

NOTA DE TAPA

Susana Checa*

Salud y derechos sexuales y reproductivos

“Reconocer que el derecho de la mujer a controlar todos los aspectos de su salud, en especial su propia fecundidad, es fundamental para su emancipación y el goce de otros derechos y es un cimiento de los programas de población y desarrollo.”

Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos (CIPD, El Cairo 1994).

La salud sexual y reproductiva y su correlato, los derechos sexuales y reproductivos, son problemáticas de gran complejidad que cuando se instalan en el debate público generan, por ello mismo, fuertes controversias porque colocan en el escenario social y político el tratamiento de aspectos profundamente silenciados, como son la inequidad de género y la de clase, el poder patriarcal, el poder médico, la sexualidad como fuente de placer independiente de sus consecuencias procreativas, los derechos de las minorías sexuales, la maternidad libremente elegida o el derecho al aborto.

Estos conceptos –salud reproductiva, la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos– están profundamente imbricados, son sustantivos a la vida de las personas y no pueden ni deben ser considerados de manera independiente unos de otros. Surgen y se desarrollan en marcos históricos específicos y son el resultado de luchas de distintos actores sociales: el feminismo, el movimiento de mujeres, el movimiento de salud, los movimientos de derechos humanos o sectores parlamentarios acordes con los movimientos sociales.

Como resultado de las Conferencias Internacionales y acuñando distintos enfoques, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó una definición de salud reproductiva que incluye la salud sexual. La misma es aceptada y difundida en los distintos foros internacionales, gobiernos y organizaciones no gubernamentales:

“Salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, o en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la

* Socióloga. Profesora e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA). Integrante del Comité Coordinador del Consorcio por los Derechos Reproductivos y Sexuales (CONDERS).



salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad a su libre elección y el derecho y acceso a servicios de salud apropiados que permitan a las mujeres gravidez y partos seguros y proporcionen a las parejas la mejor chance de tener una criatura saludable.”

En el marco de una definición similar la CIPD introduce otro párrafo que la enriquece, apelando precisamente a aspectos como la libertad de elección sexual:

“...en consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar

reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (Cap.VII de las Bases para la Acción de la CIPD. El Cairo, 1994).

Las definiciones que anteceden permiten trazar los aspectos más relevantes relativos al tema, con énfasis en los siguientes puntos:

:: El ejercicio de la sexualidad de manera autónoma y responsable, libre de riesgos y de coerción o violencia, desligada de la procreación que implica la capacidad de poder decidir el momento y circunstancias del embarazo, la decisión de no tenerlos o de interrumpirlo si es que el mismo se enmarca en situaciones dolorosas o complejas para la mujer o el feto.

:: Que las parejas puedan decidir de manera libre, autónoma e informada el número de hijos a través del acceso a

la información sobre su vida sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos eficaces de acuerdo a su edad y paridad.

:: El acceso de hombres y mujeres a servicios de salud de calidad que les permitan no sólo decidir el momento más apropiado para tener hijos, sino que cuando optan por la maternidad brinden las condiciones para tener una maternidad sin riesgos e hijos saludables.

:: La libertad de elección sexual y la no discriminación por esta causa.

La salud sexual y reproductiva hace referencia a las connotaciones que adquiere la salud de la mujer en la etapa de su ciclo vital en la que tiene la posibilidad de gestar. Está relacionada con un conjunto de condicionantes que la ubican básicamente en su carácter de reproductora generacional, otorgando naturalidad a dicha función y, por lo tanto, haciéndola extensiva a las restantes funciones vinculadas a la maternidad, crianza de los hijos y tareas reproductivo-domésticas. Esta naturalización atribuida a la maternidad se tra-



duce en muchas mujeres en un campo de tensión entre la sexualidad y la procreación, que en el imaginario femenino se manifiesta en una imbricación entre ambas y por lo tanto la subsunción de la sexualidad a la procreación. Su consecuencia se expresa en las limitadas posibilidades de las mujeres para poder gozar de una sexualidad independiente de las consecuencias procreativas.

¿Qué son los derechos sexuales y reproductivos?

