recurso que tiene disponible, la investigación para la acción política. Pero a pesar de esa limitación, a medida que pasan los años y la historia se convierte un poco en biografía personal de cada una, por lo menos en lo que a mí respecta, siento un poquito más de coraje y cierta legitimidad para hablar de la historia política del movimiento de mujeres y compartir con ustedes mi visión.

En particular, lo que quisiera enfocar en la presentación es el análisis de los procesos políticos que tienen y tuvieron históricamente como objeto de disputa dos temas centrales de la agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos: el acceso a la anticoncepción y el acceso al aborto seguro.

Me voy a ocupar, primero, del proceso que culminó en la implementación de una política pública de acceso a la anticoncepción y luego me focalizaré en el proceso que todavía no ha dado como resultado el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones seguras, pero en el que se observan, a mi juicio, algunos signos de avances positivos. Y para analizar los procesos que hicieron posible colocar la anticoncepción y el aborto en la agenda política, es necesario observar tres cuestiones centrales: por un lado, la historia del campo de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos; en segundo lugar, las lógicas y las características políticas de los actores que intervienen en este campo y, en tercer lugar, la "naturaleza" de los problemas en cuestión o dicho de otra manera, observar cómo estos temas, la anticoncepción y el aborto, se construyeron como problemas de la agenda política. Con estos elementos, al final de mi presentación, señalaré algunas de las lecciones aprendidas.

Comencemos por algunas pequeñas consideraciones históricas. Probablemente todas y todos sabemos que, salvo los movimientos anarquistas y socialistas de principios del siglo XX, ninguna otra fuerza política habló de los temas vinculados a la regulación de la fecundidad, hasta que las corrientes del pensamiento de la derecha nacionalista, por un lado, y las propias del pensamiento de izquierda revolucionaria, por el otro, a fines de los sesenta y durante la década de los setenta, colocaron estos temas un poco tímidamente pero los colocaron al fin, en la escena política. Para los primeros, la Argentina era un país despoblado que necesitaba, por razones geopolíticas y de desarrollo estratégico, poblar sus tierras, razón por la cual cualquier política tendiente a acercar a la población medios para regular la fecundidad resultaba una política contraria al interés nacional. Para el pensamiento de izquierda

¹ Una versión de este trabajo ha sido publicada en Acuña, C. H. y Vacchieri, A. (comps.): *La incidencia política de la sociedad civil*, Siglo XXI-Iniciativas, Buenos Aires, 2007.

revolucionario, la regulación de la fecundidad era una estrategia del imperialismo dirigida a contener el desarrollo de los pueblos y, por otro lado, era una necesidad de las clases medias –pequeñoburguesas como se decía en ese entonces– y no una demanda genuina de los pobres.

Como ven, simplificando por cierto, con argumentos diferentes tanto la derecha como la izquierda coincidían en desestimar como necesaria, cuando no demonizar, cualquier política pública en este campo. Y estas ideas permearon el imaginario de la dirigencia social y política argentina por muchos años a tal punto que todavía podemos escuchar algunas de estas ideas en los debates en el Parlamento o en los medios de comunicación.

En este escenario de ideas dominantes, de matriz de debate ideológico histórico sobre este tema y de antecedentes normativos como los de la década de los setenta –que todos sabemos y no hace falta refrescar aquí– irrumpen con la recuperación de la democracia el discurso y la acción política del movimiento de mujeres, feminista en buena medida en ese entonces, en el que se hablaba del derecho a decidir con una consigna prestada de las luchas de las pioneras italianas que todos conocemos, “Anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir”. Y en ese momento dio comienzo una historia de paulatina pero sistemática conquista de espacios y mecanismos para garantizar el derecho a decidir si tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos, historia en la cual las acciones de incidencia del movimiento de mujeres tuvieron sin duda un papel decisivo.

En este prolongado proceso político desde la recuperación de la democracia hasta el presente, hay algunos indicios para comprender los éxitos alcanzados en materia de acceso a la anticoncepción. En primer lugar, se observa una pluralidad cada vez más marcada de actores y de voces que intervienen en la escena pública para reivindicar este derecho. Se destaca, sin duda, el movimiento de mujeres y, dentro de éste, los grupos feministas, ambos usinas de ideas y acciones, pero también legisladores y legisladoras, dirigentes sindicales, organizaciones juveniles, expresiones de la cultura y comunicadores sociales. No hay duda de que el acceso a la anticoncepción se transformó en un tema de la agenda de muchos actores sociales de diversa legitimidad y relación con la acción política. Al entender que esta diversidad es un capital político y simbólico de enorme valor, el movimiento de mujeres realizó una apuesta grande a esta diversificación de actores y por ello sus estrategias se orientaron a ampliar la base de sustentación de esta reivindicación.

En segundo lugar, se observa una diversidad de instrumentos utilizados en la acción política: declaraciones, solicitudes, consensos de expertos, programas, materiales de difusión, campañas, conmemoraciones, presentaciones judiciales, manifestaciones públicas, encuentros de mujeres, leyes, compromisos internacionales, entre otros. Esta diversificación de instrumentos fue en buena medida fruto de la multiplicidad de actores de este campo, pero también fue consecuencia de la reacción del movimiento de mujeres frente a quienes por acción u omisión se oponían a esta reivindicación.

Por un lado, los sectores más conservadores vinculados a la Iglesia Católica, que siempre actuaron militantemente para frenar cualquier ley o política referidos a este tema y, por el otro, sectores de la dirigencia social y política, así como algunas organizaciones de la sociedad civil que no entendían o no

querían entender la trascendencia que el acceso a la anticoncepción tiene para la vida de las mujeres y el ejercicio de sus derechos ciudadanos. Les costaba comprender el simple hecho de que una mujer que no tiene la oportunidad de decidir libremente acerca de su vida sexual y de su capacidad reproductiva es una mujer que encuentra vulnerado su derecho básico a la integridad corporal, y de allí en más, todos sus derechos. El movimiento de mujeres fue particularmente sensible a estos dos actores y desplegó una amplia diversidad de acciones y discursos para enfrentar a unos y convencer a otros.

El tercer indicio de este proceso, que explica a mi juicio en buena medida el éxito, fue un discurso político armado sobre la base de dos consideraciones de fuerte impacto en la conciencia social. Por un lado, una apelación a la trascendencia de las decisiones reproductivas para la vida personal: en la medida en que todos tomamos decisiones cotidianas sobre nuestra sexualidad y capacidad reproductiva, sabemos casi más por el sabor que por nuestras convicciones, de las implicancias emocionales, afectivas, familiares y sociales que éstas tienen para nuestras vidas. Por otro lado, una apelación a la injusticia social presente en el hecho de que algunas mujeres puedan –podamos, en esta audiencia– resolver la regulación de su fecundidad comprando anticonceptivos en el mercado, mientras que la gran mayoría no puede hacerlo. La desigualdad en las oportunidades fue un eje del discurso del movimiento de mujeres que llevó a escena no sólo una consigna como el derecho a decidir y a contar con la garantía de ese derecho a través de políticas de Estado, sino también una consigna de solidaridad entre grupos de mujeres, casi una solidaridad entre clases sociales.

Sin embargo, a pesar de este arsenal de actores, voces e instrumentos y de un altísimo consenso social alrededor del derecho de mujeres y varones a tomar decisiones sobre su capacidad reproductiva y acerca del deber del Estado de garantizar este derecho con políticas públicas, la dirigencia política no se animó a implementar una política pública en anticoncepción desafiando a la Iglesia Católica. Hizo falta el proceso de legitimación de un debate y decisión parlamentarios –quizá no para la población pero sí para la dirigencia–, para poner en funcionamiento una política nacional de salud reproductiva; situación curiosa si se compara la Argentina con otros países de América latina, países en los cuales la política pública en salud reproductiva no necesitó ninguna discusión parlamentaria. Y en este punto es donde creo que intervienen algunas particularidades de las coyunturas de la historia para explicar los fenómenos políticos. La sanción de una ley de salud reproductiva había sido eje de luchas durante muchos años: había habido proyectos de ley –en el ámbito nacional exclusivamente–, dando vueltas en las comisiones de las Cámaras desde inicios de los noventa. En 1995 se había dado media sanción en un proyecto de ley de este tipo que perdió estado parlamentario dos años después; para hacer la historia corta, casi diez años después de presentado el primer proyecto de ley, a fines del año 2002, una ley de salud reproductiva terminó de ser sancionada por el Senado de la Nación. ¿Por qué fue posible en ese momento y no antes? Es difícil imaginar qué hubiera pasado si esa decisión política y ese liderazgo no hubieran existido, pero creo que es un buen ejercicio especulativo en el mejor sentido de la palabra, tratar de explicarse o de responderse esta pregunta. Creo que en buena medida fue posible por el *plafond* creado por muchos años de trabajo político, pero también por la iniciativa y el liderazgo del ministro de Salud y el apoyo de su

partido de gobierno, Presidente de la Nación mediante. La impronta de esta decisión política fue tal que muchos legisladores que habían cuestionado esta ley en otros escenarios políticos, se avinieron a votarla con entusiasmo, olvidándose de su firme oposición cuando corrían los años del menemismo, y los alineamientos automáticos con las posiciones del Vaticano eran moneda corriente. Claro que, como decía recién, no hay forma de saber qué hubiera sucedido si esa decisión política y ese liderazgo no hubieran existido, pero lo cierto es que en adelante, la implementación del programa nacional no hizo más que demostrar que esa voluntad política global de la dirigencia estaba tomada y con la idea de sostener esa decisión y convertir al programa nacional –a mi juicio– en bandera de las fronteras más *aggiornadas* de las políticas públicas de los últimos años.

Los embates a esta política pública no han sido pocos; la anticoncepción hormonal de emergencia fue como la última “niña bonita” de los embates de los grupos conservadores. En los últimos tiempos la Justicia se ha convertido en la arena privilegiada de la disputa, pero todo parece indicar que esta política vino para quedarse. Aun así, creo que una actitud alerta es recomendable, máxime cuando en la Argentina estos temas han sido históricamente moneda corriente de la negociación política con la Iglesia Católica.

Hasta aquí brevemente una historia del acceso a la anticoncepción. Repasemos ahora el segundo tema que yo les comentaba que quería fuera foco de mi presentación y que tiene que ver con la historia del acceso al aborto seguro. Por un lado, la diversidad de actores e instrumentos de acción política que actuaron alrededor del tema de la anticoncepción también lo han hecho en el caso del aborto, aunque con una magnitud algo menor. Sin duda las dificultades para fijar posición pública sobre el aborto son mayores, a pesar de que es una práctica que miles de mujeres y varones de esta sociedad resuelven moralmente en forma cotidiana. De todos modos, mirado en perspectiva histórica, en los últimos veinticinco años es como si ahora se hubiera invertido el problema y resultaran muchos menos los que no sienten la responsabilidad ciudadana de opinar públicamente sobre el tema o quienes no tienen más remedio que hacerlo. Muy lejos de lo que podíamos observar diez o quince años atrás.

Si bien el acceso al aborto legal y seguro fue una reivindicación del movimiento de mujeres desde la recuperación de la democracia –los encuentros nacionales, espacios privilegiados del debate interno del movimiento desde hace más de veinte años–, con algunos matices en los últimos años, como recién comentábamos con algunas compañeras, fue a mi entender, la reforma constitucional de 1994 lo que le dio a este tema una prensa impensada y, al movimiento de mujeres, una visibilidad mayor, así como una experiencia política de alianzas y confrontaciones que hasta ese momento no había tenido. Como ustedes recordarán, el Poder Ejecutivo nacional intentó introducir en el texto de la nueva Constitución ese artículo que garantizara el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural, artículo que finalmente no fue aceptado tal como había sido originalmente propuesto. Pero el proceso alrededor de la reforma constitucional contribuyó a colocar el tema del aborto en la escena política, como nunca antes lo había hecho. Si bien en ese escenario el movimiento de mujeres actuó defensivamente, ese episodio le sirvió para fortalecer su lugar como actor político.

Quizá ustedes recordarán el frente de organizaciones de mujeres llamado Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad, que fue un actor político de esa escena y de ese proceso particularmente importante. Y esa experiencia política, sumada a la fuerza que el movimiento internacional de mujeres estaba demostrando con la movilización y las conquistas alcanzadas en las Conferencias de Naciones Unidas durante la segunda mitad de los noventa –El Cairo y Beijing fundamentalmente–, fortalecieron interna y externamente las capacidades de los grupos de mujeres.

Si bien el acceso al aborto legal no es todavía una realidad en nuestro país, en los últimos tiempos también ha habido algunos signos positivos de avances en el plano de las normas sociales. Para señalar sólo algunos de los más significativos: por un lado, fallos en las máximas instancias judiciales en los que se acepta la interrupción del embarazo en situaciones contempladas por el Código Penal. En segundo lugar, compromisos de los ministros de Salud provinciales en el Consejo Federal de Salud (COFESA) para atender los abortos no punibles en los hospitales públicos, reglamentaciones de los abortos no punibles por parte de las autoridades sanitarias, como ocurrió en la ciudad Buenos Aires, la provincia de Buenos Aires y la ciudad de Rosario; por último, la reciente aprobación en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados de un proyecto de ley que reglamenta el acceso a los abortos no punibles contemplados en el Código Penal y, no menos importante, una resolución de los ministros de Salud de la Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, presentes en la última reunión del Mercosur a mediados de este año, en la que se comprometieron a la atención de los abortos no punibles en todos los países del Mercosur y países asociados donde esta situación estuviera legalmente contemplada. Creo que en la reunión también estaba Bolivia, si no recuerdo mal, pero bueno, eso está colgado de la página del Ministerio por si a alguien le interesa.

También creo que pueden observarse signos positivos de avances en el proceso político. Por un lado, la conformación y el sostenimiento de un frente de más de 200 organizaciones de mujeres reunidas en la Campaña Nacional por el Derecho de aborto legal, seguro y gratuito, que a mi juicio se ha convertido en un actor político en la escena de la Argentina; la visibilidad permanente del tema en los medios de comunicación y el espacio ganado en los medios, de las voces que apoyan esta reivindicación, distinto del de hace diez años. Por otro lado, la sociedad que capilarmente reivindica el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo. Creo que los casos de Mar del Plata, Santa Fe, Jujuy e incluso el de Paraná nos muestran esta cosa que no sé expresarla de mejor manera que decir que es reivindicación capilar de la sociedad, y no exclusivamente de los grupos feministas.

Otro signo positivo de avance son los profesionales médicos que aparecen públicamente, mucho más que antes, como voces legitimadas para opinar sobre este tema y con el coraje necesario para hacerlo. Por otro lado, la opinión pública, que muestra un mayoritario consenso a favor de la despenalización del aborto. En el último sondeo que hicimos en el CEDES, el 62% de los varones y las mujeres consultados en los grandes centros urbanos del país estaba de acuerdo con la despenalización del aborto, y entre un 80 y un 90% se manifestaba de acuerdo con la despenalización en situaciones tales como riesgo para la

vida o la salud de la mujer, embarazo producto de una violación; no hace falta ser idiota o demente para la opinión pública, para tener derecho al aborto, y un feto incompatible con la vida extrauterina.

Ahora bien, cuáles han sido las estrategias de incidencia del movimiento de mujeres que han contribuido con un peso relativo difícil de mensurar, a impulsar estos avances. Sin duda la diversificación de actores con voz en el debate y de instrumentos de acción política han sido estrategias clave de la acción política del movimiento de mujeres. No es lo mismo que la reivindicación aparezca de la mano exclusiva de los grupos de mujeres, que aparezca de la mano de muchos otros actores sociales.

Creo que también ha sido eficaz un discurso basado en la construcción del aborto como un problema de salud pública y de justicia social. Un problema de salud pública porque las complicaciones del aborto son la primera causa de muerte materna en la Argentina y lo ha sido desde hace más de veinte años. En este caso, creo que la evidencia científica, llámese magnitud de la práctica del aborto, los efectos de los abortos inseguros sobre las muertes maternas, etcétera, ha tenido un papel esclarecedor y argumentativo clave en el debate político. Y por otro lado, un problema de justicia social porque son las mujeres más vulnerables de la sociedad las que sufren las consecuencias más negativas de la ilegalidad del aborto y tienen que recurrir a procedimientos inseguros que ponen en riesgo su salud y su vida.

Para cerrar esta presentación, me voy a ocupar como les decía al inicio, de las que creo son las lecciones aprendidas de este sintético proceso de análisis político que me he animado a hacer. Creo que algunas lecciones son positivas y alentadoras: primera lección, en la Argentina existe una verdadera tradición de activismo político sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, el movimiento de mujeres tiene un lugar y una voz instalados en el escenario político y tiene una presencia capilar y siempre activa en espacios muy diversos de nuestra sociedad.

Segunda lección: el Estado en todas sus manifestaciones institucionales está *aggiornándose* a lo que sucede en la sociedad. Hace muchas décadas que mujeres y varones de esta sociedad tienen prácticas sexuales y reproductivas que se escapan a los marcos normativos vigentes –usan métodos anticonceptivos e interrumpen embarazos–. En ese sentido, el Estado no está dando lugar a prácticas nuevas, sino apuntando a hacer que las existentes dejen de tener consecuencias negativas para la salud, la vida y los derechos de gran parte de la población.

Tercera lección: el debate sobre el aborto se establece actualmente sobre la base de información confiable, sobre evidencia científica, sobre situaciones concretas de mujeres reales que muestran costos intolerables de la ilegalidad y sobre la base de una apelación a los derechos de las mujeres a no sufrir las consecuencias de los abortos inseguros.

Creo que hay otras lecciones por cierto no tan positivas ni alentadoras. En primer lugar, las estrategias de los sectores conservadores ligados a la Iglesia Católica se recrean permanentemente y son cada vez más inescrupulosas en términos de sus formas y contenidos. Sólo basta recordar el pedido de inconstitucionalidad del Programa Nacional de Salud Reproductiva, programa votado por las Cámaras de la Nación; la difusión de información deliberadamente errónea sobre los efectos de algunos anticonceptivos (la anticoncepción hormonal de emergencia es un ejemplo, un caso paradigmático en

esta materia); los recursos de amparo que frenaron el aborto de mujeres violadas, idiotas y dementes, situaciones contempladas en el Código Penal, etcétera, como, insisto, ejemplos paradigmáticos de este, uno podría pensar, manotazo de ahogado, por pensarlo de alguna manera, y podría pensar acciones cada vez más inescrupulosas desde el punto de vista de la acción política en una sociedad democrática, si uno lo mira con otros ojos.

Otra lección no tan positiva, algunas ausencias argumentativas en el debate social que son llamativas, como por ejemplo, la apelación a un Estado laico o a la responsabilidad de legislar para la diversidad de posiciones éticas y morales, y más significativo aún, la apelación al derecho de las mujeres a disponer de sus cuerpos o su derecho a preservar su intimidad en las decisiones relativas a su sexualidad y reproducción, consigna que orientó las luchas del feminismo por el acceso al aborto legal en muchos otros lugares del mundo.

Para concluir, en realidad voy a tomar prestadas unas palabras de un amigo y colega que quizá ustedes conozcan, Mario Pecheny², del cierre que escribió para un libro que editamos recientemente con Mónica Petracci, una amiga mía y compañera del CEDES, con la colaboración de algunas de las compañeras y colegas que están aquí hoy presentes. Mario dice en el cierre que escribió para nuestro libro: “Es al Estado y sus representantes a quienes les corresponde justificar por qué mantienen reglas inmorales para el conjunto de la población y en particular para las mujeres; es al Estado y sus representantes a quienes les corresponde justificar por qué una mujer que se haga o consiente un aborto, debe ir presa; no a nosotros justificar lo contrario”.

² Pecheny, M.: “La investigación sobre política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina”, en M. Petracci y S. Ramos (comps.), *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Buenos Aires, CEDES, 20067.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS; DE LA CLANDESTINIDAD A LA LEGALIDAD. LA EXPERIENCIA BELGA

Pascale Maquestiau

Unas palabras para presentarme y explicarles desde qué lugar me autorizo a hablar de una ONG Feminista del norte sobre este tema. Primero quisiera decir por qué soy feminista. En los años '75 pude escuchar a Gisèle Halimi en la escuela a la que iba como alumna en el secundario. Gisèle Halimi defendió el caso de Bobiny en Francia, el primer aborto judicializado. Conocerla fue impactante para mí. En segundo lugar, quiero aclarar por qué hablo de clandestinidad. Si bien yo no conocí la clandestinidad en Bélgica, sí la ilegitimidad, porque soy un poco más joven. Pero la clandestinidad la conocí desde mi práctica en América Latina. Soy enfermera y empecé en Bolivia y allí empezamos a hacer abortos en el '83 en la clandestinidad. Después vine a la Argentina y trabajé nueve años y pude conocer la clandestinidad de los abortos en los barrios populares. En 1991 gracias a una persona que quisiera recordar y dedicar mi ponencia, la Doctora Silvia Coppola. Silvia fue luchadora. Fundadora del Foro de los Derechos Reproductivos, fue gracias a ella que conocí la situación en Argentina.

Después de esta presentación voy a comenzar con mi ponencia de hoy.

El compromiso de los seres humanos por el cambio de la realidad social tiene muchas facetas, alianzas y particularidades. La lucha por la despenalización del Aborto no es ajena a estos lazos insospechados. Una de esas particularidades une a Bélgica con la Argentina: nos dio uno de los médicos que fue una de las figuras emblemáticas de la lucha para la despenalización del aborto: Jorge Boute, que nació el 17 de agosto en Buenos Aires 1922 en una Familia belga migrante de tradición laica.

En Bélgica, el concepto la planificación familiar integra el acceso al aborto: surgió de las iniciativas de la sociedad civil para salir de un lugar de no derecho, particularmente de las mujeres. Fue un movimiento militante y una construcción de servicios de salud para dar una respuesta a una demanda y a una situación de injusticia insostenible. Esta militancia consiguió articular en el concepto de planificación familiar, servicios de consultas medicas -incluidas las prácticas de aborto- consultas psicológicas, sociales y jurídicas. Las prácticas van desde la consulta a la prevención en talleres de educación sexual, llamada educación para la vida afectiva y sexual (desde niñez a la adultez),

El contexto histórico

El aborto legal en Bélgica es hasta las 12 semanas de embarazo.

Para lograr esta legalización se necesitó cambiar una ley represiva, la que se logró recién en 1990; muy tarde en el panorama europeo. El logro de esta ley se debió a las presiones de los movimientos de mujeres y los profesionales médicos.

Estos profesionales desarrollaron una práctica de calidad social, medica y psicológica durante 15 años en la ilegalidad. Estas prácticas de abortos, fueron construyendo una manera particular de abordaje a la

demanda que se hicieron en centros extra hospitalarios llamados « Centros de Planificación Familiar ». Allí las mujeres fueron y son acogidas por un equipo multidisciplinario formado por medicas/os, psicólogas/os, trabajadores sociales que recibieron una capacitación específica para la tarea.

¿Cómo hemos llegado a esta situación?

El contexto histórico y legal

En 1867, una ley belga condenó el aborto, considerándolo como crimen contra el orden familiar y la moralidad pública.

En 1923, la ley Carton de Wiart prohíbe la publicidad y la información, sobre la anticoncepción, alegando motivos demográficos ligados a la política natalista después de la primera guerra mundial.

Las prácticas peligrosas del aborto ilegal son continuadas. Los servicios de emergencia de entonces conocieron de estos dramas, tales como infecciones, septicemia,...etc. Mientras, persistió la resistencia del cuerpo médico para promover un cambio en la legislación.

Los años '60

Comienzan a funcionar los primeros centros de planificación familiar en ilegalidad, donde se brindaba información acerca de métodos anticonceptivos del momento. La píldora anticonceptiva no era accesible para la mayoría de la población.

Mientras tanto, las estrategias populares incluyen la organización de viajes hacia Holanda para la práctica de los abortos. Algunos médicos comenzaron a practicar abortos por solidaridad frente la desesperación y desesperanza de las mujeres.

Desde mayo 68 confluyen con otras luchas los movimientos feministas. Estos movimientos levantan como consignas del derecho de las mujeres a disponer de sus cuerpos y a elegir sus tiempos de fecundidad, lo que permitirá el logro de una mayor autonomía.

Los movimientos de mujeres de esos años levantan consignas de reivindicaciones variadas, que van desde del derecho al trabajo al derecho al aborto. El análisis esta basado sobre las relaciones sociales ligadas al sexo, lo que hoy se aproxima al concepto de género, de forma tal que se estructura de una manera diferente a los modelos sociales obligatorios de maternidad y paternidad.

Al mismo tiempo las prácticas de abortos clandestinos se siguen realizando en Bélgica pero están en manos de profesionales que lucran y pocas veces, en manos de profesionales solidarios.

Los médicos empiezan a entrar en la lucha por la despenalización de aborto por razones de salud publica mientras toman consciencia de esta situación de desigualdad e inequidad de acceso a la salud de la población y en particular de la incidencia nefasta en la salud de la mujer que representan las prácticas del aborto clandestino. Esta toma de consciencia genera un movimiento en demanda de justicia social, donde el acceso a la seguridad social es uno de los reclamos básicos.

Los años '70

En 1973, Willy Peers, ginecólogo de la ciudad de Namur, que defiende también el parto sin dolor, al igual que su colega argentino-belga, Jorge Boute, declara públicamente haber realizado 200 abortos y saca a la luz la incoherencia entre la ley y la realidad.

A raíces de estas declaraciones, Willy Peers es encarcelado y esta situación genera un movimiento muy importante con alianzas de políticos, movimientos feministas, y otros movimientos progresistas, logrando una masiva solicitud que cuenta con 250.000 firmas a favor del aborto.

Otras manifestaciones incluyen la declaración de 800 mujeres y 200 médicos que declaran haber practicados abortos.

3 de los médicos en lucha fueron las figuras emblemáticas por la despenalización del aborto, siempre junto al movimiento de mujeres: Willy Peers, Jorge Boute y el tercero es el profesor Hubinon de la Universidad librepensadora de Bruselas (ULB). Estos movimientos de masa inquietaban al poder. Para evitar mas movimientos de masa, el Dr. Peers fue liberado después 3 semanas de prisión.

Debido su liberación, un grupo de ginecólogos, médicos generalistas, psicólogos, prepararon una comisión para estudiar la factibilidad de practicar el aborto fuera de los hospitales generales. Este estudio toma un año, llegando a la conclusión de que es factible en buenas condiciones de salubridad. A partir de allí se pone en marcha en distintas partes de Bélgica a través de instrumentos ya existentes como los centros de planificación familiar. El objetivo fue la promoción de una sexualidad libre y responsable. Esto implica al quehacer médico como a la ayuda social, jurídica y psicológica en el servicio de la demanda de las pacientes. Esta mezcla de las prácticas multidisciplinarias juntamente con las militantes nos llevo a trabajar hacia la superación de los modelos jerárquicos disciplinarios, como el modelo médico hegemónico. Seguramente la practica transdisciplinaria, la militancia y la superación del modelo hegemónico, desde este momento ayudó al compromiso médico bajando el estrés que produce la responsabilidad moral-legal. En tanto esta práctica es compartida.

Queda creado así un tercer modelo, como lo llama el psicólogo Marc Abramowicz, porque las consultas hospitalarias son formales e impersonales con sistemas complejos y poco flexibles para aceptar los cambios. Por ultimo, las consultas privadas son caras, y carecen de la calidad de acogida que brinda la transdisciplina.³

Una mención importante merece los apoyos militantes de la entonces realidad francesa:

En 1975, Simone Weil, ministra de salud de Francia, perteneciente a un gobierno de derecha hace aprobar una nueva ley autorizando el aborto, y que anuncia en un discurso memorable. Decía M^a Weil: « ¿Por qué votar una nueva ley? Simplemente porque la que existe es mala, porque no se aplica, y peor que eso es violada todos los días. Cuando la distancia entre la ley y las infracciones cometidas es tan abismal, lo que se transgrede es la autoridad del Estado. Y cuando el Estado, las instituciones, los dirigentes políticos están al corriente del número de mujeres que va a abortar al extranjero, de la cantidad

³ « 30 ans d'avortements à l'ULB » Marc Abramowicz (fundador de Amar a la ULB) Politique, N°41 2005

de médicos que practican el aborto, de las redes de aborteras en los barrios, y se obstinan en cerrar los ojos, es que estamos en una situación de desorden y de anarquía inaceptable e insostenible».

El avance de la legislación en Francia refuerza las posturas progresistas militantes belgas.

En 1976 se crean los comités para la despenalización del aborto que se movilizan para imponer la temática en la agenda política. También convocan a concentraciones delante del palacio de justicia cada vez que hay un juicio de un médico después de una denuncia; mujeres del movimiento piden ser testigos declarando que habían abortado. Organizaron también un falso juicio donde muchas mujeres declararon haber abortado poniendo múltiples razones diferentes, e invitado la prensa. El motivo fue desmitificar la práctica del aborto, quitándole la parte miserabilista y sensacionalista de la decisión de abortar.

En este contexto fue que se liberaliza la información sobre la anticoncepción y se anula la ley que la impedía.

Una tregua judicial se instala hasta 1978 en que no hay más procedimientos judiciales. Estamos en una etapa de práctica ilegal pero no clandestina.

En este periodo 15 Centros planificación familiar comenzaron a practicar el aborto;

Es así que conjuntamente con los comités de despenalización y a través de la cultura grupal nacida del 68, se pudo llevar adelante esta táctica de desafío a la ley penal, al poder político y judicial, motivo que no tarda en producir sus resultados. Así, el número de abortos clandestinos y aquellos practicados sobre mujeres belgas en el extranjero, cae de manera significativa.⁴ Los hospitales ven disminuir el número de urgencias debido a las secuelas de abortos clandestinos. Por ejemplo en el hospital St Pierre de Bruselas, el número pasa de 128 en 1969 a solo 20 en 1979⁵. El número de abortos realizados sobre mujeres belgas en Holanda baja de 12.000 en 1975, a 7.500 en 1979, a 4.800 en 1985⁶.

En 1978, se crea GACEHPA, Grupo de Acción de los Centros Extra Hospitalarios Practicando el Aborto. Uno de sus objetivos es asegurar la defensa de los médicos y/o de las mujeres que son sometidas/os a juicio.

A fines de la década de los 70 distintos hospitales aseguran una capacitación a los médicos ya sean estos católicos o laicos. El método es la aspiración con anestesia local permitiendo una práctica extra hospitalaria. El fin es instalar la práctica, para hacer avanzar la ley.

Los años '80

Vuelve la represión judicial, pero cada vez más los médicos defienden públicamente la práctica.

En 1988, la propuesta de ley es aceptada para su discusión en la cámara de representantes. Hubo muchas propuestas que caducaron antes, esencialmente porque durante 40 años los gobiernos belgas eran una coalición con una alta representación católica, sobre todo flamenca. El poder de la Iglesia era y

⁴ « L'interruption volontaire de grossesse : de l'interdit pénal à la parenté responsable » B. Marquès Pereira. « Corps de femmes, sexualité et contrôle social » dirección Marie-Thérèse Coenen, 2002

⁵ « Induced abortion in Belgium: clinical experience and psychosocial observations » in studies in Family planning N° 13, 1982. M. Vekemans

⁶ « La réalité et la pratique de l'avortement en Belgique » Gacehpa, Bruxelles 1987.

sigue siendo importante porque existen partidos, sindicatos, escuelas y universidad, mutuales de obediencia católica.

El 3 abril 1990 fue votada y aprobada la ley de despenalización parcial del aborto. Ley conocida como « Lallemand Michielsens » es interesante de ver la alianza Partido Socialista-francófono y Partido Liberal-flamenco. De manera anecdótica, en una entrevista con el entonces diputado Lallemand, uno de los coautores de la ley, él hace referencia a que « las resistencias al proyecto de Ley vienen del hecho que la propuesta de dar la elección a la mujer sobre su propio cuerpo era demasiado ».

Pero era y es importante afirmar una ideología de la autonomía de la persona. Y reafirmar la coherencia que debe existir entre la ley y la realidad de las prácticas. Desde el principio se descartó tratar la demanda de un aborto como una enfermedad (en contraposición a la práctica española) porque esto saca la responsabilidad y la autonomía de la mujer.

El resultado de la votación en la cámara fue 126 votos a favor, 69 en contra y 12 abstenciones.

La abdicación parcial del Rey católico, permitida por única vez en su vida, y por sólo 36 horas, permitió que el texto pudiera ser aplicado sin ser refrendado con su firma.

Una comisión nacional de evaluación de la aplicación de la Ley sobre la despenalización del aborto, llamado también interrupción voluntaria del embarazo, IVE, IVG por sus siglas en francés, fue creada para evaluar cuali y cuantitativamente cada 2 años la evolución de la práctica legislada.

La ley se inspiró en los conceptos y prácticas psicomédicas de los centros que practicaban el aborto en la ilegalidad en esa época, pero siempre desde la óptica de un compromiso militante y sin un beneficio monetario para la realización de esta práctica ilegal.

La ley: acceso por motivo de angustia-desamparo

La ley belga no despenaliza totalmente el aborto. Ella suprime la infracción, cuando la mujer embarazada que pide una IVE se encuentra en una situación de desamparo- angustia y bajo ciertas condiciones. El estado de angustia tal como ha sido definido por autores de la proposición de la ley, corresponde a la vez a un rechazo profundo y persistente de la mujer a llevar adelante y a término el embarazo y el conflicto moral que ella expresa. Este estado es dependiente de las causas que lo provocaron: la noción es inobjetivable, por lo tanto subjetiva. Ella tiende a evitar todo poder inquisitorial del médico o del juez que consistiría en verificar la veracidad de los motivos invocados. La noción de estado de angustia-desamparo respeta entonces la decisión de la mujer.⁷

Las estrategias fueron las siguientes:

Mientras que un grupo trabajó política y socialmente para llegar a la promulgación de la ley, un trabajo de advocacy se desarrolló conjuntamente con ciertos parlamentarios, al mismo tiempo que en diferentes

⁷ las condiciones requeridas para la practica de IVE son las siguientes : ella debe practicarse dentro de un establecimiento de cuidados hospitalario o extrahospitalario que organice la intervención psicológica de la mujer, informe sobre la ayuda social y de los métodos anticonceptivos ; un plazo de 6 días es impuesto entre el pedido y la intervención ; el aborto debe practicarse dentro de las 12 semanas de embarazo ; pasado este limite, hace falta que exista una amenaza grave para la salud de la mujer o la certeza que el feto pose una afección incurable ; la opinión de 2 médicos es entonces requerida.

lugares de Bélgica se aseguraba el acceso a los Servicios de Salud reproductiva de calidad y de poco costo para la mujeres, integrando en estos Servicios la práctica del aborto.

Recuerdo que durante los años de ilegalidad mas de 15 centros practicaron el aborto.

Después de la ley: ampliación de las prácticas en cuanto a la calidad y fragilidad

En Bélgica hay aproximativamente 10 millones de habitantes y se realizan 15.000 IVG por año.

Comparemos estos datos con Francia donde se realizan 200.000 IVG pero su población total es más de 7 veces superior a la belga. Esta cifra de IVG se mantiene relativamente estable en el transcurso de los años. Alrededor de 15.000 IVG es la cifra anual⁸; Las estadísticas no mostraron un aumento de las prácticas.

La actualidad: el aborto es accesible hasta 12 semanas y prácticamente gratuito (1,45 euro) ya que esta práctica esta cubierta por el acuerdo Médico-Mutualista dentro del sistema nacional de seguridad social que es gerenciado por INAMI (Institut national d'assurance maladie-invalidité: Instituto nacional de seguro de salud e invalidez)

En este marco sería demagógico pensar que la mujer va elegir el aborto como método anticonceptivo⁹, que la despenalización de la práctica aumenta la incidencia al ser legal y que esto lleva a un libertinaje sexual cada vez mas precoz.

« El aborto es problema de la mujer, y solo a veces es un problema de médico».¹⁰

La importancia de garantizar la Calidad de los cuidados en Salud reproductiva:

Actualmente el GACEHPA agrupa 28 centros de planificación familiar que practican abortos. Siendo sus objetivos :

- asegurar la calidad de servicios,
- asegurar a la paciente en estado de desamparo-angustia por la situación en la que se encuentra,
- asegurar el acceso a los cuidados en salud reproductiva y al aborto en el marco de la ley, respetando la salud y la voluntad de la mujer.

Introducción de la Mifegina:

Método de interrupción del embarazo por mecanismos medicamentosos.

Es una interrupción del embarazo menos medicalizada y puede resultar mas fácil para ciertas mujeres.

Este método tiene sus limites pero es ampliamente utilizado, funciona muy bien en los centros de planificación familiar y menos en los centros Hospitalarios.

⁸ Estas cifras vienen de los informes de la comisión nacional de evaluación de la ley del 3 abril 1990

⁹ « avortement libre et gratuit ? » Dominique Roynet (medica, presidente del Gacehpa) ; Politique N°41, 2005.

¹⁰ Entrevista a Pierre Moonens, ex-presidente de la Federación Laica de los Centros de Planificación Familiar, miembro del Consejo de Administración del Gacehpa y de la Fiapac.

Fragilidad:

¿Cuáles son las dificultades persistentes?

La situación de culpa vivida por las mujeres debidas a las connotaciones negativas vehiculizadas por la sociedad, frente a la práctica del aborto. Esta connotación negativa del aborto persiste aún después de tantos años de practicas y 15 años de legalidad.

Esto se debe a los dogmas que durante siglos la iglesia católica inculcó, lo cual hace que las relaciones y actitudes sociales evolucionen más lentamente que las mentes de los individuos.

La posición academicista de la universidad se manifiesta en la falta de compromiso institucional frente a la salud reproductiva y sexual de las mujeres. Las formaciones que incluyan materias al respecto, siguen siendo inexistentes y/o dependientes del criterio de los profesores. Así vemos que, muchos de los profesionales terminan su formación con prejuicios y poca o ninguna capacitación en el área.

Cuando se sale de la esfera privada de los profesionales y de las empresas, no se movilizan mas por un acto tan poco rentable (monetariamente hablando) y por un derecho que se considera adquirido (el derecho al aborto).

Evolución de la demanda:

La interpelación de las migraciones, por ejemplo en Bruselas, en ciertos barrios, son las mujeres de origen extranjero que son quienes mas piden la practica del aborto. Estas mujeres, en general, están en una situación económica precaria, sin cobertura social, culturalmente en tensión entre su origen y su vida actual. Viven con dificultad este momento y el acompañamiento tiene que ser adaptado, miedo de la practica muchas veces ilegal en su país de origen, ausencia de prevención.

