

Políticas públicas dirigidas hacia mujeres: la intervención del Estado como regulador de las sexualidades. ST 15

Claudia Anzorena

Unidad Sociedad, Política y Género, INCIHUSA-CONICET, Mendoza, Argentina

Estado - políticas públicas – sexualidades

Políticas públicas dirigidas hacia mujeres: la intervención del Estado como regulador de las sexualidades

En este trabajo buscamos indagar en torno a los límites y posibilidades de las políticas estatales que intervienen en relación a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, más específicamente algunas las tensiones que se establecen cuando el Estado regula las sexualidades¹.

Mi objetivo es reflexionar, desde un punto de vista feminista, en torno a determinadas tensiones 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, quienes son las/os incluidas/os y excluidas/os de las dichas políticas.

Cuando se implementan acciones estatales para garantizar, atender o regular la salud sexual y reproductiva de “las/os ciudadanas/os”, en definitiva se está pensando en destinatarias específicas: “las mujeres” como una categoría homogénea, con un proyecto de vida predominante – la maternidad - y con una sexualidad específica – heterosexualidad y en este proceso se excluye a quienes no se condicen con estas características.

Las políticas estatales que regulan las sexualidades presentan una paradoja: efectivamente amplían determinados servicios de salud sexual y reproductiva para algunas mujeres, sobre todo de menores recursos; pero como feministas, no podemos ignorar que al mismo tiempo reafirman una sexualidad unida a la procreación y a procesos de salud/enfermedad, que silencian, cuando no condenan, las conductas y orientaciones sexuales que se desvían de la maternidad y la heterosexualidad obligatorias.

Vale aclarar que no intento cuestionar las instancias legales y de garantía de los derechos sexuales y reproductivos concretamente existentes, 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.

Algunas consideraciones sobre las políticas estatales que intervienen en relación a las sexualidades de las mujeres:

Las políticas son producto de la configuración de relaciones de fuerzas en cada momento determinado, de negociación no estáticas, demarcadas 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 (Birgin, 1995)

Las políticas así entendidas, pueden constituirse en instrumentos por medio de las cuales hacer llegar a la población bienes y servicios, pero también derechos formalmente reconocidos, sobre todo aquellos que requieren de 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 no es inocua, sino que condiciona la vida de la población en un sentido determinado, porque cada una de las toma de posición y decisiones del Estado, afecta no sólo las pautas establecidas respecto de la distribución de los bienes y servicios públicos, sino también los criterios necesarios para ser definidos/as como sujeto de derecho y destinatario/a de políticas.

En Mendoza, como en Argentina (salvo contadas excepciones) las políticas relacionadas con las sexualidades y la reproducción, se han identificado históricamente con políticas de población y han estado marcada por una fuerte impronta pro-natalista, promovida desde el Estado y pregonada por la Iglesia Católica Argentina (ICA). 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 de la Democracia 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 negados hasta la década anterior. 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 hijas/os que desearan tener (Birgin, 1997; Gutiérrez, 2004). En 1985 Argentina suscribió a la CEDAW, quedando el gobierno comprometido a implementar políticas concretas para eliminar la discriminación contra las mujeres en todos los ámbitos político, social y económico. Dicha Convención adquirió rango constitucional en 1994.

En 1995, las representantes del oficialismo argentino adhirieron a la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing (PAM), 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, llegando en el 2002 a sancionarse la Ley nacional 25.673 sobre Salud sexual y Procreación responsable (Gutiérrez, 2004).

Estas políticas han estado 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 génito-mamarias, y en algunos casos a la prevención del aborto y mortalidad por gestaciónⁱⁱ. Pero escasamente se refieren a la posibilidad de una sexualidad placentera y segura independiente de la procreación, para todas las orientaciones sexuales y en todas las situaciones, etapas o edades de la vida.

La distancia entre lo formal y las garantías concretas:

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 alientan muchas leyes y programas, no se han modificado los modos en que el Estado, desde lo simbólico le da significado y asigna una sexualidad para las mujeres exclusivamente definida por la maternidad y la heterosexualidad obligatoria, y legitimada por argumentos biológicos y médicos, a la vez que ignora e invisibiliza la diversidad de orientaciones sexuales y niega la opción a la no-maternidad o el placer sexual fuera de a edad en que se es fértil.

Las políticas públicas se diseñan en función de situaciones ligadas 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) 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 discrepancias particularmente tenso, en el que se cruzan diferentes concepciones ligadas a posiciones éticas, políticas e ideológicas diversas. Por lo tanto las políticas que se adoptan al respecto dependen de una serie de factores, entre ellos, de la fuerza de los movimientos de mujeres y feministas para ampliar o reducir estos umbrales, 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 institucionalⁱⁱⁱ.

La situación de las políticas de derechos reproductivos en la Argentina de los '90, se inscribe en una visión paliativa que mayormente intenta poner “paños fríos” a las consecuencias del modelo de la Nueva Derecha, y en una tradición que considera lo reproductivo como ligado a políticas demográficas y de salud. En este escenario, las sexualidades en las acciones concretas, sólo son tenidas 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. En definitiva, no hay instancias que permitan que todas/os 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.

El rechazo a los derechos reproductivos y a una sexualidad placentera y segura de ciertos sectores de la sociedad (algunos muy poderosos) y la tibia definición del Estado, que no supera lo meramente preventivo, se pueden entender como medios políticos-ideológicos para mantener el control sobre el cuerpo de las mujeres (como un todo homogéneo) y lograr perpetuar los roles sexuales y el poder. En palabras de Charlotte Bunch (1991: 17): “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 organismos y programas, a pesar de los intentos que han existido, no logran 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 asistenciales y sanitarias, pero tampoco los límites que plantean las políticas focalizadas, paliativas y compensatorias para apagar los “incendios” provocados por el neoliberalismo.