El reconocimiento de la salud sexual y reproductiva como prioridad para las mujeres es relativamente reciente. Durante muchas décadas la mujer fue considerada un agente importante para el control del crecimiento demográfico, promoviendo su rol materno en el cuidado de la salud infantil. Recién en la década del '90, cambiará el paradigma poblacional, asentado fundamentalmente en políticas demográficas de planificación familiar, por el de los derechos sexuales y reproductivos. Este cambio de paradigma fue sustantivo para los avances que hubo en la exigibilidad de derechos por parte de los movimientos sociales y de derechos humanos en las distintas conferencias posteriores a la CIPD y la de la Mujer¹¹, donde los gobiernos eran interpelados sobre el cumplimiento de las propuestas surgidas de las Plataformas de Acción consensuadas.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad, son inherentes a todos los seres humanos. Como tales son parte inalienable, integral e indivisible de los mismos. Dado que la salud es un derecho humano fundamental, la salud sexual debe ser un derecho humano básico. Para asegurar el desarrollo de una sexualidad saludable en los seres humanos y las sociedades, los derechos sexuales siguientes deben ser reconocidos, promovidos, respetados y defendidos por todas las sociedades.

Sin embargo, para poder hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos es necesario asegurar las condiciones sociales imprescindibles que los permitan y garanticen. Estas condiciones incluyen el bienestar social, la libertad política o la seguridad personal,

////:

Esta naturalización atribuida a la maternidad se traduce en muchas mujeres en un campo de tensión entre la sexualidad y la procreación que, en el imaginario femenino, se manifiesta en una imbricación entre ambas y por lo tanto la subsunción de la sexualidad a la procreación. Su consecuencia se expresa en las limitadas posibilidades de las mujeres para poder gozar de una sexualidad independiente de las consecuencias procreativas.

::\ \ \

condiciones que dependen de factores culturales, sociales, materiales y estructurales como son el acceso a la educación, el trabajo remunerado, la accesibilidad a los centros de salud y servicios de salud de calidad, entre otros. La existencia de estas condiciones involucra necesariamente al Estado y sus instituciones, básicamente las correspondientes a la salud, la educación y el bienestar social, para implementar, asegurar y difundir estos derechos.

Desde fines de la década del '80 y durante los '90 diversas conferencias mundiales organizadas por las Naciones Unidas han desarrollado programas de acción que incluyen entre sus recomendaciones la necesidad de los gobiernos de salvaguardar la salud y los derechos reproductivos de mujeres y hombres.

Entre ellas podemos destacar:

:: La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación de la Mujer del año 1979 y que en el país tiene rango constitucional desde la reforma de 1994.

:: La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993).

:: La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995).

:: La Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995).

:: La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).

Desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, los distintos gobiernos y la sociedad civil, a través de sus organizaciones, acuerdan un conjunto de aspectos que fomentan la salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres proponiendo plataformas de acción para garantizar su cumplimiento. Entre estos puntos figuran:

:: Afirmar principios básicos de los derechos humanos en programas y políticas de población.

:: Fomentar la autonomía de las mujeres en las distintas esferas de su vida.

:: Reconocer el papel central de la sexualidad y las relaciones entre hombres y mujeres así como aspectos relativos a la salud y derechos de las mujeres.

:: Afirmar el rol fundamental de los hombres en la responsabilidad sobre su comportamiento sexual, su fecundidad, el contagio de ITS y el bienestar de sus parejas, hijos e hijas que procreen.

:: Promover servicios integrales de salud sexual y reproductiva de calidad que ofrezcan información para la prevención y atención con total cobertura para todos los individuos, incluidos los y las adolescentes.

:: Reconocer el aborto como un grave problema de salud pública y exhortar a los gobiernos a reducir su incidencia así como a ofrecer un trato humanizado a las mujeres internadas por esa causa.

:: Establecer la necesidad de capacitar a los prestadores de salud en temas de salud sexual y reproductiva con un enfoque de género y ofrecer servicios de consejería.

Estos derechos, por lo tanto, se refieren básicamente al derecho a la autonomía en las decisiones de mujeres y varones a tener o no hijos, decidir cómo, cuándo y con quién tenerlos y el espacio intregénésico entre los mismos, al derecho a la información y al acceso de métodos de regulación de la fecundidad, al derecho a una sexuali-



TELAM

dad libre de presiones, plena y autoconsciente, que incluye el derecho al placer y a la libertad de orientación sexual, al derecho a la educación sexual y a la información, al acceso igualitario a servicios de salud de calidad y gratuitos que respeten las decisiones y preferencias de los/las consultantes; así como también el derecho a la crianza compartida de los hijos por ambos miembros de la pareja en un ámbito sano y seguro. Asimismo, incluye el derecho de disponer del propio cuerpo de las mujeres cuando ellas deciden interrumpir voluntariamente su embarazo accediendo al aborto seguro y gratuito. La existencia de tales derechos involucra directamente a las instituciones de educación y salud y al Estado en su conjunto como responsables de difundirlos, proveerlos y garantizarlos. En la difusión y promoción de estos derechos ocupan un lugar central el movimiento de mujeres y las ONG relacionadas a la problemática de la salud y los derechos reproductivos⁽²⁾.

