

REFLEXIONES EN TORNO A LAS SEXUALIDADES EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN MENDOZA: LAS SEXUALIDADES ESPERADAS, LAS INVISIBLES Y LAS EXCLUIDAS.

(PUBLIC POLICIES IN MENDOZA: EXPECTED SEXUALITIES, INVISIBLE SEXUALITIES, AND EXCLUDED SEXUALITIES)

Claudia Anzorena*

Este artículo busca abrir el debate en torno a los límites y posibilidades de las políticas estatales relacionadas con las sexualidades, especialmente de las mujeres. El objeto es reflexionar, a partir de trabajos teóricos y empíricos, en torno a las concepciones de la sexualidad como equivalente a procreación y heterosexualidad inscriptas en las políticas públicas relacionadas con la salud reproductiva implementadas en Mendoza (Argentina), desde 1988.

Este debate es necesario ya que las políticas analizadas, algunas positivas, reafirman las equivalencias mujer=madre, sexualidad=heterosexualidad, enraizadas en el Estado y la sociedad. Así se subsume la sexualidad a la procreación y a procesos de salud/enfermedad; a la vez que se silencia, cuando no se condenan, las conductas y orientaciones sexuales que se desvían de la maternidad y la heterosexualidad.

El Estado controla las sexualidades a través de leyes y servicios de salud que regulan las capacidades reproductivas, prohíben el aborto y promueven la prevención del HIV-SIDA y de ETS, teniendo mayor incidencia sobre las mujeres de sectores subalternos. Aquí reside la ambigüedad de estas políticas: a la vez que amplían el acceso para algunas mujeres excluye e invisibiliza las prácticas y orientaciones sexuales que no se adecuan a las normas.

This article tries to open the debate about limits and possibilities of public policies related to sexuality, especially sexual and reproductive policies towards women. Based on theoretical and field research, the aim of this article is to reflect about the idea of sexuality like equivalence to procreation and heterosexuality, which appears in sexual and reproductive policies implements by some government organisms and programs in Mendoza (Argentina), since 1988.

This debate is necessary because these policies, even though many are positive, reaffirm the equivalence “women=mother”, “sexuality=heterosexuality”, operating in Government and in society. These policies, therefore subsume sexuality to procreation and to health and disease processes, simultaneously silencing (if not condemn) the sexual conducts and sexual practices that deviate from maternity and heterosexuality. Government takes control on women’s sexualities with their laws and health services that regulate the reproductive capacities, prohibit the abortion, and prevent VIH-AIDS and sexual transmission diseases. This control has more incidence on poor women because of their impossibility to access to their rights on their own. The ambiguity of these policies lies in the fact that, while they extend access to contraception, they exclude or invisibilize sexual orientations and practices not adapted to the accepted norms.

Palabras claves: Estado - políticas públicas - salud sexual y reproductiva - sexualidad/es
Key words: Government – public policies – sexual and reproductive health – sexuality/ies

* Unidad Sociedad, Política y Género (INCIHUSA - CONICET), Av. Ruíz Leal s/n Parque General San Martín. Mendoza - Argentina. CP 5500. claudiaanzorena@jacpropiedades.com.ar

Reflexiones en torno a las sexualidades en las políticas públicas: las sexualidades esperadas, las invisibles y las excluidas.

En este artículo intento reflexionar, desde un punto de vista feminista, en torno a determinadas tensiones que se establecen entre las intervenciones del Estado en relación a la “procreación” - ya sean en forma de políticas, programas o planes - y las sexualidades concretas de las/os sujetas/os, haciendo especial hincapié en las mujeres, pero no como una categoría abstracta homogénea en su interior¹. Más específicamente, intento dar cuenta, en cierta medida sobre las rigideces que se establecen entre el reconocimiento formal de ciertos derechos - sexuales y reproductivos- y el alcance concreto de las acciones que se implementan para garantizarlos, es decir, a quiénes llegan las acciones y a quienes no.

Lo que me motiva a plantear una tensión entre las/os incluidas/os y excluidas/os de las políticas tiene que ver con que cuando se implementan acciones estatales para garantizar, atender o regular la salud sexual y reproductiva de las ciudadanas y los ciudadanos, en definitiva se está pensando en destinatarias determinadas: “las mujeres” como si estas pudiesen reducirse a una categoría homogénea, con un proyecto de vida predominante aunque no necesariamente excluyente – la maternidad - y con una sexualidad específica – heterosexualidad. Entonces la pregunta es ¿qué lugar ocupan en estas políticas las/os sujetos cuyas prácticas/orientaciones/opciones sexuales no se condicen con estas características?

Las reflexiones que expondré son el producto de la relectura de una investigación realizada, sobre la situación de las políticas públicas dirigida hacia mujeres en la Provincia de Mendoza desde el año 1988 a 2001, en la que se realizó seguimiento de dos organismos y un programas que desarrollaron acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la población en Mendoza². Si bien esta investigación estuvo acotada al seguimiento de estos organismos entre 1988 a 2001, en los años posteriores hemos continuado en relación y conocimiento de las actividades de los mismos, tanto como del desarrollo de las leyes y programas de salud sexual y procreación responsables a nivel nacional (Anzorena, 2004; Rodríguez, 2004).

Excede mi objetivo hacer un detalle exhaustivo de las políticas y planes implementados en relación a la salud sexual y reproductiva, en Mendoza, como así también dar cuenta de los debates en torno a varias de las categorías utilizadas. En este sentido parto de las definiciones que son introducidas en las políticas y las leyes de salud reproductiva, la mayor parte de las veces inspiradas de los documentos y declaraciones de los diferentes organismos internacionales, como pueden ser la ONU o la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En un primer momento definiremos de qué políticas públicas hablamos y realizaremos una breve contextualización de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina. En un segundo momento describiremos el organismo y los programas que fueron analizados y las concepciones de “la sexualidad” inscriptas en las políticas que implementaron relacionadas con sexualidad y reproducción.

Finalizaremos con algunas reflexiones, que lejos de ser concluyentes y estar circunscriptas a la realidad local de Mendoza, abren un panorama para pensar y repensar los límites y posibilidades de las relaciones, siempre tensas, entre las demandas por la ampliación de derechos sexuales y reproductivos, y las condiciones reales y de posibilidades en que se inscriben las políticas dirigidas hacia mujeres.

Vale la aclaración de que no intento cuestionar las instancias legales y de garantía de los derechos sexuales y reproductivos concretamente existentes en Mendoza

y en Argentina, sino más bien, de la necesidad de plantear una posición crítica ante los mismos, que de lugar a la ampliación de las garantías reales de los derechos.