La situación europea:

En 2002, una diputada europea belga del Partido Socialista logra hacer pasar una resolución sobre el derecho de salud reproductiva, en la línea de recomendaciones del plan de acción del Cairo. En 2004, otra diputada europea belga del mismo partido, en el informe de los derechos humanos logra incluir la salud reproductiva de manera amplia pero poco precisa frente a la oposición de Partido Popular Europeo (derecha de raíces cristianas).

Esta es la marca de los « rapports de force » grupos de fuerza en el parlamento europeo, donde desde entonces, siguen las presiones integristas dogmáticas para intentar ir « hacia atrás » y nuevamente penalizar el aborto, pero también la homosexualidad, la eutanasia, la investigación de células madres, la procreación asistida, la experimentación sobre embriones. Pero, esta línea integrista no esta solamente activa en el parlamento europeo sino también respaldada por la Comisaría de la Comisión Europea sobre los derechos de la mujer. Es la comisaría designada por Eslovaquia.

Por otro lado se manifiestan las presiones de ciertas representaciones de « la sociedad civil de carácter integrista, y que hacen lobby, como por ejemplo Human Life International (organización que pone en el Web un ranking de los diputados según sus votos ligado con la religión, si se los debe acercar o se los debe aislar!)...

Por último las consultas de los representantes de la comisión europea se dirigen hacia la parte de la sociedad civil más religiosa, incluyendo la iglesia de ciencología¹¹ y olvidándose de los ateos humanistas.¹²

Conclusiones:

El debate incluye a la ética:

¿Cómo los profesionales se pueden sentir parte de este debate y esta situación injusta frente a la denegación de derecho, como son considerados a nivel internacional los derechos reproductivos y sexuales?

En una dimensión multicultural y globalizada de la sociedad donde la posición liberal llama a la tolerancia, ser neutro y tolerante lleva a la NO responsabilidad de la lucha contra la situación injusta; a esto llamamos tolerancia abierta (liberal). Actualmente la cuestión es de volver a demandar al poder político comprometido con la justicia social. Los movimientos sociales tienen que demostrar que no hay neutralidad.

El concepto de Juramento de Hipócrates que se mantiene « inmutable » desde hace siglos, pone a los médicos en una situación de conservadurismo teñido de neutral. Sin embargo esta postura es una postura política, porque es inmovilista y que tiende a no modificar las situaciones de injusticia, reflejando una negación de derechos adquiridos y una desadaptación frente al desarrollo y evolución de la sociedad. Los médicos no pueden ni deben proteger/se utilizando la postura mas conservadora de la ética como idea fijada en el tiempo, porque esta opción política, los aleja de aquello que dicen respetar y proteger los seres humanos.

Los médicos que justifican su pertenencia a esta ética, lo hacen a través de una postura anti universalista y anti humanista; es decir a través de una referencia hacia su propia identidad étnica, religiosa, profesional; excluyendo todo criterio moral legal y universal, porque solo defienden hechos particulares propios y desde su exclusivo punto de vista¹³.

Porque no existe en una sociedad una posición neutra, es que debería haber una reflexión para que las acciones en salud sean el camino de la emancipación de la persona hacia una construcción humanista y universalista.

¹¹ Ciencología (en español) o sicientología) e inglés) es un sistema de creencias originalmente propuesto como una filosofía laica, pero que en 1953 fue reorientada hacia una filosofía religiosa aplicada. El gobierno francés la considera una secta y le ha negado el status de religión y en Bélgica se la considera una organización potencialmente peligrosa investigada por las autoridades y por los tribunales.

¹² « Une Europe tiraillée » Véronique De Keyser, euro diputada belga, profesora en la ULG), Politique N°41, 2005.

¹³ « plaidoyer en faveur de l'intolérance » Slavoj Zizek, P86, 2007.

Es entonces que sale a la luz la necesidad y la prioridad. Es la necesidad y la prioridad de tomar partido, que es la sola manera de ser / devenir universal y humanista.

Les agradezco mucho haber dado este médico, Jorge Boute, en el siglo pasado, que tanto lucho y permitió a muchas mujeres en Bélgica haber podido disfrutar de los derechos sexuales y reproductivos.

Esperamos seguir adelante juntos y poder

devolverles a ustedes el mismo compromiso. Dedico mi ponencia al recuerdo de la incansable luchadora la médica fallecida que me hizo descubrir la situación en argentina: la doctora Silvia Cóppola.

NUDOS CRÍTICOS EN LA INTERVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA

Laura Nuño

"La violencia es un fenómeno sumamente difuso y complejo cuya definición no puede tener exactitud científica, ya que es una cuestión de apreciación. La noción de lo que son comportamientos aceptables e inaceptables, o de lo que constituye un daño, está influida por la cultura y sometida a una continua revisión a medida que los valores y las normas sociales evolucionan. ... La cultura desempeña un papel fundamental, al establecer la frontera entre comportamientos aceptables y abusivos y definir la respuesta a la violencia". Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: de la organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁴.

La violencia machista es la segunda causa de muerte intencionada en España. Las políticas implementadas durante los últimos años, con la aprobación de la Ley reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica¹⁵ y de la Ley Orgánica de Medidas de protección Integral contra la Violencia de Género¹⁶, no han logrado frenar la escalada de femicidios.

Cuantificar el número de mujeres muertas, resulta desolador. Son cada vez más y cada una de ellas representa una vida sometida a la tortura con resultado de muerte. En lo que va de año han muerto 69 mujeres¹⁷, más mujeres que durante todo el año 2006. Pero las mujeres muertas a manos de su pareja o ex pareja, no representan más que la punta del iceberg de la espantosa lacra de la violencia machista. Se estima, que en España hay casi dos millones y medio de mujeres víctimas de violencia de género¹⁸. Mujeres que sufren una agresión física, psicológica, sexual o simbólica por el hecho de ser mujeres. Son agredidas por hombres que entienden, desde un concepto moderno de la esclavitud¹⁹, que el cuerpo y la vida de una mujer no es propiedad de su portadora.

Si bien es cierto, que la cifra de mujeres víctimas, expuestas a la violencia de género ha disminuido durante el último año, las agresiones son cada vez más violentas y la cifra de mujeres muertas es cada año superior. Es más, en España, ha disminuido la tasa de femicidios en general pero ha aumentado la de femicidios domésticos y, sobre todo, la de femicidios a manos de pareja o ex pareja (+47,95%). Por

¹⁴ Se puede consultar un resumen del informe en castellano en <http://www.redfeminista.org/documentosA/oms%20resumen.pdf>

¹⁵ Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica

¹⁶ LEY ORGÁNICA 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. La aprobación de la LIVG supuso la reforma de la Ley orgánica reguladora del Derecho a la Educación, Ley Orgánica de Ordenación del Sistema Educativo, Ley Orgánica de Calidad de la Educación, Ley General de Publicidad, Ley del Estatuto de los Trabajadores, Ley General de la Seguridad Social, Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública, Ley Orgánica del Poder Judicial y Ley de Enjuiciamiento Criminal.

¹⁷.- Datos a 23 de noviembre de 2007

¹⁸.- Cifras recogidas de las investigaciones más solventes en esta materia, como la Macoencuesta sobre Violencia de Género del Instituto de la Mujer de 2006 o el Informe sobre Perfil psicopatológico de las mujeres maltratadas de AMOR ANDRÉS (2004)

¹⁹ Como defiende Susan Moller Okin, el patriarcado diseña un concepto de esclavitud de género mucho más férreo y menos visible que la esclavitud "tradicional". De esta forma, las tareas de las personas esclavas eran reconocidas como trabajo, se reconocía el sometimiento, y no se definía su identidad por sus funciones. Sin embargo, no ocurre lo mismo con el sometimiento de las mujeres. Sometimiento que se niega y al que el naturalismo determinista otorga un carácter ontológico (OKIN, 1996:147)

ello y como señala el Estudio sobre Violencia del Centro Reina Sofía²⁰, *“En España, [la mujer] parece estar más segura en la calle que en su casa y mucho más segura en la calle que con su pareja”*.

Sin embargo, sólo una de cada cinco mil mujeres ha denunciado durante el último año a su agresor. Pero ¿qué ocurre con las que denuncian? Una cuarta parte de las fallecidas había denunciado a su agresor y las instituciones no fueron capaces de proteger su vida... ¿qué está fallando en la respuesta institucional al terrorismo machista?, ¿por qué no son más las que denuncian?, ¿por qué las instituciones son incapaces de proteger sus vidas?, ¿por qué no están funcionando las numerosas²¹ políticas implementadas?

Con la vocación de resolver estos interrogantes, las siguientes líneas intentan, muy someramente, cubrir dos objetivos: en primer lugar, identificar el perfil de las mujeres víctimas de violencia de género en España, el perfil de los asesinos y el escenario de la agresión. Identificar el contexto y las condiciones en se produce la agresión permite no sólo un acercamiento al problema sino identificar porqué están fallando las políticas contra la violencia de género. En segundo lugar, cubierto este primer objetivo, se pretenden señalar algunos nudos críticos en la intervención contra la violencia de género en España.

1.- VÍCTIMAS, AGRESORES Y ESCENARIO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA

1.1.- Perfil de las mujeres víctimas de violencia de género en España: magnitud y variables coadyugantes.

Hay muchas formas de maltrato y cada vez conocemos más datos. Pero la imagen de la violencia, casi cotidiana, que sufren las mujeres sigue difusa: ¿quiénes son estas mujeres?; ¿cuántas son?; ¿qué rasgos sociodemográficos tienen?... Intentar abordar el perfil de estas mujeres no es tarea fácil. Las fallecidas (por desgracia) sabemos quienes eran y cual era su situación personal. Las denuncias ofrecen también algunos datos, pero como todavía la proporción de denuncias es muy reducida su análisis no ofrece un panorama ni certero ni veraz. Es por ello que se ha recurrido a las Macroencuestas sobre Violencia de Género aplicadas durante los años 1999, 2002 y 2006 por SIGMADOS para el Instituto de la Mujer²².

²⁰ III Informe Internacional sobre Violencia contra la mujer del Centro Reina Sofía, 2006

²¹ Las principales herramientas legislativas españolas aprobadas a partir del año 2003 son la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica; las 10 medidas urgentes contra la violencia doméstica y de género (aprobadas en Consejo de Ministros de 7 de mayo 2004); el Protocolo de actuación de las fuerzas y cuerpos de seguridad y de coordinación con los órganos judiciales para la protección de las víctimas de la violencia doméstica y de género (aprobado el 10 de junio 2004); Ley Orgánica de Medidas de protección Integral contra la Violencia de Género (aprobada el 28 de diciembre 2004), el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género (aprobado en Consejo de Ministros el 15 de diciembre de 2006), las Medidas Urgentes en la lucha contra la Violencia de Género (aprobado en Consejo de Ministros el 15 de diciembre de 2006) y el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria Contra la Violencia de Género (aprobado en marzo de 2007)

²² Ficha técnica: Universo: Mujeres residentes en España de 18 ó más años. Ámbito: Nacional, incluidos los territorios de Ceuta y Melilla. Muestra: 32.426 entrevistas, con un error estadístico de + 0.61% para un nivel de confianza del 95.5% (dos sigma) y p/q=50/50, considerando la selección a nivel autonómico como si hubiese sido aleatoria simple. Tipo de muestreo: polietápico, estratificado, con selección aleatoria de las unidades secundarias (municipios) y de las unidades últimas (mujeres). Distribución de la muestra: semiproportional, con una cuota fija de 300 entrevistas por Comunidad Autónoma y el resto proporcional al tamaño poblacional. Entrevista: Telefónica mediante el sistema CATI. Fecha de trabajo de campo: Del 9 de enero al 16 de marzo de 2006. Realización: SIGMA DOS. Miembro de AEDEMO, ANEIMO, AEC (Asociación Española de Empresas de Consultoría), ESOMAR, WAPOR.

El principal problema de la investigación por encuesta, es que se ha de contar con la sinceridad de la persona entrevistada: lo que se analiza no son realidades, son declaraciones sobre estas realidades²³. Teniendo en cuenta estas limitaciones, la Macroencuesta del Instituto de la Mujer trabaja con una doble tipología:

Mujeres Tipo A: Invisibilidad de la Violencia (Violencia o maltrato técnico): Mujeres técnicamente maltratadas pero que formalmente no se reconocen como tal. Las respuestas que ofrecen en el cuestionario permiten identificar a este colectivo aunque no se declare como tal. Son aquellas mujeres que contestan que con frecuencia alguna persona de su entorno familiar es causa directa de alguna situación constitutiva de maltrato pero que no se declara víctima de violencia²⁴.

La proporción de mujeres técnicamente maltratadas representa un 9.6% del total de mujeres residentes en España (en términos absolutos un total de 1.786.978 mujeres).

Mujeres Tipo B: Violencia o maltrato declarado: Mujeres que se declaran maltratadas. El 3.6% de las mujeres residentes en España (lo que representa 677.352 víctimas) afirma haber sido víctima de malos tratos durante el último año por alguna de las personas que conviven en su hogar, o por su novio, aunque no conviva con la mujer.

GRÁFICO 1 EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE MUJERES MALTRATADAS EN ESPAÑA (1999-2006).



²³ Aunque estos datos demuestran claramente una tendencia, dada la sensibilidad del contenido, deben interpretarse teniendo en cuenta el sesgo de corrección política, de cortesía, o el denominado "efecto de aquiescencia" (TURNER Y MARTIN, 1984; HAKIM, 2005, MARÍN Y MARÍN, 1991). Por ello, hemos de contar con que habrá siempre un colectivo que no quiere declarar ante una persona ajena (entrevistador/a) que es víctima de tratos que considera vejatorios

²⁴ En la actualidad, alguna persona de su hogar (o su novio / pareja que no convive con ella) es causante, "frecuentemente" o "a veces", de alguna de las siguientes situaciones... Cuando tu novio, marido o compañero te golpea... te insulta, te amenaza, te hace sentir humillada, estúpida e inútil, Si te impide ver a tu familia o tener contacto con tus amigos, vecinos..., Si no te deja trabajar o estudiar..., Si te quita el dinero que ganas o no te da lo que precisas para las necesidades básicas de la familia..., Si te controla, te acosa y decide por ti, Si te descalifica o se mofa de tus actuaciones, Si te castiga con la incomunicación verbal o permanece sordo ante tus manifestaciones, Si te desautoriza constantemente en presencia de tus hijos, invitándote a no tenerlos en cuenta o Si te impone el acto sexual.

Fuente: Informe de resultados de la Macroencuesta III sobre Violencia de Género del Instituto de la Mujer realizada por SIGMA DOS.

Se incluyen a continuación las conclusiones más relevantes de ofrece este estudio:

- Tanto el maltrato técnico como el declarado han descendido durante los últimos años.
- El agresor más habitual es la pareja o ex pareja, pero es más frecuente entre las mujeres “técnicamente” maltratadas (74.6%) que entre aquellas que se declaran como tal (57.3%). La violencia es menos visible o se naturaliza más cuando la agresión procede de la pareja.
- La violencia ejercida por la pareja o ex pareja no es un acto esporádico, sino que responde a un ciclo que se prolonga en el tiempo. La mayoría de las mujeres maltratadas confiesan que el contexto de violencia se prolonga a más de un lustro. No obstante, se observa un ligero descenso con respecto al tiempo de maltrato observado en anteriores investigaciones. Las campañas de sensibilización han conseguido que el ciclo de la violencia sea más corto, pero no que se rompa la relación a la primera agresión. Las mujeres siguen dando una segunda, tercer, cuarta... oportunidad al agresor.
- El tamaño del habitat está claramente asociado con la visibilidad del maltrato. A medida que aumenta, aumenta la proporción de mujeres que se declaran maltratadas. La violencia se visibiliza menos, o se oculta más, en las zonas rurales. Zonas, donde las mujeres están además más aisladas y tienen menos acceso a los recursos contra la violencia de género.
- Se constata una relación inversamente proporcional entre el nivel de estudios y el maltrato técnico (Tipo A): cuanto mayor es el nivel de estudios mayor es la visibilidad de la violencia y menor su naturalización.
- El maltrato es superior entre mujeres con ingresos inferiores y entre las que no tienen una actividad laboral remunerada (las denominadas amas de casa), las que se encuentran desempleadas o que entre aquellas con contratos eventuales en el sector privado. Lo que confirma la tesis de que la autonomía económica de las mujeres afecta directamente a la violencia de género que soportan.
- La proporción de mujeres casadas es superior entre las mujeres técnicamente maltratadas (Tipo A). La visibilidad o el reconocimiento de la violencia es inferior entre aquellas mujeres que siguen compartiendo su vida con los agresores. Mujeres, que comparten además roles familiares tradicionales²⁵.
- En España, siete de cada diez mujeres, tiene hijos/as, proporción que es superior entre las mujeres víctimas de violencia de género, entre las cuales es también más temprana la maternidad (la proporción de madres con menos de 30 años es bastante superior a la media estatal, sobre todo entre las mujeres técnicamente maltratadas).

²⁵ Si bien es relevante que la proporción de mujeres casadas víctimas de maltrato haya disminuido de forma significativa durante los últimos cuatro años.

- Como se observaba en investigaciones anteriores (1.999 y 2002), la sintomatología del maltrato es más aguda entre las mujeres que se declaran maltratadas. Sólo la inapetencia sexual, que ha sufrido un ligero descenso con respecto al año 2002, se observa similar entre ambos colectivos.
 - Durante lo últimos años, en el maltrato técnico (no declarado), han aumentado los sentimientos de fatiga permanente, de ansiedad o angustia, de irritabilidad y de insomnio; y han descendido los cambios de ánimo.
- En el maltrato declarado han aumentado los sentimientos de ansiedad o angustia, los dolores de espalda o de articulaciones, la tristeza “por pensar que no valen nada” y las ganas de llorar “sin motivo”.

TABLA 1 SINTOMATOLÓGIA. MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.

	TIPO A			TIPO B		
	1999	2002	2006	1999	2002	2006
Dolores de cabeza	51.8	54.5	54.2	53.2	57.9	60.1
Gripe	27.3	29.0	23.5	27.0	30.0	27.4
Ganas de llorar sin motivos	50.3	51.6	51.7	55.7	55.3	58.2
Dolores de espalda o articulaciones	72.1	77.2	77.0	76.4	77.1	80.3
Cambios de ánimo	72.4	72.1	69.5	78.7	76.1	76.0
Ansiedad o angustia	52.3	52.0	54.0	63.1	62.3	68.6
Inapetencia sexual	44.0	47.0	46.4	45.7	49.9	46.4
Irritabilidad	54.2	50.2	52.2	59.0	58.6	58.0
Insomnio, falta de sueño	47.2	46.8	47.6	55.4	52.6	53.7
Fatiga permanente	27.6	25.8	29.2	34.9	34.8	35.6
Tristeza porque pensaba que no valía nada ...	40.6	39.4	39.3	50.2	46.1	49.2

Fuente: Informe de resultados de la Macroencuesta III sobre Violencia de Género del Instituto de la Mujer realizada por SIGMA DOS.

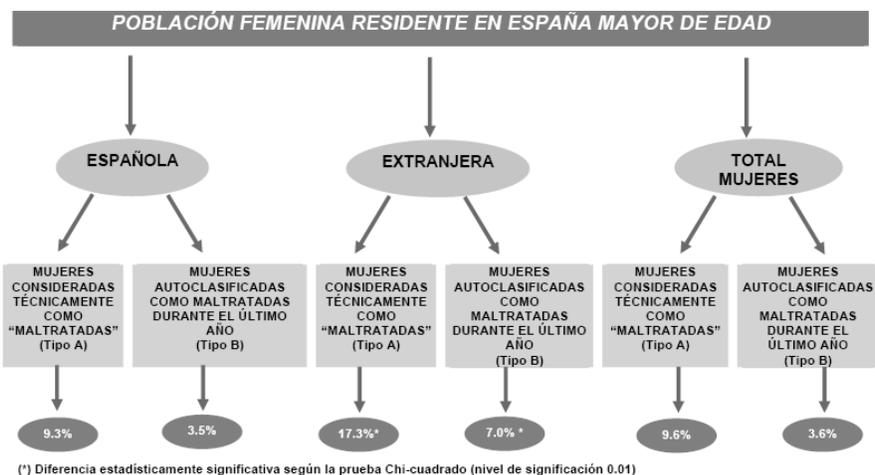
TABLA 2.- SINTOMATOLÍA. TOTAL DE MUJERES.

	TOTAL MUJERES		
	SÍ	NO	NS/NC
<i>Dolores de cabeza</i>	43.3	56.6	0.1
<i>Gripe</i>	20.0	80.0	0.1
<i>Ganas de llorar sin motivos</i>	30.0	69.9	0.1
<i>Dolores de espalda o articulaciones</i>	68.7	31.3	--
<i>Cambios de ánimo</i>	49.1	50.7	0.2
<i>Ansiedad o angustia</i>	32.1	67.8	0.2
<i>Inapetencia sexual</i>	24.8	72.3	2.9
<i>Irritabilidad</i>	31.3	68.4	0.2
<i>Insomnio, falta de sueño</i>	34.3	65.6	0.1
<i>Fatiga permanente</i>	15.9	84.0	0.1
<i>Tristeza porque pensaba que no valía nada</i>	18.1	81.7	0.2

Fuente: Informe de resultados de la Macroencuesta III sobre Violencia de Género del Instituto de la Mujer realizada por SIGMA DOS.

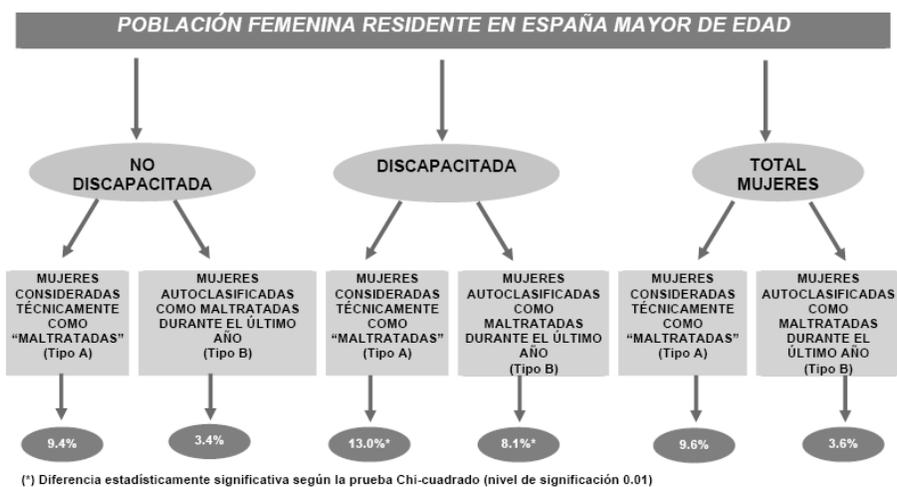
- Entre las mujeres que no se consideran maltratadas, pero que técnicamente lo están (Tipo A), se observa un componente superior de maltrato estructural y de maltrato sexual. Mientras que entre las mujeres que visibilizan y declaran el maltrato (Tipo B), es superior el maltrato psicológico y físico. Por tanto, podemos concluir que el maltrato estructural y sexual se visibiliza en menor medida como violencia de género que el físico o psicológico.
- Las mujeres con discapacidad y las mujeres extranjeras residentes en España, representan colectivos especialmente vulnerables al maltrato. Entre las primeras se observan las tasas más elevadas de maltrato declarado (Tipo B) y en las segundas de maltrato técnico (Tipo A). La autonomía económica, el acceso a los recursos y los patrones culturales de género de las mujeres migrantes, inciden de forma notable no sólo en un incremento de la violencia de género sino en una mayor naturalización y en una menor percepción de la misma.

GRÁFICO 2 PREVALENCIA VIOLENCIA DE GÉNERO. MUJERES EXTRANJERAS RESIDENTES EN ESPAÑA Y TOTAL MUJERES.



Fuente: Informe de resultados de la Macroencuesta III sobre Violencia de Género del Instituto de la Mujer realizada por SIGMA DOS.

GRÁFICO 3 PREVALENCIA VIOLENCIA DE GÉNERO. MUJERES CON DISCAPACIDAD Y TOTAL MUJERES.



Fuente: Informe de resultados de la Macroencuesta III sobre Violencia de Género del Instituto de la Mujer realizada por SIGMA DOS.

1.2.- Femicidios: prevalencia, incidencia, perfil de las mujeres asesinadas

En algunos casos, la violencia de género termina con el asesinato de la víctima. Los femicidios representan la consecuencia más brutal y desgarradora de las cifras infames que acompañan a la violencia machista.

Desgraciadamente, en España las mujeres muertas a manos de sus parejas o ex parejas no decrece. La legislación y las acciones puestas en marcha durante los últimos años no parecen haber tenido el resultado esperado.

TABLA 3 FEMICIDIOS EN ESPAÑA (1999-2007).

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
									19-jun
PAREJA O EXPAREJA	54	63	50	54	71	72	58	68	36
Cónyuge	30	31	25	24	31	34	21	31	14
Excónyuge	2	4	2	2	4	5	3	4	3
Compañera Sentimental	13	13	16	19	18	14	11	15	12
Excompañera Sentimental	3	3	1	3	9	6	6	9	4
Novia	3	8	2	4	6	8	12	4	2
Exnovia	3	4	4	2	3	5	5	5	1
En Fase de Ruptura (1)	16	10	16	9	12	12	1	12	4
En Fase de Ruptura + Exparejas	24	21	23	16	28	28	15	30	12
% "En Ruptura" sobre total de muertes	44,44	33,33	46,00	29,63	39,44	38,89	25,86	44,12	33,33

Fuente: 1999 - 2005: Elaboración del Instituto de la Mujer a partir de noticias de prensa y de datos del Ministerio del Interior. A partir de 2006, datos de la Delegación Especial de Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer.

Nota: Datos permanentemente actualizados

(1) Se incluyen aquellas parejas (cónyuges, compañeros sentimentales o novios) en las que se ha planteado la ruptura de la relación y aquellos matrimonios en los que todavía no han surtido los correspondientes efectos legales.

En muchas ocasiones, la ruptura de la pareja, de la convivencia y la consecuente pérdida de control sobre la vida de "sus" mujeres, es el detonante para que los agresores acaben definitivamente con la vida de las víctimas.

La proporción de denuncias sigue siendo poco significativa. Aunque el incremento durante los últimos años ha sido en términos absolutos muy notable; todavía es reducida la proporción de víctimas que denuncia.

TABLA 4 NÚMERO DE DENUNCIAS²⁶.

²⁶ Fuente: Avance Balance de resultados de la aplicación de la LIVG. Secretaría General de Políticas de Igualdad y Delegación especial del Gobierno contra la Violencia sobre al Mujer. Diciembre 2006. <http://www.mtas.es/igualdad/violencia/Balance.pdf>

		2002	2003	2004	2005	2006
Mujeres. Datos Absolutos. (Delitos + faltas)	Enero	3.080	3.617	4.116	4.470	4.777
	Febrero	2.963	3.040	3.981	4.000	4.279
	Marzo	3.336	3.741	4.325	4.807	4.971
	Abril	3.468	3.831	4.343	4.665	4.866
	Mayo	3.492	4.436	5.080	5.189	5.453
	Junio	3.926	4.729	5.242	5.490	5.489
	Julio	4.148	4.763	5.690	5.940	5.973
	Agosto	3.921	5.256	5.682	5.891	5.841
	Septiembre	4.207	4.546	5.110	5.236	5.836
	Octubre	3.736	4.102	4.797	4.976	5.454
	Noviembre	3.311	3.949	4.533	4.401	
	Diciembre	3.725	4.078	4.628	4.603	
	TOTAL ACUM	43.313	50.088	57.527	59.758	52.939

Datos elaborados por el Instituto de la Mujer en base a información facilitada por el Ministerio del Interior; las cifras no incluyen las denuncias formuladas ante las policías de ámbito autonómico.

El mayor número de femicidios (tanto en términos absolutos como en prevalencia), se ha producido entre mujeres con edades comprendidas entre los 35 y los 44 años. Sin embargo, como señalábamos con anterioridad, no hay ningún factor asociado a la misma y las víctimas se encuentran en todos tramos de edad.

TABLA 5 FEMICIDIOS EN ESPAÑA DURANTE EL AÑO 2006: EDAD DE LAS VÍCTIMAS.

	Número de casos	Porcentaje	Prev. por millón
Entre 15 y 24 años	6	8,82	2,28
Entre 25 y 34 años	21	30,88	5,66
Entre 35 y 44 años	22	32,36	6,29
Entre 45 y 54 años	6	8,82	2,12
Entre 55 y 64 años	3	4,41	1,26
Más de 64 años	10	14,71	2,36
Edad desconocida	1	-	-
Total	69	100	3,58

Fuente: Datos extraídos del Informe *"Mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja"*. Centro Reina Sofía, enero de 2007.

Como ocurría con las víctimas, la prevalencia entre mujeres extranjeras residentes en España es muy superior. El 40% de las mujeres asesinadas durante el año 2007 eran extranjeras; colectivo que sólo representa el 7.96% de la población de mujeres que residen en España. Las mujeres migrantes, están seis veces más expuestas a la muerte por violencia de género.

1.3.- Perfil de los agresores

- La mayoría tiene edades comprendidas entre los 35 y los 44 años, el 60% tenía empleos no cualificados y sólo uno de cada diez tenía una orden de alejamiento.

TABLA 6 FEMICIDIOS EN ESPAÑA DURANTE EL AÑO 2006:
EDAD DE LOS AGRESORES.

	Número de casos	Porcentaje	Prev. por millón
Entre 15 y 24 años	4	5,80	1,44
Entre 25 y 34 años	16	23,19	4,02
Entre 35 y 44 años	27	39,13	7,44
Entre 45 y 54 años	7	10,14	2,48
Entre 55 y 64 años	3	4,35	1,33
Más de 65 años	12	17,39	3,88
Total	69	100	3,72

Fuente: Datos extraídos del Informe *"Mujeres asesinadas por su pareja o ex pareja"*. Centro Reina Sofía, enero de 2007.

- La mayoría de los asesinos fueron detenidos por los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado (el 44.93% fueron arrestados y el 21.74% se entregaron en dependencias policiales), una tercera parte intentaron suicidarse (31.59%) de los cuales dos cada tres lo lograron con éxito. Sólo un 1.45% permanecen huidos de la justicia.
- La vinculación más frecuente entre víctima y agresor es la de conyuges. Casi la tercera parte de los asesinatos (28.37%) se perpetraron tras la ruptura entre la víctima y el asesino o durante la misma.
- Más de la mitad de los asesinatos se produjeron en el domicilio de la víctima (58.46%) y la mayoría se perpetraron desde la proximidad (la gran mayoría utilizando un arma blanca). En la décima parte de los casos, los hijos e hijas se encontraban presentes durante la agresión.
- La gran mayoría se produjeron en periodos donde es mayor la convivencia familiar o en los que el agresor tiene más tiempo libre: periodos vacacionales (enero, julio y agosto) o festivos (viernes y domingo). La hora no parece ser determinante, aunque es ligeramente más elevada la proporción de los femicidios cometidos desde las 0 a las 15 horas.

Estos datos arrojan un espantoso, un duro y macabro relato. Sin embargo, representan una descripción necesaria para la intervención y la denuncia de la violencia de género intrafamiliar.

1.4.- Factores de riesgo:

A estas alturas a nadie se le oculta que el factor de riesgo es sencillamente ser mujer. Sin embargo, existen factores asociados que incrementan el riesgo de agresión, y que podríamos clasificar²⁷ en:

²⁷ Tipología recogida en SANMARTÍN, JOSÉ (2003) II Informe Internacional sobre Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja Estadísticas y legislación. Centro Nacional Reina Sofía. Madrid.

Factores sociales

En el caso de las víctimas cabe destacar los siguientes:

- Carencia de apoyo social.
- Escaso apoyo institucional.

En el caso de los agresores cabe destacar los siguientes:

- Existencia de instituciones (educativas, laborales, judiciales, etc.) que reproducen un modelo de relación de poder vertical, autoritario y sexista.
- Existencia de instituciones y de un ambiente social que naturaliza la violencia, considerándola como un "asunto familiar o de pareja".

Factores familiares

- Estructura vertical y rígida.
- Fuerte adhesión a los estereotipos de género.
- Reparto de las responsabilidades familiares acorde con los roles de género.
- Escaso grado de autonomía de los miembros de la familia.

Factores individuales

En el caso de las víctimas: Cualquier mujer, por el mero hecho de serlo, puede ser maltratada por su pareja o ex pareja. No hay factores de riesgo característicos de las víctimas, aunque la dependencia económica y una excesiva "entrega" puede contribuir, si no al origen, sí al mantenimiento de la violencia de pareja.

En el caso de los agresores cabe destacar los siguientes factores individuales²⁸:

- Interiorización de un modelo de masculinidad rígido y estereotipado.
- Socialización en el valor de la disciplina.
- Presencia de notas psicológicas relacionadas con la socialización sexista recibida: misoginia, inseguridad, impulsividad, hipercontrol, etc.
- "Dieta dura" de visión de violencia real o filmada.

²⁸ . Sin embargo, está ampliamente constatado que la violencia de género en el ámbito doméstico no obedece a patologías individuales ni a desórdenes psíquicos ni a cuestiones asociadas al alcoholismo, el desempleo o la pobreza. Si bien es cierto, que la incidencia es mayor entre hombres con estos problemas o incluso, que son factores que pueden desencadenar una agresión más intensa, no pueden ser considerados como causas directas sino como elementos coadyugantes. Aunque algunos informes, incorporan el "abuso de sustancias tóxicas" y defienden que el consumo de alcohol y drogas correlaciona positivamente con la violencia en sus diversas formas, lo cierto es que no se dispone de datos fiables al respecto. Si bien es cierto, que su abuso sobre un hombre violento intensifica la violencia.

2.- ALGUNOS NUDOS CRÍTICOS EN LA INTERVENCIÓN

La intervención para erradicar la violencia de género no es tarea fácil. Existen algunos nudos críticos muy visibles de cara a la intervención que merman la eficacia de las medidas implementadas y entre los que se encuentran:

2.1.- El sistema sexo-género: el mensaje social global y globalizado

El sistema sexo-género no sólo es el origen de la violencia sino el soporte que permite su mantenimiento. El género, que establece relaciones de dominación y desigualdad en función del sexo de cada persona, representa una estructura ideológica que normaliza el sometimiento de las mujeres a los hombres. Según la construcción de género patriarcal los hombres "mandan" sobre las mujeres y son los legítimos propietarios de su cuerpo. Mientras el mensaje hegemónico siga siendo que los varones mandan sobre las mujeres, será difícil democratizar las relaciones de género en el espacio privado, transmitir que en el espacio privado "mandan" lo mismo.

Porque mientras las mujeres sean construidas dialécticamente como la "otroidad absoluta", por oposición a la centralidad de la figura del varón; mientras que - como señalaba Beauvoir- el sea el Sujeto, lo Absoluto y ella el Otro (BEAUVOIR, 1998:19) será difícil trasladar un mensaje de respeto y de equivalencia al ámbito privado.

Por ello, las mujeres son particularmente vulnerables al maltrato infligido por la pareja en las sociedades en las que existen importantes desigualdades entre hombres y mujeres; rigidez en los roles de los géneros; normas culturales que respaldan el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones blandas para estos comportamientos. Estos factores pueden determinar que para una mujer sea poco habitual o incluso arriesgado abandonar una relación en la que se produce violencia.

2.2.- La violencia como respuesta del patriarcado ante la pretensión de autonomía de las mujeres

La violencia, representa un mecanismo de respuesta que aparece frente a un conflicto determinado. El origen de la violencia de género es el patriarcado pero, paradójicamente, el conflicto puede ser precisamente la pretensión de autonomía de las mujeres.

Por ello, es también frecuente que en aquellos países con mayor igualdad entre mujeres y hombres y con una legislación y una práctica política más avanzada en materia de igualdad de género (como es el caso de Bélgica, Finlandia o Dinamarca) las tasas de femicidios sean sorprendentemente elevadas. El conflicto para el sistema de valores patriarcal es precisamente perder el control sobre las mujeres, que las mujeres

“pretendan” mandar o “valer” lo mismo, y en última instancia que las mujeres tengan el mismo poder que los hombres²⁹.

2.3.- Naturalización del control

La violencia de género es consecuencia directa del sistema androcéntrico y jerárquico del patriarcado y tiene un objetivo determinado: controlar a las mujeres a través de la violencia. Este control, en ocasiones, se naturaliza por las estructuras sociales patriarcales y por ende, por las personas socializadas en los patrones más extremos del sistema sexo-género. Y aquí probablemente esté el gran caballo de batalla en la lucha contra la violencia de género: desnaturalizar el control de los hombres sobre las mujeres. Muchas mujeres, inscritas en un férrea educación sexista vinculan el amor, el control y los celos, de forma que naturalizan el control como parte intrínseca de una relación de pareja con un hombre.

2.4.- Naturalización de la violencia: “mi marido me pega lo normal”

Pero al hilo de lo anterior, no sólo se naturaliza el control sino la violencia. La percepción de la violencia es subjetiva y cultural. En el plano individual, la mujer víctima de violencia de género intrafamiliar tiende a naturalizar la violencia (“mi marido me pega lo normal”), a gestionar la misma desde el ámbito familiar (“los trapos sucios se lavan en casa”) y a interiorizarla desde la naturalización del sometimiento, con impotencia o resignación frente a la impunidad del agresor.

La intervención en España requiere de la complicidad, de la denuncia por parte de la víctima. Víctima que, en ocasiones, no es consciente o no visibiliza la agresión como violencia de género. En numerosas ocasiones la violencia no se percibe como un delito, ni siquiera como una agresión sancionable, sino como una característica que enmarca las relaciones de pareja, como el carácter específico del maltratador o como una respuesta puntual del agresor ante una presión externa o “un mal día”.

Por ello, muchas de las campañas de sensibilización puestas en marcha durante los últimos años, como “Si te pega no te quiere” (TVE) o “El amor no es la hostia” (FMP) tienen precisamente este objetivo: desvincular amor y agresión, desnaturalizar la violencia en la pareja y trasladar el mensaje de que la violencia responde a un ciclo que no es admisible.

2.5.- Resistencias y complicidades del patriarcado.