Los conceptos aquí esbozados adquieren significación diferencial cuando se toma en cuenta la ubicación de la mujer en la escala social, particularmente en la actual situación donde la fragmentación social se ha profundizado a raíz de la aplicación de un modelo de acumulación neoliberal que, lejos de permitir un mayor acceso del conjunto de la sociedad a los beneficios del modelo, ha aumentado la brecha entre los que pueden acceder y quienes quedan al margen del mismo. En este marco serán precisamente las mujeres pobres que transcurren por su

etapa fértil las que sufren particularmente las consecuencias del modelo excluyente, debido a dificultades para el acceso a la atención, a la información y a la anticoncepción, siendo además las más expuestas a los modelos socio-culturales y religiosos que propician la natalidad. Estas mujeres suelen tener un número alto de hijos y/o de embarazos no planificados que terminan frecuentemente en abortos realizados en precarias e inseguras condiciones sanitarias.

La salud sexual y reproductiva y los derechos correspondientes se intersectan a tal punto que en un país o región basta conocer los indicadores de salud reproductiva (mortalidad y morbilidad materna, tasa de abortos y abortos hospitalizados, la accesibilidad a la anticoncepción, o los programas de salud reproductiva, entre otros) para poder afirmar si existe, y forma parte de las políticas públicas un cuerpo consolidado y vigente de derechos reproductivos para varones y mujeres, si los mismos incorporan en sus programas la perspectiva de género y si las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos son denunciadas y sancionadas.

Como se señala en uno de los puntos de las recomendaciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo:

“La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la

mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación incluido el pleno respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual. La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de armonía entre el hombre y la mujer” (Cap.VII. Punto D. “Bases para la Acción”. CIPD. El Cairo, 1994).

ALGUNAS APROXIMACIONES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA.

En octubre de 2002 se promulgó la Ley Nacional N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Indudablemente ello significó un adelanto efectivo en la consecución del respeto a los derechos humanos de las personas en materia de salud sexual y reproductiva. Este programa apunta a la prevención, al abastecimiento de manera gratuita y universal de métodos anticonceptivos, el acceso a la información, la detección precoz de enfermedades genito-mamarias, el estímulo a la participación femenina en las decisiones, la calidad y cobertura de la salud sexual y reproductiva.

Sin embargo, como señalábamos al comienzo de este artículo, el tema de

la salud y los derechos sexuales y reproductivos es tan controvertido que genera malestar en muchos actores gubernamentales y no gubernamentales, en la Iglesia, básicamente las jerarquías de la Iglesia Católica, y en sectores conservadores representantes de la derecha local. Ello opera instalando obstáculos que es necesario sortear para que la ciudadanía acceda a los derechos que le competen.

Entre los temas altamente conflictivos podemos mencionar, entre otros, el de la educación sexual. Si bien fue sancionada como ley nacional recientemente, la cuestión sobre educación sexual ha sido motivo de fuertes debates y hasta el momento son muy pocas las provincias que cuentan con una ley que promueva la educación sexual en todos los niveles de la enseñanza. Otro de los temas conflictivos es el de la distribución de anticonceptivos, que aunque la ley de salud sexual y procreación responsable asegura su provisión y gratuidad, existen serias dificultades para su provisión en los distintos efectores públicos. Asimismo, se pone en cuestión la entrega de los dispositivos intrauterinos o la anticoncepción de emergencia por catalogarlos como abortivos; y hasta hace pocos meses la ligadura de trompas y la vasectomía fueron considerados procedimientos que contrariaban principios éticos. Todos estos obstáculos paralizan en muchos casos las acciones que el sector salud debe emprender sin ataduras de ningún tipo^[3].