II. Las políticas públicas relacionadas con la reproducción en Argentina:

Las políticas públicas como “el conjunto de tomas de posiciones –a través de acciones u omisiones - con respecto a determinado asunto socialmente problematizado por parte del Estado, manifestando una determinada modalidad de intervención en relación a las tomas de posición de otros actores sociales” (Gómez, 1997: 16), son cambiantes y dependen de las diversas coyunturas económicas, sociales y políticas en que se inscriben. Sobre todo si las entendemos en el sentido de tomas de posiciones (por ejemplo a favor o en contra de la garantía de un derecho reconocido), y de relaciones de fuerza entre los apartados del Estado y los diferentes sectores de la sociedad civil (movimiento feminista, religiones, corporaciones, partidos políticos, empresariado, etc.)

Las políticas son producto de cómo se van configurando las relaciones de fuerzas. Haydeé Birgin (1995) explica que la acción pública estatal se define en el espacio público. Este espacio, en un Estado democrático, es un lugar de intercambio y negociación entre las/os diferentes actores sociales, estatales y agrega las instituciones privadas. Este espacio de negociación no es un lugar estático sino que está demarcado por fronteras móviles que se renuevan constantemente a partir de las relaciones de fuerza que se establecen entre el modelo de crecimiento económico y político, el cual define las características de la intervención social del Estado, y las capacidades de presión de los distintos sectores de la sociedad y los movimientos sociales.

Las políticas, como acciones que intentan responder a ciertas demandas y resolver situaciones socialmente problematizadas³, pueden constituirse en instrumentos por medio de las cuales se garanticen derechos formalmente reconocidos. Entendemos con Birgin (1995) que pueden haber derechos que no necesitan políticas que los garanticen debido a que su práctica está generalizada en la sociedad, pero existen otros, sobre todo aquellos inherentes a sujetos subalternos, que requieren de políticas públicas o acciones estatales, para convertirse en prácticas concretas que modifiquen la realidad cotidiana y mejoren las condiciones materiales y simbólicas de vida de aquellas/os a quienes protegen, y en este sentido es relevante su promoción.

Pero debemos tener en cuenta que la intervención del Estado condiciona la vida de la población, porque cada una de sus toma de posición y decisiones, afecta no sólo las pautas establecidas respecto de la distribución de los bienes / servicios públicos y los derechos, sino también los criterios necesarios para ser definidos/as como sujeto de derecho y destinataria/o de políticas. Según interpreta Bonder (1999: 25), para Edelman, “en cada fase histórica, las políticas públicas construyen determinadas identidades colectivas (las madres, las jefas de hogar, los homosexuales, etc.), y junto con este acto de construcción de sujetos colectivos legitiman ciertas demandas (y no otras) como cuestiones de interés público”. De este modo, el Estado, no sólo contribuye a la reproducción ampliada del capital, sino a la reproducción de las jerarquías sociales de género y etnia, entre otras, en cada formación social (Minujín y Consentino, 1993; Vargas, 1995).

En Argentina, históricamente las políticas públicas relacionadas con lo reproductivo, se han identificado con políticas de población, dirigidas casi exclusivamente hacia mujeres–heterosexuales, en etapa fértil y han abarcado principalmente la protección de la gestación, el parto y el puerperio, y la salud del/a niño/a. En la actualidad, se centran un poco más en la cuestión de acceso a la anticoncepción, la prevención del HIV-SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y gínito-mamarias, y en algunos casos a la prevención del aborto y

mortalidad por gestación⁴. Pero escasamente se refieren a la posibilidad de una sexualidad independiente de la procreación, para todas las orientaciones/opciones sexuales (para lesbianas, gays, heterosexuales, transexuales, bisexuales, travestis, intersexuales, transgénero...), y en todas las etapas o edades y situaciones⁵ en que se puedan encontrar las/os sujetos.

Es así, que las políticas reproductivas, en nuestro país, han estado marcada por una fuerte impronta pro-natalista, promovida desde el Estado y pregonada por la Iglesia Católica Argentina (ICA), con el argumento de la necesidad de poblar el territorio nacional. En esta tarea se comprometía explícitamente a las mujeres, llegando a un punto cúlmine en 1974, con el Decreto presidencial N° 659 de Isabel Perón que prohibía la venta de anticonceptivos y buscaba desalentar toda práctica de control de la natalidad (Birgin, 1997; Gutiérrez, 2004).

Con la reinstauración democrática en 1983 se impulsa desde el gobierno y la sociedad civil un proceso de revalorización de los derechos humanos y de acercamiento a los organismos internacionales de defensa de los mismos (Ciriza, 1997). En este marco se insertan los derechos sexuales y reproductivos. En el año 1984 se derogó el Decreto N° 659, y se declaró el derecho de las parejas a decidir libre y responsablemente sobre la cantidad de hijos/as que desearan tener (Birgin, 1997; Gutiérrez, 2004). En 1985 Argentina suscribió a la Convención de Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), quedando el gobierno comprometido a implementar políticas concretas para eliminar la discriminación contra las mujeres en todos los ámbitos político, social y económico. En 1994, durante la Reforma de la Constitución Nacional en Santa Fe, la CEDAW adquirió rango constitucional, sin embargo hasta la actualidad no se ha logrado la ratificación de su Protocolo Facultativo⁶ (Ciriza, 1997; 2002).

En 1995, las representes del oficialismo argentino adhirieron a la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer (PAM) en Beijing, pero con reservas en el área de salud de las mujeres en donde se trataban los derechos sexuales y reproductivos, manteniendo una posición cercana al Vaticano. Aunque signada por el avance conservador, la suscripción a la PAM abrió el camino a la sanción de leyes y programas de salud reproductiva o procreación responsable en diferentes provincias, y en el 2002 se logró la sanción de la Ley nacional 25.673 sobre Salud sexual y Procreación responsable (Gutiérrez, 2004).

III. Las políticas de atención de la salud reproductiva en Mendoza, a partir de 1988.

A continuación expondremos algunas observaciones sobre las concepciones de “la sexualidad femenina” que el Estado expresa en relación con las mujeres, a través de las políticas públicas de salud sexual y reproductiva, implementadas en Mendoza, por el Área Mujer, el Programa Provincial de Salud Reproductiva y el Programa Municipal “Ayudando a nacer”, especialmente, pero no exclusivamente, entre 1988 y 2001. Pero antes describiremos brevemente estos organismos y programas.