La sociedad y las instituciones transpiran ideología patriarcal. Es por ello, que tanto las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado como las instituciones judiciales minimizan y son “blandos” en el tratamiento y la

²⁹ Un estudio reciente de la Fundación “la Caixa” plantea que al analizar la evolución de la violencia contra las mujeres se trabaja con la hipótesis de que aumenta a medida que lo hace la autonomía de aquéllas, al verse cuestionada la autoridad y el código patriarcal. Es decir, la resistencia desesperada al cambio deviene en mayor agresividad del machismo, de los hombres.

condena de la violencia de género. En muchas ocasiones, se prima la estabilidad de la pareja, desanimando a la mujer víctima de violencia en la denuncia.

Esta minimización es bastante frecuente en las unidades policiales o judiciales no exclusivas, es decir, no especializadas en violencia de género. Por ello, una de las principales demandas del movimiento asociativo de mujeres es, precisamente, la formación de personal especializado y la creación de unidades específicas -policiales o judiciales- en violencia de género que permitan una actuación con la sensibilidad y los criterios no sexistas que requiere.

2.6.- Individualización del tratamiento víctima-maltratador.

Como se señalaba con anterioridad, la violencia de género es consecuencia del sistema sexo-género y de unos valores sociales patriarcales compartidos por una comunidad que establecen ciudadanos de primera o de segunda en función del sexo. Es un problema colectivo, un problema social y un problema político. Sin embargo, en su tratamiento, se individualiza el conflicto bajo el binomio víctima-maltratador como si fuera un hecho aislado, inter-partes, como una diversidad contingente que no tiene su origen en el modelo de relaciones sociales y en los valores que comparte una comunidad.

La individualización del tratamiento, no sólo aísla a las víctimas sino que tiende a trasladar las políticas implementadas hacia al ámbito de lo social, desviando su atención del ámbito de lo político³⁰. Pero las políticas asistenciales, no sólo excluyen a los colectivos afectados del universo de “los iguales” y representan políticas de inclusión dentro del eje dominación-subordinación, sino que son precisamente las que están siempre crisis, son políticas que se implementan desde la “condescendencia” del sistema, son políticas “negociables”

2.7.- El espacio privado como espacio no político: permisividad e invisibilidad

La histórica identificación entre lo público y lo político, ha definido el universo de lo privado por oposición no sólo a lo público sino a lo político y por tanto, la intervención en un problema considerado como privado ha tenido la consideración de injerencia por parte del Estado y consecuentemente, indudables resistencias institucionales y sociales.³¹

³⁰ Existe cierta tendencia a trasladar al ámbito de lo social los derechos de las mujeres. Cuando las mujeres no podían participar en el espacio público, la negación de este derecho tenía un carácter político y se ponían todos los instrumentos del Estado para garantizar su cumplimiento. Si a las mujeres no se les permite tener un control sobre sus derechos reproductivos, sobre su sexualidad, sobre sus relaciones afectivas se pone también todo el aparato punitivo del Estado para su control. Sin embargo, cuando estos derechos se reconocen ¿Qué instrumentos habilita el Estado para garantizar su ejercicio? ¿se toma “tan en serio” la garantía como la prohibición? Es decir, ante el mismo derecho ¿habilita los mismos medios para prohibir, cuando prohibía, como para garantizar? ¿no existe cierta tendencia a pasar estos derechos del ámbito de lo político al ámbito de lo social? ¿Cómo afecta esto a su reconocimiento?

³¹.- Intervención, que en muchas ocasiones se ha juzgado como una injerencia ilegítima por parte del Estado No deja de ser sintomático, que esto nuevamente se aplique sólo al reconocimiento de los derechos de las mujeres. Aspectos relacionados con el ámbito privado como la interrupción del embarazo, los derechos reproductivos, las relaciones homosexuales se han regulado tradicionalmente desde el espacio público sin que ello planteara un problema de injerencia.

En el plano colectivo se ha tendido a negar la violencia de género, a minimizarla o a considerarse como asunto privado que no es objeto de la intervención pública y a tratarse, en los casos más aterradores, como un hecho puntual, una conducta esporádica de un hombre violento, con problemas psiquiátricos, de alcohol o de drogas y no como un problema estructural comunitario de toda la sociedad.

Los agresores, por su parte han actuado y actúan, desgraciadamente, con la complicidad del patriarcado y desde la impunidad de lo invisible. Por ello, como señala Miguel Lorente Acosta, "El anonimato en la agresión se ha confundido con la inexistencia, la inexistencia ha conducido a la impunidad, y sobre la impunidad la violencia ha levantado su fortaleza, que ha ido creciendo hasta, paradójicamente, hacerse invisible. Ha sido, pues, esa normalización de la violencia contra la mujer en la relación de pareja la que ha permitido considerarla como algo habitual y propio de este tipo de relaciones, no su ocultación ni negación. Cuando una mujer manifiesta "mi marido me pega lo normal, pero hoy se ha pasado", significa que estamos fracasando como sociedad, y lo seguiremos haciendo hasta que no arranquemos de lo más profundo de su estructura la desigualdad y los instrumentos sobre los que se mantiene, entre ellos la violencia estructural de los hombres contra las mujeres."³²

Pero además, como se observaba en el estudio anterior, la violencia simbólica, estructural o sexual se percibe con mayor dificultad. La víctima y su entorno tienen mayores problemas tanto para identificar la agresión como violencia de género, como para demostrar la misma ante las instituciones judiciales o policiales así como para buscar complicidades con las instituciones patriarcales que minimizan estas modalidades.

2. 8.- Modelos afectivos, ciclo de la violencia y construcción identitaria de las mujeres

El proceso de socialización construye la identidad de las mujeres de forma teleológica, en función de un "ser en el otro". Según este diseño, una mujer sola es una mujer fracasada, una mujer que no ha cubierto con éxito los objetivos patriarcales en que ha sido socializada.

Por su parte, la construcción identitaria de la masculinidad patriarcal asentada en el icono simbólico de John Wayne, alimenta el binomio varones-fuertes y mujeres-sensibles, y provoca que muchas mujeres interpreten ese patrón hostil o violento de conducta como un comportamiento "varonil".

La mayoría de las mujeres víctimas de violencia, comparten valores tradicionales acerca del amor y el matrimonio y, por tanto, son presa fácil de la responsabilidad y de la culpabilización que acompaña a la ruptura de la pareja o de la familia. Algunas mujeres incluso vivencian la agresión como "un problema específico" de la relación. Relación, ante la que el entorno está en contra. Bajo la máxima de "el amor lo

³² LORENTE ACOSTA, Miguel en su ponencia *Reconstrucción y Modernización de la Masculinidad*, tomada de la sistematización de las jornadas Las Mujeres Andaluzas y la Segunda Modernización. Córdoba, el 15 de enero de 2003.

puede todo" y "todas las relaciones tienen sus problemas", muchas mujeres creen que deben luchar por solventar estos problemas y por garantizar la estabilidad de la familia o de la relación³³.

El agresor suele mostrar arrepentimiento después de una agresión intensa, se muestra frágil y reclama la ayuda de la víctima. El proceso de socialización convierte el cuidado en obligación moral específica de las mujeres y por tanto, las mujeres víctimas de violencia, se encuentran atrapadas entre el colapso emocional que representa una agresión, el deber del cuidado, la asunción del fracaso de la pareja y la responsabilidad de la ruptura del núcleo familiar³⁴. Ello, por supuesto, cuando no confluyen criterios de presión social o de autonomía económica.

3.- NUDOS CRÍTICOS ESPECÍFICOS DEL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN ESPAÑA

3.1.- En la definición de la violencia de género

En España se aplica un uso muy restrictivo del concepto de violencia de Género. Se entiende por violencia de género aquella que "*se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia*" (Artículo 1.1 de la Ley Integral contra la Violencia de Género (LIVG). Por tanto, sólo contempla la violencia intrafamiliar ejercida por la pareja o ex pareja. Pero mientras no se intervenga en la violencia comunitaria, laboral o mediática difícilmente se puede esperar una suerte de microcosmos de socialización en el ámbito familiar.

3.2.- En el enfoque de la intervención

En la Exposición de motivos de la LIVG, se hace referencia explícita a la desigualdad y a la discriminación existente entre mujeres y varones³⁵. Sin embargo, el desarrollo de la Ley no es coherente con esta

³³ La relación entre víctima y agresor (de afecto, de amor incluso) provoca que las mujeres perdonen, minimicen o aguanten las agresiones. Las mujeres que sufren violencia de género no sufren las agresiones físicas de forma constante. Por ello, es frecuente que la víctima intente buscar la explicación a la agresión en factores externos (alcohol, stress, problemas familiares, etc.) y que con el tiempo intente minimizarlos o evitar "molestar" al agresor cuando confluyen estos factores. La víctima suele intentar reducir la tensión mediante estrategias "negociadoras", estrategias que calmen al agresor. Cuando estas estrategias no funcionan la víctima termina por asumir la responsabilidad, la culpa o la incapacidad (síndrome de invalidez aprendida) de "no haberlo sabido calmar". Cuando se produce un episodio agudo de violencia la mujer se encuentra en un estado de colapso emocional al que acompañan sentimientos de indiferencia y depresión, que provocan un síndrome de acción retardada. Durante la etapa que sucede a los períodos agudos de violencia (la luna de miel o calma amorosa), se produce un período inusual de calma en el que el agresor se "arrepiente", trata de "compensar" a la víctima, se compromete a que no volverá a ocurrir e incluso inicia acciones correctoras para demostrarlo. Con el paso del tiempo, y una vez "sometida" la mujer al control del hombre, esta fase puede terminar desapareciendo.

³⁴ La propia construcción cristiana de las mujeres alimenta esta identidad. Las diosas desaparecerán para pasar a tener un referente femenino que reproducía el "ser en el otro", ser la madre de Dios. En 1995 se celebró la Gran Vigilia de la Inmaculada bajo el lema de "*La Virgen María modelo de mujer y madre*" y el Papa Juan Pablo II, nos exhortó a ver en María "*la expresión más perfecta del genio femenino*". Es más, en el rito sacramental del matrimonio sólo las mujeres prometen obediencia.

³⁵ "La violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo" Exposición de Motivos. El artículo 1.1, recoge "La presente Ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres..."

definición, aborda el problema como un problema de mujeres maltratadas y hombres violentos, no como un problema colectivo y político.

Las campañas de sensibilización se orientan, fundamentalmente, a “animar” a las mujeres a que denuncien a sus agresores. Pero, cuando ello ocurre, las instituciones tampoco son capaces de garantizar su protección. Son muchas las sentencias benévolas con los maltratadores; los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado son incapaces de garantizar el cumplimiento de la orden de alejamiento o la seguridad de la víctima y los medios de comunicación no dejan de dar cuenta y denunciar las mujeres muertas por violencia de género. Este panorama desolador, lejos de animar a las víctimas a denunciar, muestran un fin aterrador y demuestran como, finalmente, el agresor “si quiere, se sale con la suya”.³⁶ En esas condiciones ¿qué se le está pidiendo a una mujer socializada en los estándares más tradicionales del patriarcado?, ¿qué denuncie al padre de sus hijos/as?, ¿quién garantiza su protección? . Pero la protección se activa sólo ante la denuncia y el problema es que las características de la relación con el agresor, el colapso emocional en el que se encuentran, los complejos de culpa, la responsabilidad que asumen, las propias condiciones volitivas de las mujeres víctimas de violencia y la percepción colectiva de falta de eficacia en la intervención no facilitan esta decisión.

¿En qué situación personal se encuentran las mujeres víctimas de violencia?, ¿Qué se le está pidiendo a las víctimas? ¿qué eleven su ruptura familiar, su fracaso en términos patriarcales, ante las instituciones policiales y judiciales?, ¿se le está pidiendo a una mujer -que se identifica en todo el proceso como parte pasiva del ciclo- que sea la parte activa en la denuncia?. Pero además las mujeres más vulnerables³⁷ o más expuestas a la violencia son precisamente aquellas que tienen mayor distancia con respecto a las instituciones judiciales o penales.

Es por ello, que una de las críticas más unánimes en la intervención en España contra la violencia de género es la excesiva judicialización de la intervención y la ausencia de medidas previas a la denuncia.

3.1.- En el tratamiento y los medios habilitados contra la violencia de género

En tercer lugar, las políticas implementadas contra la violencia de género en España, adolecen no sólo de coherencia en la definición y el enfoque sino en el tratamiento y la dotación de medios. Por ejemplo, no se contempla la revisión de los juicios rápidos como modalidad procesal, lo que puede propiciar situaciones de impunidad efectiva. Tampoco se respeta la previsión expresa del derecho de las víctimas a no coincidir con su agresor en dependencias policiales o judiciales.

La falta de medios materiales y humanos es una constante en todos los ámbitos de la intervención: existe un reducido número de juzgados especializados, un escaso desarrollo de las medidas destinadas a la sensibilización, a la educación, a las campañas de información y una ausencia generalizada de la adecuada formación de las personas que intervienen en el proceso.

³⁶ Es más, está contratado que muchos agresores utilizan la denuncia pública de un nuevo femicidio en los medios de comunicación para “avisar” a la víctima, con la amenaza de que “la próxima puede ser ella”.

³⁷ Como representan las mujeres migrantes, las mujeres con menos recursos económicos y culturales o las mujeres que residen en zonas rurales.

Paralelamente, la organización territorial del Estado Español (Estado Autonomico) y la descentralización competencial que existe en esta materia, provoca que exista una desigual atención en función de cada comunidad autónoma y una heterogeneidad territorial muy acusada en la respuesta institucional. Existen, así mismo, graves disfunciones en cuanto a la coordinación entre instituciones, que se plasman en una cobertura insuficiente o, cuando no, en la superposición de servicios (como los de teleasistencia). Pero además, hay aspectos muy importantes que se omiten en la intervención contra la violencia de género, como disposiciones para garantizar el derecho de las víctimas a obtener reparación (que existen para otro tipo de agresiones) o la calendarización y el presupuesto (por ejemplo de las 20 Medidas Urgentes contra la violencia de género, aprobadas en Consejo de Ministros el 15 de diciembre de 2006) Sin duda, durante los últimos años, ha habido avances muy importantes. La propia existencia de la Ley Integral contra la Violencia de Género representa una herramienta muy aplaudida desde el tejido asociativo de mujeres. Sin embargo, el enfoque y el tratamiento se muestran claramente insuficientes y no abordan la intervención con la complejidad que requiere.

4.- ALGUNAS PROPUESTAS PARA LA INTERVENCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Cualquier intervención en esta materia debe abordar no sólo mecanismos punitivos de sanción a los agresores³⁸ y de protección a las víctimas, sino una apuesta clara y contundente por:

- Vencer las resistencias del patriarcado frente a la igualdad entre mujeres y varones. Resistencias que se traducen en acciones violentas frente a la pretensión igualitaria.
- Desnaturalizar la construcción de género y de la violencia. Visibilizar y sensibilizar a la ciudadanía de la injusta distribución de recursos e identidades del sistema sexo-género. Desarticular la ontología esencialista del patriarcado que pretende justificar la desigualdad de género y de la violencia en las relaciones intragenéricas como un comportamiento aceptable, "normal", natural y habitual. Hemos de ser capaces de cuestionar la división sexual de los roles en las relaciones afectivas, la construcción identitaria del "ser en el otro" y democratizar el espacio privado y las relaciones de género.
- Reformular la identidad femenina (dependiente y cuidadora) y masculina (autónomo y protector). Porque la protección puede fácilmente devenir en control y la dependencia en sumisión.
- Emitir un mensaje coherente. Si el mensaje general en otros espacios (políticos, económicos, culturales...) es que un hombre vale, manda o gana más que una mujer esto se trasladará, de forma inevitable, a las relaciones intragenéricas. Nos encontramos ante un

³⁸ Entre otras cuestiones porque el número de agresores que tras el femicidio intentan suicidarse dan cuenta de que son asesinos que están dispuestos a matar muriendo y ante ese hecho los mecanismos punitivos no funcionan como un amenaza contundente que desinhiba al agresor.

problema que tiene su origen en el sistema sexo-género y por tanto, hemos de trabajar con profundidad la sensibilización, la prevención y la deconstrucción del modelo patriarcal. Se trata, en última instancia de abordar el problema con coherencia.

Coherencia entre el mensaje y los recursos destinados. Si partimos de que no es un problema de las mujeres, es un problema SOCIAL ocasionado por hombres violentos, hemos de tratarlo como tal.

Coherencia con la magnitud del problema y la dotación de recursos. Si la Exposición de motivos de la LIVG declara que la violencia de género es el "*símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad*" hemos de dotar los recursos necesarios para intervenir, para paliar ese "símbolo brutal". Porque la voluntad se plasma en los medios y en los recursos habilitados, no en las declaraciones.

Coherencia con la situación de la víctima y el origen del problema. La responsabilidad social, es del Estado y la individual, del agresor. La responsabilidad no debe, no puede, recaer en las mujeres y que sean ellas las que soporten la iniciativa a través de la denuncia.

Coherencia con las políticas implementadas. El patriarcado es una ideología política que establece ciudadanos de primera y ciudadanas de segunda. La violencia es un problema político que no se resuelve con políticas asistenciales. Políticas que por otra parte tienen un efecto perverso sobre los estereotipos de género. Hemos de ser capaces de romper el binomio víctima-maltratador para recuperar un contenido integral de la ciudadanía.

Por ello, no se trata sólo de proteger a la víctima sino de cambiar los patrones de género. Vencer las resistencias del patriarcado frente a la igualdad entre mujeres y varones. Resistencias que se traducen en acciones violentas frente a la pretensión igualitaria. En última instancia, la apuesta debe afrontar, necesariamente, la desnaturalización de la construcción de género patriarcal y del sometimiento de las mujeres en todos los ámbitos de la vida social.

NUDOS CRÍTICOS EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS CONTRA LA VIOLENCIA Y LAS POLÍTICAS DE SALUD EN ARGENTINA.

Silvia Chejter

Me toca hablar sobre los nudos críticos de las políticas públicas contra la violencia en Argentina.

Para ello debo en primer lugar presentar brevemente cuales son las políticas públicas que tenemos, y contar cómo hemos llegado a tenerlas. Y contar también cuáles son los actores sociales de esta historia de construcción de la violencia como un problema social y como un tema de políticas públicas.

Antes de avanzar es importante precisar o delimitar el campo, que por cierto es muy amplio. El concepto de violencia hacia las mujeres o violencia de género, un concepto acuñado no hace muchos años, abre a un campo muy grande de problemáticas y hablar de políticas públicas abre a un amplísimo campo de posibles intervenciones o acciones estatales.

Para la definición de **violencia hacia las mujeres** me voy a basar en la definición de la Convención Interamericana de Belem do Pará que es Ley nacional. Se trata de una definición amplia que incluye todas las manifestaciones de la violencia (desde la que ocurre tanto en el espacio doméstico como el público y alcanza desde el maltrato, las violaciones, la prostitución, etc.).

Por políticas públicas voy a tomar un concepto amplio, que incluye por supuesto el aspecto normativo, pero no sólo, ya que sabemos que tener una ley no es lo mismo que tener políticas públicas. El orden normativo muchas veces cumple la función de establecer un campo de lo posible, un campo de valores pero no necesariamente significa o se traduce en políticas y prácticas concretas. Voy a incluir las acciones cualquiera sea el nivel –de alcance nacional como local- e independientemente de cuál sea el sector o área de Estado en que esté localizada.

Una de las primeras afirmaciones que tengo que hacer es que el proceso de construcción de políticas públicas en torno a las distintas formas de la violencia hacia las mujeres es el resultado de una interacción entre la sociedad civil y el Estado. Y no podemos entender las políticas sin referirnos a la historia de esa relación. Este es todo un tema, que si bien no voy a tratar no puedo dejar de mencionar, el rol creciente de la sociedad civil (y no sólo del movimiento de mujeres) en lo que es sin duda, formas y modalidades de participación que han contribuido a democratizar las sociedades en las que vivimos. La sociedad civil abrió temas, que fueron incorporados a la agenda política. Y no solo eso, sino que las organizaciones, en este caso, las de mujeres, desarrollaron modelos de intervención en distintas problemáticas, hicieron propuestas legislativas, etc.

¿Cuáles son los reclamos o demandas del movimiento de mujeres? ¿Cuáles han sido las demandas en los 80, en los 90? ¿Cuáles son hoy? ¿Cuáles han sido las respuestas estatales en los 80, en los 90?

¿Cuáles son hoy?

Tanto en las demandas como en las respuestas se han producido cambios. Desde los primeros reclamos y denuncias del activismo feminista de los 80 hasta el presente los cambios en sus estrategias son

importantes. Igualmente lo han sido las respuestas estatales. Con idas y vueltas, con avances y retrocesos, hay ya una historia para contar, experiencias para pensar y evaluaciones y aprendizajes posibles.

Desde los primeros años de los 80 hasta ahora, han pasado casi 25 años. ¿Qué se ha hecho?.

1. Por un lado tenemos un marco normativo sobre el que no tenemos muchas críticas. Me refiero no solo a las garantías constitucionales que reconocen los principios de equidad y no discriminación, sino muy específicamente a la ley 24632, una ley nacional que ratificó la Convención Interamericana de Belem Do Pará, una convención que obliga al Estado a llevar a cabo acciones para prevenir, erradicar y sancionar la violencia hacia las mujeres.
2. Tenemos también leyes que regulan las situaciones de violencia familiar.
3. A nivel del Código Penal, se reformó el capítulo concerniente a los delitos sexuales.

Sin duda que son importantes avances. También hay aspectos criticables. Pero no voy a profundizar en este tema, por otra parte muy trabajado.

Tenemos también:

4. Programas de asistencia de la violencia familiar a nivel municipal.
5. Servicios, equipos de asistencia a la violencia familiar en el sector salud
6. Oficinas de atención a víctimas, con distintos niveles de especialización y dependencias.
7. El servicio de atención a víctimas de la Policía Federal, también de fines de los 90.

Hasta aquí todavía estamos en la década del 90. Y estoy hablando de recursos en todo el país.

Lo que sigue está más referido a la ciudad de Buenos Aires y también algunos de los recursos son mucho más recientes.

8. Un curso universitario de posgrado de formación de profesionales en la problemática de la violencia familiar. (no tan reciente)
9. La formalización de un protocolo de atención médica para víctimas de violaciones para los hospitales en ciudad de Buenos Aires y que esta comenzando a ser difundido en otras provincias. (2003)
10. OFAVI, Oficina Integral de Atención a las Víctimas, dependiente del Ministerio Público Fiscal. (1998)
11. Creación del Programa de Atención a Víctimas de delitos contra la integridad sexual, de la Dirección de la Mujer en la ciudad de Buenos Aires (2002)
12. Programa Contra las violencias del Ministerio de Interior
13. La nueva Oficina de recepción de denuncias dependiente de la Corte Suprema de la Nación.
14. UFI- SEX, Unidad fiscal especializada, dependiente del Ministerio Público Fiscal. (a diferencia de OFAVI, UFI SEX recibe denuncias).

Seguramente hay algunos otros recursos. No pretendí hacer una lista exhaustiva. Pero lo que sí quiero señalar es que del análisis de las competencias y alcances de este listado surgen una serie de problemas como son los vacíos, las superposiciones, para no entrar en aspectos mas de fondo, como son los

modelos de intervención, la adjudicación de presupuestos, recursos, incluso la existencia de diversos paradigmas y modelos interpretativos que sostienen las distintas modalidades de intervención.

De las últimas iniciativas estatales, 4 corresponden a Justicia y Ministerio Público Fiscal. Y las tres se centran en cuestiones relacionadas con la recepción de denuncias y en algunos casos el seguimiento jurídico posterior.

La cuarta iniciativa, el Programa Contra las violencias, dependiente del Ministerio de Interior. El objetivo principal de este último programa, es la "Atención a las víctimas en general y asistencia a las víctimas de violencia sexual (...) y forma parte del acercamiento de la Policía Federal a la comunidad en el ámbito de lo reparatorio".

Este programa, creó cuerpos especializados para acompañar el proceso de denuncia y un acompañamiento inicial "en calle y en domicilio" a las víctimas de violencia sexual y familiar. Hay además brigadas callejeras policiales para detectar víctimas de prostitución infantil.

Surgen preguntas varias. En primer lugar sobre el rol de las instituciones, las finalidades establecidas en la división de poderes del Estado, la división de funciones.

Porqué un organismo que tiene funciones de auxiliar del Poder Judicial, pasa a desempeñar funciones asistenciales. Sin dejar de lado, temas que surgirán en las presentaciones de la tarde y de mañana, sobre superposiciones, que muchas veces generan confusión y ambigüedades. Y sobre todo y principalmente, que tanto en este caso como en el de la nueva oficina recientemente instalada de la Corte Suprema de la Nación, que no generan recursos de atención sino que terminan derivando a los pocos centros y equipos dependientes del gobierno de la ciudad y de los hospitales públicos. Estas otras instancias no vieron aumentado su presupuesto, sino más bien lo contrario, y que corren el riesgo en algunos casos de quedarse sin personal porque gran parte de ellos trabaja gratuitamente.

Unas pocas palabras para la UFI SEX, una unidad fiscal especializada en delitos sexuales. Esta depende del Ministerio Público Fiscal, el cuarto poder, (se trata de fiscales y defensores que dependían del Poder Judicial) y creó una serie de instancias, como La Oficina de Atención a las Víctimas (OFAVI) que tiene un rol asistencial y de asesoramiento y orientación, en algunos casos de acompañamiento jurídico y la UFI SEX, que depende también del mismo Ministerio que tiene la capacidad de recibir denuncias. No quiero detenerme mucho en este tema, pero una de las cuestiones importantes para quienes hacen denuncias es no tener que repetir declaraciones (entonces si se va a una comisaría hay que declarar allí y luego en sede judicial, si se hace en una fiscalía se ahorra ese paso). Pero estas cuestiones de procedimientos, que sin duda constituyen nudos críticos importantísimos, van a surgir con más claridad en las presentaciones de casos. Así que continúo con otros aspectos.

Dije que era necesario hacer, aunque sea brevemente un racconto histórico, sobre la inclusión de la violencia de género en las políticas públicas, una historia de diálogos, a veces monólogo, de encuentros y

confrontaciones, entre el movimiento y las organizaciones de mujeres y las instancias estatales. Retomar la historia permite comprender mejor dónde estamos hoy, cuáles son los avances, los desafíos y justamente las alternativas y los nudos críticos, que tenemos que enfrentar.

La inclusión de las problemáticas de la violencia hacia las mujeres en las políticas estatales:

- 1) **no ha sido simultánea o pareja** con relación a las distintas manifestaciones de esa violencia.
- 2) las iniciativas del Estado, en parte fueron una respuesta a las organizaciones de mujeres que tuvieron un rol fundacional y también a iniciativas de mujeres políticas (recordemos a Zita Montes de Oca) que tuvieron también un rol fundacional.
- 3) la continuidad de muchos programas son dependientes de cuestiones coyunturales y políticas. Cambia una administración y el programa desaparece.
4. Hay muchas disparidades a nivel geográfico y las inserciones institucionales son muy diferentes.
5. Los programas generalmente atienden alguna o algunas dimensiones de las problemáticas. Es decir no se trata de programas que atiendan a la integralidad de la problemática.

Voy a desglosar cada una de las afirmaciones que acabo de enunciar.

1. El desarrollo de políticas estatales en torno a la violencia de género ha sido desigual desde el punto de vista histórico. Concretamente se observa que la violencia doméstica ha sido más tempranamente y más ampliamente incorporada a nivel de políticas locales y a nivel de legislación. Con relación al aspecto normativo, ya a fines de los 80 hubo incidencia de organizaciones de mujeres para promover la sanción de leyes específicas, aunque la primer ley data de 1994, la llamada ley nacional, cuyo alcance es, sin embargo, solo para la ciudad de Buenos Aires. A lo largo de estos últimos años casi todas las provincias adoptaron leyes similares.

Desde el Estado, es en torno a este tema que se crea el primer programa nacional, en 1988, asentado en la en ese entonces recientemente creada Dirección de la Mujer en el Ministerio de Bienestar Social y Salud (así se llamaba). En 1990 se crea la Dirección General de la Mujer, que también abre un Programa de atención y prevención de la violencia doméstica en ciudad de Buenos Aires.

La Comisión estatal – porque fue una comisión- especializada en violencia doméstica creada en 1988, fue el primer espacio en el Estado destinado a diseñar e implementar políticas de género y también política contra la violencia (doméstica). La Dirección de la Mujer de nivel nacional, fue luego transformada en subsecretaría, mas tarde en secretaría luego bajó nuevamente hasta que el Poder Ejecutivo crea el Consejo Nacional de la Mujer.

Este Consejo solo por períodos tomó iniciativas con relación a la violencia de género pero que no han tenido continuidad, como veremos enseguida.

Si tenemos que hacer una síntesis con relación a la primer observación (disparidad temática) tenemos que decir, que con todas las carencias, aunque los programas, servicios y equipos no son suficientes, es

en el área de la violencia doméstica, (traducida como violencia familiar), donde hay más programas y recursos. Insisto, que aunque haya más no estoy diciendo que son suficientes.

Otras problemáticas como la violencia sexual, tuvieron respuestas más tardías. Aunque claro, hay que reconocer una especie de paradoja. La violencia sexual, -violaciones y proxenetismo, entre otras, - están incluidas en el Código Penal desde su redacción. De modo que en un cierto nivel podemos decir que desde el punto de vista legal, eran problemas reconocidos y que no exigían la formulación de nuevas normativas. La paradoja es que la violencia doméstica, siendo un tema en el que el Estado tardó tanto tiempo en aceptar como un problema que requería políticas de Estado, fue en el que más producción legislativa hubo y también más respuestas de tipo asistencial y creación de programas especializados.

Una pregunta que puede suscitarse es porqué costó y todavía cuesta que el Estado avance con iniciativas para la prevención y asistencia de la violencia sexual. Y cuando digo violencia sexual, me refiero a violaciones, prostitución, acoso sexual, sin dejar de lado los femicidios que en un 90 % son la culminación de situaciones de violencia que tienen un alto componente sexual.

Si bien como ustedes saben es el tema que vengo trabajando hace muchos años, no tengo una respuesta clara.

Podría pensarse, por ejemplo, que cambios legales implicaban cambiar el Código Penal, tarea que todo el mundo sabe, no se hace fácilmente.

Podría pensarse en cuestiones coyunturales (y pienso por ejemplo en la época en que se diseñó el primer programa con relación a la violencia doméstica en la Subsecretaría de la Mujer (1988) el equipo asesor estaba formado por especialistas en ese tema. Recuerdo que nuestra organización no existía, y como socióloga me dedicaba fundamentalmente a la investigación; una vez en una reunión en esos años, surgió la pregunta si verdaderamente las violaciones eran un problema grave. No había conciencia, No había conocimiento.

Es cierto que quienes tomamos el tema de la violencia sexual fuimos pocas, y eso puede haber incidido. Algunas de nosotras además teníamos un enfoque sociológico y feminista; además ese enfoque no tan fácil de implementar desde instituciones como la de salud o de justicia, en ese momento. Aunque ya a fines de los 80 algunas actividades comenzaron a hacerse en algunos hospitales, pero que luego no tuvieron continuidad.

En cambio la violencia doméstica fue tomada por profesionales del campo de la psicología, y en ese campo hay mucha receptividad para nuevos temas y sobre todo es un tipo de profesión en el que está aceptada la actualización y la formación permanente.

Pero de todos modos, aunque más tardíamente, hoy hay que reconocer que se han dado pasos importantes en cuanto a respuestas institucionales. Todavía estamos en una etapa instituyente, pero hay mayor receptividad a ese nivel.

Entonces para dejar este punto, y muy a grandes rasgos- tengo que decir, que la instalación de la violencia doméstica se produce en la década del 80, y de las violaciones en la década del 90.

En el 2000 se hace presente y con mucha fuerza otro de los grandes temas: la prostitución. En parte debido a circunstancias políticas e internacionales –el congreso internacional contra la explotación sexual infantil que tuvo lugar en Japón en 1996 dio lugar a dos iniciativas relacionadas con el tema: que es adoptado por el Consejo Nacional de niñez y adolescencia y también a la iniciativa de UNICEF de realizar una investigación, que tuvo una enorme trascendencia y que culminó con un Plan de Acción, firmado por 4 entidades estatales –Ministerio de Justicia, Consejo Nacional de la Mujer, Consejo Nacional del Menor y la Familia y Procuración General de la Nación. Iniciativa que menciono porque como modelo de políticas públicas me parece ejemplar: cada entidad tenía roles específicos a cumplir. Desde la investigación de las organizaciones proxenetas (tarea de competencia del Ministerio Público Fiscal, que tiene la atribución de tomar iniciativas de investigación en casos de delitos); hasta políticas de asistencia y contención de niñas /o niños prostituidos (a Cargo de la Niñez y Adolescencia, nuevo nombre que tuvo el Consejo del menor en ese momento) ; y políticas de género, que tomaran en cuenta la prostitución (a cargo del Consejo Nacional de la Mujer).

Muy buen planteo, ambicioso, que lamentablemente solo quedó en papel.

Quiero dar como ejemplo de articulación, el nuevo programa contra la violencia de género en Ecuador que incluye 4 Ministerios. Es cierto que recién comienza a implementarse, pero el criterio es interesante.

2. La segunda observación es que las políticas de Estado no surgieron espontáneamente sino que han sido el resultado de la acción de la sociedad civil, concretamente de las acciones –de denuncia, de incidencia, del trabajo de investigación y acumulación de conocimiento, del desarrollo de formas de abordaje, etc.- llevadas a cabo por las organizaciones de mujeres

Dar cuenta de este proceso excede las posibilidades de esta presentación pero si es importante recordar que las primeras acciones de denuncia, de visibilización de la violencia hacia las mujeres, estaban inscriptas dentro de las luchas más amplias.

Me estoy refiriendo a los inicios de los 80, y más específicamente después del 83, cuando el retorno a la democracia permitió el renacer del activismo feminista interrumpido entre 1976-1983 por la censura y la represión del gobierno militar. Fue una suerte de boom de participación de las mujeres como también de otros actores sociales luego de tantos años de represión violenta, miedo y silencio. El activismo de los años 80 estaba organizado en grupos que reunían a feministas radicales, militantes de partidos políticos tradicionales y activistas de izquierda. En los años 80 los grupos eran informales: sus objetivos eran de espectro amplio. La acción directa era más importante que la acción institucional, se hacía trabajo llamado de autoconciencia (talleres creativos, debates, etc) Se intentaba formar un Movimiento Feminista Único. Que no fue posible.

En este contexto, es que surgen los grupos de autoayuda para mujeres maltratadas (hay que reconocer aquí el rol de algunas profesionales que trajeron este modo de trabajo de los Estados Unidos, modelos inspirados en los grupos de autoconciencia feminista), acciones de denuncia, entre las cuales quiero recordar las acciones del Tribunal de Violencia contra las mujeres, organizado en torno a la lucha contra la impunidad por el caso de Adriana Montoya; las marchas multitudinarias en el 84 – 85 en el que se levantaban consignas tales como “violación es tortura”, junto con el reclamo de la libertad reproductiva, de la despenalización del aborto y también la reivindicación del placer.

En síntesis, se trataba de acciones en una línea militante. Si se recuerda los slogans de los años 80 y 90 se ve un lenguaje directo, se hablaba de sexualidad y no de derechos sexuales, de placer, no de libertad reproductiva, de maternidad libre y consciente, etc.. Todavía el discurso de los derechos no estaba tan presente. Este discurso caracterizará a la década siguiente

El panorama cambia en los 90, en el que se produce lo que se conoce como el proceso de onegeización. Es decir, se abre un proceso de conformación de organizaciones más formales, con un perfil bien definido: con temas propios muy acotados; violencia, sexualidad, discriminaciones bien delimitadas, etc. Comienzan a actuar bajo la lógica de proyectos. La organización horizontal de los grupos feministas se vuelve jerárquica, profesional.

Esto también se da en un proceso creciente de legitimación de las respuestas institucionales, en distintos niveles, en las instituciones públicas que atienden mujeres, como por ejemplo hospitales públicos o servicios o centros comunitarios municipales y también de incorporación de activistas del movimiento de mujeres en instancias del Estado. Todos estos procesos no están exentos de confrontaciones y contradicciones.

A todo esto hay que agregar, que a partir de los años 90 la importancia que asume el trabajo en redes regionales, teniendo en cuenta los grandes eventos que tuvieron lugar en esa década, como lo fue la Conferencia de Beijing y la de El Cairo. Sin olvidar el rol activo que comenzaron a tener los organismos internacionales que retomaron muchos puntos de la agenda feminista. Desde la Organización Mundial de la Salud, la OPS, a diversas instancias de Naciones Unidas y los organismos interamericanos como la OEA con una larga trayectoria en la definición y defensa de los derechos de las mujeres.

En los 90 vemos también como se consolidan nuevas tendencias en el movimiento de mujeres. Tendencias a la fragmentación y sectorización de las acciones, tendencia que se ha contrarrestado, en algunas ocasiones por las acciones en red. Pero creo que todavía hay camino a realizar para superar la fragmentación.

3. La tercera observación que enuncié inicialmente es acerca de la continuidad de las iniciativas estatales. Muchos programas son dependientes de cuestiones coyunturales y políticas. Cambia una

administración y el programa desaparece. Así recuerdo en el campo de la atención jurídica de las víctimas de violencia, hubo una iniciativa del Consejo Nacional de la Mujer muy interesante. Ustedes saben que el acceso a la justicia es justamente uno de los nudos críticos de las intervenciones en las situaciones de violencia, sean las situaciones de maltrato, de violencia sexual, prostitución, trata, etc. Esta iniciativa –un acuerdo entre el Consejo y los Consejos profesionales de derecho de las provincias- hubiera permitido el patrocinio jurídico a un número muy alto de mujeres. El Consejo ofrecía capacitación gratuita a cambio de servicios profesionales. Estaban previstas capacitaciones de entre 25 a 30 profesionales en 70 ciudades de todo el país. Cada profesional tenía la responsabilidad de asistir jurídicamente a una mujer por mes. Esto significaba y tomando solo 10 meses entre 250 y 300 patrocinios jurídicos gratuitos por año por ciudad.

Además el Consejo proporcionaba una supervisión y seguimiento, etc. Claro que con los cambios a nivel de la dirección del Consejo, este programa quedó suspendido.

Este es solo un ejemplo (lamentablemente de una experiencia truncada) y probablemente en la presentación de experiencias, surjan otras situaciones y no solo frustradas sino exitosas.

4. La cuarta observación es con relación a las disparidades a nivel geográfico y las inserciones institucionales, lo que determina que haya problemas de cobertura, de competencias, de superposiciones y de vacíos. Creo que estas cuestiones constituyen los verdaderos nudos problemáticos en las políticas estatales.