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. 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. Cuando se desea que las políticas tengan efectos masivos en las mujeres nada 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 estudiados observamos 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 de “salud reproductiva” se parte de una noción de mujer, y en menor medida de pareja, 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 consideradas 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)^{iv}. La sexualidad femenina que se encuentra en las políticas, 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 gínito-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 a 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 optar por la no-reproducción o la no-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 no se condicen con 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, quién debe ser responsable de esas políticas, qué papel queremos que cumpla el Estado en relación con las sexualidades y qué podemos/debemos hacer como militantes y teóricas feministas para alcanzarlas.

Bibliografía:

- BELLUCCI, Mabel. “Toda subversión es potencialmente recuperable”. *Brujas*, a. 18, n.26, p. 7 – 11.
- BIRGIN, Haydeé B. “Acción política y ciudadanía: ¿políticas públicas para las mujeres o derechos ciudadanos?”. *Acción pública y sociedad. Las mujeres en el cambio estructural*. Buenos Aires: Feminaria – C.E.A.D.E.L., p. 13 – 16, 1995.
- _____. “Ciudadanía y justicia. Nuevos recursos e instrumentos para la acción ciudadana”. *Mujeres en los '90. Legislación y políticas públicas*. Buenos Aires: Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, p. 67 – 90, 1997.
- BUNCH, Charlotte. “Hacia una re-visión de los Derechos Humanos”. *La Mujer Ausente. Derechos Humanos en el Mundo*. Santiago de Chile: ISIS Internacional, Edición de las Mujeres, n. 15, p. 11 – 26, 1991.
- CALVERA, Leonor. *Mujeres y feminismo en la Argentina*, Argentina. Buenos Aires: Grupo Editores de Latinoamericano, 1990.
- CDD. *Aborto. Argumentos católicos a favor del derecho a decidir*. Córdoba: Católicas por el Derecho a Decidir, s/f.

CHECA, Susana y ROSENBERG, Martha, *Abortos hospitalizados: un problema de salud pública una cuestión de derechos reproductivos*. Buenos Aires: El Cielo por Asalto, 1996.

CIRIZA, Alejandra. “Desafíos y perspectivas. Qué feminismo hoy”. *Cuyo. Anuario de Filosofía Argentina y Americana*, v. 14, p. 153-168, 1997.

CIRIZA, Alejandra *Sujeto Político, Subjetividad Individual. De los dilemas de la relación entre cuerpo real y cuerpo político en los debates feministas contemporáneos*. Mendoza: Mimeo. 2005

GÓMEZ, Patricia “Con, por, para... las políticas públicas son más que un cuestión de preposiciones”. *Mujeres en los '90. Legislación y políticas públicas*. Buenos Aires: Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, p. 15 – 22, 1997.

GUTIÉRREZ, María Alicia. “Iglesia católica y política en Argentina: el impacto del fundamentalismo en las políticas públicas sobre sexualidad”. *Diálogos Sur - Sur sobre religión, derechos y salud sexual y reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*. Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano, Programa de Estudios de Género y Sociedad PROGENERO, p. 15 – 46, 2004.

NU. *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Beijing: IV Conferencia Mundial de la Mujer, Naciones Unidas, 1995.

SCHIAVONI, Ester. “El consejo nacional de la mujer”. *Mujeres en los '90. Legislación y políticas públicas*. Buenos Aires: Centro Municipal de la Mujer de Vicente López, p. 63-64, 1997.

TBWHBC. *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un libro escrito por mujeres para las mujeres*. Barcelona: Plaza Janés, 2000.

Notas:

ⁱ Estas reflexiones son producto de la revisión de trabajos teóricos y empíricos-cualitativos que vengo realizando sobre la situación de los organismos, programas y políticas dirigidas hacia mujeres en Mendoza (Argentina), como “supuestas” instancias concretas de garantía de los derechos formales reconocidos a mediados de los '80; pero también de la militancia feminista, tanto a nivel provincial como nacional, en defensa de los derechos sexuales y reproductivos, y la legalización del aborto. Durante los años 2001 y 2002, realicé una investigación sobre la representaciones de la sexualidad femenina que portan las políticas públicas dirigidas a mujeres, en la Provincia de Mendoza, en la que se lleve a cabo un seguimiento histórico del organismo gubernamental provincial de políticas de género, el Programa Provincial de Salud Reproductivas y un programa municipal llamado “Ayudando a nacer”. Si bien esta investigación estuvo acotada a 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.

ⁱⁱ 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)

ⁱⁱⁱ Por ejemplo, la importancia de la PAM es precisamente que refleja el producto de estas negociaciones y plantea una paradoja: simboliza la consagración mundial de compromisos relativos a los derechos de las mujeres, pero al mismo tiempo señala las dificultades para el logro de consensos respecto de qué alcance se otorga a esos derechos, sobre todo en el marco del avance neoconservador.

^{iv} Basta pensar en la infinidad de chequeos que no siendo estrictamente necesarios, algunos/as médicos/as le exigen a las mujeres antes de prescribirles anticonceptivos, mientras que estas campañas de salud reproductiva (siempre escindidas de los programas de prevención de HIV que se dirigen más a los varones por ejemplo) nunca se dirigen a los varones para que se hagan ningún control o tengan determinados cuidados higiénicos en las relaciones sexuales.