En Mendoza, en el año 1988, producto de la III Conferencia Mundial de la Mujer (Nairobi, 1985) y en el marco del III Encuentro Nacional de Mujeres (Mendoza, 1988) se creó la Asesoría de la Mujer, como el primer organismo gubernamental orientado específicamente al diseño e implementación de políticas públicas de igualdad y promoción de derechos para las mujeres (Anzorena, 2002). Si bien este organismo no se ha especializado en derechos o salud sexuales y reproductivos, realizó y realiza algunas acciones relacionados con la sexualidad.

En el año 1996, fue sancionada la Ley Provincial N° 6433 de Salud Reproductiva, mediante la cual el Estado provincial se comprometió a brindar los medios necesarios para garantizar el derecho a la salud reproductiva. De este modo, en 1998 y en el marco de esta Ley, se creó el Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), dependiente del Ministerio de Salud, como encargado de que la población acceda a los recursos y la información necesaria para la “libre” regulación de sus capacidades reproductivas.

El programa “Ayudando a Nacer” surge en el año 1986 en el marco de la Dirección de Salud del Municipio de la Ciudad de Mendoza, como iniciativa del Lic. en Trabajo Social Guillermo Cortés y del equipo de salud del Municipio. La inquietud emerge por datos estadísticos del Hospital Lagomaggiore⁷, que indicaban la existencia de un elevado número de embarazos en adolescentes, escaso control de embarazos y baja utilización de métodos anticonceptivos por parte la población usuaria de los servicios del hospital. De este modo, se formaron grupos de mujeres, en los tres Barrios (La Favorita, Olivares y San Martín de la Ciudad de Mendoza) con mayor afluencia al hospital, tratando de captar especialmente, pero no exclusivamente, al grupo de población de adolescentes embarazadas. Su objetivo es que las mujeres embarazadas realicen los controles y posteriormente “incorporarlas a alguna instancia de planificación familiar”, según declaró Cortés (Anzorena, 2002)

Las distintas etapas del Área Gubernamental de la Mujer en Mendoza:

Durante las gestiones que abarcaron la Asesoría y el Instituto de la Mujer, fueron pocas las acciones destinadas a la promoción de los derechos reproductivos y sexuales. Estas gestiones son anteriores a la IV Conferencia de Beijing (1995) y, en esos años, no había un compromiso explícito por parte del gobierno de implementar políticas de salud reproductiva.

Existieron intentos por parte de Cristina Zuccardi (presidenta de 1988 a 1992) para desarrollar desde la Asesoría programas de promoción de los derechos reproductivos, pero fueron rechazados por el Ministro de Salud y no consiguieron implementarse. Las dificultades para la ejecución de estas políticas fueron señaladas por varias de las funcionarias, así como también las reticencias tanto de la Iglesia como de la mayoría de los políticos y funcionarios. Decía una funcionaria: “el gobierno no la apoyó (a Zuccardi), ya que los políticos no querían ponerse en contra de la Iglesia”.

A pesar de los obstáculos se desarrollaron algunos programas relacionados con el embarazo en adolescentes y la prevención de cáncer de gènito-mamario y de HIV-SIDA en el marco de un gran programa llamado “Prevención y Promoción de la Salud de la Mujer”. Se dictaron talleres en escuelas secundarias, pero siempre desde una visión preventiva, ya que no lograron – y hasta hoy no se ha logrado - contrarrestar las presiones en contra de diferentes sectores sociales, del gobierno y de la Iglesia Católica.

Con la discusión de la Ley de Salud Reproductiva (1996) se abre en la Provincia el debate alrededor de la salud sexual y reproductiva planteada como un derecho que debe garantizarse, para lo cual el Estado debe brindar los recursos necesarios. La ley fue señalada como un hito por la mayor parte de las entrevistadas.

En este escenario se realizó una audiencia pública como parte de una estrategia dirigida a instalar el debate en el espacio público, en el cual se mostró una de las caras más conservadoras de la sociedad mendocina: grupos de adultos/as y adolescentes procedentes de escuelas confesionales y parroquias, se apostaron con el fin de impedir la sanción de la Ley, acusando de “aborteras/os” y “asesinas/os” a quienes la apoyaban (ver Brown, 2001). En ese momento el Instituto había sido convertido en Consejo de la Mujer. El Consejo participó en apoyo a la Ley, pero después de estos acontecimientos,

como representantes del gobierno, se vio obligado a mostrar una actitud más moderada para “no empañar” las relaciones con la Iglesia, según nos decía la ex-presidenta del organismo.

Una vez que se aprobó la ley, y siendo la política provincial descentralizar las tareas, se dieron por finalizados los programas iniciados por la Asesoría y el Instituto, ya que se consideró función del PPSR abordar esos temas.

Con el IPPEHM⁸ (1999 hasta la actualidad) cambia el eje en el plano de los derechos sexuales y reproductivos. Según sus funcionarias, no ejecutan programas específicos sobre sexualidad porque ésta forma parte de todos los temas. Según sus declaraciones ellas incorporan en talleres de género “un aspecto psicológico relacionado con la sexualidad”, que parte de que las personas son seres sexuados durante toda la vida y de la necesidad de fortalecer la autoestima para que se valoren y se cuiden (del mismo modo para las mujeres como para los varones). En la visión del IPPEHM las situaciones de “inequidad” actuales (no desigualdad ni sometimiento) son consecuencias de que los varones aún no han aceptado la “nueva situación” de las mujeres ni su empoderamiento.

Entendemos que si bien introduce un aspecto psicológico de la salud sexual, lo hace desde un punto de vista individualista basado en la autoestima. Las funcionarias del IPPHEM entrevistadas parecían no percibir que hay una situación estructural que establece jerarquías de roles sexuales, que no afecta de igual manera a mujeres que a varones, y que esto va más allá de una cuestión de voluntad y autoestima.

Por otra parte, el modelo de sexualidad, especialmente femenina, sobre el cual pivotea su discurso es el del placer basado en la “cooperación” y “complementariedad” entre varones y mujeres, es decir, una imagen de sexualidad basada en la aceptación de la heterosexualidad obligatoria como la forma más acabada de unión entre dos personas.

Podemos decir que desde el Área Mujer, en su desarrollo histórico, la sexualidad ha sido abordada dentro del plano de la salud reproductiva, y unida a la procreación, y cuando la entiende en forma separada lo hace sin reconocer que la problemática de sometimiento y desigualdad de las mujeres va más allá de hacerlas más eficientes y complementarias en todos los ámbitos, incluido el sexual.

