

Salud Reproductiva y Planificación Familiar *

1. Introducción

Para ilustrar la situación del reconocimiento de los derechos de las mujeres en la legislación y las políticas públicas, hemos decidido incluir un resumen del Informe elaborado por el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres -CLADEM- sección argentina, para el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas -CRLP- de Nueva York. Este documento fue presentado como "Informe Alternativo" ante el Comité de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas en octubre de 2000. En esa ocasión, el Gobierno Nacional debió dar cuenta de la situación de estos derechos en Argentina y explicar las iniciativas que se estaban desarrollando para responder a las cuestiones más conflictivas (esto es, derechos de las mujeres, violencia institucional, legado de la dictadura y situación carcelaria, entre otros temas)

Si bien el informe original abarca una multiplicidad de temas vinculados a la condición actual de los derechos de las mujeres, nos centraremos en lo relativo a salud reproductiva y planificación familiar. El documento propone confrontar las normativas y políticas implementadas desde el Estado en estas cuestiones, con la situación actual de los derechos sexuales de las mujeres de toda edad (adolescentes y adultas). Se rescatan algunos avances legislativos y se advierte sobre la urgencia de implementar programas de salud sexual y reproductiva que involucren necesariamente la responsabilidad de los varones.

2. Acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar

2.1 Leyes y políticas públicas¹

Es importante tener presente que históricamente los gobiernos en Argentina se han caracterizado por concepciones pronatalistas². Recién en el año 1987³ se consagró, por decreto, el derecho de la población a decidir libre y responsablemente acerca de su reproducción, para lo cual se realizarían tareas de difusión y asesoramiento.

En Argentina no existe todavía una política, ni una legislación nacional sobre salud reproductiva, sin embargo, algunas provincias y municipios reconocen estos derechos para sus ciudadanas/os. Las provincias⁴ de Jujuy, Córdoba, La Pampa, Mendoza, Neuquén, Río Negro y Chaco, y los municipios de Rosario, Mendoza, Córdoba y Buenos Aires cuentan con leyes provinciales u ordenanzas municipales —respectivamente— que crean

* El presente capítulo sido elaborado por la Lic. Gloria Schuster, miembro del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo y CLADEM -Rosario, para el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP -Nueva York)

¹ Para el aspecto legal y las políticas públicas en todos los temas se utiliza la siguiente bibliografía:

- Instituto Género, Derecho y Desarrollo (IGDD), "Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas. América Latina y el Caribe". Capítulo de Argentina, informe borrador, Rosario, junio de 1999.

- Centro Legal para los derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) y Estudio para la Defensa de los Derechos de la mujer (DEMUS), "Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas, América Latina y el Caribe", Nueva York, 1997.

² Bianco. Mabel: "¿Qué servicios y para quiénes?", en: Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres (o el poder de decidir), , Buenos Aires, FEIM/CLADEM, 1998, p.82

³ Decreto N° 2274 (B.O 27/3/1987)

⁴ Es importante tener en cuenta que las provincias son 23, más la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Programas de Salud Sexual y Reproductiva o Procreación Responsable, dependientes de las secretarías de salud provinciales o municipales, que —con algunas variantes— establecen que se brindará información y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, colocación y suministro de los mismos, controles de salud previos y posteriores a su utilización, detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, información y tratamiento de la infertilidad, etc.⁵

Hasta el presente, el panorama en relación a las normas relativas a salud reproductiva y procreación responsables resulta paradójico y contradictorio. Prueba de ello es la pérdida de estado parlamentario de un proyecto de ley nacional que creaba un Programa de Procreación Responsable⁶, mientras que nuestro país cuenta con un decreto que sancionó el poder ejecutivo, mediante el cual se declara el día 25 de marzo de cada año como "Día del Niño por Nacer"⁷

Sin embargo, esta situación parece empezar a cambiar. Recientemente ha sido aprobada la "Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable"⁸ para los hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que garantiza el asesoramiento gratuito sobre prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual. La ley prevé la prescripción y provisión de métodos anticonceptivos (de carácter reversible y transitorio), atención y seguimiento médico sin restricciones a adolescentes⁹. La misma se consiguió a pesar de una fuerte oposición de sectores de la Iglesia Católica, quienes organizaron protestas e irrumpieron en los medios de comunicación con argumentaciones sobre el carácter abortista de la ley y la intromisión del Estado en el derecho de los padres a la educación sexual de sus hijas/os.

Si bien es cierto que estos servicios ya funcionaban desde hace más de diez años en algunos hospitales porteños, la ley impone un marco legal que permite financiamiento y garantías. Además, posibilitaría una amplia difusión de esta tarea que facilita el acercamiento de la población interesada¹⁰. Por otra parte, y aunque ya existen estos servicios en varios municipios e incluso provincias, lo que sucede en Buenos Aires tiene una influencia decisiva en los rumbos del país.

La aprobación de esta ley abrió nuevas perspectivas que no se hicieron esperar: un proyecto nacional y otro provincial similares ya fueron aprobados por las distintas comisiones, iniciando un camino hacia las cámaras de diputados respectivas¹¹.

⁵ El presente informe se llevó a cabo con la colaboración de Mariana García Jurado, abogada, integrante del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, a partir de una investigación del año 1999 sobre legislación en la República Argentina.

⁶ A fines de 1995, la Cámara de Diputados dio media sanción a un proyecto de ley nacional que creaba un Programa de Procreación Responsable. Luego de pasar a la Cámara de Senadores estuvo paralizado largo tiempo, hasta que a fines de 1997 perdió estado parlamentario, situación que respondió a la fuerte presión de la Iglesia Católica.