Por un lado como dicen en el interior: "Dios está en todas partes pero atiende en Buenos Aires", hay sin duda un mayor desarrollo de recursos de diverso tipo a nivel de la ciudad de Buenos Aires. Mientras que hay provincias y regiones donde no hay nada o casi nada.

Pero lo peor de todo es que aún en las localizaciones donde existen recursos, estos son insuficientes.

5. La quinta observación, que completa la anterior, es que no hay programas que abarquen las distintas facetas de las problemáticas. Me refiero a abordajes integrales, y me estoy refiriendo sobre todo a las necesidades de distinto orden que las situaciones de violencia generan sobre las víctimas. Porque si hablamos de violencia sexual, por ejemplo, en las situaciones de prostitución requieren desde la protección física de las mujeres, recuperación de sus lazos sociales, resuperación de su salud física y fortalecimiento psicológico, emocional, social, etc.

Si pensamos en los casos de violaciones, sean situaciones únicas o reiteradas, en el marco de relaciones laborales o de otro tipo, puede surgir la necesidad de dar respuestas a problemáticas sociales, laborales, etc. (a veces para escapar de un acosador, violador, una mujer tiene que mudarse de barrio, salir de su ciudad, o tiene que dejar su trabajo).

Hay todavía un enorme déficit a nivel de articulaciones intersectoriales e instituciones. Las articulaciones requieren mantener la especificidad de cada una de las problemáticas pero también trabajar

articuladamente para evitar superposiciones, acordar criterios claros, protocolos específicos, las derivaciones, etc.

Quedan otros aspectos pendientes, que no voy a tratar hoy. Como por ejemplo, la falta de protección estatal a los profesionales que intervienen en casos de violencia conyugal, incestos, abusos sexuales en la infancia, que soportan juicios penales o ven afectados sus patrimonios personales. También hay que tener estrategias y políticas para los agresores. Creo que este es un tema que comienza a ser pensado. Se han formado algunos colectivos de varones. En nuestro país solo hay algunas iniciativas con relación a varones maltratadores; y hace unos años hubo grupos de varones que reflexionan sobre masculinidad. En otros países, en España, México, hay colectivos de varones más politizados. Un trabajo que quedó en sus primeros pasos, de trabajo con marineros clientes de prostíbulos.

Por último, y no es tema que pueda incluir hoy, queda para pensar seriamente que significa y como podemos actuar sobre la cultura sexista, que es, en el fondo, la matriz que contiene y explica la violencia de género.

Las formas de nombrar. Formas de excluir.

La primera de estas consideraciones se relaciona con las formas en que las políticas estatales toman o retoman las demandas del movimiento de mujeres. Esto se puede ver a través del análisis de las formas de nombrar, de los modelos de intervención, de los contenidos de las leyes, etc. Los modos de nombrar no son inocentes, tienen una profunda relación con el modo en que pensamos los problemas, el modo en que los abordamos. Nombrar y nombrar de determinada manera tiene un efecto ideológico y político. Así, por ejemplo, en los 80 se hablaba de violencia conyugal, violencia doméstica, maltrato conyugal. Cuando el Estado retoma, habla de violencia familiar, o intrafamiliar. Esto está sin duda relacionado con los modelos sociales hegemónicos, en los que la familia patriarcal ocupa un lugar esencial. Igualmente no es ingenuo tomar el tema de trata y dejar de lado el de la prostitución. Sin prostitución no hay trata. La trata es solo una estrategia de reclutamiento para la prostitución. Y hoy podemos leer un texto sobre trata sin que la palabra prostitución sea mencionada una sola vez.

Superar entonces, la visión fragmentada de la violencia, es uno de los nudos problemáticos sin que esto signifique diluir las diferencias, sino más bien promover estrategias de acción a nivel socio.-cultural / estructural / profundo.

No hay actualmente un debate acerca de cuáles serían las urgencias y necesidades. Sí hay toma de decisiones, en función de lógicas institucionales pero que no contemplan este criterio de intersectorialidad que mencionaba antes.

Y hablando de intersectorialidad, quiero insistir sobre la intersección entre violencia y salud.

En distintos momentos históricos y en distintos países los modelos ensayados para dar respuesta a la violencia hacia las mujeres han variado: desde los centros especializados, grupos de autoayuda, centros de atención de crisis de violación, servicios u oficinas de atención y en nuestro país desde el principio,

hubo servicios dentro del ámbito hospitalario, con dos variantes básicas, 1) equipos interdisciplinarios especializados 2) coordinación interna entre servicios involucrados en la problemática.

La elección o predominancia de uno u otro modelo depende de un conjunto de circunstancias entre las cuales cabe mencionar, tradiciones institucionales, enfoques teórico metodológicos, definiciones ideológicas, contextos políticos, viabilidad práctica.

Pero la inclusión de la violencia hacia las mujeres, dentro de las políticas de salud pública tiene un valor estratégico. En primer lugar permite instalar un tema en un ámbito institucional de indiscutible legitimidad social; es decir, un problema de salud va a merecer el reconocimiento de toda la sociedad.

Complementario de este objetivo es el de poner al alcance de las mujeres un dispositivo público, conocido, gratuito e incorporado a sus hábitos de consulta, como manera de facilitar el pedido de ayuda. Claro que hay que tranquilizar a los equipos de salud, en el sentido que no son los únicos ni están solos para dar respuestas a problemáticas que trascienden la intervención desde este sector. Aunque si tienen la posibilidad de poner en marcha mecanismos y dispositivos en los que deben intervenir otras instituciones.

No quiero olvidarme de mencionar la inclusión como delito el hecho de impedir que la pareja use de anticonceptivos en la ley de violencia doméstica en Honduras, como una medida que da cuenta de conceptos articuladores.

Quiero terminar con una pregunta: acerca de si los logros, los avances en el campo de las políticas tienen alguna relación o satisfacen las expectativas de los movimientos de mujeres.

Sin duda como dice Maud Edwards³⁹, "Hay una tensión que se establece entre las ideas, necesidades, y demandas de las mujeres y la definición pública de cuales son, desde un punto de vista político". Lo que me pregunto es cómo acortar las distancias entre las reivindicaciones de las mujeres y las respuestas estatales. Creo que depende de dos cuestiones fundamentales: la fuerza y claridad de los movimientos de mujeres y la vigencia de las estructuras democráticas.

Para cerrar, diría que quise, (no se si lo logré), desarrollar algunas ideas que nos permitan pensar y encontrar estrategias más adecuadas de intervención. Y desearía que mi presentación permita formular nuevas preguntas (o no tan nuevas), pero preguntas adecuadas que nos permitan diseñar las respuestas adecuadas, porque como dice Zigmund Bauman, (en su libro El costo humano de la globalización): "Es más peligroso no plantear ciertas preguntas que dejar sin respuesta algunas de las preguntas que se consideran políticamente relevantes. Plantear malas preguntas conduce a menudo a cerrar los ojos sobre los verdaderos problemas".

Ahora bien, sobre cuáles son las buenas preguntas, espero que estas jornadas nos ayuden a formular algunas.

³⁹ Maud Edwards, Este artículo fu publicado en Rethinking Change. Current Swedish Fedminist Research, HSFR, Swedish Science Press, Upsala, 1992, publicado en Travesías N° 1, Ediciones CECYM. Buenos Aires, 1993.

CONTROVERSIAS JURÍDICAS SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: ARGENTINA *circa* 2007

Paola Bergallo

Quisiera aprovechar la invitación a este encuentro para revisar algunos debates jurídicos abiertos para la opinión pública y en distintos ámbitos institucionales sobre cuestiones de derechos sexuales y reproductivos.

Un breve repaso de los casos que han adquirido resonancia pública y han provocado mayor discusión al interior de la comunidad jurídica en los últimos años sugiere seis problemas cuya dilucidación resulta clave para el desarrollo de cualquier política pública en materia de derechos sexuales y reproductivos. Se trata de controversias profundas que involucran, entre otros, definiciones sobre el concepto de vida protegido constitucionalmente, la identificación de estereotipos y construcciones sociales sobre el rol de las mujeres frente a la maternidad y, en última instancia, del alcance de la protección constitucional contra el trato discriminatorio por motivos de sexo. Algunas son controversias que reclaman respuestas claras en procesos judiciales abiertos y sin sentencia por períodos prolongados. Otros son replanteos de interpretaciones obsoletas o casos resueltos en sentencias plagadas de falacias argumentativas y malas justificaciones.

Pasemos entonces a considerar cada uno de estos seis debates:

(a) Opciones anticonceptivas.

El acceso a un menú amplio y diverso de opciones anticonceptivas es un presupuesto para el ejercicio efectivo de los derechos sexuales y reproductivos (en adelante, "SSRR"). La práctica cotidiana del derecho a la autodeterminación reproductiva, que implica, entre otros, la posibilidad de decidir cuando tener o no tener hijos, requiere para su realización que mujeres y varones accedan a la anticoncepción. Es por eso que promover y precisar las discusiones jurídicas sobre los métodos anticonceptivos cuya comercialización y distribución gratuita pueda autorizarse resulta una precondition para el acceso efectivo al control de la propia fertilidad.

La primera cuestión que quiero presentar aquí, y que estamos discutiendo en nuestros tribunales, intenta responder al interrogante sobre qué métodos anticonceptivos son jurídicamente distribuibles o disponibles en Argentina de acuerdo a la Constitución y las especificaciones de las leyes de SSRR, entre otras. Si bien esto podría parecerle ridículo al público que sabe que los métodos están disponibles en el mercado y que los programas locales y nacionales de SSRR prevén su distribución, lo cierto es que en diversas instancias judiciales pendientes de resolución en el territorio del país, está

cuestionada la legalidad de la autorización de los dispositivos intrauterinos, la anticoncepción hormonal en general,⁴⁰ y la anticoncepción hormonal de emergencia, en particular.⁴¹

Parecería insensato esperar que una interpretación constitucional razonable pueda resultar en la prohibición de todos los anticonceptivos cuestionados jurídicamente en los casos mencionados. Sin embargo, esos cuestionamientos están abiertos y llevan, en algunos casos, más de un par de años en etapa de prueba o en la resolución de cuestiones procesales previas. Y alguien se preguntará, si es insensato esperar una solución que no sea la desestimación de los desafíos a las autorizaciones concedidas para la comercialización o distribución gratuita de los anticonceptivos hormonales o el DIU, ¿cuál es el problema con estos procesos? Pues bien, en primer lugar, estos procesos inacabados insumen los consabidos esfuerzos jurídicos que requiere la defensa judicial de los casos por parte del Estado y los actores de la sociedad civil involucrados. Pero quizás la consecuencia más perturbadora de la pendencia de estos litigios es la cantidad de obstáculos que ocasionan a la gestión de los programas locales y nacionales de SSRR, en los que funcionarios públicos a cargo de la gestión cotidiana de políticas públicas de anticoncepción deben tomar decisiones enmarcadas en la incertidumbre producida por esos planteos judiciales inconclusos respecto de su responsabilidad profesional.

¿Cómo surgen estos litigios? Parte de los argumentos presentados en los reclamos contra la Administración Nacional de Medicamentos Alimentos y Tecnología Médica (A.N.M.A.T) o programas de SSRR surgen de la oposición generalizada frente a los métodos anticonceptivos (como el DIU y la anticoncepción hormonal) que algunos sectores identifican como "abortivos", lo cual nos remite a la discusión sobre el concepto de vida protegido constitucionalmente, su colisión con otros bienes jurídicos valorados constitucionalmente y la definición de las conductas que consideraremos abortivas, su eventual prohibición o permisión.

Como es sabido, en el 2002, la Corte Suprema de Justicia de la Nación resolvió el caso *Portal de Belén*⁴² en el que consideró que la vida protegida por nuestra Constitución y los tratados de derechos humanos incorporados a la misma comienza antes de la anidación de los gametos unidos. Como consecuencia de ello, la Corte consideró inconstitucional la autorización del anticonceptivo de emergencia *Imediat* que, según lo indicado en sus prospectos, tenía la potencialidad de actuar inhibiendo la anidación. Según esta decisión, entonces, el aborto se produce cuando se actúa sobre los gametos unidos estén o no anidados. A su vez esta interpretación se condice con una definición de la vida protegida constitucionalmente como aquella que los integrantes de la mayoría de la Corte (que hoy han abandonado el Tribunal en su totalidad) identifican solamente con la vida biológica sustentando su

⁴⁰ Mujeres por la vida- Asociación Civil Sin Fines de Lucro (Filial Córdoba) c/ Estado Nacional- Poder Ejecutivo Nacional - Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/ Amparo", Cámara Federal de Córdoba, - Sala A - 19/03/2003

⁴¹ Ilustra este tipo de controversias el fallo de mayo de este año de la jueza de Competencia Ampliada de Ushuaia, María Adriana Rapossi, que prohibió el suministro gratuito de la anticoncepción de emergencia por considerar que se trata de un método abortivo. La magistrada resolvió así en primera instancia la medida cautelar interpuesta por el asesor pupilar de menores Julián De Martino en representación de los "niños por nacer".

⁴² "Portal de Belén - Asociación Civil sin Fines de Lucro c/ Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/ amparo", CSJN, 05/03/2002.

defensa en base a citas científicas de legitimidad incierta, alusiones a encíclicas papales, y argumentos éticos inconclusos.

El hecho de que esta sentencia de la Corte haya producido el efecto inmediato de prohibir la circulación solamente del fármaco *Imediat*, más su paupérrima calidad de argumentación y justificación jurídica, permitiría alegar que existen buenas razones para desestimarla. Sin embargo, según lo anticipan los prospectos de diversos anticonceptivos de emergencia, muchos de los métodos hormonales tienen la potencialidad de producir efectos similares al descrito en el caso Portal de Belén en una proporción mínima de las ocasiones en que funcionan. Y, justamente, las organizaciones pro vida y algunos defensores públicos utilizan la inclusión de este dato en los prospectos de anticonceptivos para cuestionar judicialmente, por ejemplo, la distribución de estos anticonceptivos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (el Programa Nacional).⁴³

Los planteos en los casos abiertos que siguen la lógica de argumentación referida en el párrafo anterior se estructuran en torno a una lectura conjunta de las previsiones de las leyes de salud reproductiva que dicen que los anticonceptivos distribuibles no deben ser "abortivos" y la concepción del aborto y la vida definidos con el alcance dado por la Corte (en su interpretación de la Constitución, la Convención Interamericana de Derechos Humanos y la Convención de los Derechos del Niño en el caso *Portal de Belén*). Así, por ejemplo, podemos citar el caso de Córdoba, a principios del 2003, en contra el Programa Nacional o el más reciente en Tierra del Fuego originado a instancias de un defensor público que se presentó en defensa de los "niños por nacer" para cuestionar la distribución de anticoncepción de emergencia por parte del Programa Nacional. Pero esos casos también tienen algunas réplicas en jurisdicciones locales en los que se discuten la legalidad de la autorización de los métodos en abstracto o programas locales de SSRR; lo que se objeta, básicamente, es la distribución de anticonceptivos con prospectos que indican como parte de sus efectos médicos la inhibición de la anidación. Es así como de la lectura de la Constitución, ciertos tratados de derechos humanos, algunas leyes nacionales o provinciales de SSRR y la interpretación jurisprudencial mencionada, tenemos por resultado una discusión jurídica vigente en tribunales que pone en jaque toda la anticoncepción hormonal. Cabe mencionar que este mismo cuestionamiento se ha extendido, en ocasiones, a los métodos de anticoncepción mecánica como el DIU al identificar su funcionamiento como abortivo.

Pero, nuevamente, ¿cuál es el problema si estos casos parecen aislados y todos/as sabemos que la anticoncepción cuestionada está disponible? El problema es que si bien estos debates jurídicos inconclusos y basados en una teoría de la interpretación judicial controvertida no derivan en una obstrucción severa de la distribución de los anticonceptivos objetados, generan complejidad en la gestión de, por ejemplo, el Programa Nacional y obligan a los funcionarios/as, que se quieren hacer cargo de su

⁴³ Liga de amas de casa, consumidores y usuarios de la República Argentina y otros c/ GCBA s/ acción declarativa de inconstitucionalidad, TSJBA, Causa n° 480/00, 14/10/2003; Bussacca Ricardo O c/ GCBA s/ amparo (art. 14 CCABA)" – Juzgado en lo contencioso administrativo y tributario de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires n° 11 - Expte. 7636/0. 26/05/2004; Mujeres por la vida- Asociación Civil Sin Fines de Lucro (Filial Córdoba) c/ Estado Nacional- Poder Ejecutivo Nacional- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación s/ Amparo", Cámara Federal de Córdoba,- Sala A - 19/03/2003.

mandato de diseñar e implementar políticas públicas para hacer efectivo los derechos reproductivos, a interpretar la Constitución en contradicción con lo que ha propuesto el Máximo Tribunal y asumir los riesgos de que los casos abiertos vuelvan a ser resueltos injustificadamente en clara contradicción con la Carta Magna. Un ejemplo de las complejidades descriptas lo suministra la experiencia de la incorporación de la anticoncepción de emergencia dentro del Programa Nacional. Para poner en marcha esta prestación del Programa no sólo debió realizarse un extenso expediente previo de opiniones técnicas y jurídicas, sino que, a pesar de ello, la implementación dio lugar al cuestionamiento judicial mencionado arriba en la provincia de Tierra del Fuego.

Y, para terminar, un detalle nada desdeñable: en análisis como el de la Corte en Portal de Belén no se encuentra ni una sola referencia a la autonomía y a los derechos reproductivos de las mujeres y varones que entran en conflicto con la concepción de la vida que se adelanta.

(b) La anticoncepción quirúrgica

Otra discusión jurídica que se ha dado en torno a los métodos anticonceptivos es la de la regulación del acceso a los métodos quirúrgicos; en particular a las ligaduras de trompa y las vasectomías. Muchos de los debates que surgieron del cuestionamiento del derecho a acceder a la anticoncepción quirúrgica, que en algunos casos la denegaban y en otros la autorizaban sólo previa judicialización, han sido zanjados, por decisiones de los tribunales superiores de provincia y la Corte Suprema,⁴⁴ por la sanción de leyes provinciales⁴⁵ y, en el 2006, por una ley nacional en la materia.⁴⁶ Sin embargo, como sabemos, la ley es el comienzo, no el fin, de un proceso que obliga a la institucionalización de políticas públicas y, en este caso, de prácticas médicas, por lo cual el acceso efectivo a la anticoncepción quirúrgica aún representa un problema en algunas jurisdicciones del país.

Los desacuerdos jurídicos permanecen y a la hora de implementar la nueva regulación hay disensos sobre el tipo de consentimiento o cuáles son los términos del consentimiento informado que tienen que dar las mujeres para acceder a estas intervenciones. La falta de aceptación de la práctica y el ejercicio de la objeción de conciencia por parte de algunos profesionales, y otras restricciones prácticas constituyen obstáculos en el acceso efectivo a este método anticonceptivo, cuya legalidad ha sido reconocida por el más Alto Tribunal y el Congreso de la Nación.

(c) Aborto legal o aborto no punible⁴⁷.

El otro gran tema de discusión jurídica revitalizado en los tres últimos años en los tribunales y también en el seno de los poderes ejecutivos y legislativos del país, es el acceso al aborto legal,⁴⁸ es decir, al aborto permitido por el artículo 86 del Código Penal de la Nación (CPN).

⁴⁴ Véase, al respecto, la sentencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en el caso Y., G. C. c. Nuevo Hospital el Milagro y Provincia de Salta, del 6/6/2006.

⁴⁵ Véase, por ejemplo, las leyes sobre anticoncepción quirúrgica de las Provincias de Santa Fe, La Pampa o Río Negro, entre otras.

⁴⁶ Véase, la Ley 26.130 vigente desde el 2006.

⁴⁷ En adelante, las expresiones "aborto permitido por la ley", "aborto legal" o "aborto no punible" (ANP) serán utilizadas indistintamente.

⁴⁸ Una distinción es importante en este punto. Es posible hablar de aborto legal si uno considera que existe un derecho constitucional al aborto a demanda de la mujer y con ciertas restricciones de plazos, por ejemplo. Entiendo que hay razones y

La controversia se ha dado en torno a diversas cuestiones. Veamos:

En primer lugar, se discute si el artículo 86 del CPN es constitucional. Es decir, hemos reabierto un debate previo a la sanción del Código en 1921 en el cual actores de la sociedad civil, profesionales de la salud y operadores jurídicos, fundamentalmente estos últimos, sostienen que las causales de no punibilidad previstas en el CPN violentan el mandato constitucional de protección de la vida desde la concepción. Estas discusiones son idénticas a las que han llevado, por ejemplo, a Nicaragua a eliminar los casos de permisión en el 2006, y son a su vez contrarias a las que permitieron a Colombia, ese mismo año, interpretar que la Constitución del país era incompatible con la prohibición absoluta del aborto.

En segundo término, están quienes aceptan la constitucionalidad de la especificación de causales de no punibilidad pero proponen interpretaciones restrictivas de los dos incisos del artículo 86. Respecto del primer inciso, estas interpretaciones sugieren la necesidad de acumular el peligro para la vida y la salud de la mujer contenido en el inciso 1ro. que dice: "peligro para la vida o la salud de la mujer" o exigen calificar el peligro como "grave." Sobre el segundo inciso, algunos también promueven una lectura restrictiva limitándolo al supuesto de la violación de la mujer "idiota o demente" según la terminología añeja del Código: de este modo, esta interpretación considera que la mujer violada no tiene permitido el aborto por el artículo 86 del CPN.

No hay espacio para extenderse aquí sobre todas las razones que nos permitirían afirmar que estas propuestas de interpretación restrictivas violentan la Constitución al sostener una lectura del artículo 86 incompatible con su texto y con los principios constitucionales que encarna. Sólo diré que las interpretaciones restrictivas del primer inciso no encuentran el más mínimo asidero en el texto del artículo que claramente permite el aborto en los casos de "peligro para la vida o la salud" de la mujer sin adjetivos o conjunciones. Respecto de las lecturas del segundo inciso, como puede extraerse del voto de la Dra. Kogan en el caso R., L.M.,⁴⁹ la lectura más permisiva⁵⁰ es la que mejor se adecua al texto del artículo 86 analizado según las reglas semánticas y sintácticas del castellano, y es a su vez la única lectura que rechaza la posibilidad de exigir "actos heroicos" a una mujer violada, como lo sería el continuar con un embarazo y la consecuente maternidad producto de una violación, exigencia incompatible con la protección de la autonomía y la igualdad de asegurada por nuestra Constitución.

En tercer lugar, la discusión sobre el artículo 86 incluye el tema sobre quién es el responsable de verificar las circunstancias que dan lugar a las causales de no punibilidad. El desacuerdo en este punto gira en torno a si son los médicos, instituciones sanitarias o el poder judicial los encargados de tal tarea. A pesar de que en reiteradas oportunidades tribunales del país han dejado en claro que se trata de una responsabilidad de los profesionales de la salud, los pedidos de autorización judicial para realizar un ANP

argumentos constitucionales para considerar un derecho constitucional al aborto en esos términos. Sin embargo, en esta presentación haré un uso restringido de la idea del acceso al aborto legal o autorizado por la ley, sólo para referirme a los casos de no punibilidad, es decir a aquellos casos contemplados en el artículo 86 del CPN.

⁴⁹ Causa Ac. 98.830, "R., L.M., 'NN Persona por nacer, Protección. Denuncia'", sentencia del 31 de julio de 2006, TSJ Pcia. de Buenos Aires

⁵⁰ Es decir, aquella lectura que considera que el inciso segundo del artículo 86 del CPN permite el aborto de toda mujer violada y especifica luego que cuando la mujer víctima del atentado al pudor (en este caso no se habla de violación porque la mujer pudo haber consentido) fuera "idiota o demente", la permisión del aborto dependerá del pedido del representante de la mujer.

aún subsisten. Otro obstáculo para el acceso a estos casos de aborto consiste en exigir la intervención de múltiples profesionales de la salud, equipos interdisciplinarios, comités de ética, o autoridades hospitalarias. Todas estas exigencias interponen nuevas barreras en el acceso a los casos de aborto no punibles que jurisdicciones constitucionales que han evaluado su plausibilidad rechazaron tal como lo hicieron la Corte Suprema de los Estados Unidos en el caso *Doe v. Wade* (1973) o la Corte Constitucional de Colombia en la controversia constitucional resuelta en el 2006.

Por último, es importante traer a colación una discusión que en la mayoría de los países del mundo forma parte del debate sobre la legalización del aborto pero que, entre nosotros, hemos preferido relegar a un ámbito conceptual diferente: la interrupción del embarazo en casos de malformaciones incompatibles con la vida. Este caso de aborto es abordado por nuestra jurisprudencia como un caso de “inducción anticipada del parto” y, por lo tanto, se trata de un debate planteado en otros términos. Sin embargo, esta decisión de disociar la discusión puede traer aparejados otros problemas como, por ejemplo, la cuestión sobre su permisión en la etapa anterior a la que temporalmente habilita cuando nos referimos a la “inducción anticipada del parto”.

Como señalé más arriba, el debate interpretativo alrededor del artículo 86 del CPN no está sólo vigente para los profesionales de la salud, que enfrentan pedidos de aborto en los casos permitidos por la ley, y los operadores jurídicos que se ven involucrados en el tema, sino que también el poder ejecutivo y el legislativo son conscientes de la necesidad de acotar los márgenes de la discusión sobre el alcance de este artículo. Ilustra esta situación la reciente aprobación de protocolos de atención de ANP en la Provincia de Buenos Aires, en la Ciudad de Buenos Aires y en la Ciudad de Rosario, y el proyecto de ley que reglamenta el artículo 86 tratado en la Comisión de Asuntos Legislativos de la Cámara de Diputados de la Nación en junio de este año. En algunas de estas normas, generadas en todos los casos con la intención de levantar algunas de las barreras existentes para el acceso al aborto legal, se han incorporado, sin embargo, nuevas restricciones incompatibles con una interpretación adecuada a la Constitución. Entre tales restricciones cabe mencionar, por ejemplo, las lecturas limitativas del inciso 2 del artículo 86 del CPN que lo condenan a su justificación exclusivamente eugenésica, justificación incompatible con la Constitución, o las exigencias de intervención de varios profesionales o comités de ética que interponen requisitos adicionales para acceder a un ANP. En este punto quisiera llamar la atención sobre el problema de cristalizar acuerdos interpretativos restrictivos como los citados en las nuevas regulaciones es que puede llevarnos a una posición peor que la que se intenta superar.

Frente a estas prácticas interpretativas divergentes existen varios desafíos. En primer lugar, sería conveniente intentar clausurar, mediante normas interpretativas (creadas por la administración pública como los protocolos o, idealmente, por leyes) o mediante el planteo de algún litigio estratégico (si fuera posible), las disidencias mencionadas más arriba. Pero, además, sería esencial acompañar estos nuevos criterios interpretativos con políticas públicas diseñadas para hacer efectivo el acceso al ANP. En segundo término, sería importante mejorar la interpretación de la causal de riesgo para la salud del artículo 86 de acuerdo a los parámetros fijados por la Corte Suprema, tribunales inferiores e

internacionales para la interpretación de integral del concepto salud, y generar en todos los casos en que fuera necesario, protocolos con criterios que eviten remitirnos a situaciones más restrictivas que las vigentes.

Y finalmente, un último desafío relevante consistiría en promover las transformaciones culturales necesarias para que las personas que tienen la responsabilidad profesional y legal de atender y garantizar los ANP para las mujeres asuman efectivamente esa responsabilidad.

(d) La persecución penal del aborto ilegal

Otra cuestión, quizás de las más importantes, es la persecución penal de las mujeres por el delito de aborto. Las estadísticas disponibles indican que anualmente se realizan en Argentina una gran cantidad de abortos clandestinos y que una proporción importante de esos abortos terminan, en complicaciones serias para la vida o la salud de las mujeres o incluso con la muerte de algunas de ellas.⁵¹

La discusión sobre la constitucionalidad de la penalización excede los límites de esta presentación, como así también la explicación de la alta ineficacia de la persecución penal del delito de aborto. Quiero considerar, en cambio, algunas de las interpretaciones jurídicas que explican, en parte, la gran diferencia cuantitativa que existe entre los casos que se registran ante los hospitales por complicaciones post-aborto y los casos que efectivamente llegan a los tribunales, y luego, los casos que pueden terminar en condenas.

No existe información cuantitativa ni cualitativa que permita identificar las dinámicas que hacen que, pese a la gran cantidad registrada de hospitalizaciones por complicaciones post aborto en el sistema público de salud, esas cifras no coincidan con el número de denuncias penales de mujeres. Es posible especular, no obstante, que un primer filtro en la denuncia de la mujer, descontados los casos en los que es posible asumir un aborto espontáneo, es realizado por los profesionales de la salud que intervienen en la atención de la mujer que llega al hospital con una complicación que evidencia la realización de un aborto. Estos profesionales, sea por razones de beneficencia, sea porque interpretan, correctamente, que el respeto de su deber de secreto profesional les impide denunciar a la mujer, evitan la denuncia. En cambio, otros profesionales denuncian a la mujer, interpretando la prevalencia del deber de denunciar (previsto en los códigos que regulan el proceso penal en las diversas jurisdicciones del país) frente al deber de guardar secreto. Estos son los casos que dan origen a las numerosas (aunque no cuantificadas aún) causas judiciales en las que mujeres que llegaron al hospital con una complicación post-aborto ingresan al sistema judicial. La respuesta del poder judicial ante estas denuncias varía según la jurisdicción e, incluso, al interior mismo de cada jurisdicción.

En la Ciudad de Buenos Aires existe una vieja y conocida jurisprudencia plenaria de 1966; se trata del caso *Natividad Frías*⁵² en el que la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y

⁵¹ Ver: Pantelides, E.; Mario, S; (2007). Estimación de la magnitud del aborto inducido, Resumen Ejecutivo. Disponible en: <http://www.cedes.org/areas/salud-es/index.html>. Ver también: Ministerio de Salud (2003). Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Año 2000. Dirección Nacional de Estadísticas e Información de Salud. Buenos Aires.

⁵² CN Criminal y Correc., en pleno, 26/8/66., "Natividad Frías".

Correccional de Capital Federal consideró que el mandato de protección del secreto profesional y la prohibición de la autoincriminación justificaban la prevalencia de éstos por sobre el deber de denunciar el conocimiento de un delito previsto en la norma del Código Procesal Penal de la Nación vigente en la época. Esta jurisprudencia fue y continúa siendo utilizada para desestimar muchas de las denuncias realizadas en la Ciudad de Buenos Aires. Sin embargo, este año, la Sala VII de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Criminal y Correccional, en el caso *Gallo*⁵³ consideró que dicha jurisprudencia no era aplicable y debía ser revisada, luego de cuya revisión arribó a la conclusión opuesta. Esta decisión evidencia la reapertura de una discusión sobre el alcance del secreto profesional y la prohibición de autoincriminación que, en nuestra jurisdicción, parecía saldada desde hace más de cuarenta años. Si bien existe jurisprudencia de otros tribunales en sentido contrario, mi punto es que las divergencias interpretativas generan una incertidumbre que afecta necesariamente a la práctica de los médicos que necesitan precisar los alcances de su obligación de confidencialidad, y la práctica de los operadores judiciales que requieren determinar los casos en los que los procesos deben desestimarse por haber sido iniciados como consecuencia del quebrantamiento violar del deber de confidencialidad o la prohibición de autoincriminación, en su caso.

La diversidad de soluciones en cada jurisdicción frente al tema y la reapertura de discusiones que, como en Buenos Aires, parecían limitadas desde hace años, sugiere la intención de reconsiderar el acuerdo tácito que parecíamos haber alcanzado para evitar la penalización real de las mujeres denunciadas por el delito de aborto. Es así como hoy, además de las mujeres denunciadas y los temores inherentes a esa denuncia (aunque esta luego sea desestimada) tenemos mujeres enfrentando juicios orales en la Ciudad de Buenos Aires por el delito de aborto, y otras detenidas inmediatamente después de la denuncia para posteriormente, en un par de semanas, ser excarceladas. Todas ellas, además, atraviesan por la situación de ser parte de un proceso penal, con la consecuente necesidad de una representación legal adecuada, muchas veces difícil de obtener, y la incertidumbre que ello acarrea, fundamentalmente para la población de menores recursos y una persona en una posición de vulnerabilidad como lo es una mujer pobre que ha pasado por la difícil e insegura experiencia de un aborto clandestino. Además, entre las cargas impensables del hecho de la denuncia penal (independientemente de que termine o no con su desestimación en sede judicial) algunas mujeres se han encontrado con la pérdida o limitación para acceder a subsidios a la pobreza, como los planes de Jefas y Jefes de hogar.

Por supuesto que todo lo dicho hasta aquí da cuenta de los debates abiertos y las limitaciones respecto de una respuesta jurídica (la que consiste en evitar la denuncia penal o rechazarla en base al secreto profesional o la prohibición de la autoincriminación) que claramente no es la solución al problema de los abortos inseguros, pero constituye una especie de acuerdo de conciencia que hemos encontrado para, por lo menos, no castigar aún más a las mujeres que han sufrido un aborto.

(e) Los alcances de la objeción de conciencia.

⁵³ Gallo, N. "Sobreseimiento.Aborto.Inst.33/170.

La última gran discusión que quiero mencionar aquí es la referida al ejercicio de la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud, los operadores jurídicos y los funcionarios públicos encargados de ejecutar o llevar adelante políticas de SSRR.

En el tema que nos ocupa, la objeción de conciencia ha sido planteada en diversas instancias. Algunos funcionarios públicos la han alegado para evitar la distribución de anticonceptivos que consideran abortivos. Varios profesionales de la salud se reclaman objetores de conciencia a la hora de practicar un ANP. Incluso algunos profesionales del derecho a cargo de la defensa del Estado se han negado a realizar y/o firmar escritos para representar al Estado en casos en los que se cuestionaba alguna acción del Estado que consideraban promotora de conductas abortivas.⁵⁴ Finalmente, algunos docentes han amenazado con negarse a impartir clases de educación sexual fundando su posición en la facultad de ser objetores de conciencia frente a los contenidos previstos para esa temática.

Una vez más no será posible, en esta oportunidad, abordar en profundidad el debate sobre los alcances de la posibilidad de ser objetor de conciencia. Quiero simplemente señalar aquí que es evidente que ese derecho no puede prevalecer cuando entra en conflicto con otros derechos, como el derecho de una mujer a recibir la atención correspondiente a un caso de aborto legal, fundamentalmente si, como sucede con frecuencia, el objetor es el único profesional disponible en esa institución para llevar a cabo esa práctica, y así garantizar el derecho de la mujer. Por lo tanto, la facultad de ejercer el derecho de objeción de conciencia dependerá, en estos casos, de la posibilidad efectiva de acceder a un servicio alternativo, de la urgencia, del momento en el que se revela el carácter de objetor y de la publicidad que se le haya dado al carácter de objetor/a. Todo ello, claro, en las circunstancias en las que se haya determinado previamente que existe un derecho a ser objetor/a de conciencia.

A modo de conclusión

Las discusiones presentadas hasta aquí se encuentran vigentes en las distintas instancias en las que se produce la interpretación de normas que regulan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. En los tribunales, pero también en las legislaturas y, mucho más quizás, en los ámbitos de generación de políticas públicas de SSRR dentro del poder ejecutivo, en la sociedad civil y en instituciones sanitarias públicas y privadas, todos los días alguien tiene que redefinir y aplicar normas cuestionadas y tomar decisiones en el contexto de incertidumbre originado por la reapertura de viejas y nuevas controversias alrededor de la problemática del el aborto. Por eso es importante que los actores políticos, la ciudadanía y los funcionarios públicos reconozcan la necesidad de definir la situación fáctica y normativa del ANP cuya resolución constituye un prerrequisito indispensable para que varones y mujeres de cualquier edad accedan a sus derechos reproductivos en los términos previstos por la Constitución y los tratados de derechos humanos.

⁵⁴ Puede ilustrar esta práctica de los abogados la objeción de conciencia frente a la necesidad de representar al Estado para defenderlo en casos en los que se le cuestionaba su introducción de la anticoncepción de emergencia como parte de las prestaciones del Programa Nacional.

Como es sabido, las circunstancias que llevan a una mujer a enfrentarse a situaciones de incertidumbre y vulnerabilidad como las descritas son resultado de hechos de violencia. Es claro, por ejemplo, que la interpretación del inciso 2 del artículo 86 del CPN, que regula los casos de ANP ante la violación, no puede permanecer ajena al hecho de que lo que está en juego es un caso de violencia sexual y por eso debemos resistir las restricciones interpretativas basadas en la supuesta intención de un legislador original, claramente despreocupado por el tema. Otro ejemplo posible de la vinculación entre estas discusiones de derechos reproductivos y la violencia lo ofrece el contexto de las políticas de distribución de anticoncepción de emergencia, que, como vimos, aparece cuestionada por su supuesto carácter abortivo. Una vez más la discusión acerca de la legalidad del método debería poner énfasis en la importancia que tiene éste para evitar embarazos resultantes de una violación. Es por la identificación de este vínculo que protocolos de atención a víctimas de violencia, como el vigente en la Provincia de Buenos Aires, introducen la disposición de la anticoncepción de emergencia como parte de las condiciones de prestación del servicio de atención a las víctimas.

Identificar el contexto de violencia en el que se ejercen muchos de los derechos sexuales y reproductivos y dar lugar a la consideración del impacto que tiene esa violencia en los debates jurídicos reseñados más arriba y en la adopción de respuestas conclusivas para su eventual definición resulta elemental para que las formas en la que se diriman las controversias se acerquen más al ideal de justicia.

Además para completar la visión de las discusiones presentadas, es importante tener en cuenta el perfil especial que estos temas adoptan cuando los sujetos de derechos son niños, niñas y adolescentes. ¿Cuál es el rol de los padres en el consentimiento para el acceso de los niños, niñas y adolescentes a la consejería y a una diversidad de métodos anticonceptivos? ¿Cuál es el alcance del consentimiento que deben dar los padres o representantes cuando se trata del acceso a un aborto permitido por la ley?

Finalmente, es importante repensar cómo funcionan estas discusiones y las respuestas que les ofrezcamos frente a un rasgo estructural del diseño jurídico del país: su carácter federal.

DERECHOS DE LAS MUJERES Y POLITIZACIÓN DE LA RELIGIÓN.

Marta Vassallo

Me propongo destacar los lineamientos de las políticas del Vaticano en los últimos 25 años y su influencia en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, influencia que se traduce en una violencia extrema ejercida sobre las mujeres en nombre del derecho a la vida, en nombre del respeto a la vida humana.