La Argentina es un país con un moderado crecimiento demográfico. Con una población de 37.869.723 habitantes, que habita en un porcentaje cercano al 90 % en áreas urbanas tiene una tasa de fecundidad de 2,3 y una esperanza de vida al nacer de 74,28 años para ambos sexos siendo algo superior en las mujeres (78,10). Estos indicadores demográficos sugieren que, en el conjunto de los países de la región, Argentina potencialmente debería tener indicadores socioeconómicos adecuados a este perfil poblacional. Sin embargo, debido a factores vinculados a la dinámica política y económica que desde la década de los '80 insertó al país en una perversa lógica

del mercado guiada por la aplicación de políticas neoliberales, sus consecuencias se manifestaron en un progresivo empobrecimiento de la población con altas tasas de población desocupada, (15,4 % en el segundo semestre de 2004), con el 17,7 % de población con necesidades básicas insatisfechas, con un 31,4% de población bajo la línea de pobreza y 11,2% bajo la línea de indigencia. Estos datos correspondientes al relevamiento de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH-INDEC) para el primer semestre de 2006 si bien disminuyen respecto al pico de la crisis que en el 2002 alcanzaron las cifras récord con más de la mitad de la población bajo la línea de pobreza, siguen siendo elevadas. La salud de la población y el modelo sanitario producto de esas políticas macroeconómicas se refleja en aspectos sustantivos; entre ellas la inequidad, la crisis del sector salud y la vulneración del derecho a la salud como derecho humano básico.

Algunos indicadores de salud sexual y reproductiva ilustran sobre esta situación, así como del mapa de la inequidad en salud^[4]:

:: Las tasas de mortalidad materna en el país son aún elevadas, según los parámetros establecidos por la OMS, incluso sin considerar las acentuadas variaciones regionales y los subregistros documentados en varias investigaciones. Desde hace ya varias décadas la tasa de MM es de alrededor de 40 cada 100.000 nacidos vivos, promedio que esconde las enormes diferencias entre las provincias pobres del noroeste y noreste donde estos parámetros ascienden a valores entre 100 y 180 por 100.000 nacidos vivos. En 2004 dicha tasa a nivel nacional era de 40,4 por 100.000 nacidos vivos.

:: El aborto es, desde hace ya varias décadas, la primera causa de muerte materna, siendo responsable de un tercio de dichas muertes, aun considerando la existencia de serios subregistros.

:: En la morbilidad por causas obstétricas los egresos por complicaciones de abortos tiene un peso relevante en el conjunto de dichas causas: En el año 2000 los egresos por complicaciones de aborto en hospitales públicos de todo el país creció en un 46%, respec-



to a cinco años atrás. Este aumento que está referido al promedio nacional, se eleva a porcentajes muy elevados en otras provincias del país, en especial las más pobres con aumentos del 103 % en Santiago del Estero, provincia que no tiene una ley ni Programa de Salud Sexual y Reproductiva; San Luis, con un aumento de 148 %; o la Rioja donde el aborto hospitalizado en esos 5 años aumentó en un 143%.

:: Los egresos hospitalarios por complicaciones de aborto corresponden al 45% de las camas obstétricas existentes en el país.

:: La falta de una política clara en materia de anticoncepción se refleja en la información proveniente de pocas fuentes estadísticas, donde sólo el 60 % de mujeres activas sexualmente usan métodos de control de su fecundidad

:: El embarazo adolescente, que termina en maternidades forzadas o en abortos provocados, con todos los riesgos físicos y psíquicos que conllevan estas situaciones para las jóvenes. Según recientes registros la maternidad adolescente presenta una tendencia ascendente, particularmente entre las adolescentes más jóvenes (entre 10 y 15 años). Según los registros estadísticos del año 2004 el 14,4 % correspondieron a adolescentes y un tercio de las muertes de adolescentes fueron debidas a abortos provocados.

:: El VIH/SIDA aumenta de manera preocupante en el país. Según datos oficiales en la actualidad, aproximadamente 127.000 personas viven con VIH/SIDA en nuestro país, de los cuales un 60% desconocerían su situación serológica^[5]. Este subregistro permite afirmar que se trata de un problema de gran magnitud y de difícil abordaje. Se constata además la feminización creciente de la epidemia.