La visión del Programa Provincial de Salud Reproductiva:

El PPSR desarrolla sus acciones a través de la red primaria de salud pública de la Provincia⁹ y opera por intermedio de todos/as los/as profesionales y trabajadores/as de la salud (agentes) de esta red, que no hayan hecho objeción de conciencia, especialmente médicos/as de familia, pediatras y toco-ginecólogos/as. La función del Programa es brindar a sus agentes los recursos necesarios (insumos anticonceptivos y ginecológicos, e información) para que los distribuyan entre sus pacientes y a quienes lo solicitan, constituyéndose en destinatarias/os usuarias/os del PPSR.

De este modo promueve acciones educativas, orientación y asistencia en salud reproductiva. Formalmente, los/as destinatarios/as son toda la población en general, poniendo especial atención en la población que se considera en “riesgo reproductivo”¹⁰ y accediendo concretamente las/os usuarias/os de la red primaria de salud pública y la Obra Social de Empleados del Estado (OSEP).

La labor del programa está dividida en cuatro componentes de funcionamiento: tareas asistenciales, actividades de capacitación, acciones de información, educación y comunicación y desarrollo institucional. De estos componentes, el asistencial, es el más relevante para el gobierno y al que se le asigna la mayor parte del presupuesto, consiste en la coordinación de las tareas de compra y distribución de insumos y la detección de la población en riesgo¹¹.

Las/os funcionarias/os están fuertemente comprometidas/os con la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la población e inclusive han llegado a desarrollar acciones como promocionar el uso de la Anticoncepción de Emergencia, implementar la Ligadura Tubaria en ciertos casos y promover la buena atención póst-aborto en los hospitales públicos. Sin embargo, el Programa está fuertemente ligado a la salud reproductiva, no sólo por el marco legal que lo ampara, sino también por su dependencia institucional y las características de la población a la que apunta: la mayoría mujeres que han ingresado a los servicios de salud pública por algún tema ligado a la reproducción o al cuidado de los/as hijos/as.

El PPSR introduce el discurso sobre los derechos sexuales (como el derecho a una vida sexual plena y placentera) y como éstos abarcan y superan a los derechos reproductivos (el derecho a decidir sobre la procreación)¹². No obstante, la sexualidad sólo es abordada en talleres que escasamente se dictan directamente a las mujeres usuarias. Estos talleres se dirigen principalmente a los/as intermediarios/as del Programa (médicos/as, ONGs, enfermeras/os, trabajadoras sociales, maestras, etc) y no tiene los medios para monitorear que los/as profesionales y trabajadores/as de la salud transfieran realmente el conocimiento de sus derechos a la población. A lo que se suma, que esta transferencia es fuertemente dificultosa, por una parte, porque el sistema de salud pública en nuestro país se encuentra en condiciones de precariedad, y por otra, que existen médicos/as que no están de acuerdo con los derechos reproductivos ni sexuales, y llevan a cabo estrategias de obstaculización, y hasta sabotaje, del Programa¹³.

Por otra parte, el Programa trabaja principalmente por medio de tocoginecólogos/as y médicos/as de familia, quienes sólo atienden a mujeres en cuanto usuarias del sistema de salud público en sus roles maternos, que transitan o han transitado el proceso de reproducción y mujeres en cuanto parejas de un varón.

Según las declaraciones de un funcionario el eje Asistencial es el más importante y fundamental del PPSR, porque basa sus políticas de salud reproductiva en lo epidemiológico, es decir en los factores de riesgos y en los procesos de salud y enfermedad relacionados con lo reproductivo. La Ley de Salud Reproductiva toca temas que son muy resistidos ideológicamente, y para poder funcionar, como organismo dependiente del Estado, debe hacer hincapié más en la cuestión epidemiológica y no tanto en la promoción de derechos de las mujeres. Las/os entrevistadas/os insistieron sobre el carácter preventivo del Programa y enfatizan el ahorro que significa para el Estado, en la medida en que protege a las mujeres de enfrentarse con problemas que pueden ser evitados desde una atención adecuada de su salud.

En síntesis, el PPSR, por su dependencia funcional y su organización interna, permanece en gran medida en el ámbito de la salud. Trabaja con la prevención, atiende sólo la demanda espontánea de los hospitales y centros de salud, priorizando a las mujeres que están en “riesgo reproductivo”. En un contexto de pobreza la continuidad de estas acciones, preventivas y asistenciales es un aspecto no sólo decisivo, sino fundamental para el cuidado de las mujeres, de su integridad física y psíquica, como veíamos en el apartado anterior. Esto muestra como la lógica de las políticas estatales es compleja. La atención en salud reproductiva que brinda el PPSR - aunque condiciona y limita las sexualidades al dirigirse a una población muy específica - amplía el acceso a información y anticoncepción, por lo que ha supuesto un avance en cuanto garantiza la prevención y efectiviza, aunque sea en cierta medida, la libertad de elección para los sectores subalternos, esto es, aquellos cuyos derechos no son tales sin garantía estatal.

Programa “Ayudando a Nacer”:

El Programa “Ayudando a Nacer”, es un programa municipal que apunta a disminuir las complicaciones en los partos y la morbilidad por gestación e infantil, y a reducir la cantidad de embarazos de adolescentes y embarazos no deseados en general, en algunos barrios de Capital (Mendoza). Aunque en realidad lo que se previenen son nuevos embarazos porque las mujeres que acceden al Programa lo hacen precisamente por estar embarazadas.

Este Programa trabaja en articulación con los centros de salud de los tres barrios en que se implementa y va haciendo, además de las reuniones semanales, un seguimiento de cada mujer para que cumplan con las visitas y accedan a algún método anticonceptivo. Notamos una tarea más de supervisión que de concientización y promoción de los derechos.

“Ayudando a Nacer” como su nombre lo indica, surge para abordar temas ligados con la maternidad y el embarazo en reuniones semanales. Una vez en ejecución se fueron incorporando nuevos temas a partir de las demandas de las mismas mujeres que asistían al grupo. Nos decía el entrevistado cuando las mujeres realizaron planteos sobre la posibilidad de una sexualidad que no llevara necesariamente al embarazo y a cuestionar su rol de responsables de la anticoncepción, se les comenzó a hablar de métodos anticonceptivos. Sólo a ocho años de iniciado el programa se realizó una charla sobre sexualidad y once años después una sobre género.