Intentaré hacerlo a través del caso Paraná, el último resonante caso en que una historia de aborto no punible se convirtió en noticia durante varias semanas porque la justicia y el cuerpo médico interferían su realización.

Repaso rápido del desarrollo de caso

Todos tenemos presente el caso de una adolescente de 19 años de Paraná, perteneciente a un hogar muy humilde, con una discapacidad profunda, embarazada como consecuencia de una violación. El 15 de agosto la madre de la joven había solicitado un aborto en el Hospital San Roque de Paraná, acogiéndose al inciso 2 del artículo 86 del Código Penal, que establece que el aborto no es punible cuando el embarazo resulta de una violación o atentado al pudor contra una mujer idiota o demente.

También es conocida la polémica acerca de la interpretación de este texto: en 1989 la senadora radical Florentina Gómez Miranda propuso poner una coma después de violación, para aclarar que se trata de cualquier caso de violación.

A propósito del caso Guernica en 2006 la procuradora bonaerense María del Carmen Falbo estableció que el texto del Código penal exime de ilegalidad a cualquier mujer que quiera interrumpir su embarazo producto de una violación. La doctora Hilda Kogan de la Corte de Justicia bonaerense a propósito del mismo caso estableció que el texto contiene dos supuestos: una violación a una mujer sin discapacidad, y el atentado al pudor, por lo que se entiende acceso carnal, en caso de una mujer idiota o demente, es decir, que no está en condiciones de consentir, en cuyo caso la decisión la toma su representante legal. Además sugirió interpretar lo de riesgo para la salud de la madre en el sentido amplio de derecho a la salud: "equilibrio psicofísico de la persona, derecho a la vida, a la libre determinación, a la intimidad, al desarrollo de la persona y a la protección integral de la familia..."

De todos modos el caso de Paraná no se prestaba a interpretaciones. Se trata de una chica de 19 años con una edad mental de 4 debido a una enfermedad respiratoria en su primera infancia. Tenía turno otorgado para el 27 de agosto, pero la jueza de menores Claudia Salomón hizo lugar a la medida cautelar interpuesta por la defensora de menores Marcela Piterson. Esa defensora de menores intervino en nombre de los derechos del feto.

El feto y el niño

La desaparición de las fronteras entre feto y niño en cuanto a derechos personales se remonta a comienzos de los años 90, cuando la política de relaciones carnales con el Vaticano implementada por el presidente Carlos Menem instauró a través del entonces ministro de Justicia Rodolfo Barra el 25 de marzo – que en el calendario católico corresponde a la anunciación a María por el ángel Gabriel – como día del niño por nacer. La tradición católica según la cual la madre debe ser sacrificada al feto está muy lejos de ser eterna, se remonta a fines del siglo XIX. En 1884 el Vaticano negó la legitimidad de practicar una craneotomía para salvar la vida de la madre aun cuando se sabía que el feto moriría. Un argumento para este criterio era que el feto no podía ser bautizado y lo esperaba el limbo. Ahora que el Vaticano decidió que el limbo no existe ya han cambiado los argumentos.

Pero a lo largo de toda la Edad Media prevaleció la idea aristotélica reafirmada por Santo Tomás de Aquino según la cual el alma entraba al feto a los 40 días si era masculino y a los 80 si era femenino (las mujeres tardaban más en adquirir un alma, esto es, en ser personas, pero nadie era persona al momento de la concepción). Como no se conocía el sexo del niño por nacer había teóricamente de 40 a 80 días de permiso para abortar. Pero en realidad el aborto era considerado no como asesinato, sino como pecado sexual, se entendía que el aborto pretendía ocultar una conducta pecaminosa por parte de la mujer: relaciones prematrimoniales, o extramatrimoniales. Sólo desde 1869 se lo asimiló a un homicidio.

La adolescente de Paraná fue prácticamente secuestrada en un instituto del Consejo del Menor, con el fin de proteger al feto. Un elemento agravante respecto de los casos de Guernica y Mendoza. . “La usan como un cofre” acusó el defensor oficial. El presidente del CELS Gaston Chillier dijo algo parecido: “La tratan como a una cosa”.

El defensor oficial Pablo Barbirotto en representación de la madre de la adolescente apeló la prohibición del aborto, extendida a todo el territorio provincial, y la guardia otorgada al Consejo del Menor sobre la joven y el feto, que implicaba separarla de su familia. La Cámara de Apelaciones en lo Civil dejó sin efecto la prohibición del aborto. El 20 de septiembre el Superior Tribunal de Entre Ríos se expidió a favor del derecho de la adolescente a que se interrumpiera su embarazo, y rechazó la autoridad del padre biológico de la adolescente, que había abandonado a la familia desde que ella nació, y que reapareció en escena inducido por el abogado Mario Martínez, miembro del Movimiento Apostólico de Schoenstatten, para ejercer su patria potestad diciendo que se oponía al aborto y se ofrecía a criar al niño. Pero en el Hospital San Roque los médicos se negaron a practicar el aborto, cuando la gestación llevaba ya 18 semanas. Un procedimiento igual al del caso Guernica, cuando las maniobras de dilación de jueces y médicos hicieron que al momento del aborto la gestación ya hubiera llegado a los cinco meses.

Argumentaron riesgo para la paciente, pero la realidad es que su negativa no tenía fundamentos médicos. El caso se resolvió con la intervención directa de los ministros de Salud de la Nación Ginés González García, de la provincia de Entre Ríos Gustavo Bordet y de la provincia de Buenos Aires Claudio Mate, que garantizaron el aborto de la joven en un hospital público de Mar del Plata, el 22 de septiembre.

En suma, un caso médico perfectamente claro desde el punto de vista legal, que debiera haber consistido en una práctica de rutina, realizada a su debido tiempo, sin repercusiones enojosas para la adolescente y su familia, se convierte por enésima vez en los últimos años en un objeto de controversia pública, con maniobras dilatorias que buscan hacer imposible el aborto, convertirlo en un parto inducido, con acusaciones morales contra quienes intervinieron para hacer cumplir una ley que data de 1921.

Cultura de la muerte

A propósito de este caso, hubo documentos religiosos que se refirieron a la cultura de la muerte.

"Es la cultura de la muerte, en su versión más hipócrita y cruel... Cuando quien mata es el gobierno pierde toda credibilidad y también muere la democracia", acusó un comunicado del Secretariado Nacional para la Familia. "El ministro de Salud de la Nación, añadiendo un nuevo mérito a su currículo de promotor de la cultura de la muerte consiguió que la joven fuera derivada al Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata..." se expresó monseñor Aguer, arzobispo de La Plata, en una columna de opinión titulada "La sombra de Herodes".

"Cultura de la muerte" es un concepto acuñado por el pontificado de Juan Pablo II, que comenzó a fines de 1978, un concepto con que se alude fundamentalmente a la legalización del aborto, que para esa fecha ya estaba extendida en Europa, pero también a la eutanasia, a ciertas ramas de la investigación científica que implican la manipulación de embriones, a ciertas formas de fertilidad asistida; incluso a la anticoncepción (salvo el llamado método Billings), a la educación sexual que se aparta de la doctrina eclesial, esto es, las relaciones sexuales únicamente permitidas en el marco del matrimonio y con fines de procreación. Conciérne incluso al uso de preservativos, por lo cual ha chocado con las campañas de prevención del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Desde que empezó el pontificado de Juan Pablo II América Latina fue elegida como el continente católico por excelencia para librar esa batalla contra la cultura de la muerte. Hay que tener en cuenta las connotaciones de la bandera de defensa de la vida en un continente asolado por matanzas, persecuciones, guerras de exterminio, desplazamientos, condiciones sociales devastadoras para amplios sectores de población. Europa está altamente secularizada. América del Norte es predominantemente protestante. En América Latina vive más del tercio de todos los católicos del mundo. En este continente había florecido como en ninguno la Teología de la Liberación, con impactantes acercamientos al marxismo y a los movimientos sociales revolucionarios de los años 60 y 70. A la modernización del cristianismo que implicaba la Teología de la Liberación y otras corrientes de la Iglesia en esas décadas, el pontificado de Juan Pablo opuso una cristianización de la modernidad, una "reevangelización" del mundo.

Agentes de la reevangelización en América Latina

En 1982 el Papa otorgó al Opus Dei un estatuto de prelatura personal, es decir, lo puso por encima de los obispos, y su influencia desplazó a la jesuítica de la Compañía de Jesús, que dirigida por Pedro Arrupe desde 1965 estaba dividida entre progresistas y conservadores, aspiraba a la democratización interna y a

la autonomía respecto del Vaticano. En 2002 Juan Pablo II canonizó a José María Escrivá de Balaguer, el fundador del Opus en 1928. El Opus Dei, la Legión de Cristo, fundada en 1941 en México por Marcial Maciel, los Sodálites, una organización originada en Perú en 1985, Heraldos del Evangelio en Brasil, fueron algunas de las organizaciones católicas encargadas de combatir a la Teología de la Liberación en América Latina. Otra preocupación de la Iglesia es el avance de los movimientos pentecostales que le disputan a la iglesia católica la adhesión de los sectores más pobres de población.

Una presencia muy activa es la de los denominados grupos Pro Vida: Portal de Belén, Mujeres por la Vida, Fundación 25 de marzo, Promoción y Desarrollo Humano, Vitam, son organizaciones Pro Vida, remiten a Human Life International, con sede en Virginia, Estados Unidos, fundada en 1981, y su filial latina, Vida Humana Internacional, con sede en Miami. Sus objetivos son precisamente derrotar a "la cultura de la muerte" mediante la "destitución de la trinidad impía" constituida por "el aborto, el control de la natalidad y la educación sexual".

Son organizaciones muy afines a las del fundamentalismo evangélico norteamericano, despojadas de la preocupación social manifiesta en los documentos eclesiales católicos, a veces conectados hábilmente con la diatriba contra la anticoncepción y el aborto, presentados como estrategias imperialistas para deshacerse de los pobres.

Moral sexual

En esta ofensiva el eje es la defensa de la familia tradicional, de autoridad masculina, del carácter "natural" de los roles femenino y masculino, según los cuales la realización femenina está en una maternidad abnegada; y la estigmatización de la sexualidad ejercida fuera del matrimonio o aun dentro sin fines de procreación, de la homosexualidad, de la masturbación, de la anticoncepción no natural. Esta moral restauradora ha hecho del aborto el crimen por excelencia, comparable a los genocidios. Eso en las declaraciones. En los hechos, no hubo el repudio a von Wernich que pueda compararse con el repudio declarado contra quienes garantizaron el cumplimiento de la ley en los conocidos casos de Guernica, Mendoza y Paraná.

Poco antes de morir, en enero de 2005, cuando había cumplido 26 años de pontificado, Juan Pablo II en su mensaje anual al cuerpo diplomático acreditado ante la Santa Sede enunció las prioridades del Vaticano para ese año: en primer lugar el desafío de la vida, que es la negativa al aborto en cualquier circunstancia, fundada en la identidad entre feto y niño: el embrión humano es igual a un niño ya nacido los efectos de sus derechos como persona.

En el curso de los años 90 el Vaticano impulsó la incorporación a las Constituciones de los países de América Latina de la cláusula de "defensa de la vida desde la concepción y hasta la muerte natural" El objetivo no se limita a impedir que se legalice el aborto, sino que apunta a desconocer todos los casos de no punibilidad del aborto, que figuran en los Códigos Penales de los países de la región, aun de modo tan restrictivo como el argentino, donde se limita a los casos de riesgo para la salud y vida de la madre, y violación de una discapacitada. Hay países: Chile, El Salvador, Nicaragua, donde el aborto está

absolutamente prohibido. Es un logro del Vaticano. Con gran esfuerzo, Colombia salió de esa prohibición absoluta el año pasado. En Argentina un enfrentamiento en la Constituyente de 1994 entre los voceros eclesiásticos y una organización de mujeres autoconvocadas culminó con una cláusula de compromiso, muy confusa, que sirve para que los partidarios de una u otra posición la invoquen a su favor. En los hechos están a punto de lograr el no reconocimiento del aborto terapéutico, dado que para que esa ley se cumpla tienen que intervenir los más altos funcionarios.

Benedictus XVI

El sucesor de Juan Pablo II, Benedictus XVI, quien había sido designado por su antecesor al frente de la Congregación de la Doctrina de la Fe, ex Inquisición, custodio de la ortodoxia doctrinaria, ha profundizado la tendencia restauradora de Juan Pablo II, aunque parece más centrado en cristianizar a Europa que en los problemas de América Latina. Y ha optado por una versión aún más excluyente y restrictiva del cristianismo que su antecesor. Por ejemplo, no tiene su política ecuménica.

En cuanto pisó Brasil en mayo pasado, Benedictus XVI reiteró "la defensa de la vida desde la concepción hasta su ocaso natural". En su discurso de apertura de la V Asamblea general del Episcopado latinoamericano y del Caribe hizo la defensa de la familia tradicional, del vínculo indisoluble del matrimonio y del rol prioritario de madre de las mujeres: "En la actualidad la familia sufre situaciones adversas provocadas por el secularismo, el relativismo ético, los diversos flujos migratorios internos y externos, la pobreza, la inestabilidad social, legislaciones civiles contrarias al matrimonio, que al favorecer los anticonceptivos y el aborto amenazan el futuro de los pueblos..."

El fundamentalismo católico

Este hincapié en la moral sexual, la reducción de la moral a la conducta sexual, remite a las tradiciones más conservadoras, pero no excluyentes, del cristianismo. Los pontificados de Juan Pablo II y Benedictus XVI permiten a un teólogo disidente tan destacado como Hans Kung fundar su idea de que el fundamentalismo, de origen evangélico, también puede extenderse al catolicismo. Paralelo con la derecha cristiana enquistada en el Partido Republicano en el gobierno de Estados Unidos y con el fundamentalismo islámico empeñado en instaurar teocracias islámicas. Se trata de un fenómeno mundial contemporáneo: son movimientos de renovación religiosa enemigos de la modernidad, que han cobrado gran fuerza con el fracaso del bloque socialista y la crisis de la racionalidad occidental. Y nos replantean el lugar de la religión en las sociedades actuales, la evidencia de que la religiosidad en sus distintas manifestaciones no es algo que desaparece por decreto, ni cuya relación con los poderes y la política sea tan sencillo regular.

En el caso del catolicismo el fundamentalismo no remite a una interpretación literal de la Biblia, como es para los evangélicos, un retorno a las fuentes (en el protestantismo la fe es una cuestión entre el creyente y Dios, cada cual lee la Biblia y la interpreta, cuanto más literal, menos histórica y simbólica es la

interpretación, menos se presta a controversia). En el catolicismo existe una interpretación preestablecida por el clero de los textos sagrados, de modo que el fundamentalismo remite a la interpretación más conservadora, más antimoderna del catolicismo, la del Concilio de Trento contra la Reforma protestante, y la del Concilio Vaticano II contra la modernidad.

Una politización reactiva

El investigador Juan Vaggione tiene la tesis de que la hegemonía de la Iglesia en la región sobre la legalidad y legitimidad de la sexualidad se ha resquebrajado, se ha fisurado, y que la virulencia de las reacciones de la Iglesia tiene que ver con su necesidad de dar una respuesta a esta nueva situación. No es que haya perdido su poder, pero debe innovar sus estrategias, "ya no actúa exclusivamente desde un lobby invisible y secreto, sino que se ve forzada a volverse pública y activa". Ha empezado a recurrir a las vías y mecanismos de la democracia. Este investigador denomina este proceso como de "politización reactiva" de los grupos religiosos.

Veamos en el caso Paraná: además de la voz de sus representantes, por excelencia el arzobispo Bergoglio, que en la presentación del documento de Aparecida dijo que en la Argentina rige la pena de muerte, porque "puede ser condenado a muerte un niño concebido por violación de una mujer idiota o demente" y también "una eutanasia encubierta" por mala atención a los ancianos, la Iglesia católica demuestra tener, como siempre ha tenido, gente leal en puestos claves: la prensa por lo pronto: leo pasajes de un editorial de La Nación del 30 de septiembre, una semana después de que se resolviera el caso Paraná: " Es lamentable que se esté consolidando esta tendencia del Ministerio de Salud de la Nación a ejercer una suerte de liderazgo activo y vigilante a favor de la generalización de la práctica del aborto y a movilizar a sus principales funcionarios con ese fin..." "...Lo más sorprendente y preocupante es que hoy exista en el Congreso un proyecto de ley sobre abortos no punibles que si bien propone reglamentar y ampliar las excusas absolutorias del artículo 86 del Código Penal sólo contribuye a empeorar y agravar los errores de esa infortunada norma...se consagra la absurda injusticia de que un ser humano pague con su vida las faltas o errores de su supuesto padre..."; también en la justicia, la corporación médica, las instituciones para menores. La curia iba hasta la casa de Marta Gauna, la madre de la adolescente, a ofrecerle alimentos y mercadería a cambio de que desistiera de realizar el aborto a su hija. Es una práctica habitual: hizo lo mismo en un caso de hace unos años en que una mujer epiléptica debía elegir entre seguir con su embarazo o seguir con su tratamiento contra la epilepsia: en otro caso en el sur, en que una chica de 13 años discapacitada había quedado embarazada por una violación y sus padres y ella misma querían hacerle un aborto. Parece que allí no cuentan los argumentos que usó Bergoglio contra el clientelismo y la dádiva el día de San Cayetano.

Tampoco parecen regir sus anatemas contra la mentira y el engaño, reiterados el día de peregrinación a Luján: fue como resultado de engaños que Marta Gauna, la madre de la adolescente discapacitada, firmó una autorización para que el Consejo del menor internara a la chica para custodiar al feto hasta el

momento del embarazo. Creía estar firmando otra cosa. El padre biológico de la chica habría dicho que lo habían amenazado con que podría caerle un juicio si permitía que se realizara el aborto.

La Iglesia miente también cuando afirma que la suscripción del Pacto de San José de Costa Rica implica la defensa de la vida desde la concepción en cualquier circunstancia. Es un pacto suscripto por países que ya tenían legalizado el aborto cuando lo hicieron, como es el caso de Canadá. Además en el mismo tratado y en otros tratados internacionales suscriptos por el país con rango constitucional hay elementos que obligan a compatibilizar el derecho a la vida con los derechos sexuales y reproductivos.

Pero además de su veteranía en el ejercicio del poder, a través de su presencia en instituciones fundamentales, además de educación y acción social, recurre a argumentaciones legales y científicas, a prácticas de libre expresión y de protesta habilitadas por los regímenes democráticos.

Respecto de estos recursos, Vaggione se refiere a “un secularismo estratégico” a que han aprendido a recurrir los grupos religiosos. Monseñor Aguer, por ejemplo, se acoge a supuestos principios jurídicos y científicos, no religiosos: “Deliberadamente lo llamo niño, porque así corresponde según el ordenamiento jurídico argentino...El reconocimiento del embrión humano como sujeto de derecho se apoya en certezas científicas, y no en creencias religiosas...La confusión y los prejuicios ideológicos impiden aceptar una verdad que es de orden meramente racional, no de fe; natural, científica, no religiosa...”

Recurren a las vías legales: ir a buscar al padre de la adolescente, inducirlo a imponer su autoridad paternal que no había ejercido nunca porque nunca ejerció sus obligaciones paternas. Es significativa la actitud activa de muchos laicos: quien introdujo al padre de la adolescente en el caso, un hombre que había abandonado a su familia a poco de nacer esa, que era su cuarta hija, el abogado Mario Martínez, es miembro del Movimiento Apostólico de Schoenstatten. Es significativo el intento de recurso a la patria potestad aun de un hombre que no la ejerció pese a ser su obligación, como si el derecho de familia no hubiera cambiado hacia una familia más equitativa, más igualitaria.

Recurren también a manifestaciones de libre expresión y de protesta habilitadas por los regímenes democráticos: Por ejemplo, en la ciudad de Paraná hubo una “marcha por la vida” frente a Tribunales, organizada y protagonizada por católicos laicos convocados por un Foro de la Familia. Desplegaban fotos de fetos ensangrentados con frases como: “Estoy vivo, no me maten”. Uno de los oradores, Angel Moia, tomó una frase cara al movimiento de derechos humanos: “Nunca más”, para oponerse al aborto. En Buenos Aires, frente al Congreso, una Marcha de los Escarpines.

Desde 1996, cuando realizó en la ciudad de San Juan un “encuentro paralelo”, la Iglesia católica interviene activamente, a veces agresivamente, como ocurrió en Mendoza hace dos años, en los Encuentros Nacionales de Mujeres, especialmente en los talleres de anticoncepción y aborto, identidad, feminismo, para imponer la doctrina católica sobre sexualidad, matrimonio, maternidad, etc. También es una estrategia, en el sentido de que se introduce a favor del carácter abierto, horizontal, autoconvocado del Encuentro. Al parecer en este fin de semana en Córdoba hubo discrepancias entre organizaciones partidarias que querían expulsar a las mujeres de la Iglesia y otros sectores que se negaban a romper la dinámica propia de los Encuentros e insistían en presentar debate y discusión.

Otro modo de ser cristiano

“No leo las encíclicas, pero sé lo que hizo Cristo, y ante una situación similar él hubiera ayudado a que una adolescente no cargara con el hijo de su padrastro” dijo la jueza de menores de Mar del Plata Silvina Darmandrail, católica, que en febrero pasado firmó la sentencia que autorizaba a abortar a una niña de 14 años violada por su padrastro (Página 12, 25-3-207). Una prueba entre otras de que hay católicos que tienen otra perspectiva ante estas situaciones y tienen la valentía de llevar sus convicciones a la práctica. Una prueba de que no hay un solo modo de ser cristiano.

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA. LOGROS Y ASIGNATURAS PENDIENTES.

Nina Zamberlin

En esta presentación me voy a referir a las políticas públicas en el campo de la salud sexual y reproductiva (SSyR). Voy a ser breve, justamente porque la historia de estas políticas en nuestro país es bastante reciente.

Es sabido que las cuestiones ligadas a la SSyR estuvieron ausentes de la agenda pública hasta la década del noventa, y que anterior a esa fecha las intervenciones gubernamentales se limitaron a acciones de carácter restrictivo, como los oscuros y lamentables decretos de los años setenta que prohibieron lo poco que se hacía en ese momento en el tema de anticoncepción.

La historia que vamos a recorrer arranca en los años noventa con las iniciativas de algunas provincias y jurisdicciones que sancionaron las primeras leyes de salud reproductiva que pusieron en funcionamiento los primeros programas de salud reproductiva dentro de la estructura gubernamental, en muchos casos motorizadas fuertemente por las demandas del movimiento de mujeres.

Las acciones localizadas en las provincias, las conferencias internacionales de Naciones Unidas (Cairo y Beijing), y también en gran medida la acción del movimiento de mujeres condujeron a la sanción de la ley nacional N° 25.673 en el año 2002 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta ley constituye un hito en nuestra historia ya que formaliza la voluntad del estado de tomar la SSyR como una cuestión clave de la salud pública que debe plasmarse en políticas de estado. Como política de estado me refiero al compromiso político acordado y fijado de forma tal que no pueda ser fácilmente ignorado por ningún gobierno. Asimismo, es importante que a partir de la sanción de esta ley se dispone una partida presupuestaria para la ejecución del Programa Nacional en todo el país.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ha tenido muchos logros en términos de la cobertura y distribución de los insumos anticonceptivos, y de la incorporación de la perspectiva y el lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos en el campo de la atención de la salud. También es claro que hay muchas otras cuestiones que aun no han sido abordadas como se requiere, que constituyen asignaturas pendientes.

En este sentido, es preciso tener en cuenta la heterogeneidad del mapa nacional y las realidades dispares entre las diferentes provincias en términos socioeconómicos, indicadores de salud, estructura del sistema de salud, etc. El grado de implementación y compromiso político de los programas de salud reproductiva es también muy diferente a lo largo y a lo ancho del país.

La definición de SSyR que todos y todas aquí conocemos, apoyamos, promovemos y citamos incansablemente, implica 3 cuestiones centrales.

- 1) **Integralidad.** Se refiere al amplio espectro de elementos que se engloban en el concepto de SSyR (no sólo anticoncepción y prevención de embarazos no deseados sino también la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida, la prevención del cáncer ginecológico, el tratamiento de la infertilidad, la educación sexual, y también la problemática de la violencia).
- 2) **Derecho a decidir.** Las personas son sujetos de derecho que pueden controlar y decidir sobre su vida sexual y reproductiva. El estado tiene el rol de garantizar y proteger ese derecho.
- 3) Contar con las **condiciones que habilitan** a las personas para poder ejercer sus derechos. El rol del estado es poner en marcha mecanismos que faciliten y permitan el ejercicio pleno de los derechos. Obviamente estas condiciones se refieren a cuestiones que exceden a los servicios de salud e incluyen esferas como educación, trabajo, vivienda, calidad de vida, equidad de género entre muchas otras.

Veamos ahora desde este punto de vista en dónde se ha avanzado en el campo de las políticas de SSyR y dónde aún existen vacíos en nuestro país.

- 1) En el ámbito legislativo se han dado grandes avances en los últimos años (leyes nacionales y provinciales en temas como los derechos de madres y padres durante el embarazo, parto y puerperio; la ley de contracepción quirúrgica, la de educación sexual, etc.)
- 2) Estos logros son sumamente auspiciosos y bienvenidos y muchos de quienes estamos acá hemos luchado para que esas leyes fueran sancionadas. Pero también existe un fenómeno que podríamos denominar una “necesidad excesiva” de plasmar en leyes específicas particulares temas que ya están constituidos como derechos e incluidos en la normativa ya vigente. Si bien nuevas leyes pueden justificarse por la necesidad de fijar derechos que son ampliamente desatendidos o vulnerados, para muchos también significa que sin nuevas legislaciones específicas estos derechos no estarían garantizados para la población a través de los instrumentos legales vigentes. Es necesario hacer valer y exigir el cumplimiento de las leyes existentes.
- 3) Por otro lado, una mayor asertividad y claridad acerca del valor de las leyes vigentes (como el artículo 86 del Código Penal por ejemplo) también contribuiría a subsanar la desprotección o el vacío legal que alegan muchas veces los profesionales de la salud, que no se sienten suficientemente respaldados para ejercer su práctica respetando el derecho a decidir y las necesidades de las mujeres.
- 4) Otra cuestión que debemos atender es la brecha que existe entre el reconocimiento y el ejercicio de los derechos. La sanción de leyes que crean derechos no implica necesariamente que se

respeten esos derechos para todos los ciudadanos/as. Aquí hay un paso que no se da, un camino truncado entre la enunciación de los derechos, y su difusión, las acciones necesarias para garantizarlos y el monitoreo de su cumplimiento (un ejemplo claro es el derecho de las mujeres a tener un acompañante de su elección durante el trabajo de parto y el parto establecido en la ley nacional N° 25.929 Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento). El cumplimiento de las leyes dependerá de la difusión que tengan, la apropiación de los derechos por parte de la población, el rol del estado en exigir el respeto de los derechos por parte de sus funcionarios y representantes, y algo que no es menor, la asignación de presupuesto.

Entre las cuestiones que aún no han sido suficientemente abordadas desde las políticas públicas podemos señalar:

- El abordaje verdaderamente integral de la salud sexual y reproductiva ya que los programas existentes se han focalizado única o mayoritariamente en la provisión de métodos anticonceptivos.
- Mejorar la atención postaborto a través de un modelo de atención respetuoso de los derechos de las mujeres y con enfoque preventivo.
- En cuanto al acceso a los anticonceptivos, es necesario revisar algunas pautas de atención. En muchos sitios se exige un Pap para recetar un anticonceptivo oral o un colocar DIU, cuando desde la perspectiva de salud pública esto tiene poca lógica ya que si bien el screening es importante sin ninguna duda, la prevención del embarazo no deseado no debe supeditarse a ese estudio. Por otro lado, si se detectara algún estadio de cáncer siempre es más sencillo su tratamiento si la mujer no está embarazada.
- Diagnóstico y tratamiento de infertilidad (difundir y capacitar sobre tratamientos de bajo costo).
- Calidad de la atención. En los servicios de salud parecen estar más resueltas las cuestiones técnicas que las cuestiones "humanas" como la comunicación y el respeto. Es necesario pensar cómo hacer los servicios más amigables y acogedores, incentivar a los equipos de salud, mejorar las condiciones de trabajo, los sistemas de turnos, etc.
- Incorporar la mirada de la diversidad sexual. Visibilizar y atender las necesidades de salud las personas GLTTB.
- Implementación de la educación sexual. Esto se vincula con la necesidad de mejorar la articulación intersectorial y abordar la SSyR desde todos los frentes.
- Fomentar la participación de los varones en la salud sexual y reproductiva que han sido los grandes ausentes del foco de las políticas públicas. Sin embargo es claro que son actores fundamentales y que muchas veces condicionan la posibilidad de sus parejas de alcanzar un

buen nivel de SSyR. Es necesario pensar políticas para llegar a ellos como parejas y como sujetos con sus propias necesidades de SSyR.

- Desarrollar protocolos de atención de víctimas de violencia sexual, difundirlos y capacitar a todos los prestadores y funcionarios involucrados en la atención de mujeres en esa situación. Resulta fundamental facilitar el acceso a la anticoncepción de emergencia y la profilaxis para las ITS.
- Con respecto al aborto no punible, es preciso apoyar y fomentar una interpretación no restrictiva del artículo 86 del Código Penal, basada en la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud.
- Prevención del cáncer de cuello. Es necesario revisar la efectividad de las acciones preventivas desde la perspectiva de la salud pública y la calidad del procesamiento de los PAPs.
- Finalmente una cuestión que no es menor: monitorear el cumplimiento de las políticas públicas, evaluar y hacer seguimiento de las políticas del estado en el campo de la salud sexual y reproductiva, reconociendo la labor de quienes las facilitan y las cumplen y sancionando a quienes las ignoran, obstaculizan o violan. En este sentido es fundamental que el gobierno nacional ejerza su rol de garante del cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población.

EL DILEMA ÉTICO Y RELIGIOSO EN RELACIÓN AL ABORTO CORRESPONDE A LA CONCIENCIA DE CADA MUJER

Marta Alanís

La maternidad tal como la trata la sociedad y la religión, deshumaniza a las mujeres, mientras que el aborto las humaniza. Un embarazo es visto como si fuese natural sin tener en cuenta el pensamiento, la emoción y las relaciones con esa capacidad biológica reproductiva que tienen las mujeres. Estar a favor de la elección aún cuando un embarazo se anuncia tiene que ver con el aborto y también con la maternidad.⁵⁵ El trato que se le ha dado al aborto no sólo difiere entre las distintas comunidades religiosas sino que ha suscitado numerosas controversias en el interior de las mismas. Dichas controversias han cambiado a lo largo de la historia y continúan siendo objeto de un constante debate en el cual no hay unanimidad de opiniones.

- En el caso de la jurisprudencia islámica por ejemplo, existen desacuerdos en cuanto al momento exacto de la instalación del alma en el cuerpo y el desarrollo del feto (un grupo permite el aborto hasta los 120 días, otros lo prohíben en etapas más tempranas).

⁵⁵ María José Rosado Nunes, CDD Brasil

- Dentro del judaísmo, si bien se exige el aborto cuando peligran la vida de la madre, existe una gran divergencia entre los distintos movimientos en cuanto a permitir el aborto por razones no terapéuticas
- En la Iglesia católica romana, la posición que establece que la vida humana existe desde el momento de la concepción no siempre ha sido la misma. Antes de 1869 la mayoría de los teólogos enseñaban que el feto se convertía en un ser humano con alma humana a partir de los 40 días (a veces más tarde) después de la concepción. La postura de la jerarquía eclesial de condena absoluta al aborto ha sido cuestionada por teólogos católicos que creen que el aborto es permisible en las primeras etapas de gestación.

A pesar de la fuerte oposición de la jerarquía eclesiástica, en Argentina se va avanzando en la separación entre las políticas públicas del Estado y los postulados de la Iglesia en lo referente a temas relacionados con derechos sexuales y reproductivos incluyendo el aborto inducido. La Iglesia continúa ejerciendo una fuerte oposición a los proyectos de ley que despenalizan esta práctica. La jerarquía eclesiástica no se ha adaptado a la realidad que viven las mujeres, ni al hecho de que un gran porcentaje de los/las creyentes católicos/as no está de acuerdo con respecto a los postulados de la Iglesia en cuanto al aborto .

Principios morales, éticos y jurídicos

Los problemas colectivos que tocan la conciencia de cada individuo se vuelven sumamente difíciles de solucionar, especialmente cuando existen distintas posturas al respecto y se busca establecer un marco legislativo que satisfaga a la mayoría de los ciudadanos. Es por ello que para analizar éticamente el problema del aborto inducido debe considerarse:

- *Distinción entre moral y derecho.* Aunque tradicionalmente la ética se ha visto como una disciplina normativa destinada a señalar la mejor conducta moral, continúa existiendo un debate sobre la existencia de principios éticos de validez universal. Los valores éticos que inspiran la norma moral y la norma jurídica difieren en cuanto a que la moral, que rige el campo de la conciencia, valora la conducta en sí misma y lo que ésta significa para la vida de cada persona.
- *Estado democrático y bien común.* La idea de democracia se fundamenta en que el poder político debe residir en la comunidad, puesto que nadie posee por derecho propio la facultad de regir sobre sus semejantes. *Libertad individual.* Todas las personas tienen el derecho a la libertad de decisión y acción mientras sus acciones no interfieran con los derechos de las demás [personas]. La libertad se manifiesta en la decisión sobre el destino propio, es decir, la autonomía personal.

Ética y religión: implicaciones prácticas para legislar sobre el aborto

El problema del aborto inducido está inmerso en una gran controversia que se basa en valores no aplicables a la realidad social que viven las mujeres. Los principios éticos, morales, filosóficos y religiosos

sirven para reflexionar y evaluar estos valores, adaptándolos al contexto actual. La falta de accesibilidad al aborto, no sólo contribuye a una desigualdad social, sino que limita un principio ético fundamental: la libertad individual. Mediante una actitud penalizadora sobre el aborto, se le impide a la mujer el ejercicio pleno de su derecho a la maternidad voluntaria aún cuando el aborto es legal en Argentina por varias causales.

El principio ético del bien común, forma parte de la función que debe cumplir un Estado, no se respeta mediante políticas que prohíben el aborto. La penalización del aborto afecta de manera distinta a las mujeres según sus recursos económicos, discriminando a aquellas que por carecer de medios suficientes deben recurrir a un aborto inseguro, infringiéndose de esta manera el principio de justicia y equidad. Al Estado le corresponde garantizar los derechos humanos fundamentales de los individuos y promover la justicia social mediante políticas y leyes adaptadas a la realidad social, sin pretender imponer una sola verdad.

Las mujeres católicas y el aborto

Desde el Concilio Vaticano II la Libertad de Conciencia, el reconocimiento a la pluralidad y el respeto a la diversidad ganaron un espacio significativo en la Iglesia y es por eso que desde nuestra identidad católica y feminista rescatamos la coherencia que existe entre nuestra fe y nuestro trabajo en pos del derecho a decidir, convencidas de que la Iglesia no es monolítica, al contrario mantiene una rica tradición de pluralidad en cuestiones morales, donde se privilegia la conciencia como último recinto donde se toman las decisiones importantes y se debaten los dilemas éticos.

El discurso religioso jerárquico se ha debilitado al desestimar el uso de los anticonceptivos, de los preservativos para la prevención del VIH-sida y en torno a la educación sexual. Los grupos vinculados a la derecha fundamentalista católica son los que se oponen a cambios legislativos que redunden en nuevos derechos para las mujeres, conservando claramente posiciones misóginas.

El feminismo ha quebrado la hegemonía de la jerarquía católica en temas de moral sexual y actualmente asistimos a un debate público sobre el aborto donde diferentes encuestas reconocen que, en algunos casos, el 90% de la población apoya cambios en la legislación actual y adhiere a la práctica del aborto cuando es legal.

Necesitamos contar con políticas públicas que garanticen las diferentes opciones Sólo cuando hay diferentes opciones las decisiones se pueden tomar en libertad, condición básica para que haya un lugar para la ética. Si no hay diferentes opciones se está imponiendo la maternidad como destino, la maternidad forzada, la maternidad como mandato social y cultural. La maternidad debería ser siempre una decisión conciente, amorosa y por lo tanto voluntaria.

Parte II

ALCANCES Y LÍMITES DE LA INTERVENCIÓN FRENTE A SITUACIONES PARTICULARES DE VULNERABILIDAD

VIOLENCIA SEXUAL, MUJERES MIGRANTES: DESAFÍOS PARA UNA INTERVENCIÓN PLURIDISCIPLINARIA

Katinka In'T Zand

Me gustaría hablarles de una forma de violencia sexual que oficialmente casi no existe en Bélgica, los crímenes de honor. El único dato oficial viene de la policía federal y dice que en los últimos 6 años hubieron 5 feminicidios a causa del honor⁵⁶. Esto parece tan poco que efectivamente uno se pregunta porque dar tanta importancia al fenómeno.

Además, se supone que es una forma de violencia que se encuentra solamente en las comunidades musulmanes, olvidando así que para muchas culturas ser virgen hasta el matrimonio tiene mucha importancia. En Bélgica también, las parejas aun se sienten obligadas a casarse rápidamente cuando hay un embarazo no planificado.

¿En el fondo, que es un crimen de honor y cual es este concepto de honor?

El honor esta relacionado con la sexualidad. El honor de un hombre depende de la castidad de su madre, de su esposa, de sus hijas y de sus hermanas.

Así los temas cruciales son la virginidad de la mujer antes del matrimonio y la fidelidad sexual de la mujer casada⁵⁷.

El honor puede perderse por diferentes maneras :

- la perdida de la virginidad antes del casamiento
- las abusos sexuales o la violación (por otra persona que el esposo)
- la infidelidad
- el secuestro de una joven (con o sin su aprobación) por otro joven
- el insulto sexual

Si un hombre no interviene después de tal trasgresión, le esperan sanciones severas.

Es posible que su familia sea excluida de la comunidad (que esté socialmente muerta) y que sus hijos no encuentran personas con quien casarse.

El crimen de honor es una violencia como respuesta a una 'perdida de honor'.

Estos ataques al 'honor' pueden tener intensidades diferentes.

1. Mismo si no hubiese relaciones sexuales afuera de la relación de la pareja, este ya puede ser un comportamiento considerado como 'demasiado libre' de la esposa, la hija o la hermana, lo cual puede provocar comentarios maliciosos por parte de la comunidad. Lo que un hombre podría ser en este caso es limitar la libertad de movimiento la mujer.