Si bien sigue habiendo mayor cantidad de infectados varones, hay una tasa de masculinidad descendente

respecto de años anteriores^[6]. La feminización del VIH resulta más evidente en el rango etario comprendido entre los 13 y los 24 años en donde la razón varón/mujer es 0,9/1^[7]. El aumento de mujeres infectadas con el VIH, especialmente de aquellas en edad reproductiva, conlleva el incremento de probabilidades de transmisión vertical del virus a niños y niñas y transparente situaciones de vulneración y, a veces, de violación de derechos de las mujeres. Las mujeres pobres son las más propensas a transmitir verticalmente el virus debido a la restricción efectiva de acceso a la detección temprana del VIH (que se traduce en dilación del inicio del tratamiento) y a un control prenatal adecuado. La creciente feminización de la epidemia se vincula con el aumento de la misma en la población heterosexual. Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad biológica en la contracción del virus. A ello se suma la falta de democratización de las relaciones entre los sexos, lo que expone a las mujeres a situaciones de vulnerabilidad social que se expresan, entre otras cosas, en la dificultad de negociar el uso del preservativo y relaciones sexuales seguras y libres de violencia. Por lo tanto, la epidemia del sida en la Argentina es cada vez más femenina, más heterosexual, más joven.

REFLEXIONES FINALES

En el contexto de inequidad y exclusión producto de un modelo subordinado a la lógica del mercado, es imprescindible impulsar un modelo sanitario centrado en las acciones en salud con un enfoque donde el derecho a la salud como base de toda sociedad democrática se exprese en principios rectores de solidaridad, justicia, ética social y abordajes integrales de la salud, con cobertura universal y gratuita que garantice que la población acceda a la prevención, a la información, a la asistencia y a la adecuada calidad de la atención.

Para ello es imprescindible desarrollar herramientas conceptuales, abordajes metodológicos para la investigación y propuestas de acción sobre la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Entre otros, mencionamos problemas a los que es



necesario otorgar prioridad y que se refieren:

:: a la salud pública, a los servicios de salud, y a la calidad de los mismos en la atención de la salud reproductiva; a las aún elevadas tasas de morbilidad materna;

:: a los derechos de las mujeres al control de su cuerpo y su sexualidad y a sus decisiones reproductivas;

:: a la calidad de vida de las mujeres en lo concerniente al tránsito durante su vida fértil y aun cuando la misma finaliza;

:: a las trabas impuestas por la legislación respecto a este tema, silenciado por gran parte de la sociedad y sus instituciones;

:: a la discriminación de género que obstaculiza la libertad de las mujeres a regular su fecundidad;

:: a la necesidad de generar conocimiento y herramientas útiles para las acciones que desarrollan distintos actores de la sociedad civil en relación a la promoción y defensa de los derechos legales y constitucionales de las mujeres a fin de contribuir a fortalecer prácticas de advocacy del movimiento de mujeres, de la salud pública y de parlamentarios que coinciden con esta causa.//

///::

En el contexto de inequidad y exclusión producto de un modelo subordinado a la lógica del mercado, es imprescindible impulsar un modelo sanitario centrado en las acciones en salud con un enfoque donde el derecho a la salud como base de toda sociedad democrática se exprese en principios rectores de solidaridad, justicia, ética social y abordajes integrales de la salud, con cobertura universal y gratuita que garantice que la población acceda a la prevención, a la información, a la asistencia y a la adecuada calidad de la atención.

:: \ \ \

NOTAS

[1] Cada 5 años se realizan distintas reuniones nacionales, regionales y mundiales para analizar el logro de las metas propuestas en los Compromisos de Acción de la CIPD y la Conferencia de la Mujer. Ya se realizaron las denominadas Cairo+5; Beijing +10 y Cairo +5 y Beijing +10. En estas dos últimas Argentina tuvo un papel destacado, tanto desde el área gubernamental como de las organizaciones de la sociedad civil.

[2] Ver: Declaración del 13º Congreso Mundial de Sexología, 1997, Valencia, España, revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología, WAS, el 26 de agosto de 1999, en el 14º Congreso Mundial de Sexología, Hong Kong, República Popular China.

[3] Recientemente hemos asistido a la fuerte controversia que generó los casos de dos jóvenes embarazadas como producto de una violación, discapacitadas mentales y además pertene-

cientes a hogares en situación de pobreza. A pesar de que el Código Penal habilita para que los médicos amparados en el inciso 2 del artículo 86 del Código Penal procedan a la interrupción del embarazo, ello se dilató por intervenciones médicas y judiciales debiendo optar en uno de los casos por los ya conocidos circuitos de la ilegalidad.

[4] Indicadores Básicos Argentina 2005. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación – Organización Panamericana de la Salud (OPS).

[5] MSAL, Boletín sobre VIH-SIDA en la Argentina, Buenos Aires, Año XI, N° 24, Septiembre de 2005.

[6] MSAL, Boletín sobre VIH-SIDA en la Argentina, Buenos Aires, Año XI, N° 23, Octubre de 2004.

[7] *Ibidem*.