El testimonio del director es elocuente: “...muuuuy solapadamente, muy espaciosamente permitirles en algún momento... poder avanzar después en un segundo momento con la posibilidad de sugerirle la posibilidad de separar la sexualidad puesta en el afecto, la sexualidad puesta en la procreación” (Anzorena, 2002: 172). Cuando habla de la sexualidad separada de la procreación, un tema que se aborda después de los “otros” temas, la sexualidad se une al “afecto”. En sus palabras “permitirles muy solapadamente”, “permitirles... avanzar”, desde la voz de la autoridad, pasar de la “sexualidad puesta en la reproducción” a la “sexualidad puesta en el afecto”, nunca puesta en el placer.

Este Programa no desliga la sexualidad de la reproducción, a pesar de las demandas de las mujeres, primero porque sus objetivos están ligados a la maternidad, al control de embarazos y regulación de la fertilidad; segundo porque las beneficiarias no se las interpela como mujeres sino como “madres”, confirmando los estereotipos ligados a la maternidad; y tercero porque sólo asume la sexualidad de la mujer en relación a una pareja masculina y fortalece la obligación de las mujeres de hacerse cargo de la anticoncepción y la reproducción.

Un punto controvertido: la diversidad sexual.

En las políticas analizadas, la única sexualidad que se considera posible es la que se ejerce de forma monogámica, heterosexual y con el fin de la reproducción. Aunque las/os funcionarias/os entrevistadas/os dijeron oponerse explícitamente a la “homofobia” y que buscan promover la libertad de elección, no existe ningún programa que contenga, informe o asista a las personas no heterosexuales. El Estado hace caso omiso e invisibiliza, a cualquier otra orientación sexual o práctica que pueda negar la monogamia o la maternidad.

Nos decía una entrevistada: “Mendoza no se piensa sin familias, ahora podés pensar o una familia al estilo londinense, entonces haber empezado con la familia transexuales, homosexuales y demás cosas que no era un problema universal en Mendoza, si frenar discriminaciones y violencias frente a las opciones de sexualidad, pero no mirando desde ahí...” (Anzorena, 2002: 163)

A pesar de estas declaraciones no registramos ninguna acción que tenga como objetivo explícito erradicar la discriminación contra la diversidad sexual. En la “Guía de capacitación en sexualidad y reproducción humana” del PPSR sobre sexualidad y reproducción, solo encontramos una breve referencia de lo que denomina “conducta homosexual”, dice:

“La mayoría de los adultos forman pareja con personas de otro sexo, aunque algunos varones y algunas mujeres se sienten atraídos por personas de su mismo sexo. En estos casos, hablamos de conductas homosexual” (PPSR, 2001: 17).

Posteriormente cuando esta Guía aborda la elección de parejas solo hace referencia a la pareja monogámica, de adultos/as heterosexuales y posteriormente comienza a explicar “el rol de los padres”, donde se incluye el “rol” de las madres, los órganos sexuales femeninos y masculino, la “planificación familiar” y los métodos anticonceptivos, las enfermedades de transmisión sexual y finalmente los derechos reproductivos y los derechos de niños/as y adolescentes/as (PPSR, 2001), dándole relevancia a la sexualidad en cuanto a su función de reproducción.

IV. La distancia entre lo formal y las garantías concretas:

Se puede observar que a pesar de los cambios en el plano formal (leyes, programas, planes) y en la ampliación del acceso a los métodos anticonceptivos que trajo aparejado el reconocimiento del derecho a “...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...” (NU, 1995: 94) como rezan muchas leyes y programas, no se han modificado los modos en que el Estado, desde lo simbólico significa y, por tanto, asigna para las mujeres una sexualidad exclusivamente definida por la maternidad y la heterosexualidad obligatoria, y legitimada por argumentos biológicos y médicos.

Las políticas públicas, como dijimos, se diseñan en función de las soluciones de las situaciones socialmente problematizadas, ligadas muchas veces con la distribución de bienes económicos pero también simbólicos. En el caso de las mujeres (pero también de los/as sujetos con diversidad de orientaciones/prácticas sexuales), puede tratarse de distribución económica, pero fundamentalmente la línea de conflicto está marcada por lo simbólico: ¿hasta dónde es legítimo dar libertad y autonomía a las mujeres (o a cualquier sujeto subalterno) sin menoscabar el orden social? Y acá juega su papel lo que Leonor Calvera (1990: 49) ha llamado “umbrales de tolerancia” del patriarcado, un límite invisible que las leyes y políticas no pueden traspasar (Gómez, 1997; Schiavoni, 1997; Ciriza, 1997: 154; 2005).

Los derechos sexuales y reproductivos constituyen un espacio de conflicto en el que se cruzan diferentes concepciones ligadas a posiciones éticas, políticas e ideológicas diversas, por lo tanto las políticas que se adopten al respecto dependen de una serie de factores, entre ellos, de la fuerza para ampliar o reducir estos umbrales que tengan los movimientos de mujeres y feministas, las presiones y límites ejercidos por otros sectores de la sociedad civil – como la ICA o la corporación médica -, la forma y función del Estado, las tradiciones existentes tanto desde el punto de vista político como institucional.

La situación de las políticas de derechos reproductivos en la Argentina, a partir de los '90, se inscribe en una visión reduccionista y paliativa que sólo intenta poner “paños fríos” a las consecuencias del modelo neoliberal y conservador (Ezcurra, 1998), y en una tradición que considera lo reproductivo como ligado a políticas demográficas y de salud. En este escenario el objetivo difícilmente trasciende el control de la natalidad y la prevención de ETS. Por lo tanto es impensable que la simple declaración formal, automáticamente modifique las formas en que se representan las mujeres y sus

sexualidades en las políticas públicas, cuando las sexualidades, en las acciones concretas, sólo son tenida en cuenta como función de reproducción, como interés demográfico y control de la pobreza, y no como un derecho de las mujeres al libre manejo de sus cuerpos/vidas, de sus sexualidades y orientaciones sexuales, según fue definido en Beijing (NU, 1995).

El rechazo a los derechos reproductivos y a una sexualidad placentera y segura de ciertos sectores de la sociedad (algunos muy poderosos) y del Estado ¿no se pueden entender como medios políticos para mantener el control sobre el cuerpo de las mujeres (como un todo homogéneo) y lograr perpetuar los roles sexuales y el poder? Bunch (1991: 17) nos responde: “(Es en) El territorio físico donde transcurre esta batalla política con relación a cuáles son los derechos humanos de las mujeres es el cuerpo de las mujeres. La importancia de tener control sobre las mujeres puede verse en la intensidad con que son resistidos leyes y cambios sociales que ponen el control del cuerpo de la mujer en manos de las mujeres: derecho de reproducción, libertad de sexualidad, sea ésta heterosexual o lesbiana, leyes que penalizan la violación en el matrimonio, etc.”