⁵⁶ www.senate.be (nr3-1077)

⁵⁷ COT. Instituut voor Veiligheids- en Crisismanagement. Ernstig eengerelateerd geweld: een casusonderzoek. Studie in opdracht van het Ministerie van Justitie. Den Haag: mei 2005.

2. Cuando se trata de una amenaza directa por una relación sexual con otra persona fuera de la pareja o de una relación seria con un novio moderno o bien después de una forma de agresión sexual, el hombre puede tomar medidas más severas. La joven no puede volver más a la escuela o se la puede mandar a su país de origen.

3. Un tercer tipo de ataque al honor es la relación sexual fuera del matrimonio. Medidas contra eso pueden ser:

- matrimonios forzados
- reparación del himen
- aborto
- infanticidio
- regreso obligado al país de origen
- castigos físicos

La situación se pone mas grave aún cuando el entorno se entera, o podría llegar a enterarse de la relación sexual fuera del matrimonio.

Ahí la presión social para tomar medidas y limpiar el honor aumenta muchísimo. Esto puede resultar en :

- un matrimonio forzado
- un repudio
- cambiarse de ciudad por la familia entera
- feminicidio u homicidio

Cuando se trata de 'crímenes de honor', son siempre las mujeres las víctimas. Cuando se trata de 'asesinatos de honor', la víctima podría ser también el amante, el violador o el abusador.

Trabajo en un centro de planificación familiar en Bruselas, la capital de Bélgica, en un barrio multicultural con grandes comunidades africanas. Un equipo multidisciplinario trabaja alrededor de la salud sexual y reproductiva. Hay médicos generalistas, ginecólogos, psicólogos, asistentes sociales, abogados, juristas, kinesiterapeutas etc. Nuestras acciones no se limitan a temas alrededor de la procreación y las infecciones sexualmente transmisibles sino también se dirigen a mejorar la calidad de la vida y las relaciones interpersonales. En la mayor parte de estos centros se practica también el aborto hasta las 12 semanas.

En mi centro estamos confrontados regularmente a las consecuencias de la sexualidad prematrimonial y el miedo de la reacción de la familia. Vemos mujeres en matrimonios forzados o semi-forzados en los que la mujer, por lealtad a su familia, aprobó al candidato de sus padres. Nuestras pacientes nos hablan de matrimonios con un montón de tensiones o la realización de abortos escondidos para no tener hijos de su esposo. Esperan que el esposo piense que ellas sean infértiles y que él así anule un momento dado el matrimonio por causa de infertilidad fingida.

En Bélgica, la consulta psicológica antes de un aborto es obligatoria. En estas consultas nos damos cuenta que para muchas mujeres de familias musulmanes, la razón para abortar es que tener relaciones sexuales antes del matrimonio está prohibido, pero aún tener un hijo. La mujer y en el caso de ser acompañada por el novio, ambos temen la reacción de su familia.

Siempre que una joven o mujer llega acompañada a una consulta pre-aborto, nosotros queremos recibirla por lo menos un momento sola, para estar seguros que un aborto realmente es la ayuda que ella pide o ver si la podemos ayudar de otra manera. En nuestro equipo hablamos varios idiomas, pero si no tenemos un idioma en común con la paciente, pedimos a un servicio de intérpretes de confianza para traducir en la consulta.

Algunas veces tenemos casos trágicos de jóvenes embarazadas que aún son vírgenes. Tuvieron relaciones sexuales sin penetración, es decir, el hombre se frotaba y eyaculó entre las piernas o contra la vulva de la joven. Los espermatozoides pueden sobrevivir hasta 5 días y pueden así nadar tranquilamente al útero y ahí fertilizar un ovulo. El novio, que está seguro que no hubieron relaciones sexuales con penetración, está convencido que la joven le engañó y la deja sola....

Estas jóvenes y mujeres para quienes la virginidad antes del matrimonio es un deber, son en la mayoría de los casos mal preparadas para el primer contacto sexual, no utilizan anticonceptivos y quedan embarazadas a la primera relación sexual.

Las violencias vinculadas al honor también se encuentran en comunidades no-musulmanes. La mutilación genital femenina por ejemplo existe en unos 28 países africanos, en comunidades musulmanes pero también en comunidades cristianas y animistas.

Unas de las razones de la mutilación genital femenina (o MGF) es para proteger la mujer contra su propia hipersexualidad. Esta tradición de tortura y mutilación tiene efectivamente como consecuencia que la mujer ya no tiene ganas de tener relaciones sexuales y entrará como virgen en el matrimonio y no tendrá ganas de tener relaciones extra-conyugales tampoco. La familia y el hombre pueden estar tranquilos con la MGF. ¡Ella representa la garantía absoluta para su honor!

A partir de la Convención de Ginebra de 1949, se considera refugiado a quien por miedo fundado por persecución a causa de su raza, religión, nacionalidad, por pertenecer a un cierto grupo social o por su opinión política, se ve obligado a salir del país y pedir protección en otro país.

Esta convención no menciona persecución por razones de género.

En 2002 el Alto Comisariado para Refugiados de las Naciones Unidas amplió la Convención de 1949 e incluye a los conceptos de 'pertenecer a un cierto grupo social' o 'tener su opinión política' la persecución por razones de género.

Aquí se refiere a la discriminación, castigos y tratos inhumanos y humillantes por transgredir las leyes o normas tradicionales sobre el rol de la mujer en la sociedad y se refiere a prácticas tradicionales dañinas que incluyen la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados, los crímenes de honor y la planificación familiar forzada.

El Alto Comisariado para Refugiados pide a los gobiernos nacionales de traducir estas indicaciones en leyes.

En Bélgica y gracias al lobbying del GAMS-Bélgica, un grupo de mujeres y hombres africanos y belgas que lucha por la abolición de la mutilación genital femenina, se logró adaptar y modificar la ley belga en cuanto a la impunidad del acto de la mutilación. Ahora los padres que hacen que sus hijas sean mutilada genitalmente durante las vacaciones en otro país, serán castigadas por la ley belga. Y hace 2 meses el argumento del miedo de ser objeto de una mutilación genital femenina es suficiente para ofrecer el estatuto de refugiada.

Abogados y otros profesionales de nuestros centros de planificación familiar participan muy activamente en el GAMS.

La Oficina Nacional de la Infancia que se ocupa del seguimiento en cuanto al crecimiento, las vacunas etc. de todos los bebés en Bélgica de 0 a 3 años, pronto se ocupará oficialmente también del control en cuanto a la MGF en las niñas.

Estos logros llevados a cabo a través de la lucha contra las MGF en Bélgica es un ejemplo como por la colaboración entre personas directamente afectadas, testigos del problema (el mundo médico) y la justicia y la política.

Lamentablemente, en cuanto a la lucha contra otras violencias sexuales vinculadas al honor, no hay la misma toma de consciencia ni el mismo compromiso social.

En el mundo médico-psico-social en Bélgica no registramos los motivos de consulta ni las características de nuestros pacientes. Ya en mi propio centro se sabe solamente cuantas personas por año consultaron el servicio médico, social, jurídico o psicológico. Si puedo en mi propia practica como psicóloga, testimoniar sobre casos de mujeres, victimas de crímenes de honor que me consultan.

En la policía desde hace un año se sistematiza la manera de registrar una denuncia por violencia, la cual va mejorar muchísimo el conocimiento sobre los delitos y crímenes de violencia en Bélgica. Pero como les dije en el principio de mi presentación: la cifra oficial es que los últimos 6 años hubieron 5 feminicidios por honor. Tan pocos casos explican por qué la política y la justicia no se interesan en el fenómeno. El mundo médico-psico-social tiene que tomar ahí su responsabilidad también.

Además, hay que conocer bien las características del fenómeno, porque no es siempre fácil hacer la distinción entre violencia intrafamiliar, violencia conyugal o violencias como resultado de la pérdida del honor.

Tampoco hay un consenso en como luchar contra este tipo de violencias.

Un ejemplo:

En nuestros centros estamos regularmente confrontados a la presión de reparación del himen por las chicas que temen la reacción familiar o de su futuro esposo si no llegan vírgenes al matrimonio.

En algunos de nuestros centros se practica esta intervención, en otros centros el equipo esta tan en contra que ni si quiera quiere informar sobre la posibilidad de estas prácticas. Hay centros que dicen que el mundo de la planificación familiar en Bélgica es el fruto de una historia larga de combates feministas. Si

se autoriza la reparación del himen, se autoriza el valor de la virginidad, lo cual se considera como una regresión⁵⁸.

En otros centros se está de acuerdo con esta visión pero se defiende el punto de vista que eso es no tomar en cuenta una parte de nuestra realidad que hace sufrir cotidianamente a mujeres y niñas.

Estos centros desarrollaron un protocolo de intervención⁵⁹ que incluye la consulta con un psicólogo o asistente social y enseguida después una consulta de información con un médico antes de tener esta intervención. Así la decisión de responder a una demanda de reparación de himen, es el resultado de una colaboración estrecha entre dos personas.

En estas dos consultas, se toman en cuenta diferentes aspectos:

- desde el punto de vista psicológico ya que nos parece importante que la mujer nos cuente su historia y por qué y cómo perdió su virginidad. Es muy frecuente que sea la primera vez que la mujer habla de esto.
- Nos parece importante también dar diferentes informaciones médicas; no todas las mujeres tienen un himen, ni pierden sangre durante la primera relación sexual. Se explica también como se hace una reparación de himen etc.
- Igualmente nos parece importante confrontarla a diferentes realidades en un futuro mas o menos cercano:
 - si se siente capaz de guardar un tal secreto
 - cómo va poner límites a lo que la familia o el futuro esposo podría exigir más
 - como ella ve su identidad de mujer
 - y si es su futuro esposo, con quien perdió la virginidad que ahora exige que ella esté pura para el día de la boda, como lo comprende.
 - que lo que diría a sus hijas en cuanto a la virginidad y a la sexualidad

Nuestras pistas de reflexión por el momento son:

- como podríamos desarrollar en las escuelas y fuera de la escuela debates entre jóvenes y adultos sobre temas que nos ocupan (como el riesgo, el amor, la amistad, el respeto, la confianza y la vergüenza), tratando con respeto el punto de vista de los jóvenes, chicos y chicas y de los adultos
- estudiar la posibilidad de una educación por los pares
- como seguir nuestras acciones y colaboraciones con el mundo político
- como la lucha contra todas las formas de integrismo podría cambiar la percepción de los y las jóvenes y de la sociedad en cuanto a la vida sexual y afectiva.

⁵⁸ Fraccaro, Veronique en su presentación durante una jornada de estudios organizada por la Comisión Mujer y Desarrollo del Ministerio de la Cooperación belga, el 25/05/2007

⁵⁹ por ejemplo el Planning de Marolles

A través de las 3 entradas: el feminicidio, la virginidad y la mutilación genital femenina, quise mostrar la complejidad del análisis y de los aspectos culturales y que eso demuestra la necesidad de un abordaje transdisciplinario.

Volviendo a la relación de la práctica con el aborto, he constatado similitudes.

Como ya se dijo ayer, en Bélgica se obtuvo el cambio de una ley represiva bajo presión de movimientos feministas y después de haber desarrollado en 15 años en la ilegalidad una práctica de abortos en buenas condiciones médicas y psicológicas.

Y ahora, la práctica sigue desarrollándose, gracias a nuevos elementos en la sociedad, como el contexto de la migración en Bélgica y los impulsos internacionales. Esto se nota también en la consulta pre-aborto. El objetivo de la consulta pre-aborto obligatorio es de permitir a la mujer de clarificar mejor su demanda y de recibir el apoyo y la información para conocerse mejor y de ocuparse del cuidado de sí misma. Hace algunos años todavía, pusimos sobre todo mucha atención en la vivencia individual de la mujer y casi siempre la recibimos sola. Gracias al impulso de las Conferencia de Cairo y de Beijing, poco a poco se tomaba en cuenta también el contexto social y relacional de la mujer. Así se introdujo la noción de género en nuestro trabajo.

Ahora estamos pensando en como hacer participar al compañero/esposo en la consulta pre-aborto y como trabajar con él en cuanto a su vivencia y su rol y responsabilidad. ¿Y como incluir al hombre migrante? ¿Y que hacer cuando hay violencia? ¿Como poner en practica las reflexiones sobre la masculinidad? ¿Con quienes? ¿Como encontrar un equilibrio en cuanto al respeto para las diferencias culturales y los derechos reproductivos y sexuales?

Nudos críticos suficientes todavía, para poder seguir adelante durante muchos años todavía.

LOS DERECHOS SEXUALES DE LAS NIÑAS WICHIES: MUTICULTURALISMO Y GÉNERO

Verónica Spaventa

I

La convocatoria de estas jornadas presume la existencia de una de *“carrera de obstáculos que hay que vencer para acceder a prácticas garantizadas por la ley”*, carrera que pone *“al descubierto la permanencia de valores sexistas y prácticas de violencia hacia las mujeres, que afectan su salud sexual y reproductiva”*.

El caso que quiero compartir hoy con ustedes, da cuenta de la especial situación de vulnerabilidad (determinada por el género, la edad, la etnia y las condiciones sociales) en la que se encuentran las niñas wichis en la Provincia de Salta, enfrentadas con esa carrera de obstáculos, tras demandar las respuestas institucionales previstas en la legislación para asegurar sus derechos sexuales y reproductivos.

II

Una niña wichi de entre 9 y 11 años (según la madre, la menor fue inscripta cuando ya tenía dos años, pero esta circunstancia no fue probada en la causa), fue violada por la entonces pareja de su madre, de 28 años él, hijo del cacique de la comunidad aborigen de Lapacho Mocho (Departamento de San Martín, 300 kilómetros hacia el norte de Salta Capital). Fruto de esa violación, la niña quedó embarazada de un niño que dio a luz nueve meses después.

El proceso judicial se inició con la denuncia que hizo la madre de la víctima.

Nacida la criatura “concebida” a través de la violación, la comunidad wichi de Lapacho Mocho se hizo masivamente presente ante las instalaciones judiciales, incluidas la niña-madre, la víctima, junto a su hijo y su propia madre, para reclamar la libertad del joven acusado, aduciendo el respeto hacia sus pautas culturales, según las cuales las relaciones carnales no habrían sido sino consecuencia del pleno ejercicio de la libertad sexual de la menor de edad.⁶⁰

El juez de la causa, dictó el auto de procesamiento, que fue confirmado por la Sala Tercera de la Cámara de Acusación.

En ese contexto, la Suprema Corte de Justicia de Salta, con fecha 29 de septiembre de 2006, resolvió un recurso de casación articulado por la defensa. Por mayoría, la máxima instancia judicial local decidió hacer lugar al recurso y, consecuentemente, declaró la nulidad del auto de procesamiento y de todos los actos que de él dependiesen. Actualmente, no hay sentencia firme que cierre el conflicto (hay quienes entienden que la causa está parada por una sucesión de recursos articulados por la defensa, hay quienes

⁶⁰ Entonces, la madre de la niña violada, adujo presiones de la maestra de aquella para efectuar la denuncia que dio origen al proceso judicial. Debo señalar, que también circularon otras versiones que explicaban esa retractación. De acuerdo con estas últimas, la madre efectivamente habría sido objeto de fuertes presiones pero del padre de su concubino, como dije, cacique de la comunidad. Lo único cierto es que nadie tuvo en cuenta las necesidades materiales de la niña violada, ni las de su madre, ni las de su hijo, que tras la detención del acusado fueron privadas del único sostén económico del hogar.

en cambio sospechan que el embudo está situado en la propia Corte provincial, según esta versión, “los/los supremos/as” no quieren asumir el costo de apagar este incendio).⁶¹

Sintéticamente, estos son los argumentos expuestos por la mayoría de la Suprema Corte de Justicia de Salta⁶²:

- 1) La arbitrariedad del auto de procesamiento, carente de la debida motivación, en tanto el juez que lo dictó no efectuó una valoración adecuada de la prueba aportada a la causa (se refiere a la valoración del informe antropológico, que aparentemente habría sido incorporado extemporáneamente al proceso).
- 2) La ausencia de imputación subjetiva, puesto que como miembro de la comunidad wichi el imputado no pudo comprender la tipicidad de su conducta.
- 3) La garantía de respeto a la identidad de los pueblos indígenas, establecida en el art. 75, inc. 17, de la Constitución Nacional⁶³ y en el art. 15 de la Constitución de la Provincia de Salta⁶⁴.

Lógicamente, otros fueron los argumentos plasmados en la disidencia de la jueza Garros Martínez, quien propició desestimar el recurso de casación:

- 1) Debe desestimarse el prisma del denominado relativismo cultural.
- 2) El tratamiento de los distintos conflictos que se suscitan entre la legislación estatal y las normas comunitarias indígenas, deben ser abordados desde una perspectiva que, sin dejar de reconocer los derechos de los pueblos originarios, en modo alguno desconozca o niegue derechos fundamentales de los individuos involucrados, como tampoco relativice las obligaciones exigibles a todos los actores.

⁶¹ De acuerdo con fuentes periodísticas, el juez de la localidad salteña de Tartagal, Ricardo Martoccia, juez natural de la causa, tras reconsiderar su primera decisión teniendo en cuenta el informe antropológico, tal y como le ordenó hacer en septiembre del año pasado la Suprema Corte de Salta, volvió a procesar al acusado argumentando que la nena no tenía la madurez suficiente como para decidir mantener relaciones sexuales, más allá de cualquier pauta cultural. De acuerdo con las mismas fuentes, la Cámara de Acusación habría ratificado esa sentencia.

⁶² Compuesta por tres de los cuatro integrantes, la jueza Ayala y los jueces Posadas y Silisque.

⁶³ Constitución de la Nación Argentina

“Artículo 75 - Corresponde al Congreso:

(...)

17. Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos.

Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible, ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afectan. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones.”

⁶⁴ Constitución de la Provincia de Salta

“Artículo 15:

PUEBLOS INDÍGENAS.

I. La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas que residen en el territorio de Salta.

Reconoce la personalidad de sus propias comunidades y sus organizaciones a efectos de obtener la personería jurídica y la legitimación para actuar en las instancias administrativas y judiciales de acuerdo con lo que establezca la ley. Créase al efecto un registro especial.

Reconoce y garantiza el respeto a su identidad, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, la posesión y propiedad comunitaria de las tierras fiscales que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano. Ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes ni embargos.

Asegura su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y demás intereses que los afecten de acuerdo a la ley.

II. El Gobierno Provincial genera mecanismos que permitan, tanto a los pobladores indígenas como no indígenas, con su efectiva participación, consensuar soluciones en lo relacionado con la tierra fiscal, respetando los derechos de terceros.”

- 3) Los arts. 8 y 9 del Convenio 169, de la Organización Internacional del Trabajo, sobre Derechos de los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, establecen como límites al reconocimiento de los derechos de estos pueblos la compatibilidad de sus costumbres ancestrales con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional y con los derechos humanos internacionalmente garantizados.⁶⁵
- 4) De acuerdo con la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, *“la invocación de las manifestaciones culturales no puede atentar contra los estándares universalmente reconocidos de observancia y respeto a los derechos fundamentales de la persona humana”* (conf. voto razonado conjunto de los jueces Cancado Trindade, Pacheco Gómez y Abreu Burelli en el caso de la Comunidad Mayagna).
- 5) El acceso carnal a menores hasta alcanzar su embarazo, bajo la modalidad de supuestos consentimientos en virtud de relaciones matrimoniales aceptadas en ciertas comunidades indígenas, resulta objetivamente violatorio de los derechos a la integridad personal y a la dignidad del ser humano (arts. 5 y 11 Pacto SJCR, 12 Pacto Derechos Económicos, Sociales y Culturales).
- 6) En virtud de las circunstancias de autos, no corresponde eludir la normativa del Código Penal porque de configurar una costumbre propia de la comunidad wichi la práctica social evaluada, resulta violatoria de los derechos que la comunidad internacional reconoce en cabeza de toda persona.
- 7) El informe antropológico solicitado a la Universidad Nacional de Salta no da cuenta de la institucionalización en la cultura wichi de formas como la bigamia o el matrimonio privignático, señalando en cambio como pauta cultural la exclusión de uniones con hombres mayores de edad.

III

⁶⁵ C169 Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989:

“Artículo 8

1. Al aplicar la legislación nacional a los pueblos interesados deberán tomarse debidamente en consideración sus costumbres o su derecho consuetudinario.

2. Dichos pueblos deberán tener el derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias, siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos. Siempre que sea necesario, deberán establecerse procedimientos para solucionar los conflictos que puedan surgir en la aplicación de este principio.

3. La aplicación de los párrafos 1 y 2 de este artículo no deberá impedir a los miembros de dichos pueblos ejercer los derechos reconocidos a todos los ciudadanos del país y asumir las obligaciones correspondientes.

Artículo 9

1. En la medida en que ello sea compatible con el sistema jurídico nacional y con los derechos humanos internacionalmente reconocidos, deberán respetarse los métodos a los que los pueblos interesados recurren tradicionalmente para la represión de los delitos cometidos por sus miembros.

2. Las autoridades y los tribunales llamados a pronunciarse sobre cuestiones penales deberán tener en cuenta las costumbres de dichos pueblos en la materia.”

Veamos en primer lugar algunas cuestiones omitidas en el debate público que protagonizaron los y las especialistas convocados/as a pronunciarse (pediatras, psicólogos, antropólogos y juristas). Entre ingenuidad, indiferencia u hostilidad, todos/as ellos/as, multiplicando violencia.

Por un lado, los diferentes discursos especializados —incluido el mediático— reprodujeron ese difuso terreno simbólico donde materialmente habitan nuestras comunidades aborígenes: fuera del alcance del ejercicio de la ciudadanía. Esto es, en el espacio de los/as condenados/as a vivir una vida que dista mucho de la *vida digna* que a todos y todas nos aseguran los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos incorporados con jerarquía constitucional por el art. 75, inc. 22, de nuestra Constitución Nacional.

Por otra parte, las autorizadas voces de la comunidad científica salteña re-legitiman un orden (cuidadosamente cristalizado) en virtud del cual los pueblos indígenas son construidos como lo “otro” (como las mujeres, como los niños, las niñas, los adolescentes, la homosexualidad, por mencionar algunos *otros*). Alteridad que, como señala una profesora e investigadora de la Universidad Nacional de Salta, Alejandra Cebrelli, resulta *“legible tanto en el silenciamiento de la palabra wichi como en la ‘incapacidad’ para identificar las marcas de la extrema marginalidad a la que históricamente han sido condenados por el resto de la ciudadanía argentina.”*⁶⁶

Finalmente, quedó forcluida la maternidad adolescente, paradójicamente tan recurrente en las provincias que componen el noroeste argentino. Borramiento que funciona como condición de posibilidad para que el conflicto judicial suscitado a partir de la violación de la niña que la inauguró como madre precozmente, quede inscrito como un conflicto cultural, que re-habilita el desentendimiento sistemático del estado respecto de sus obligaciones en materia de derechos sexuales, reproductivos, económicos y sociales (en efecto, como señalé, nadie se pregunta sobre la urgente necesidad de la hija violada y su madre de procurar alimentos para ellas y para el nacido a raíz de la violación, desplazado el único sostén económico del hogar).

IV

Quienes estamos aquí esta mañana, conocemos —incluso padecemos— las resistencias que se despliegan desde el Poder Judicial, y que integran especialmente aquella cadena de obstáculos a la que hiciera referencia al principio de esta disertación. Marcado por el método de la exégesis, prolongación del dispositivo de la codificación, como alguna vez escribió Enrique Marí, el Poder Judicial es un poder particularmente rígido, conservador, indiferente e insensible, dominado por un imaginario fuertemente patriarcal.

En ese marco, no nos sorprenden, aunque no por ello dejen de indignarnos y convocarnos como aquí y ahora, interpretaciones normativas como la que se impone entre los y las integrantes de la Suprema Corte de Salta. Hermenéutica que viene a re-legitimar repudiables e ilegales tradiciones que privilegian

⁶⁶ Cebrelli, Alejandra, “Violencia y exclusión detrás de los discursos sobre la igualdad. El caso de la nena wichi en la prensa”, en Diagonal, revista de Psicoanálisis y Cultura, Año 4, n° 14, mayo – junio – julio 2007, Salta.

las "necesidades" sexuales de los varones sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de las niñas.

Desde el garantismo penal, probablemente sea bienvenida la solución de la Corte salteña, efectivamente, aparentemente tan preocupada por las garantías del debido proceso, pensadas desde una —posible— mirada que incorpora el multiculturalismo. A quienes tenemos un contacto más cotidiano con la Justicia de la Provincia de Salta, la sentencia en análisis nos despierta en cambio al menos una serie de sospechas que traduzco en las siguientes preguntas: ¿cuánta miseria, dolor y maltrato tienen que padecer ciertas menores de edad para que el abuso sexual que sufren o sufrieron sea adecuadamente atendido? ¿Cuánta miseria, dolor y maltrato tienen que soportar algunas niñas para que la situación de vulneración de derechos económicos y sociales en la que están socialmente ubicadas sea políticamente revertida? ¿Es la vigencia de las garantías constitucionales del debido proceso lo que la Corte quiere restablecer desde una perspectiva que asume la interculturalidad, o esta legítima preocupación de un juzgador en el marco de un Estado Plural y de Derecho como el nuestro es utilizada para escamotear la ilegítima pretensión de preservar un sistema patriarcal, no exclusivo de las comunidades aborígenes del norte?

Si como sostiene Javier De Lucas, frente a las dificultades que plantean las sociedades multiculturales, debemos ser capaces de construir un multiculturalismo democrático como el que parece apuntar Touraine, esto es, un multiculturalismo que *"(..) [n]o se reduce a la tolerancia ni a la aceptación de los particularismos limitados; tampoco se confunde con un relativismo cultural cargado de violencia (...)"*⁶⁷. Entonces, la Suprema Corte de Justicia de Salta no parece haber gestionado este modelo de interculturalidad.

Por el contrario, y más allá del marco jurídico que la constreñía, privilegia una *supuesta* práctica cultural, cuya descripción en mi opinión no alcanza en los términos en que es efectuada en la sentencia, para considerar que el acceso carnal de las niñas wichis constituye una costumbre ancestral vigente en esa comunidad, institucionalizada a través del *"matrimonio privignático"*⁶⁸. Además, tampoco considera que tal calificación fue paralela y enérgicamente rechazada por una de las máximas autoridades de otra comunidad wichi, mujer ella, quien efectuó una denuncia contra la Corte salteña ante el INADI, tras conocer su decisión. Mucho menos se ocupa de escuchar a la niña violada: su voz, su experiencia, ¿irrelevantes?, son *a priori* soslayadas. Alarma que la Corte salteña sea incapaz de incluir la perspectiva de las mujeres wichis, asumiendo como sujeto universal de esa comunidad al varón, reproduciendo la concepción moderna (y occidental) del sujeto de derecho⁶⁹.

⁶⁷ De Luca, Javier, "Algunos equívocos y otras consideraciones sobre las sociedades multiculturales", De Luca, Javier, "Algunos equívocos y otras consideraciones sobre las sociedades multiculturales", en Perel, Pablo R. (comp.), *Sociedad multicultural, racismo y democracia. Aproximaciones interdisciplinarias*, Departamento de Publicaciones, Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires / Ad Hoc, Buenos Aires, 2007, en prensa.

⁶⁸ Que sólo el voto en disidencia de la jueza Garros Martínez define al pasar como aquél que está dado por *"relaciones sexuales de hombres mayores con niñas con las que se convive en razón de la unión parejal con la madre"*.

⁶⁹ En franca contradicción con la propuesta que respecto de las sociedades multiculturales europeas (particularmente en relación con la italiana) formula Alessandra Facci, quien sugiere una radicalización de la participación de las asociaciones de mujeres inmigrantes, en términos de desvinculación con las organizaciones masculinas, en tanto portadoras de intereses autónomos. Cf.

Por otra parte, llama la atención esta repentina sensibilidad de la Corte provincial por los conflictos multiculturales, que no son nuevos en Salta. No hace mucho, la misma Corte rechazó por cuestiones formales (siempre es prudente preguntarse que esconde aquello que se omite, como he tratado de hacer a lo largo de estas reflexiones) un amparo presentado por otra comunidad indígena a raíz de la indiscriminada deforestación de sus tierras, sucesivamente autorizadas por las autoridades del ejecutivo local, por traer aparejados irreparables perjuicios ambientales y sociales. ¿Por qué para la Corte local son irrelevantes (pues no tienen suficiente entidad constitucional que justifique la vía del amparo) los *problemas* culturales cuando éstos obligan a discutir la distribución desigual del acceso a la participación política y económica? ¿Por qué, en cambio, lo son los conflictos normativos (reales o no) que reclaman perpetuar un sistema opresivo en razón del género?

Finalmente, la normativa internacional, que como sabemos integra el vértice de la pirámide jurídica argentina, establece como límite al reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios el respeto de los derechos fundamentales. En ese sentido es pertinente destacar que ninguno de los dos votos que componen la sentencia, ni el mayoritario ni la disidencia, hacen alusión a las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño y a las de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, de aplicación directa y específica en este caso, donde la víctima es una niña de apenas 9 años de edad (u once, da igual).

Facchi, Alessandra, *Los derechos en la Europa multicultural. Pluralismo normativo e inmigración*, La Ley / Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2005.

PARTE III

ENFOQUES DE TRABAJO A NIVEL MUNICIPAL. CIUDAD DE BUENOS AIRES

ATENCIÓN A VICTIMAS DE VIOLACIONES. MODELO INTERSECTORIAL A NIVEL CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Beatriz Ruffa

Las políticas públicas en la ciudad de Buenos Aires relativas a las violaciones son bastante recientes. El Programa al cual voy a referirme fue puesto en marcha a fines del año 2002. Antes de esa fecha sólo existían recursos aislados y fragmentarios.

En nuestra organización, CECYM, llevamos más de quince años trabajando en el tema. Nuestras áreas de trabajo son la investigación, la capacitación, las publicaciones, la comunicación social y la incidencia en políticas públicas y cambios legislativos.

Si bien CECYM no tiene equipos asistenciales, en esta etapa previa al 2002, era uno de los pocos lugares a los que se podía recurrir para solicitar información. Recibíamos un número importante de consultas y las orientábamos de una manera artesanal, utilizando redes informales.

Es decir que todavía a principios de los años 2000 una mujer que sufría una violación en esta ciudad, tenía que emprender un difícil peregrinaje a la búsqueda de recursos dispersos y acotados.

En un momento dado confluyeron diversas iniciativas: se iniciaron los primeros contactos entre servicios ya existentes, se puso en evidencia la voluntad política de algunas funcionarias con capacidad decisoria y se tomaron en consideración propuestas presentadas por el CECYM. Esto permitió impulsar las primeras políticas públicas a nivel municipal, que pueden resumirse fundamentalmente en dos resoluciones:

- La 1ª de ellas es de noviembre de 2002. Es una resolución conjunta de la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Salud del GCBA, por la cual se creó el Programa de Atención a mujeres víctimas de delitos contra la integridad sexual.
- La otra Resolución, de diciembre del año 2003 es una Res. de la Secretaría de Salud del GCBA que aprueba el Protocolo de Acción ante una mujer víctima de agresión sexual, para todos los hospitales públicos de la ciudad y nombra como Hospital de cabecera en el tema al H. Álvarez. El Protocolo fue elaborado por un equipo del citado hospital: Dra D. Galimberti; Dr M. Guz, Lic. Susana Larcamón, con la participación del CECYM en los aspectos sociojurídicos.

En relación al Programa que acabo de mencionar, desde el primer momento tuvo un enfoque intersectorial. Está coordinado por la Dirección General de la Mujer del GCBA y lo conforman en la actualidad – ya que ha habido algunos cambios desde su creación – los siguientes organismos o servicios: por parte de la DGM, el Servicio Telefónico, todos los días, 24 horas y el equipo de atención

psicológica con sede en el Centro Integral de la Mujer Lola Mora. Los Hospitales Alvarez, Muñiz y Pirovano. La Oficina de atención a las víctimas del delito (OFAVI), dependiente de Procuración de la Nación, que brinda atención jurídica, psicológica y social y acompaña a las víctimas en algunas etapas del proceso penal como podría ser una rueda de reconocimiento o la comparecencia en el juicio oral. Muy recientemente también forma parte de esta articulación la Unidad Fiscal Especializada en Delitos Sexuales (UFI SEX) que además de sus funciones específicas de persecución del delito, recibe denuncias.

El enfoque intersectorial está directamente relacionado con las características del problema ya que – como sabemos – las violaciones afectan distintas esferas de la vida .

El Programa tiene un Consejo Consultivo integrado por representantes de los distintos organismos e instituciones que lo conforman y además, dos integrantes del CECYM. En las reuniones del CC se han consensuado pautas y criterios de intervención, se han ido ajustando los procedimientos de derivación, se hacen – cuando es necesario- seguimientos conjuntos de casos, se han realizado acciones de capacitación y de difusión institucional y comunitaria y se han acordado las estrategias más adecuadas en relación a los medios de comunicación.

Este Programa atiende a mujeres a partir de los 15 años.

Al principio – sobretodo por el perfil que presenta el Protocolo, que da prioridad a las medidas preventivas de urgencia –se había pensado que sólo se atenderían episodios recientes. Pero la experiencia fue demostrando que una vez abierta una puerta sensible a esta problemática, se acercaban también mujeres adultas que habían padecido violaciones o abusos sexuales en la infancia o simplemente algunos años atrás, cuyos efectos por algunas razones se habían reactivado.

En la actualidad el Programa atiende episodios recientes (hasta 6 meses después de ocurrida la violación) y también situaciones de larga data.

Además de ser intersectorial una característica sustantiva del Programa es que se focaliza en las vivencias, necesidades y derechos de las víctimas. Esto puede parecer obvio pero no lo es si pensamos que todo lo concerniente a la violación ha estado supeditado a la lógica del sistema penal que, como sabemos, ha tenido muy poco en cuenta los intereses de las víctimas. Es decir que el Programa se propone una mirada y un forma de abordaje que han sido contruidos, por una parte, escuchando el saber de las propias víctimas acerca de su dolor y también de sus recursos y por otra parte, como es lógico en un tema como éste, se basa en una perspectiva de género que toma en cuenta la vulnerabilidad estructural de las mujeres con respecto a la violencia sexual y los estereotipos culturales que las culpabilizan o las estigmatizan.

En cuanto a los aciertos y logros del Programa cabe considerar:

- Capacidad de atención todos los días, 24 horas.
- Enfoque intersectorial con articulaciones efectivas y expeditivas y a través de contactos directos y personalizados.

- Incorporación de una ONG, en este caso CECYM; creo que ha resultado para todas una experiencia muy enriquecedora.
- El Protocolo es un instrumento legitimador y facilitador. Quiero aclarar que el Protocolo, si bien da prioridad a las medidas preventivas urgentes y a los cuidados médicos, incluye también contención psicológica y orientación social. De hecho, su implementación es mucho más efectiva cuando existe un equipo interdisciplinario especializado o, al menos un equipo de referencia.
- Enfoques innovadores tanto en Procuración como en el Ministerio Fiscal, destinados a garantizar los derechos de las víctimas y facilitar la presentación de la denuncia y la comparecencia en instancias particularmente difíciles del proceso penal.

En resumen, si bien el funcionamiento del Programa no es impecable y hay muchas cosas por mejorar, los factores positivos que acabo de señalar, unidos a la actitud de cuidado hacia las víctimas y al mismo tiempo receptiva en cuanto a sus decisiones autónomas y activas, han producido un cambio cualitativo en relación a aquella situación de peregrinaje que yo les describía al principio.

No obstante, también hay que reconocer déficits y dificultades.

- Hay cuestiones de procedimientos que aún no se han podido solucionar en beneficio de las víctimas. Son las que se refieren a la intervención de médicos legistas o forenses para la obtención y conservación de las pruebas. Lo que no se ha logrado – como sí se ha logrado en otros países – es unificar cuidados médicos con examen forense.
- Un problema serio es la precariedad de los recursos y presupuesto, sobre todo para garantizar una inserción laboral estable de las integrantes de los equipos. También la escasez de recursos puede incidir en la falta de espacios físicos adecuados para el trabajo o en las dificultades para asegurar los kits de medicamentos.
- Otro déficit que tiene que tomarse en consideración es el de una instancia de reflexión y contención para las profesionales que trabajan día a día con la problemática. Como sabemos, la asistencia cotidiana de personas que han sufrido violencia sexual produce movilizaciones intensas, difíciles de procesar y severos desgastes que pueden acrecentarse por otros factores de stress laboral, por tratarse de programas nuevos que, como acabo de decir, no gozan de los recursos, de la continuidad y del reconocimiento que serían deseables.
- También quiero señalar que, si bien en alguna medida este Programa se ha ocupado de la difusión comunitaria, hay mucho trabajo pendiente en lo concerniente a información y concientización social y también en cuanto a evaluación, estadísticas y monitoreo

A medida que este programa se ha ido desarrollando, se han producido ciertos cambios en relación al tema. Creo que podemos estar de acuerdo que la condena social ha crecido y sobre todo ha crecido el reclamo por parte de las víctimas o sus familiares. Ha habido casos de gran repercusión, que han dado

lugar a movilizaciones comunitarias con liderazgos lúcidos y de indudable capacidad de incidencia. Los medios de comunicación, por su parte, se han hecho eco. Los medios de comunicación no siempre presentan estos temas de una manera clara y cuidadosa. Por ejemplo suelen ser inexactos y efectistas con las cifras, suelen exponer a las víctimas o manipular sus testimonios. Pero no cabe duda de que logran que estos temas lleguen a la gente.

Por otra parte también hemos observado que la tasa de denuncias va creciendo en los últimos años. Aunque todavía seguramente el subregistro es muy grande, el aumento de la tasa estaría indicando que la gente se anima más a denunciar.

Estas son algunas de las razones que han contribuido a instalar el tema en la agenda pública, y por tanto es difícil que pueda ser soslayado por las instancias gubernamentales.

Sin embargo la continuidad y el fortalecimiento del programa – que como he tratado de mostrar tiene logros significativos pero también algunos déficits importantes – depende de decisiones políticas y asignaciones presupuestarias que, en el momento actual, plantean, inevitablemente, serios interrogantes.

VIOLACIONES. LAS RESPUESTAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.

Susana Larcamón

Me voy a centrar en las diferentes formas de la resistencia, en cómo el discurso de los médicos está atravesado por prejuicios de género, y cómo de alguna manera la mujer debe mostrar un determinado perfil para ser considerada víctima de violencia. Por supuesto que las observaciones que voy a realizar probablemente no sean solo propias del discurso médico. También se observan en discurso psicológico o jurídico, porque es **la propia temática** la que dispara las reacciones que vamos a describir.