Los derechos sexuales y reproductivos, entendidos como estrategias que darían lugar a la reapropiación y manejo autónomo del propio cuerpo, y no simplemente como acceso a información y recursos anticonceptivos, ponen en cuestión los mandatos sociales en relación con los cuerpos de las mujeres. Las costumbres establecidas en la sociedad, la religión y las prácticas estatales de regulación poblacional asumen el cuerpo de las mujeres como propiedad de la sociedad, de los/as médicos/as, del Estado, de la familia, de dios, así “la mujer” debe estar siempre en función de “otro” y nunca de sí misma. De allí que los movimientos feministas consideren la sexualidad como un lugar relevante en la lucha por la emancipación de las mujeres (Checa y Rosenberg, 1996; Bellucci, 1999; TBWHB, 2000).

V. Algunas reflexiones finales:

Podemos inferir, a partir del recorrido realizado, que las políticas dirigidas hacia mujeres analizadas, están lejos de garantizar plenamente los derechos sexuales y reproductivos, al menos como fueron planteados en la Plataforma de Acción de Beijing, y sin ingresar en el tema de cómo lo han planteado el movimiento feminista. No hay instancias que permitan que las/los sujetos desarrollen una vida sexual satisfactoria, sin riesgo, libre y sin coacción ni discriminación por no adecuarse a los patrones socialmente establecidos como normal.

Ninguno de los organismos y programas analizados, a pesar de los intentos que han existido, ha logrado sobrepasar la concepción que porta el Estado de la sexualidad unida a la prevención, la procreación y la heterosexualidad obligatoria como normas. Es decir que no han traspasado las fronteras de las instancias asistencial y sanitarias, pero tampoco los límites que plantean las políticas focalizadas, paliativas y compensatorias, propia del modelo neoliberal-conservador hegemónico en Argentina.

Por otra parte, desde estas políticas, se representa el cuerpo de las mujeres como débil, indefenso, fragmentado y todo el tiempo expuesto a contraer afecciones, porque el control de la natalidad, la gestación y el parto son tratados como procesos de salud/enfermedad, que se deslizan por la delgada línea que separa la prevención de una perspectiva biologicista y medicalizadora de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. De este modo cuando se desea que las políticas con efectos masivos en las mujeres que mejor que recurrir al sistema de salud.

La relación entre sexualidad/es y políticas constituyen un nudo complicado, que impacta generalmente sobre los cuerpos de las mujeres en toda su diversidad: son

ellas las que (se dice) desean, no desean, regulan, deciden, deben “cuidarse”. La “sexualidad masculina” continúa ligada a la idea de una incontenible e infinita potencia que el Estado no se ocupa en regular (ni debe hacerlo). Por curioso que parezca, desde la perspectiva de las políticas de salud reproductiva, mientras las mujeres tienen la responsabilidad, los varones tienen la sexualidad, el deseo y el placer.

En las políticas públicas y programas sociales/de salud se observa una tendencia al desvanecimiento de las diferencias de las/os sujetos a partir de un patrón: mujer – madre – heterosexual, a lo que se agrega múltipara y pobre, porque las mujeres con recursos escasamente acuden a los servicios públicos de salud. Del mismo modo que en su intervención global el modelo de ciudadano es el varón burgués blanco, en las políticas específicas dirigidas hacia mujeres también se parte de una noción de mujer que se condice con los estereotipos sociales de lo femenino, que refuerzan las desigualdades y no contempla las diferencias socioeconómicas, ni etarias, ni de ningún tipo al interior mismo del colectivo de mujeres. Mucho menos las diferencias inherentes a orientaciones sexuales, a las capacidades diferentes, las edades, ni a las opciones relativas al ejercicio de la sexualidad y la procreación.

En otras palabras, el Estado y la sociedad toman frente a las sexualidades de las mujeres concretas, como si fueran un todo homogéneo, una posición de supervisión, control y mantenimiento de los estereotipos sociales (aunque la sexualidad se presente en apariencia como una cuestión privada e individual de cada persona)¹⁴. La sexualidad femenina que se transmiten en los casos estudiados, evidencian que los cuerpos de las mujeres se consideran que pertenecen a la sociedad (y no a ellas), y son regulados por el Estado, a través de las leyes, políticas y servicios de salud que reglamentan las capacidades reproductivas, prohíben el aborto, permiten la esterilización en determinados casos y promueve la prevención de ETS y gónito-mamarias. Sin embargo, estas acciones no sólo impactan sobre aquellas(os) en quienes se focalizan, sino que producen un efecto de normativización, de ordenamiento, de las prácticas/orientaciones/opciones sexuales, de todos/as los/as sujetos, al avalar, reproducir y regular algunas, o bien, invisibilizar, imposibilitar o excluir a otras.

El Estado interviene sobre la vida de las mujeres, de forma directa sobre aquellas que son destinatarias-usuarias de sus políticas y de forma indirecta como reproductor de la ideología, estableciendo cuáles son las alternativas de vida, las orientaciones sexuales y las conductas permitidas y prohibidas, aceptadas y sancionadas. La capacidad de incidencia sobre las opciones de las mujeres de sectores subalternos es mucho mayor, porque sus decisiones requieren de la garantía estatal que aquellas, con recursos económicos y simbólicos para acceder al ejercicio de sus derechos, no necesitan. De este modo se refleja como desde el Estado se intenta regular los cuerpos de las mujeres y someter su sexualidad a la reproducción; se aborda a las mujeres en cuanto madres, y ubica el “ser madre” en contraposición con ser ciudadanas con derechos o sujetos autónomas capaces de decidir.

Por otra parte toma como asexuales a las/os niñas/os, a las mujeres que ya pasaron la menopausia y a las personas con capacidades diferentes; intenta reprimir/negar la sexualidad de las adolescentes al tratarlas como un dato alarmante o no-deseable (son comunes las políticas que buscan simplemente “reducir o prevenir el embarazo adolescente”). Niega la posibilidad de no elegir la maternidad como destino reprobando las conductas que se alejan de rol principal de las mujeres-madres o de la monogamia, y silencia aquellas orientaciones y prácticas sexuales que se “desvían” de la norma heterosexual.

En conclusión: las políticas analizadas a la vez que dan acceso a la salud reproductiva a quienes se adecuan con los estereotipos de sexualidad y prácticas

reproductivas esperadas, excluyen, invisibilizan y niegan toda posibilidad de diversidad y prácticas sexuales, independientes de la procreación. De allí las inevitables ambigüedades de los organismos que se supone debieran promover la autonomía de las mujeres, y de toda la población, en orden a decisiones tan relevantes como las inherentes a las sexualidades, los cuerpos y las capacidades reproductivas. La pregunta que estas reflexiones intentan abrir es qué políticas queremos (o no) como garantía de nuestros derechos sexuales y reproductivos.

V. Bibliografía

- ANZORENA, C. (2002) Las representaciones de la sexualidad femenina en el marco de las políticas pública, en Mendoza, de 1988 a 2001. Mendoza. FCPyS, UNCuyo (Mimeo).
- ANZORENA, C. (2004) Políticas públicas hacia mujeres en Mendoza (1988 a 2001). Los límites de la Institucionalización. En: Discurso social y construcción de identidades: mujer y género 2004. CEA, UNC. 144 –154. Córdoba.
- BELLUCCI, M. (1999) Toda subversión es potencialmente recuperable. Brujas, 26: 7 – 11.
- BIRGIN, H. B. (1995) Acción política y ciudadanía: ¿políticas públicas para las mujeres o derechos ciudadanos? En: Acción pública y sociedad. Las mujeres en el cambio estructural. Feminaria – C.E.A.D.E.L, 13 – 16. Buenos Aires.
- BIRGIN, H. B. (1997) Ciudadanía y justicia. Nuevos recursos e instrumentos para la acción ciudadana”. En: Mujeres en los ‘90. Legislación y políticas públicas. Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, 67 – 90. Buenos Aires.
- BONDER, G. (1999) La equidad de género en las políticas educativas: lecciones de la experiencia. Centro de Estudios de la Mujer, soporte digital, Documentos PRIGEPP, 2003. Buenos Aires.
- BROWN, J. (2001) Los derechos reproductivos como derechos ciudadanos, tesis de grado. Mendoza. FCPyS, UNCuyo (Mimeo).
- BUNCH, C. (1991) Hacia una re-visión de los Derechos Humanos. En: La Mujer Ausente. Derechos Humanos en el Mundo. 15, Edición de las Mujeres- ISIS Internacional, 11 – 26. Santiago de Chile.
- CALVERA, L. (1990) Mujeres y feminismo en la Argentina. Argentina. Grupo Editor Latinoamericano.
- CDD (s/f), Aborto. Argumentos católicos a favor del derecho a decidir. Córdoba. Católicas por el Derecho a Decidir.
- CHECA, S. y ROSENBERG, M. (1996) Abortos hospitalizados: un problema de salud pública una cuestión de derechos reproductivos, Buenos Aires, El Cielo por Asalto.
- CIRIZA, A. (1997) Desafíos y perspectivas. Qué feminismo hoy. En: Cuyo. Anuario de Filosofía Argentina y Americana, 14: 153-168. Mendoza.
- CIRIZA, A. et. al. (2002) Proyecto: Perspectivas histórica y contemporánea sobre democracia y ciudadanía. Dilemas ante la herencia política de la modernidad y la nueva cuestión ciudadana: núcleos estratégicos en el proceso de ciudadanía de mujeres en Argentina. Mendoza. SECYT – UNCuyo.
- CIRIZA, A. et. al. (2004), Proyecto: Dimensiones de la ciudadanía de mujeres en Argentina - 1985-2001 Mendoza. SECYT – UNCuyo.
- CIRIZA, A. (2005). Sujeto Político, Subjetividad Individual. De los dilemas de la relación entre cuerpo real y cuerpo político en los debates feministas

- contemporáneos. VIII Jornadas regionales de investigación en humanidades y ciencias sociales. Jujuy. (Mimeo)
- EZCURRA, A. M. (1998) ¿Qué es el Neoliberalismo? Evolución y límites de un modelo excluyente. Buenos Aires. Lugar – IDEAS.
 - GÓMEZ, P. (1997), Con, por, para... las políticas públicas son más que un cuestión de preposiciones. En: Mujeres en los '90. Legislación y políticas públicas. Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, 15 – 22. Buenos Aires.
 - GUTIÉRREZ, M. A. (2004) Iglesia católica y política en Argentina: el impacto del fundamentalismo en las políticas públicas sobre sexualidad. En: Diálogos Sur - Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú. Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Programa de Estudios de Género y Sociedad PROGENERO. 15 – 46. Chile.
 - MINUJÍN, A. y CONSENTINO, E. (1993) Crisis y futuro del Estado de Bienestar. En: Desigualdad y exclusión. Desafíos para la política social en la Argentina del fin de siglo. UNICEF/LOSADA (2º ed.), 27 – 63. Buenos Aires.
 - NU (1995), Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, IV Conferencia Mundial de la Mujer, Naciones Unidas. Beijing.
 - PALMA, Z. (1997) El aborto y los derechos sexuales desde el movimiento de mujeres en el contexto de la Argentina democrática. En: Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Propuesta para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Foro por los Derechos Reproductivos, 95-103. Buenos Aires.
 - PORTOCARRERO, P. (1990) Mujer en el Desarrollo: Historia, límites y alternativas. En: Mujer en el desarrollo. Balance y propuestas. Flora Tristán, 13-85. Perú.
 - PPSR (2001), Guía de capacitación en sexualidad y reproducción humana, Mendoza. Ministerio de Desarrollo Social y Salud, Gobierno de Mendoza.
 - RODRÍGUEZ, R. (2004) Medicalización del cuerpo Femenino. Debates Éticos y Políticos. El caso de la ligadura de trompas de Falopio en la provincia de Mendoza. Mendoza. FCPyS, UNCuyo (Mimeo).
 - SCHIAVONI, E. (1997) El consejo nacional de la mujer. En: Mujeres en los '90. Legislación y políticas públicas. Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, 63-64. Buenos Aires.
 - SUÁREZ, F. (1989) Problemas sociales y problemas de programas sociales masivos. Costa Rica. CIDES/OEA.
 - TBWHBC - The Boston Women's Health Book Collective (2000) Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un libro escrito por mujeres para las mujeres. Barcelona, Plaza Janés.
 - VARGAS FLOOD, M. C. (1995) ¿Los gastos públicos en los sectores sociales son una respuesta a la crisis? En: Acción pública y sociedad. Las mujeres en el cambio estructural. Feminaria – C.E.A.D.E.L, 37 – 71. Buenos Aires.