Mis afirmaciones se basan en entrevistas realizadas a profesionales de la salud de distintos hospitales de la ciudad de Buenos Aires⁷⁰, Lejos de ser una crítica a las personas que tan francamente se expusieron, es una descripción de cómo todos estamos atravesados por estos prejuicios y respondemos con los recursos que tenemos. La atención, entonces, resulta atravesada por diversos factores.

Hay un primer nivel de obstáculos que se relaciona con lo ideológico y son las creencias en torno a la violación enquistadas en el imaginario social que expresan las relaciones de poder intergeneracionales.

Cuando un médico sostiene: "estas pacientes te usan", la creencia es que la intención última de la mujer es el engaño y la actitud médica es la desconfianza.

Las situaciones de violencia sexual nos enfrentan al horror y se ponen en marcha mecanismos defensivos que nos ayudan a poner distancia de aquello que tememos.

Justamente, uno de estos mecanismos defensivos es la negación. Al negar la violencia sexual, se niega

⁷⁰ Ver Tesis de Maestría, Susana Larcamón, "Creencias, representaciones, saberes y prácticas de los profesionales médicos acerca de la violación". Mimeo.

que el hecho violento ocurrió. Como decía una médica joven hablando de otros médicos:

A veces no lo ven. Entran por un embarazo y resulta que es un embarazo producto de una violación pero no se dan cuenta...

Al querer huir de esta dolorosa realidad se empieza a desconfiar de los relatos de las mujeres: ¿habrá sido realmente así ?.

Muchas veces para no angustiarse los médicos generan una actitud distante y pensar que la mujer les está mintiendo justifica esta respuesta.

Yo no lo puedo evitar: cuando las escucho no les creo, le decía una médica a otra.

Es raro que no se acuerde de nada... Para mí que quiso ir y después se arrepintió... (médico joven)

Vienen porque quieren una relación protegida y quieren "que se la cubra el hospital (médico joven)

Esto implica que en un momento de tanta vulnerabilidad la mujer víctima de una agresión sexual se queda afectivamente sola. No solo sufre por lo que le ocurrió, también debe enfrentarse con el descreimiento.

Cuando una persona llega a una comisaría para denunciar el robo de un pasacasette, nadie duda que el hecho existió ni pone en duda su relato. Sin embargo, si es una mujer la que quiere denunciar un delito sexual debe enfrentarse con la suspicacia policial y con el descreimiento... Tiene que escuchar que le digan: "Contá. ¿Cómo fue?. ¿A qué hora **exactamente** dijiste que ocurrió el hecho?"

Lo que más cuesta es hacer visible la experiencia de las mujeres porque las desigualdades que han marcado desde siempre las diferencias jerárquicas entre los sexos, producen también marcas en la construcción de la subjetividad.

Muchas veces son las propias mujeres las que naturalizan las agresiones. Como decía Eva Giberti, las mujeres están colonizadas por los hombres.

La sexualidad femenina siempre estuvo ligada a proporcionar placer al hombre y a la reproducción de la especie. La mujer tomada más como objeto que como sujeto de deseo.

La violación es el paradigma de la cosificación de la mujer ya que la víctima es un objeto para el agresor. Para algunas médicas, las mujeres violadas "no son como una...", es decir, se marcan diferencias. Otras se sorprenden:

Para mí fue muy difícil porque una cosa es estudiar medicina legal y otra muy diferente es enfrentarse a la situación concreta..., con una mujer como yo.. .

En los varones, aparece francamente el rechazo que les produce.

No se por qué se da.... A mí lo que me produce rechazo es la mujer...." (Médico de guardia, edad mediana).

Yo a esa porquería no la quiero atender, cuanto más lejos mejor" (Médico guardia).

La mujer, como símbolo de la violencia, encarna la violación. Paradojalmente, por el mismo daño sufrido genera rechazo y se desdibuja de su lugar de víctima de delito. Pasa entonces de "víctima a victimaria"

Esas minas te hacen mal, son alguien de quien hay que defenderse..." (Médico joven, de guardia).

Es un hecho muy grave porque corre riesgo en su vida futura, imagínate..." (Médico de planta, maduro).

También hay un perfil de víctima, deben ser mujeres ensangrentadas y llorosas, con marcas que muestran que resistió hasta el final. Deben quedar las huellas que hablen tanto de la agresión "escrita" en el propio cuerpo como de la resistencia ejercida. Cuando la mujer no condice con ese perfil "se la pone en duda".

Dice una médica de guardia:... "*La chica estaba re tranquila, re bien, no parecía que la habían violado*".

Si la mujer no se muestra **tan** angustiada, produce desconfianza. siempre hay una "sombra de duda", que recae sobre ella misma y suele ser perturbadora en la atención, ya que crea una suspicacia en relación a las víctimas que no llegan tan dañadas ni tienen marcas.

Una médica dice:

Yo no sé hay algunas que no parece que hubieran sido violadas. No sé, están ahí comiendo chicle o riéndose como si nada, yo con esas no me engancho, ni siquiera te dan las gracias.

Otra médica joven dice:... "*cómo puede ser que te tuvieran secuestrada y no te dieran ni un vaso de agua?*"

Otro sostiene... "*Qué raro esta mina, ¿no? parece como si no le hubiera pasado nada... A estas mujeres si les crees, te usan*". (Médica joven, residente segundo año).

Otro de los médicos cada vez que ve a una mujer violada repite:

*Vino una paciente que **DICE** que la violaron.*

*Algunas **pobrecitas**, vienen re mal, pero **otras** vienen que parece que no les hubiera pasado nada*

En algunos casos, pueden investirse de otros roles y adoptar hasta el lenguaje policíaco:

Ví a una violada; la interrogué y le hice todo el procedimiento" (Médico joven interno).

En otras ocasiones y al propio estilo médico defensivo, se suelen hacer chistes o comentarios procaces entre ellos. A modo de comentario, un médico le dice a otro:

Yo no sé quien puede haber violado a esta mina, ¿vos viste lo que es? (médico maduro, de guardia).

Lo que se niega es que cualquier mujer puede ser víctima y que la desafectivización suele ser un efecto propio del trauma. Muchas veces el monto de angustia es tan grande, que para no enloquecer, el psiquismo se disocia. Siempre se opta por el mal menor, por lo que menos daña, por eso algunas mujeres, relatan lo ocurrido de una manera fría y desafectivizada, como si lo que cuentan fuera una película protagonizada por otro.

La mujer no solo es una víctima llorosa y golpeada, también es irrecuperable. Se supone que será imposible retornar de esa oscuridad. Hay un enorme consenso médico sobre el efecto devastador de la violación:

Hay un antes y un después de la violación" (médica de guardia, joven).

Después de la violación... la mujer empieza a morir por dentro.." (Residente primer año).

Es algo peor que la muerte por la humillación y la degradación que produce..." (Médica residente joven).

En estos años asistimos en el equipo a más de 350 mujeres y la clínica me ha mostrado que la violación tiene un impacto afectivo enorme, pero no en todos los casos produce este efecto devastador y humillante.

Es más algunas mujeres acuden a la consulta, muy enteras y con la sensación de haber podido hasta negociar con el agresor. Negociaciones que resultan inimaginables como el hacerlos desistir de una violación anal, o negociar el uso de preservativo.

En muchas ocasiones, se plantean dilemas éticos en relación a la violación.

Uno de ellos es el embarazo producto de la violación y su consecuencia más directa, el deseo de la mujer de practicarse un aborto. En el país, por la influencia tan fuerte de la Iglesia Católica más reaccionaria, se impide el acceso al aborto legal y en condiciones seguras, aún en aquellos casos permitidos por la ley. La violación, al igual que el aborto, tiene implicancias legales, ideológicas y éticas que deben ser tenidas en cuenta.

Ni siquiera las niñas violadas por sus padres o las mujeres con algún atraso mental que sufren ataques sexuales, tienen acceso a un aborto legal, aunque los instrumentos legales establezcan claramente su derecho al aborto bajo estas circunstancias.

Como sostiene Ana Fernández (1994), "agresividad, patologías, erotismos y abortos están fuera de los posibles de ser pensados". Una de las principales conclusiones, tiene que ver con la distancia que existe entre lo que "los profesionales médicos" piensan y suponen sobre la violación y lo que piensan y sienten las mujeres violadas. Los médicos aseguran que les falta capacitación, pero también sostienen que las mujeres son muy demandantes:

Qué más quieren, bastante con que les demos las medicación, les tomamos las muestras, les sacamos sangre.. (Médica joven, residente)

La verdad ¿qué más quieren? No tienen consideración para nosotros (Médica de planta, edad mediana)

"Yo no tengo la culpa de lo que le pasó, bastante que me estoy ocupando a esta hora de la noche."(Médico joven, de planta).

Otro prejuicio es el que si la violación la ejerce el marido, el ex marido o la pareja ya no se trata de una violación. Lo que no se considera es que violación es cualquier situación impuesta sin el consentimiento de la mujer.

Dice un médico:

A mí que no me vengan con que si el marido la coge eso es una violación Si no, eso del débito marital, no se cumple... Y si la mina no quiere tener relaciones nunca, entonces el marido, ¿que?

Otra médica señala:... Cómo ven esto de la violación marital? Porque si está de por medio el débito conyugal, si es un deber del matrimonio, entonces no sería violación. Y agrega: Para mí, sí, lo es...pero....

También dudan si se trata de una violación cuando ocurre por ejemplo, en un hotel alojamiento.

Dice un médico residente: *¿Qué?, no me vas a decir que entró en camilla al telo..."*

Por todo esto muchas mujeres optan por callar. El silencio auto impuesto por las mujeres, es una forma de preservarse frente a la incomprensión, la culpabilización o el rechazo de los profesionales, como se verifica en la práctica.

Otros profesionales en cambio sí creen en los relatos de las mujeres. **Y el creer tampoco es sin consecuencia.** Observar y escuchar los daños provocados por el agresor en las mujeres, impacta en la subjetividad de los profesionales. Es el efecto del "ser testigo".

Como consecuencia de este impacto, pueden posicionarse demasiado cerca, con el temor y el riesgo de quedar atrapados por las escenas de violencia o pueden generar una actitud distante, o de franco rechazo;

Dice un médico refiriéndose a una mujer violada:

A mí me parece que hay que bancársela, es como una vagina maloliente.

Cuando logran identificarse con las mujeres violadas, suelen sentir odio por el agresor y sienten deseo de realizar justicia por mano propia, cosa que pocas veces desean las mujeres.

Una médica dice:.. "yo mataría al violador. O le daría reclusión perpetua hasta que se muera Otra sostiene con vehemencia:... " a esos tipos hay que cortarles los huevos..., mutilarlos...

No siempre la cercanía afectiva tiene un efecto positivo, a veces también se utiliza defensivamente:

Una médica de planta, se defendía de esta forma:... "como me afecta mucho, yo no me podría dedicar a esto... Tendría que ser alguien más objetivo. Que diga, es una paciente más, es un número más...

Otra médica de más experiencia afirmaba:....Tendría que ser alguien que pueda decir:... "a ver, mamita, te voy a abrir las piernitas,.te voy a tomar un cultivo de flujo...

Una residente joven afirma "... a mí me angustia, a veces te pones en el lugar pero tratás de no involucrarte..." "...como es una situación dramática, tratás de no involucrarte...para distanciarte, viste?" , para entenderla y contenerla...". *"tratás y no tratás, las dos cosas..."*

Si bien la mayoría de los profesionales entrevistados, reconoce la agresión sexual como un problema de salud, expresan también la dificultad de la medicina de ocuparse de temas que exceden lo estrictamente médico.

Les cuesta reconocer que no se trata de una enfermedad de la mujer, en este reduccionismo rápidamente la mujer es una enferma actual o potencial:

La que está enferma es la sociedad, pero la mujer también se enferma". (Médica de guardia, joven).

Las mujeres violadas son enfermas potenciales..., o por qué creés que las tratamos en el Hospital?" (Médico de planta, de guardia, edad mediana).

Además los médicos tocoginecólogos fueron formados para asistir en los partos, para asistir a las mujeres en ese ideal maternal, el dar a luz, que pasó a ser constitutivo de la identidad de la mujer.

Señala un médico de planta:

Yo nunca quise atender estos casos, nosotros estamos formados para asistir a las mujeres en el parto, para asistir la maternidad...

Estos son casos que antes no llegaban a los servicios y por eso generan rechazo.

Para concluir los profesionales de la salud nos vemos doblemente afectados porque los temas de violencia carecen de respuestas unívocas, nos cuestiona en nuestros saberes y prácticas y porque la misma temática despierta temores y fantasías, se cuele la propia historia y la propia sexualidad.

Lo que piensan los médicos no es tan diferente a lo que piensa y siente toda la sociedad en relación a estos temas. Los aportes en materia de género pueden generar propuestas y estrategias de acción que optimicen la atención a las mujeres, ya que no alcanza con cambiar las leyes si no hay un cambio ideológico de las personas concretas que deban implementarlas.

Creo que se trata de un problema que deben asumir las instituciones, revisando sus prejuicios, delegando la atención en personas que **deseen** trabajar en violencia sexual, brindando capacitación y contención a los pocos equipos existentes y planteando la interdisciplina y el trabajo en red para mejorar la atención de las mujeres.

Trabajar con mujeres violadas y atender sus necesidades que escapan a lo estrictamente médico, puede representar un desafío pero también una oportunidad para humanizar nuestros servicios de salud.

ATECNIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLACIONES. LA EXPERIENCIA DEL HOSPITAL PIROVANO

Graciela Scagliotti

Introducción:

El Equipo de Atención a Víctimas de Violaciones –EAVV- comenzó a funcionar en marzo de 2005. Partimos de un diagnóstico de situación realizado por CECYM, llevada a cabo por una encuesta inicial, donde se recabaron nociones que se tenía en diversos Servicios, sobre el tema y cómo se resolvían los casos.

Este diagnóstico reveló que no había criterios claros para detectar los casos; ausencia de registros y protocolos específicos; desconocimiento de la existencia del Protocolo de acción ante víctimas de violación sancionado por la Secretaría de Salud en 2003. .

Flujograma de atención

Para una mejor organización de la tarea, creamos un flujograma de atención a las víctimas de agresión sexual, con flexibilidad para interactuar conjuntamente las distintas disciplinas, es decir, aprovechar la oportunidad de una atención integral de calidad, eficacia y efectividad. El flujograma tiene distintas estaciones:

- Ingreso de la víctima al hospital
- Intervención del servicio social, quien coordina el acompañamiento, contención inicial, confección de historia social y vínculo personal para asegurar el posterior seguimiento
- Inmediata atención médica, con aplicación del protocolo de prevención de enfermedades de transmisión sexual, anticonceptivos de emergencia y tratamiento de fármacos antirretrovirales, previo consentimiento informado y atestiguable. El lugar de asistencia es la maternidad, donde se garantiza la privacidad, el clima de respeto y comprensión de la situación traumática de la víctima
- Contención psicológica de emergencia y seguimiento
- Derivación a infectología para seguimiento y evolución del tratamiento antirretroviral

Intersectorialidad

El EAVV funciona en forma coordinada con otras instituciones del gobierno de la ciudad y el Ministerio Público Fiscal para la derivación y atención de aspectos jurídicos y atención psicológica. Con relación a los aspectos jurídicos se presentan dos situaciones: 1. que las víctimas acudan al hospital después de haber hecho la denuncia. En algunos casos vienen acompañadas por personal de las brigadas móviles del programa "La víctimas contra la violencia" del Ministerio del Interior. 2. Otras veces llegan inmediatamente luego de la violación sin denuncia previa. Frente a esta situación, si la víctima decide denunciar el equipo se contacta con Unidad Fiscal Especializada en Delitos Sexuales -UFI-SEX-, quien se constituye en el hospital, procediendo con la tarea "in situ" a tomar la denuncia.

Dinámica de funcionamiento del equipo

- Se realizan reuniones quincenales del equipo, para discutir los casos clínicos, su evolución y seguimiento, con impresiones acerca de la situación de cada víctima, y registro de las cuestiones relevantes de seguimiento.
- Tenemos roles asignados que se fueron dando a medida que el equipo logró mayor experiencia. En el caso de la coordinación, su rol preponderante fue la convocatoria a las reuniones, la organización de Jornadas de actualización dentro y fuera del hospital. Como ejemplo: anualmente se realiza un Work Shop en la sede de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Buenos Aires (SOGIBA). Los temas fueron cambiando, a medida que progresamos en nuestra praxis: la última reunión contó con la presencia de l director y otros integrantes de la UFI SEX.
- Se realiza tarea comunitaria a través de los CESAC que dependen del Hospital
- Hay un intercambio y contacto permanente con los Vecinos Alerta de Núñez..
- Las trabajadoras sociales del equipo están haciendo un trabajo relevante con el seguimiento y su vínculo permanente con las víctimas.
- El EAVV no cuenta aún con una psicóloga permanente.
- En otro orden, también es responsabilidad de la coordinación, la comunicación a la Dirección del hospital de las actuaciones, básicamente por la necesidad de tomar conocimiento, en caso de repercusión pública y mediática del caso asistido.

Protocolo de acción inmediata:

Cuando se recibe a una víctima, se pone en marcha el dispositivo de acción inmediata que consiste en la aplicación del protocolo de atención⁷¹. Este protocolo consiste en cinco acciones básicas:

- Anticonceptivos de emergencia, en caso que la víctima no esté utilizando un método eficaz
- Antirretrovirales para la prevención del VIH
- Antibióticos para prevenir enfermedades de transmisión sexual
- Vacunas (antihepatitis B y doble adultos)
- Se solicitan análisis de laboratorio básicos (test de embarazo, test rápido de HIV, anticuerpos antihepatitis B, hepatograma)
- A su vez, convocamos a los profesionales del equipo que está presente en el hospital, de manera de trabajar estratégicamente para la mayor celeridad de las acciones.

Seguimiento

El Servicio Social es responsable de las citaciones y acompañamiento a lo largo del proceso de seguimiento del cumplimiento del tratamiento y las consultas posteriores a los distintos Servicios, como así también de acciones pertinentes al área de su tarea.

Conclusiones

En estos dos años de tarea, hemos asistido hasta la fecha a 38 mujeres víctimas. Cada una de ellas nos ha dejado una enseñanza y le hemos dado una contención y una atención comprometida con su recuperación. El equipo se ha consolidado, pese a las dificultades, que muchas veces se sustentan en una incompreensión de la dimensión social y cultural de la violencia sexual.

Los objetivos están centrados en las necesidades de las víctimas, y cuenta con el apoyo extra hospitalario de CECYM; y otras ONG´s, la Dirección de la Mujer, el equipo del hospital Álvarez, representantes de la comunidad y madres de víctimas. Todos estos apoyos, y nuestro compromiso harán que sigamos por el camino trazado.

⁷¹ Resolución N° 2557, Boletín Oficial de la ciudad de Buenos Aires N° 1863, enero de 2004

PARTE IV

LA INTERVENCIÓN. EXPERIENCIAS

EXPERIENCIAS DE CASA DE LA MUJER DE ROSARIO

Liliana Pauluzzi

Nuestra organización se funda en agosto de 1986, como iniciativa de grupos de mujeres que vimos la necesidad de crear una institución de estas características que no existía en ese momento en Rosario.

Nuestros ejes temáticos son: salud, educación, sexualidad y violencia.

Desde el año 1986 se inició el programa de Educación sexual y prevención de la violencia en las escuelas primarias y secundarias de Rosario y pueblos vecinos.

El programa comenzó con una investigación-acción a partir del audiovisual "La aventura de crecer", éste tenía como objetivo favorecer el diálogo respecto del tema de la educación sexual en las escuelas primarias. Incluyó las sugerencias y preguntas de niños y niñas entre 5 y 9 años quienes tuvieron intervención activa en la confección del mismo.

Este audiovisual se proyectó primero a padres, madres y docentes para que éstos autorizaran las experiencias con niños. En la primera etapa se trabajó en 50 escuelas y se recogieron 3500 preguntas de niños/as entre 4º y 7º grado de diferentes establecimientos educativos. Posterior a la evaluación y tabulación de éstas preguntas se implementó el trabajo sistemático en talleres para personas adultas y para niños y niñas, la experiencia fue publicada por la editorial Homo Sapiens en mayo 1993, en el libro ¿Qué preguntan los chicos sobre sexo?

El trabajo con las personas adultas y luego con los niños y niñas nos enfrentó a la problemática del abuso sexual infantil, que por aquel entonces estaba bastante invisibilizado y no existían demasiadas herramientas para trabajar el tema.

La publicación de la experiencia realizada en los talleres, nos dio la posibilidad del dictado de seminarios de capacitación docente y profesional, primero en Rosario y luego en distintas provincias del país. Desde el año 1994 este proyecto permitió que se dé educación sexual en las escuelas N° 1080, Escuela de Enseñanza Media N° 409 y en la Escuela de Enseñanza Media N° 396 de la localidad de Funes.

Creo importante destacar que a pesar que en la provincia de Santa Fe existe una ley de Educación Sexual desde diciembre de 1992, nunca se implementó debido a la connivencia del poder político con sectores fundamentalistas. Sin embargo el accionar de la sociedad civil en estos establecimientos hizo posible un trabajo que a lo largo de los años fue dando sus frutos.

Con alumnos y alumnas de estos establecimientos se hizo en 1997 un encuentro de jóvenes cuyos objetivos fueron: que ellos y ellas pudieran construir un ámbito propio de discusión y acción; convertirse en agentes transmisores de una sexualidad saludable para con sus pares. Ser generadores de propuestas ante los propios problemas planteados. Trabajar por relaciones igualitarias entre hombres y mujeres. Trabajar en la prevención de la violencia.

Los talleres fueron coordinados por las y los adolescentes y dieron como conclusiones la elaboración de los derechos sexuales y reproductivos que confeccionaron y fueron publicados en la Revista de AMSAFE:

Derecho a recibir información sobre educación sexual.

Derecho a la no discriminación por el género al que se pertenece.

Derecho a optar libremente por la inclinación sexual.

Derecho a la información y acceso gratuito a la anticoncepción.

Derecho a tener relaciones

Derecho a negarse a mantener relaciones si no lo desean, tanto varones como mujeres.

Derecho a que sean respetadas las preferencias sexuales de cada uno/a sin presiones ni influencias.

Derecho a mantener relaciones sexuales cualquiera sea la edad, sin presiones y con responsabilidad.

Derecho a no ser discriminada/o por nuevas parejas, pares, o personas adultas, por haber mantenido relaciones sexuales.

Derecho a planificar el embarazo sin sufrir discriminación.

Derecho a no ser discriminada en caso de embarazo no esperado.

Derecho a tener nuestro propio espacio para mantener relaciones sexuales.

Derecho a asumir el papel de padres / madres sin discriminaciones, así como recibir contención afectiva de la familia.

Derecho a estudiar aún estando embarazada.

Derecho a continuar el embarazo y hacerse cargo de su hijo/a, quieran o no los adultos.

Derecho a que las madres solteras tengan apoyo económico, social y psicológico.

Derecho a decidir en pareja y sin presiones sobre el futuro ser.

Derecho a abortar si no desean tenerlo.

Derecho a ser protegidos/as de la prostitución.

Derecho a no ser abusados/as sexualmente.

Posterior a ese encuentro se desarrollaron diferentes proyectos que fueron generando un accionar sostenido en las diferentes problemáticas que se trataban año a año. Algunos de estos proyectos fueron : Primera feria de salud 1998 en el Centro de Salud San Martín. Alumnas de la escuela Media N°. 409 coordinaron 5 talleres de Educación Sexual para púberes y adolescentes.

La planificación de la reproducción ¿es un derecho? 1999. Participaron 67 alumnos/as de la escuela 409, que a partir de conocer los diferentes métodos anticonceptivos, difundieron la información, a través de folletos de su propia producción, notas periodísticas y coordinación de talleres dirigidos a la comunidad educativa incluyendo la anticoncepción de emergencia

A partir del lanzamiento 19 de noviembre día Mundial de la prevención del abuso infantil en el año 2000 por la Fundación Cumbre Mundial de la Mujer de Ginebra, Suiza, se realizó la formación de promotores en prevención positiva del abuso sexual infantil destinada a 32 adolescentes del noveno año en la escuela N° 1080. y se siguió realizando diferentes campañas a lo largo de estos años.

Casa de la Mujer perteneciente a la Coalición Mundial por el 19 de noviembre fuimos autoras de la Ordenanza Municipal 7125 que creó el Programa de prevención y detección del abuso infantil en el año 2000.

Otro de los proyectos realizados fue la campaña por la humanización del embarazo y del parto y la prevención del embarazo adolescente en el 2001. Destinado a 82 adolescentes de primer año de la escuela Media 409. De los cuales 20 alumnos fueron elegidos para visitar la maternidad municipal de la ciudad de Rosario.

Estas experiencias estimularon la formación del grupo Mujercitas. Un grupo de mujeres adolescentes (alumnas de la escuela 409) quienes se organizaron para trabajar sobre derechos sexuales y reproductivos de la adolescencia, y prevención de las relaciones afectivas violentas. Ellas fueron encargadas de distribuir desde nuestra institución, profilácticos conjuntamente con la información acerca de la anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia

En ese mismo año fuimos autoras de la Ordenanza n° 7282 que incorpora la anticoncepción de emergencia al programa de Salud Reproductiva de la municipalidad, formando parte del Comité Asesor del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. En el 2003 fuimos impulsoras de Consorcio Argentino de Anticoncepción de Emergencia, siendo desde ese momento coordinadora nacional del mismo

Dar cuenta de estas experiencias nos lleva a asegurar que entender la educación sexual desde una perspectiva de género, es ampliar la visión, dando lugar a la palabra no dicha, desnaturalizando "lo natural" y abriendo un abanico al pensamiento crítico, cuestionando valores, creencias, actitudes, normas y aptitudes. Construir junto a las chicas y chicos las herramientas para cuestionar, nos facilita la apertura a una sexualidad más saludable y placentera.

En Argentina, como en otros países de la región, las presiones de sectores fundamentalistas han puesto continuamente obstáculos a la promoción del empoderamiento de la ciudadanía en sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Incluso, a pesar de la promulgación de la Ley que establece el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable. Fuimos registrando a partir de las diferentes capacitaciones que hemos realizado en otras provincias del país, que estas resistencias se mantienen, lo que incide en que muchos de los Ministerios de Salud Provinciales y Secretarías Municipales no se comprometan en la incorporación de la normativa de planificación familiar o a hacer efectivo su cumplimiento.

Estas presiones y resistencias, huelga decir contrarias al debate público democrático, no sólo hacen que las autoridades públicas incumplan los compromisos asumidos internacionalmente en la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, sino que también tienen graves consecuencias directas o indirectas, siendo actualmente injustificables las que tienen que ver con el impedimento del acceso a la anticoncepción y, en especial, a la Anticoncepción de Emergencia. La falta de voluntad política no es neutra, sino que tiene dramáticos efectos sociales que se pueden sintetizar en las siguientes

consecuencias : los relacionados con la maternidad adolescente y sus problemas asociados , el tema de los abortos inseguros y la impunidad de la violencia hacia la mujer y el maltrato y el abuso sexual infantil. Consideramos que los factores que aumentan los riesgos del embarazo adolescente son los siguientes

- Situaciones de pobreza y elevados índices de necesidades básicas insatisfechas, así como bajos recursos educacionales y hábitat deficientes, zonas precarias sin equipamientos sociales, culturales, deportivos que contengan a l@s adolescentes. Así mismo, se comprueba que en los barrios periféricos urbanos las complicaciones del embarazo son más graves debido a la nutrición inadecuada, condiciones de vida precaria, insuficiente atención médica y malas condiciones generales de salud.
- Adolescentes que pertenecen a familias numerosas no contenedoras y desmembradas. Muchas veces se dan problemas en la relación padres-hij@s que afectan al desarrollo de la personalidad adolescente y causan soledad, incertidumbre, aburrimiento y/o descontento respecto de la escuela y el hogar.
- En demasiados casos, se dan situaciones de violencia intrafamiliar y abuso sexual que terminan en embarazo o pueden empujar a l@s adolescentes a la explotación sexual
- Bastantes madres adolescentes registran un bajo rendimiento escolar, han repetido en varias oportunidades, o incluso ya han desertado y están en situación de exclusión social .
- El embarazo hace que muchas deserten definitivamente, a veces incluso por imposición de los mismos centros escolares, a pesar que tenemos una ley que contempla estos casos
- La falta de la educación sexual integral, hace que las niñas no puedan apropiarse de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Vigencia de mitos de la cultura patriarcal como el de "mujer=madre". Unido a ello, en ocasiones, el embarazo adolescente no resulta sólo de un 'accidente' o de falta de información, sino que es deseado, de manera más o menos consciente, por las adolescentes en busca de reconocimiento social o simplemente de amor, especialmente en los sectores más empobrecidos y con menores recursos culturales y educativos.
- Aunque es incuestionable que los adolescentes tienen deseo sexual, por la presión de sectores fundamentalistas, se sigue impidiendo la educación sexual en los colegios, negando la realidad de que hay jóvenes, que no cumplen el mandato único de la 'abstinencia'. Paralelamente su 'incumplimiento' hace que muchas adolescentes que no han tomado precauciones tengan un sentimiento de culpabilidad y vergüenza que les impide solicitar ayuda y recurrir a la consulta
- Unido a lo anterior y de forma general, falla de la planificación y de quienes adoptan las políticas en reconocer y aceptar a l@s adolescentes como un grupo especial con necesidades específicas que requieren programas y estrategias apropiadas, especialmente en relación con los Derechos Sexuales y Reproductivos, lo que se une a la carencia de información adecuada acerca de los

problemas de la adolescencia para los padres y para el público en general. En consecuencia, los adolescentes no reciben el trato adecuado en los centros de salud con respecto a la información o provisión gratuita de métodos anticonceptivos y no se informa sobre el método anticonceptivo de emergencia.

- Las creencias erróneas y los estereotipos sexuales transmitidos en la educación sexual imperante dan como resultado una educación diferencial genérica que provoca relaciones de poder entre los géneros favoreciendo las relaciones de violencia entre los mismos. Así, por ejemplo, la exposición a medios de comunicación con contenidos explícitos sobre sexualidad sexista, influye negativamente en el comportamiento sexual adolescente, especialmente en varones.
- Incorrecta asimilación de la paternidad responsable con el de formalizar la relación ('casarse a toda costa'), incluso a edades muy tempranas. En muchos casos, el embarazo se produce en relaciones afectivas no satisfactorias para alguno o ninguno de los miembros de la pareja y en algunos casos, en relaciones caracterizadas por diferente grado de violencia de género o abuso (incluido el emocional). Alternativamente, el 40% de las madres se convierten en 'madres solteras'.
- Algunos embarazos son producto de violaciones que no son denunciadas o no son prevenidos porque los efectores públicos que no informan sobre la incidencia de este flagelo

Por otra parte la situación puede ser peor en algunas provincias y zonas donde la presión de los sectores fundamentalistas es más fuerte. Así, en la provincia de Santa Fe, aún con la aprobación de la Ley por la que se creó el Programa provincial de Salud Reproductiva, el 31 de mayo de 2001, el panorama no cambió demasiado.

El Consejo Asesor que dicta la ley se formó en 30 de diciembre del 2002 de la cuál forma parte Casa de la Mujer, sin embargo pasó un año y medio para que nuevamente fuéramos convocadas como Consejo Asesor. Si bien hubo un momento en que el funcionamiento parecía ser productivo, esto duró 9 meses, el tiempo que estuvo como el Ministro Silvestri Begnis.

Durante la gestión de este ministro nos reuníamos casi mensualmente, se labraban actas de cada reunión y logramos reglamentar la ley de anticoncepción quirúrgica a pesar de la oposición de algunos médicos perteneciente al Consejo, en septiembre de 2005 (creo que es importante aclarar que aún hoy no se implementa en los hospitales provinciales)

En la última etapa de este Ministro nos solicitó que diseñáramos un proyecto de Educación Sexual para implementar la ley del año 1992. Se llegó a un acuerdo con el Ministerio de Educación, estaban los recursos para que en marzo del 2006 se iniciara la capacitación para 2000 docentes de la provincia. Trabajamos con entusiasmo en el proyecto, al presentarlo fue aplaudido por las autoridades de ambos Ministerio Salud y Educación, pero al poco tiempo cambia el ministro de Salud y la ministra de Educación y con las nuevas autoridades todo vuelve a foja cero.

Esto hizo que primero demandáramos por carta a ambos ministerios el motivo por el cual no se cumplía el acuerdo realizado unos meses antes. Ante la falta de respuesta fuimos a los medios y movilizamos a las organizaciones.

Paralela a esta manifestación comprobamos que el Ministerio de Educación prestaba espacios de la gobernación en Rosario y daba auspicio, con puntaje a docentes a un curso de que dictaba una ONG llamada "Con mirada de Mujer" reconocida como una ONG del fundamentalismo, cuya presidenta siempre se ocupó de criticar el programa de salud reproductiva de la Nación. Sus intervenciones en la prensa mostraron su pensamiento homofóbico, sexista, y dictatorial. Como antecedente ella participó de la represión de los años 70 en la ciudad de Villa Constitución.

La rápida movilización del movimiento de mujeres autoconvocadas de Rosario conjuntamente con las personas que participamos del Consejo Asesor y el apoyo de los medios de comunicación logramos que dicho curso se suspendiera.

Considero que desde la creación del Consejo Asesor para la implementación de la ley de Salud Reproductiva, el objetivo fue cumplir formalmente con el Programa de Salud Reproductiva a nivel Nacional y darnos el papel de "figurita decorativa"

En la actualidad la ministra de educación, asistió a la presentación del material que editó la iglesia llamada "Educación para el amor" que son los lineamientos acerca de la educación sexual. El gobierno provincial se caracterizó siempre por tener una alianza muy fuerte con el fundamentalismo tanto de creencia como de mercado.

Por lo que se refiere a la ciudad de Rosario, la Municipalidad ha demostrado una mayor voluntad política en el tema y ya en 1997 promulgó el Programa Municipal de Procreación Responsable, y en diciembre 2001, se promulgó la Ordenanza N° 7.282 que incorpora la AE en el Programa de Procreación Responsable de la Municipalidad, de la que Casa de la Mujer es autora intelectual.

Aún así las presiones se hicieron escuchar, en noviembre de 2003, la Municipalidad de Rosario tuvo que librar una batalla legal, debido a que el juez en lo Civil de la Quinta Nominación de Rosario, Ariel Ariza, hizo lugar al pedido del abogado Nicolás Mayoraz para que la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad suspendiese esta última ordenanza.

Esto dio lugar a múltiples manifestaciones de repudio por parte de un gran número de organizaciones y se solicitó la solidaridad internacional, cabe destacar que la Cámara de Diputados de la provincia de Santa Fe aprobó por unanimidad y sobre tablas un proyecto de declaración de las diputadas justicialistas ante la medida judicial que suspendía la campaña de Anticoncepción de Emergencia y la distribución de fármacos para ese fin en los Centros de Salud públicos dependientes de la Municipalidad de Rosario y se declaraba de interés legislativo el Programa de Procreación Responsable dependiente de la Secretaría de Salud de la Intendencia de Rosario

Finalmente, el 3 de diciembre de 2003 se logró hiciera lugar al planteo de los asesores jurídicos del municipio sobre los perjuicios que traería aparejado la no distribución de la Anticoncepción de

Emergencia y resolvió dejar sin efecto la suspensión de la Ordenanza 7.282. Estas idas y venidas de la justicia nos muestra que por más leyes que existan, éstas están sujetas a la presión de grupos fundamentalistas y a la discrecionalidad de los jueces.

De igual manera en situaciones de violencia familiar y abuso sexual infantil, los atropellos judiciales muestran un avance cada vez más fuerte en nuestro país. Desde el año 2000 se ha establecido en nuestro país lo que a nivel internacional se denomina "backlash", que es el fenómeno de reacción frente a los avances logrados en maltrato y abuso sexual infantil. Señala Juan Carlos Volnovich "se caracteriza por ser una respuesta violenta y airada de sectores reaccionarios que refuerzan los valores patriarcales más tradicionales par alimentar el fantasma que supone detrás de estas denuncias, el poder femenino que se ejerce contra los varones, llevando al campo de la disputa ideológica un problema que es teórico y político y que atraviesa el discurso jurídico , el discurso psicoanalítico, la ética y las configuraciones sociales en su conjunto". Se inicia formalmente el backlash en Argentina, con un artículo del ex Juez de familia Eduardo Cárdenas titulado "El abuso de las denuncias de abuso" publicado en el ejemplar del diario " La Ley. Diferentes organizaciones de padres separados de sus hijos que adhieren a este fenómeno, intentan argumentar con teorías no científicas como el Síndrome de Alineación Parental, la inculcación maliciosa o la co- construcción para argumentar un fallos judiciales que son violatorias de derechos constitucionales, como la Convención de los derechos del niño, la CEDAW, entre otros pactos incorporados a nuestra constitución en 1994.

En fin, las últimas decisiones del gobierno argentino con respecto al Programa de Salud Sexual al igual que la preocupación por las leyes de violencia, serían esperanzadoras, siempre que se preste atención a las siguientes trabas:

- Los obstáculos que ciertos grupos de poder, anteponiendo creencias personales, incluso en contra de todas las evidencias científicas, imponen, negando Derechos Sexuales y Reproductivos, básicos de hombres y mujeres, que deben a ser reconocidos como prioridad de salud pública.
- La baja calidad o ausencia total de educación de la Educación Sexual Integral , sigue manteniendo prejuicios y falsas informaciones entre servidores públicos, docentes y proveedores de salud como entre el público en general. El sector público (ministerios de salud o secretarías municipales) en muchas provincias no se compromete a incorporar las normativas de planificación familiar y/o a fomentar el cumplimiento de ésta si ya está incorporada. Por su parte, muchos proveedores de salud no están familiarizados con la Anticoncepción de Emergencia y/o mantienen actitudes paternalistas hacia las mujeres y/o miedos a ser penalizados por ofrecerla.
- Temor, vergüenza, culpabilidad, creencias erróneas y falta de conocimiento en materia de sexualidad, y en demasiados casos discriminación, coerción y violencia; continúan siendo barreras para la salud sexual y para su derecho a la planificación de los nacimientos que muchas

mujeres deben hacer frente. De ahí lo crucial de la información y la capacitación para conseguir una verdadera equidad de género.