Notas:

¹ Al referirnos a "mujeres" como sujeto político o de políticas, cabe hacer mención a la existencia de los debates actuales, tanto en la teoría feminista como en las teorías Queer, sobre la inevitable tensión entre los cuerpos/sujetos reales y la inscripción de esas diferencias en el orden político. En este artículo, si bien me referiré a "mujeres" quiero en cierta forma rescatar y mantener presente esta tensión entre cuerpo y política, entre igualación abstracta y diferencias reales, entre sujetos individuales y sujetos políticos, a la que hace referencia Alejandra Ciriza (2005: 1): "Respecto de las relaciones entre cuerpo y política, entre subjetividad individual y procesos de constitución de sujetos políticos conviene, a mi entender, proceder sabiendas de que en ellas hay algo que resiste a la historización y a la simbolización: algo en la densidad del cuerpo escapa a la inscripción en el orden político, resiste, resto inapresable; algo en los procesos

subjetivos no se puede inscribir en el orden del derecho". Las "mujeres" como portadoras de diferencias reales en el cuerpo, se constituyeron como desiguales, su cuerpo real dio lugar al "trazado de una frontera invisible en el territorio homogeneizado bajo la abstracción de la igualdad ante la ley" (Ciriza, 2005)

² La selección de los casos estuvo basada en que las políticas dirigidas hacia mujeres en Mendoza, a partir del 1988 han sido desarrolladas por organismos gubernamentales provinciales y municipales, reglamentados o formados para tal fin. De estos organismos tomamos tres casos que consideramos representativos y analizamos sus acciones y transformaciones en el transcurso del tiempo: el Área Mujer de la Provincia, el Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR) y el Programa Municipal "Ayudando a Nacer". La metodología utilizada fue cualitativa basada en testimonios de informantes claves, y análisis social del discurso de programas y de folletería institucional. Se entrevistaron a las sucesivas presidentas y algunas funcionarias del Área Mujer de la provincia desde el año 1988 hasta el 2001; a una funcionaria y un funcionario del PPSR y al director del programa "Ayudando a Nacer" (Anzorena, 2002).

³ Suárez (1989) hace referencia a "cuestión socialmente problematizada" como aquellas situaciones que no son automáticamente entendida como problemas sociales. Este concepto se basa en el hecho de que las sociedades no tienen la capacidad de conocer permanentemente todas las necesidades, intereses y demandas de todos/as sus integrantes y sólo ciertas situaciones son problematizadas, cuando algunos sectores, grupos o individuos estratégicos se movilizan, promueven y logran su introducción en el debate público y político.

⁴ El concepto de *Mortalidad por gestación*, acuñado por la Red Nacional por la Salud de la Mujer (Argentina), busca contraponerse al concepto de muerte materna, ya que muchas mujeres que mueren en el proceso de gestación es precisamente porque no desean ser madres (CDD, cuadernillo s/f)

⁵ Con "situaciones" quiero referirme por ejemplo a aquellas personas que no se adecuan a las características socialmente atribuidas/consideradas como parámetros de "normalidad", por ejemplo desde personas con capacidades diferentes, ya sea temporal o permanentemente, hasta mujeres que no desean ser madres en algún momento de su vida o nunca.

⁶ El Protocolo Facultativo de la CEDAW incluye "procedimientos más expeditivos y eficaces, que permitirían un mayor control y protección de los derechos contenidos en la CEDAW... fue aprobado por la ONU en 1999, y básicamente contiene cuestiones de procedimiento -que no introducen modificaciones a la CEDAW- habilitando nuevos mecanismos para su justiciabilidad, es decir, para efectivizar la protección del derecho de las mujeres a la no discriminación en las distintas esferas de la vida social. Con esta finalidad, el Protocolo Facultativo establece dos procedimientos adicionales de protección: la presentación de peticiones individuales por parte de las víctimas, y las investigaciones de oficio por parte del Comité" (Comité CEDAW 14° sesión, 2002)

http://www.rimaweb.com.ar/derechos/contra_informe_cedaw.html

⁷ El Hospital Lagomaggiore es el hospital público más importante de Mendoza en cuanto a la atención de mujeres gestantes, partos y puerperio.

⁸ Es necesario aclarar que en diciembre de 1999 asumió la gobernación el candidato de la UCR, mientras todas las gestiones anteriores los gobernadores pertenecían al PJ, esto no es un dato menor ya que el nombramiento de las funcionarias y su capacidad de acción estuvo determinado por las relaciones personales con los gobernadores de turno (Anzorena, 2002).

⁹ La red primaria de salud pública en Mendoza está formada por 22 hospitales y 320 centros de salud distribuida en todo el territorio provincial.

¹⁰ El "*riesgo reproductivo*" es una estrategia que desarrolla el PPSR, en los servicios de ginecología y maternidad, para disminuir la morbimortalidad de las mujeres y los niños, ya sea por cuestiones físicas, sociales o psicológicas.

¹¹ Inclusive con la adhesión a la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2004) este componente es el que se fortalece ya que por la Ley Nacional no se envía dinero a la Provincia sino insumos anticonceptivos y ginecológicos.

¹² Como se dijo anteriormente en declaraciones como la de Beijing los derechos reproductivos incluirían los derechos sexuales (ver nota 2). Pero para otras autoras como Zulema Palma (1997: 96) hay que distinguir los derechos sexuales de los reproductivos. Palma define "los derechos sexuales como el conjunto de derechos humanos inalienables que tienen las personas de tomar decisiones libres y sin coacción ni discriminación de ningún tipo, sobre su propia sexualidad, tanto en sus aspectos corporales y relacionales como en sus aspectos reproductivos". En este sentido los derechos reproductivos, como derecho a decidir sobre la propia fecundidad, están incluidos en los derechos sexuales, y no al revés.

¹³ Se han registrado médicas/os que no hacen explícita su oposición al PPSR firmando la objeción de conciencia, y no informan o informan mal a las pacientes sobre las opciones anticonceptivas existentes,

levantan sospechas sobre la efectividad de los insumos ofrecidos por el Programa, no llenan las planillas de reposición, etc. (Anzorena, 2002).

¹⁴ Basta pensar en la infinidad de chequeos que no siendo estrictamente necesarios, algunos/as médicos/as le exigen a las mujeres antes de prescribirlas anticonceptivos, mientras que estas campañas nunca se dirigen a los varones para que se hagan ningún control o tengan determinados cuidados en las relaciones sexuales.