Por lo que creemos que el logro de estos derechos es un ejercicio de ciudadanía, que a partir de la información se exija que se cumplan lo que ya es ley en nuestro país.

VIOLENCIA INSTITUCIONAL EN SALUD REPRODUCTIVA

María de los Angeles Travaglini

Ana María Andía

El PPSR de la provincia de Mendoza inicia sus acciones en 1998. Desarrolla acciones asistenciales, de capacitación, de comunicación social, de defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, con perspectiva de género.

El área social del Programa trabaja en contacto directo con las mujeres durante la internación en las maternidades de los hospitales públicos, y también durante la internación pediátrica de sus hijos en el hospital de niños. Esta consejería en salud sexual y reproductiva genera un espacio para la escucha de las experiencias vividas y la atención recibida en los hospitales, así como la posibilidad de mediar ante situaciones de violencia institucional.

Se entiende como violencia contra la mujer cualquier acción o conducta, basada en su género que le cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, tanto en el ámbito público como en el privado. Sabemos que la violencia contra la mujer trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de su clase, raza o grupo étnico, nivel de ingresos, cultura, nivel educacional, edad o religión y afecta negativamente todos los aspectos de su vida.

Existe un tipo de violencia que no deja señales en el cuerpo que puedan ser examinadas por el forense, pero que silenciosamente y de manera sistemática viven muchas mujeres, la perpetrada por las instituciones de salud y sus agentes. Esta "violencia institucional" se agrava cuando se suma a la situación de vulnerabilidad de las mujeres durante el embarazo y el puerperio, o en situación de aborto, cuando deciden entregar sus hijos en adopción, si son discapacitadas, menores de edad, o son pobres y tiene bajo nivel de instrucción.

La violencia institucional está fuertemente invisibilizada y naturalizada. Tanto desde las mismas mujeres, que no suelen percibirlo como maltrato, como desde los agentes de salud que, inmersos en la lógica del sistema, no reconocen su existencia,

En el presente trabajo se han seleccionado algunos casos testimoniales que reflejan la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes hacia mujeres que demandan atención en salud reproductiva, y la dificultad de los agentes de salud para identificarlos como actos violatorios de derechos. Si bien no podemos decir que esto sea lo que habitualmente sucede dentro de los hospitales provinciales, ha sido posible recoger una casuística que sirvió de base para replantear alternativas de intervención profesional.

- Aborto espontáneo

Durante la entrevista en domicilio una mujer de 26 años relata que luego de haber concurrido en cuatro oportunidades a la guardia de maternidad del hospital Lagomaggiore (donde tienen lugar 7500 partos

anuales) por sentirme descompuesta, finalmente queda internada. Esa madrugada expulsa el feto en el baño de la habitación donde estaba internada. Al dar aviso a la enfermera, ésta le pide que espere en el baño. Luego de un rato le acerca un sachet de suero vacío y abierto. *Le dice que coloque dentro del sachet el feto y lo deje en la mesa de luz.* El feto permanece en la mesa de luz hasta la mañana siguiente, cuando el médico que hace la revista de sala ordena retirarlo. Recién al día siguiente se realiza el legrado evacuador. Y un día más tarde la entrevistada se retira del hospital, sin alta médica.

- Anencefalia

La mujer relata durante la entrevista que se enteró de su embarazo anencefálico al cuarto mes de gestación. Concurrió al hospital Lagomaggiore y fue entrevistada por el Comité de Bioética. Debido a los diversos paros ocurridos en esa época, el Comité no se reunió para tratar el caso, a pesar de sus reclamos. Su embarazo llegó a término, y en la sala de internación refiere a la trabajadora social, muy angustiada: *"...no sabe lo que es llevar un bebé adentro, sabiendo que no va a vivir..."*

- Entrega en adopción

En la maternidad del hospital Paroissien se produce el abandono de un recién nacido. Durante la entrevista de seguimiento en su domicilio, la mujer relata que en su familia nadie sabía del embarazo, ya que lo ocultó todo el tiempo por miedo a perder el trabajo. Tiene una hija de 4 años. El padre del recién nacido la dejó cuando se enteró de este último embarazo. Agrega que cuando manifestó a las enfermeras su voluntad de entregar su hijo en adopción fue maltratada y le dijeron: *"...las madres que hacen eso con sus hijos son unas perras"*. La mujer se arrancó el suero y se fue del hospital sin el alta.

- Denegación de acceso a anticonceptivos

En ocasión de un prolongado paro de actividades de los profesionales de salud, en algunos centros sanitarios se suspendió la entrega de anticonceptivos porque "no eran imprescindibles". Meses después, en una entrevista previa al alta en la maternidad de un hospital, una puérpera se refirió a su recién nacido como *"un hijo del paro"*.

Otras situaciones de vulneración de derechos se presentan con frecuencia en la **atención a adolescentes** cuando ingresan al hospital pediátrico por violencia sexual; omitiéndose o demorándose la indicación de anticoncepción de emergencia. También en los casos de **ligadura de trompas en intervención cesárea programada**. A pesar que la mujer cumple con la formalidad del trámite previo, algunos médicos manifiestan su objeción de conciencia intra-quirófano.

En mayo de 2006 se presentó en Mendoza -en los dos hospitales con las maternidades más grandes- la investigación sobre maltrato institucional realizada en Rosario: **"Con todo al aire"**, convocada por el Programa de Salud Reproductiva. Asistieron profesionales de distintas disciplinas y de diferentes

efectores, con la notoria ausencia de los médicos de esas maternidades. Durante el debate posterior fue posible escuchar:

"En la guardia estos malos tratos son a diario, los médicos siempre son así, a mí me van a echar un día porque yo les digo que así no tienen que atender". Enfermera

"Al médico no le importa la mujer que ingresa por aborto, le importa si se hizo algo o no. Una cama ocupada por aborto es una cama que hay que desocupar rápido; para las estadísticas es mejor cuantificar nacidos vivos" Trabajadora Social

"Todos comentan cosas que pasan, pero nadie se animaría a expresarlo por escrito trabajando en el lugar" Enfermero

El jefe de la sala de partos de uno de esos hospitales hizo llegar una nota al Programa de Salud Reproductiva, en la que se destaca:

"lo poco feliz que fue la jornada, sobre todo por la repercusión periodística"

"Desgraciadamente no pude concurrir"

"No descarto que haya ocurrido -lo que sale en la crónica del diario- pero gracias a Dios es cosa del pasado"

"Esta nota no pretende tener un sentido de defensa corporativa"

Alternativas de intervención:

Desde la implementación del PPSR hace ya casi diez años, la tarea del área social incluye la detección del riesgo infantil y reproductivo en las maternidades y en el hospital pediátrico. Cada mujer recibe en forma personal consejería en salud sexual y reproductiva, derivación y acompañamiento a los consultorios de Salud Reproductiva de cada institución, con el fin de no perder oportunidades de atención.

Otra instancia para trabajar durante la internación es el desarrollo de talleres, donde se ofrece un espacio de reflexión, contención y expresión de las vivencias de las mujeres en torno a la sexualidad y la salud reproductiva. Cuando se detectan situaciones de violencia institucional o se toma conocimiento a través de los testimonios de las propias mujeres, se les informa acerca de sus derechos y cómo y dónde denunciar la vulneración de los mismos. Muy pocas se animan a formalizar la denuncia.

Desde el presente año -2007- se ha podido realizar el seguimiento en terreno de los casos de mayor vulnerabilidad. Se han atendido en especial casos de adopción, egresos por aborto, abandono de trámites de anticoncepción quirúrgica en los que se podía sospechar respuestas institucionales expulsivas, así como otras situaciones que no son priorizadas por los centros de salud, que en general se ocupan sólo del seguimiento de los casos riesgo infantil.

La estrategia más elemental, y con la que se insiste diariamente en las salas de internación, es el **empoderamiento de la población, en particular de las mujeres**, a través de la **consejería personalizada** y la **entrega de folletería** con información específica.

Paralelamente se realiza la **capacitación continua de los equipos de salud** en temas que abarcan desde la calidad de la atención, tanto técnica como relacional, hasta los temas de género y derechos sexuales y reproductivos, en el marco de los derechos humanos. A partir de estas capacitaciones, por ejemplo, ha sido posible lograr que en algunos hospitales departamentales se resuelvan casos de anencefalia, en el marco del artículo 86, inciso 1º, del Código Penal. Y que en el hospital pediátrico la mayor parte de los médicos venzan la renuencia a indicar anticoncepción de emergencia a una niña o adolescente violada, sin necesidad de contar con la autorización judicial.

Algunos de los casos registrados muestran cómo la violencia institucionalizada desborda al sistema de salud y remite en ocasiones a una compleja relación con el sector justicia. Se ha establecido una articulación directa con los **Juzgados de Familia** para viabilizar solicitudes de anticoncepción quirúrgica de mujeres con discapacidad mental, y con el **Equipo de adopción** para el trato humanizado de las mujeres en crisis con la maternidad, así como la coordinación de las intervenciones en salud reproductiva para evitar repetir la traumática historia de estas mujeres.

Otra instancia es la estrecha relación que se mantiene con la **Coordinación de Derechos Humanos** del Ministerio de Gobierno de la provincia, como receptores de denuncias de derechos vulnerados. Si bien es un organismo nuevo y con poder acotado, ha sido positivo el asesoramiento legal y el acompañamiento al interior de los efectores de salud, para revertir situaciones de violación de derechos.

Para finalizar, cabe destacar **lo difícil que es enunciar derechos en un espacio institucional cuando no se es un profesional del derecho**, y a la vez encontrar las estrategias adecuadas para mediar en las situaciones de vulneración de derechos en cada lugar, siendo agentes del sistema sanitario y trabajando cotidianamente con los actores involucrados. Todo un desafío.

ABORTO: DOS CARAS DE UNA MISMA MONEDA

Juan Carlos González

Ana Maria Andía

En Argentina -como en la gran mayoría de los estados latinoamericanos- la legislación sobre aborto es fuertemente restrictiva. El régimen penal vigente establece castigos de prisión o reclusión para el profesional que lleve a cabo dicha práctica o colabore en ella, y para la propia mujer.

El Código Penal también identifica las situaciones en las que el aborto no es punible: cuando corre peligro la vida o la salud de la mujer, o si se trata de un embarazo producto de la violación de una mujer incapaz. Sin embargo, es habitual que en la red asistencial estatal no se dé respuesta efectiva a los casos en los que cabe la despenalización.

Por otra parte, en todo el país el subsector estatal recibe -por guardias o consultas- a un significativo número de mujeres con abortos en curso o complicados. Por provenir de la clandestinidad -producto de la penalización legal- con frecuencia estas mujeres son asistidas por el equipo de salud en un marco de maltrato institucional y de deficiente calidad de atención. Sin embargo, bajo una aparente contradicción, dichos casos generalmente no son denunciados o la investigación judicial que debería seguirles pocas veces prospera.

1. Aborto no punible

Los requerimientos de abortos no punibles que ingresan al subsector público de salud suelen recibir una respuesta negativa, tácita o explícita, aunque en general la cuestión deriva innecesariamente al sector justicia.

Históricamente, la intervención judicial ha sido determinante en el proceso expulsivo, sea por la definitiva negación de la prestación, por el agotamiento de los tiempos para una intervención con bajo riesgo, o porque finalmente se produjo el parto.

Tal denegación de derechos se relaciona con que el Artículo 86 del Código Penal es objeto de diversas interpretaciones. En realidad, más que interpretaciones, se trata de omisiones deliberadas de lo que la ley establece, que comprometen al Estado en su respuesta a la petición de un aborto no punible, en tanto lo sitúan en el centro de la contradicción entre un permiso "de derecho" y una prohibición "de hecho".

Las restricciones se reflejan y se juegan en el campo del discurso jurídico, pues se validan en fallos que sobreimprimen modificaciones al texto legal, al punto de oponérsele en sus efectos. Así, se limita el acceso al aborto no punible, al pasarse de la protección de la salud y la vida de la mujer al requisito de una muerte inminente, o del aborto por violación, al difuso concepto de "atentado al pudor" (Maffía, 2006). Tal manipulación de la ley se verifica en la exigencia de numerosos requerimientos no estipulados y en la asunción de potestades que ella no otorga, tanto por parte del sector salud -profesionales sanitarios, comités de bioética- como del sector justicia.

El sustrato ideológico de la mayor parte de la jurisprudencia en contra del aborto no punible se asienta en una serie de ficciones estructuradas que parten de la afirmación de que abortar es matar, mientras el Código Penal de ningún modo expresa eso. Ello, mediante el traslado de la discusión al terreno de los bienes jurídicos protegidos, en la que se da mayor peso relativo al embrión en tanto “persona por nacer” que a la mujer afectada. Dicha operatoria se hace viable bajo los supuestos del determinismo biologicista, esto es, el deslizamiento de la mujer embarazada al lugar de madre y por tanto, “abnegada”, “sacrificable”, culpable en caso de no actuar “heroicamente”.

Así, la judicialización ha tendido a reforzar -al interior del subsector público de salud- aquellos temores que a su vez la generan, al dejar a los profesionales sanitarios frente a una fuerte incertidumbre legal. Además, no sólo el paso por la justicia, sino la respuesta estatal en sí, hacen que la mujer expulsada por una experiencia frustrada sea el paradigma de las innumerables expulsadas de antemano; es decir, aquellas mujeres que no se acercan al ámbito público porque prevén el resultado negativo de tal gestión. En la judicialización está el nudo principal del habitus expulsivo, el punto en el que en este proceso se concentra más poder: en el juez, en tanto se erige como “la voz de la ley”. Y aunque la contradijera, el peso de sus determinaciones se asienta más en su potestad de condenar y absolver que en el grado en que ella se ajuste a la esencia de las normas.

Él se empodera al entrometerse en las cuestiones de la sexualidad y la reproducción de los sujetos. Pero también lo empoderan las expectativas depositadas en su decisión por quienes al transferirle el problema le confieren tal atribución. Es por eso que las palabras que “normatizan” la expulsión sólo pueden surgir de la voz del juez. Por una parte, él es el actor empoderado simbólicamente, y por otra, monopoliza el acceso al lenguaje legitimado para ello.

Así, a diferencia del caso de los abortos hospitalizados, para el poder estatal -aunque los tiempos no sean apropiados- resulta “posible” articular una respuesta desde “dentro del orden jurídico”.

2. Aborto hospitalizado

Tanto las mujeres que ingresan en la red pública asistencial con abortos en curso o complicados, como el equipo de salud, sustentan representaciones, expectativas y temores encontrados. La hospitalización de tales casos resulta disfuncional a los servicios de salud, diseñados y orientados para cuidar embarazos y atender partos, y a los médicos, formados para atender a pacientes y no a sujetos de derecho.

En realidad, lo que se manifiesta es el ejercicio del poder estatal sobre los cuerpos, subyacente a las metas institucionales y al modelo médico hegemónico. En otros términos, las mujeres que se provocaron un aborto se tomaron la atribución de obrar sobre algo -una gestación- que para el Estado es de interés y protección pública. Por eso las despoja de su condición política, para procesarlas sin ningún tipo de mediación.

El alto número de abortos que se concretan cada año en el país pone en cuestión la autoridad del Estado -en forma indirecta- por la desafiante deslegitimación del orden jurídico que él resguarda. Es en torno a esa diferencia entre práctica y ley que se conforma la respuesta, creándose en la red asistencial un

espacio de excepción por el cual el poder estatal se distancia del derecho para, a su vez, sostener su continuidad.

Así, la relación asimétrica de poder entre equipo de salud y mujeres descuidadas se da en un contexto regido por la fuerza de una ley no escrita, en el cual hay poco lugar para otorgar prioridad a la atención de cada caso, el tratamiento del dolor, el respeto del pudor o la escucha de la palabra de quien requiere atención. Por eso mismo, allí la naturalización e institucionalización del maltrato es moneda corriente, y resultan de difícil implementación los distintos componentes de la calidad de atención. En un marco de anomia, de temor y desconfianza, en el que las acciones del equipo de salud están dirigidas fundamentalmente a sostener los embarazos y a obtener la "confesión" de las maniobras abortivas, el resultado es doble. En el mismo proceso en que, por una parte, se invisibiliza a la mujer como sujeto de derecho, por otra, se oculta el hecho mismo manteniéndolo bajo la lógica de la clandestinidad (no se lo denuncia y muchas veces tampoco se lo registra explícitamente como aborto). Con lo cual, lo invisibilizado ahora es la inobservancia de la ley (objeto del estado de excepción) pero con ello también, el aborto como problema de salud pública.

3. La lógica común

Las respuestas del Estado están atravesadas por una clara ideología condenatoria respecto de los requerimientos de abortos no punibles y de la atención de abortos hospitalizados. Ello se traduce en el mandato de preservar los embarazos a cualquier costo, tanto dentro del sector justicia como del sector salud. Pero cuando este esquema se rompe, es decir, cuando no es posible evitar el aborto y el propio Estado debe intervenir, se genera un contexto que permite dicha acción y a la vez la oculta.

Así, la relación práctica-ideología no se discontinúa, produciendo una regla común para las dos respuestas estatales, que podría expresarse en esta verdad construida: "En la red pública asistencial no se hacen abortos".

Los procesos descritos son los que hacen posible tal afirmación, más allá de que empíricamente ella resulte "verdadera" -como en el caso del aborto no punible- donde efectivamente "los abortos no se hacen", o "falsa" como en los abortos hospitalizados, ya que estos sí se asisten.

La lógica que subyace a ambos comportamientos estatales está basada en un mismo proceso de invisibilización, aunque con estrategias diferentes en el ejercicio del poder, que en un caso lleva a la expulsión del sistema sanitario, y en el otro a la excepción, puertas adentro del mismo. El resultado de tal invisibilización es un "no hacer", alternativamente fáctico y ficticio, de la red pública asistencial.

EL ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA EN LA PROVINCIA DEL NEUQUEN: DE LOS MARCOS LEGALES A LA GESTIÓN

Mónica Oppezi

La presentación tiene como objetivo describir críticamente el proceso de implementación de la ley provincial 2431, por la cual en el año 2004, se incorporan al Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva las prácticas de contracepción quirúrgica.

La metodología elegida para desarrollar la descripción del proceso se hará a través de la matriz FODA. En el proceso de planificación estratégica, se utilizan diversas herramientas de análisis para obtener información que permita tomar decisiones acertadas al trazar la trayectoria futura de las organizaciones, programas o proyectos que la misma lleva a cabo. Una de las herramientas más utilizadas, por su sencillez y gran utilidad, es el análisis FODA.

FODA es una sigla que resume cuatro conceptos: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Los criterios para ubicar un dato o hecho en una de estas cuatro categorías son básicamente dos:

1. Si son internos o externos a la organización
2. Si son convenientes o inconvenientes para la organización

Las oportunidades y las amenazas son elementos externos a la organización que esta no puede controlar ni modificar pero sí aprovechar o manejar. Las fortalezas y las debilidades son factores internos que la organización sí controla, que dependen de esta. Es fácil derivar que las oportunidades y las fortalezas son factores favorables para la organización y las debilidades y las amenazas son desfavorables.

El resultado inmediato del análisis FODA es un diagnóstico bastante preciso de la situación actual del entorno interno y externo de la organización, y es de gran ayuda a la hora de tomar decisiones estratégicas y tácticas. Por lo cual, creemos que es la herramienta adecuada para describir la implementación de la ley 2431 sobre contracepción quirúrgica.

El abordaje institucional de la citada ley se desarrolló sobre la base de los dos lineamientos desde los cuales se estructuró el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva: la perspectiva de derechos con énfasis en los sexuales y reproductivos, y la de género, partiendo de la convicción que dichas perspectivas permiten visualizar y problematizar las prácticas institucionales durante el proceso de atención.

Partimos del supuesto de que dichas prácticas están –sobremano- atravesadas por creencias, actitudes y valores personales que las atraviesan, lo que conlleva una gran dificultad e incapacidad de parte del equipo de salud, para generar condiciones que promuevan y faciliten el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de nuestra población usuaria⁷².

⁷² En las áreas rurales, por ejemplo, suele ponerse en duda la capacidad de las mujeres de ejercer la autonomía.

Una primera afirmación en cuanto a las formas que adoptan las prácticas institucionales es el de la tensión que existe -en las actitudes del equipo de salud durante el proceso de atención-, entre la perspectiva de derechos y lo que se podría caracterizar como "modelo tutelar".

Esta tensión se expresa de diferentes maneras, por un lado, reconocimiento por los derechos de la población y por lo tanto respeto por las decisiones en ejercicio de su autonomía, y por el otro, actitudes condenatorias y prescriptivas que ordenan y regulan el comportamiento reproductivo de la población usuaria en general y, de las mujeres en particular.

Esta heterogeneidad también se manifiesta en la aplicación de la ley en las diferentes zonas sanitarias⁷³ del sistema público de salud; así como en las diferentes respuestas por parte de los profesionales médicos/as, frente al requerimiento de estas prácticas.

Los/as médicos/as generalistas tienen una mejor disposición frente las solicitudes de las prácticas contraceptivas; por el contrario los/as ginecólogos/as suelen presentar resistencias o argumentaciones personales que obstaculizan la concreción de las ligaduras tubarias, particularmente en mujeres jóvenes y sin hijos. En cuanto a las vasectomías se observa un fuerte rechazo a realizarlas.

Una segunda afirmación tiene que ver con la desvalorización o desconocimiento de la perspectiva de género como categoría analítica que facilita la comprensión del ejercicio de la sexualidad y la reproducción en forma diferencial entre hombres y mujeres.

Al desconocer o minimizar el lugar subordinado de las mujeres en las decisiones reproductivas, se promueve mayoritariamente la ligadura tubaria frente a la vasectomía, lo que refuerza en las mismas el comportamiento contraceptivo, desalentando las vasectomías como una alternativa frente a la consulta de una pareja.

A continuación se diseñara la matriz FODA, describiendo las variables externas -mirada al entorno-, y las variables internas -mirada al interior-, a fin de analizar aquellas que afectan positivamente o negativamente la implementación de la ley.

MATRIZ FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Continuidad político-técnica en la conducción central del programa de Salud sexual y reproductiva. Respaldo de las autoridades políticas de la Subsecretaría de Salud. Articulación con el Programa de Desarrollo de la	Desvalorización por parte de los/as profesionales médicos de la perspectiva de género para el análisis de los problemas de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres. (1) Desconocimiento de la implicancia de los derechos sexuales y reproductivos durante el proceso de

⁷³ Las zonas sanitarias en la provincia son 6, ordenando al subsector público de salud de acuerdo a un modelo sanitario, organizativo y territorial.

<p>Bioética. Articulación con los Comités de Bioética Asistencial locales. Articulación con la Jefatura del Servicio de Ginecología del Hospital Castro Rendón Decisión de las cirujanas generales para realizar vasectomías. Asignación presupuestaria por programa. Desde hace 3 años el Programa integra la Agenda Sanitaria Provincial. Articulación con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.</p>	<p>atención. (2) Negativa de los urólogos para realizar vasectomías. (3) Obstáculos a la implementación de la ley por interpretaciones personales de la misma. (4) Heterogénea implementación de la ley. (5) Desconocimiento de la importancia del CI ¿?. (6) Escasa disposición a promover la vasectomía (7)</p>
<p>OPORTUNIDADES Existencia del marco legal provincial.(1) Características del proceso de reglamentación (2) Incorporación al nuevo texto constitucional provincial de los derechos sexuales y reproductivos y de la perspectiva de género. (3) Colaboración en el seguimiento de la ley con la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Nqn. (4) Colaboración en el seguimiento de la ley de OSC(5) No interferencia por parte de sectores religiosos. (6) Adhesión de algunos medios de comunicación(7) Difusión de temas relacionados con esta temática (8)</p>	<p>AMENAZAS Mitos y creencias populares en torno a la vasectomía y ligadura tubaria. Desarticulación de las organizaciones/instituciones dedicadas a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos y de las cuestiones de género. Desconocimiento por parte de la comunidad de sus derechos sexuales y reproductivos. Machismo (patrones socializadores que se perpetúan y que la sociedad refuerza) Prejuicios religiosos</p>

Completada la matriz, los conceptos se agruparán en **categorías analíticas**, a fin de realizar un análisis de los mismos, de tal manera de potenciar las fortalezas para superar las debilidades, y reconocer las oportunidades para enfrentar las amenazas:

Ambiente Interno

FORTALEZAS/ DEBILIDADES

De Gestión:

La continuidad político-técnica en la conducción central del Programa, respaldada y sostenida por las diferentes gestiones políticas de la Subsecretaría desde el inicio del mismo, ha dado legitimidad a la perspectiva de derechos y de género como lineamientos político- filosóficos del Programa.

Estas fortalezas se han usado y se usan para organizar en forma permanente capacitaciones que favorezcan la problematización de las prácticas instituidas desde las perspectivas formuladas, como una forma de superar las debilidades que conllevan la desvalorización o desconocimiento del enfoque de género (1), así como la importancia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos al momento de optar por la contracepción quirúrgica, fundamentalmente en las mujeres. (2)

De apoyo:

La articulación con el Programa de Desarrollo de la Bioética en el Nivel Central ha facilitado la incorporación del consentimiento informado en el texto reglamentario de la ley. El mismo implica una nueva forma de relación clínica, entendida como un proceso comunicativo y deliberativo entre el profesional de salud y el/la usuario/a; su implementación refuerza a la vez el ejercicio de la autonomía de la población. (2)

A la vez, el trabajo con los Comités de Bioética Asistenciales Locales, integrados por miembros del equipo de salud y de la comunidad, permitirá superar los obstáculos con los que se enfrenta la población demandante frente a las particulares interpretaciones del texto legal. (3) (4) (5) (7)

Estos Comités al estar legitimados al interior del equipo de salud, pueden funcionar como espacios de consulta y de monitoreo a nivel local.

De recursos humanos

El trabajo en forma permanente con la Jefatura del Servicio de Ginecología del Hospital Castro Rendón al ser el de máxima complejidad de la Provincia, permite abrir canales de comunicación y de interconsulta con otros niveles de complejidad en todo el ámbito provincial. Por otro lado, es necesario resaltar que en el Proyecto para concursar por dicho cargo, la perspectiva de género fue incluida como una línea de acción del mismo (1).

La decisión de algunas cirujanas generales de realizar vasectomías es una fortaleza clave para enfrentar la negativa de los urólogos de realizarlas. (3) (7)

AMBIENTE EXTERNO

OPORTUNIDADES/AMENAZAS

Políticas

La existencia del marco legal provincial, la decisión de redactar el decreto reglamentario en un espacio de amplia base de participación y consenso, así como la reciente incorporación al nuevo texto constitucional provincial de los derechos sexuales y reproductivos y de la perspectiva de género, son oportunidades que permiten enfrentar cualquier amenaza al ejercicio de los derechos por parte de la comunidad. (1) (2) (3)

De apoyo a la gestión

En la ciudad de Neuquén la colaboración de la Defensoría del Pueblo, es un puente con la ciudadanía cuando el derecho a las prácticas contraceptivas quirúrgicas se ve amenazado. (4) (5)

A la vez pueden facilitar la construcción de un campo social articulado -hoy inexistente- en defensa de los derechos.

De difusión

Adhesión de algunos medios de comunicación.

Difusión de temas relacionados con esta temática.

Cultural

No interferencia de sectores religiosos

PROPUESTA

Frente a este escenario creemos que se deben implementar algunas acciones destinadas a todo el equipo de salud, haciendo especial énfasis en los siguientes aspectos:

1. Derechos sexuales y reproductivos: sus implicancias en el proceso de atención.
2. La perspectiva de género como categoría analítica.
3. Marcos legales: ley 2431; decreto reglamentario 076/04.
4. Aspectos éticos: proceso de toma de decisiones, fortalecimiento/respeto de la autonomía.
5. La información y sus modos de transmisión: coacción, manipulación y persuasión.
6. El consentimiento informado: nuevo modelo de relación clínica.

A continuación se presentan líneas de acción, como forma de operativizar las propuestas, agrupándolas en categoría analíticas:

LÍNEAS DE ACCIÓN

 Promoción y Educación: para favorecer el empoderamiento social, generando en la población:

- Capacidad de liderazgo
- Conocimiento
- Capacidad de organización

Para potenciar en los hombres y las mujeres su condición de miembros activos de la sociedad con poder de decisión y ejerciendo sus Derechos libremente.

- Capacitación y gestión del conocimiento (Capacitaciones, talleres, espacios de reflexión crítica al interior del equipo de salud; con otros actores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, con perspectiva de derechos y de género)
- Coordinación e integración intersectorial.
- Mejoramiento en provisión de servicios (específicamente para la organización de salud: fortalecimiento del trabajo interdisciplinario; revisión crítica de las modalidades de atención y sus aspectos éticos [consentimiento informado, formas de comunicación])
- Evaluación y monitoreo:
- Elaboración de un sistema de información con enfoque epidemiológico-

gico⁷⁴ y construcción de indicadores.

⁷⁴ Mirada de la información sobre una base poblacional donde se contemple: a) información en relación a las personas que solicitan las prácticas: vida reproductiva; edad, nivel de instrucción; sexo; género; residencia; b) en relación a los servicios de salud: donde se realiza la práctica, cuando, oportunidad, accesibilidad a los servicios (actividades extramuros de base comunitaria; articulación con organizaciones de la sociedad civil vinculadas al área programa de residencia).

OBSERVATORIO EN SALUD, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS

Susana Armichardi y Gloria Schuster

En el marco de las Jornadas: Violencia.Sexualidad.Reproducción. Tensiones políticas, éticas y jurídicas queremos presentar el Observatorio de Género, Salud y Derechos humanos, que consideramos un aporte valioso para los objetivos de estas jornadas.

El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos, tiene como objetivo promover la construcción de una cultura no discriminatoria y respetuosa de los Derechos Humanos, así como la erradicación de la violencia y los malos tratos a las Mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva.

El Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (Insgenar) y el Comité de América Latina y el Caribe para defensa de los derechos de la Mujer (Cladem), llevan adelante el Observatorio con el apoyo de International Women's Health Coalition (IWHC) y el Fondo de Naciones Unidas para la Población (Unfpa).

El Observatorio es el resultado de un largo proceso que tuvo como hitos importantes:

- La publicación del **“Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos: Con todo al Aire”** donde se recogen testimonios de mujeres que denuncian malos tratos, violación al derecho a la intimidad, a la información y a la no discriminación entre otros. Además este trabajo de investigación contó con una versión teatral, que plasma los testimonios en un lenguaje corporal. Años 2002 – 2003

El objetivo de esta investigación ha sido sensibilizar sobre la existencia de tratos degradantes y discriminatorios a mujeres que concurren a servicios públicos de salud sexual y reproductiva y por otra parte contribuir a la erradicación de los malos tratos a partir de diferentes acciones en distintos ámbitos.

Esta investigación tuvo como eje recoger y profundizar los relatos de las mujeres y analizarlos dentro del marco de los Derechos Humanos.

Reconocemos que la existencia de malos tratos a las mujeres en la atención de su salud sexual y reproductiva, está inserta en un contexto de crisis del sistema de salud y de precarización de las condiciones laborales de las/los trabajadoras de la salud. Pero entendemos que **existe cierta autonomía para el análisis**; dado que no necesariamente un mejoramiento en la calidad de los servicios, significara un mejor trato a las mujeres. Porque los malos tratos denotan la existencia de creencias, prejuicios referidas a las mujeres, su cuerpo, su salud.

Las situaciones de degradación y crueldad en el trato (más aún cuando es “sospechada” de aborto); la intromisión en la intimidad, la violación del derecho a la información y al libre consentimiento informado, dan cuenta de la necesidad de deconstruir concepciones fuertemente arraigadas en la sociedad en general y en el sistema de salud en particular. No considerar a las mujeres como sujetos capaces de tomar sus propias decisiones, para lo cual se sigue pensando en el tutelaje del “saber médico” es uno de estos ejemplos.

- Las **acciones promovidas** ante autoridades pertenecientes a diferentes ámbitos: municipales, provincial y académico, con el propósito de iniciar un proceso tendiente a visibilizar y sensibilizar en la existencia de los malos tratos, como así también de generar respuestas de cambio posibles a corto y mediano plazo. Años: 2003-4

Entre las principales acciones podemos citar:

- **Resolución Nro 713**, de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe. Herramienta que recomienda al Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la provincia, que instrumente y viabilice el establecimiento de normativas y pautas claras, como también la organización de actividades, tendientes a garantizar un trato adecuado a las mujeres que asisten a los efectores públicos, por la atención de su salud sexual y reproductiva, en el estricto marco del respeto por los derechos humanos, a fin de erradicar prácticas que puedan atentar con la dignidad de las mujeres.
- **En el ámbito Municipal** se realizó una presentación al responsable de la Secretaría de Salud Pública. Se llevaron adelante actividades de sensibilización e investigación sobre el tema, por parte de la propia gestión.
- **Cátedra de Salud y Derechos Humanos**, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Rosario, desde el año 2004. El equipo docente está compuesto por profesionales provenientes de cuatro disciplinas: Medicina, Derecho, Trabajo Social y Psicología. La metodología incorpora la perspectiva de género, clase y étnico racial a partir de unidades de aprendizaje basadas en problemas, con espacios teóricos y prácticos, donde alumnos y alumnas abordan las diferentes maneras en que se enferman hombres y mujeres, las distintas posibilidades de acceder a los sistemas de salud y de ejercer este derecho. El dictado de la misma es cuatrimestral hasta la fecha.
- Instancias de sensibilización a partir del desarrollo de un seminario nacional y **seminarios provinciales** en diferentes ciudades del país. A través de esta propuesta se inició un proceso multiplicador a nivel nacional. El desarrollo de los seminarios tuvo como eje fundamental la construcción de alianzas locales, que permita de alguna

manera garantizar continuidad del proceso tanto en hacer visible la existencia de los malos tratos como también en la posibilidad de generar estrategias para su erradicación.

Años 2005 – 2006

Al seminario nacional se invitaron actores de diferentes provincias vinculados con la temática para compartir ponencias, investigaciones y experiencias realizadas. A través de espacios grupales de reflexión se establecieron acuerdos que permitieron multiplicar la propuesta en los espacios provinciales.

En cada seminario provincial, también se potenciaron las investigaciones y/o experiencias locales vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos, como así también la participación de actores claves en el tema, tanto del área de la salud como del ámbito de los derechos humanos. La presentación de la investigación, o sea el Reporte “Con todo al aire” estuvo acompañada con la puesta en escena de la versión teatral. La obra de teatro resultó ser un excelente recurso metodológico, ya que apela a los sentimientos y las emociones y permite ser más efectivas en la denuncia de violaciones a los derechos humanos de las mujeres y en la construcción de una cultura respetuosa y no discriminatoria.

El teatro moviliza otra cuerda del sentimiento humano y eso nos ha permitido provocar debates más intensos, donde la gente se involucra en la discusión desde otro lugar, más comprometido que la mera observación o escucha de una investigación.

Los seminarios provinciales se realizaron en Tucumán, Neuquén, Santiago del Estero, Mendoza y Córdoba entre noviembre 2005 y junio 2006. Si bien tenían objetivos comunes, en cada provincia la propuesta tomó características particulares, dadas por el tipo de organizaciones convocantes, los avances realizados tanto en el sector salud como en el movimiento de derechos humanos de cada localidad, y las circunstancias sociales y políticas por las que atravesaba cada provincia.

A partir del proceso que venimos transitando creamos el 25 de octubre del 2006, el Observatorio. Este espacio es el resultado de un largo recorrido que venimos transitando que habilita a:

- ✓ Compartir **buenas prácticas** en el área de atención a las mujeres, y se las alienta con un premio anual. Estamos convencidas que hacer visibles aquellas experiencias que posibilitan a las mujeres ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, favorece la desnaturalización de los malos tratos.
- ✓ Difundir documentos y materiales sobre el trato digno y no discriminatorio a través de lista especializada y la página web

- ✓ Promover la creación de Cátedras de salud y derechos humanos en todas las universidades del país.
- ✓ Denunciar y hacer visible los tratos discriminatorios, crueles, inhumanos y degradantes a mujeres que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Autoras

Ana María Andía. Programa de Salud Reproductiva. Mendoza

Evaluación del Programa Provincial de Salud Reproductiva. Gobierno de Mendoza.

Social del Programa Provincial de Salud Reproductiva. Gobierno de Mendoza.

Beatriz Ruffa, psicóloga, integrante de CECYM

Graciela Scagliotti, médica Coordinadora del EAVV Hospital General de Agudos Ignacio Pirovano.

Docente de la Universidad de Buenos Aire

Juan Carlos González. Juan Carlos Gonzalez, sociólogo, responsable del Área de

Gloria Schuster, integrante de INSGENAR, Rosario

Katinka In'T Zand: Psicóloga. Federación Laica de Centros de Planificación Familiar de Bélgica

Liliana Pauluzzi, Psicóloga. Directora de Casa de la Mujer- Coordinadora de Consorcio Argentino de

Anticoncepción de Emergencia-Coordinadora del grupo de estudios interdisciplinarios sobre Abuso

Sexual Infantil.

María de los Ángeles Travaglini, licenciada en Trabajo Social, responsable del Área

Marta Alanis. Católicas por el Derecho a Decidir

Mónica Oppezzi. Antropóloga; Responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva,

Subsecretaría de Salud, Provincia del Neuquén., Subsecretaría de Salud, Provincia del Neuquén

Nina Zamberlin. Obtuvo el título de *Bachelor of Arts* en Estudios Internacionales y Sociología (Honor

Magna Cum Laude) en Hamline University, St. Paul, Minnesota, Estados Unidos. Realizó estudios de

posgrado en el Programa de Becarios Residentes en Investigación Social en Salud Reproductiva y

Sexualidad del CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). Desde 1997 integra el equipo de

investigadores del Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES donde es actualmente investigadora adjunta.

Pascale Maquestiau, enfermera, posgrado en políticas Sociales de infancia y adolescencia, integrante

de Le Monde selones les Femmes de Bélgica, y de Red Nacional de Mujeres por los derechos

reproductivos (W.G.N.R.R.) y de la Federación Internacional por el aborto y la anticoncepción.

Susana Armichardi: integrante de INSGENAR, Rosario.

Silivna Ramos. Directora e investigadora titular del CEDES. Coordinadora de la Comisión Salud

Investiga del Ministerio de Salud de la Nación

Silvia Chejter, Profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales y Directora del Centro de

Encuentros Cultura y Mujer

Susana Larcamón, Magister en Ciencias Sociales y Salud de Flacso (Psicóloga, Dirección de la Mujer y

Oficina de Asistencia a la Víctima del Delito.