⁷ Decreto 1406/98 (B.O. 10/12/1998) La norma encomienda al Secretario de Culto de la Presidencia de la Nación, al Embajador de la República ante la Santa Sede y al Asesor Presidencial para la Protección de los Derechos de la Persona por Nacer, "la organización de los eventos destinados a la difusión y celebración del día del niño por nacer el próximo 25 de marzo de 1999".

⁸ Ley 418, Salud Reproductiva y Procreación Responsable, aprobada por la Legislatura el 22 de junio de 2000.

⁹ Clarín, 23/6/00, p.36-37

¹⁰ Página/12, 23/6/00, Suplemento Las 12, p.2

¹¹ Clarín, Ibidem, p.37

Por otra parte se ha presentado, el “Plan Nacional para la reducción de la mortalidad materna e infantil”¹².

2.2 Situación legal de la anticoncepción y la esterilización

Las leyes provinciales y ordenanzas municipales reseñadas anteriormente establecen que los métodos anticonceptivos que suministrarán los programas de salud reproductiva deben ser reversibles y transitorios (Neuquén, Mendoza, Río Negro), o no abortivos (Córdoba, Chaco). Así también lo establece el proyecto aprobado para la ciudad de Buenos Aires.

La esterilización se encuentra prohibida legalmente como método de planificación familiar.

2.3 La realidad

El derecho a la salud en Argentina se inserta en un contexto difícil. Es importante tener presente que el número total de pobres se ubica entre el 31 y 34 % de la población, es decir entre 11,2 y 12,4 millones de personas¹³. Existen casi 8 millones de personas carenciadas, sin ningún tipo de cobertura social. La red de protección social del país es limitada alcanzando “sólo a alrededor del 25% de las familias pobres”; “tanto la pobreza como la desigualdad en el reparto del ingreso, han empeorado en la última década”¹⁴.

La salud sexual y reproductiva de las mujeres se enmarca en este contexto de creciente de pobreza y graves desigualdades.

La desocupación en Argentina desencadenó la pérdida de la cobertura de la obra social para gran parte de la población. Si se analiza la cobertura de obras sociales según grupo de edad, se observa que las personas de 20 a 29 años presentan los menores niveles de cobertura, es decir que en el período más fértil y cuando tienen mayores necesidades, las mujeres están más desprotegidas en la atención de su salud. Para estas mujeres el hospital público es el único ámbito posible de atención, lo cual produjo un aumento de la demanda a los hospitales públicos¹⁵.

La atención de la *salud reproductiva pública*, tiene una cobertura variable de acuerdo a la situación de cada provincia o municipio. En general, el acceso a los servicios de planificación familiar, que incluyen el suministro de información y dispositivos anticonceptivos, es irregular en Argentina¹⁶.

La diversidad de situaciones a nivel jurisdiccional deriva en la inexistencia de un nivel único básico de cobertura asegurada por la salud pública a todos los habitantes. Por el contrario, el nivel es variable y depende de la política de salud y de los recursos de cada una de las provincias.

Si bien estas provincias cuentan con algún tipo de instrumento normativo para la procreación responsable, en la mayoría de los casos su implementación es débil y los

¹² El Consejo Nacional de la Mujer ha tenido activa participación e integrado esta iniciativa a las acciones del Plan Federal de la Mujer para el año 2000.

¹³ Página/12, 9/7/00, Suplemento Económico.

¹⁴ Página/12, Idem, p.2

¹⁵ Bianco, Mabel: op.cit. p. 77

¹⁶ Correia, María: “La relaciones de género en la Argentina. Un panorama sectorial”, Banco Mundial, Buenos Aires, 1999.

recursos disponibles escasos. Asimismo, el acceso a los servicios de planificación familiar, que incluye tanto la información como la entrega de métodos anticonceptivos, es irregular. Los datos disponibles indican una fuerte desigualdad en el acceso a los servicios y métodos contraceptivos conforme a la edad y la pertenencia social de las mujeres: las adolescentes y las mujeres pobres son las más perjudicadas por la falta de oportunidades para acceder gratuitamente a métodos seguros y efectivos¹⁷.

Por otra parte, los servicios de planificación familiar están aún menos disponibles en los puestos rurales de salud. A un costo de \$5 por mes, “la pastilla”, forma más popular de anticoncepción, es inaccesible para la mayoría de las mujeres pobres de todo el país¹⁸.

En cuanto a la *atención de la salud reproductiva*, las investigaciones han registrado una serie de denominadores comunes, como ser, los problemas de accesibilidad a los servicios de salud, de calidad en la atención médica, y problemas con la información disponible¹⁹.

Por otro lado, gran parte de las políticas de salud sexual y reproductiva continúan focalizadas en la mujer como madre, por tanto, muchas de ellas son implementadas a través de programas de salud materno-infantil. Esto contribuye a reproducir los patrones de género que operan en las prácticas sexuales y reproductivas, excluyendo a los varones de su responsabilidad en ellas²⁰.

A la impronta de género se suma, para las mujeres pobres, la pertenencia a una clase o sector social que es progresivamente abandonado por parte del Estado.

Con motivo de la reciente aprobación en la legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de la “Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable”, han tomado estado público —a través de los medios de comunicación—, las desigualdades en materia de derechos a la salud que afectan a los pobres en general y a las que más lo padecen, las mujeres en particular. Así lo expresaba la diputada Clori Yelicic: - “es una ley que apunta a revertir desigualdades, injusticias y el sufrimiento de muchas mujeres, especialmente pobres”²¹.

Las estadísticas pueden mostrar estas profundas desigualdades que se viene sosteniendo. La mortalidad materna²² fue de 3.8 por diez mil nacidos/as vivos/as en 1997²³. La tasa nacional encubre fuertes diferencias entre las provincias, Chaco, por ejemplo triplica la tasa con 12,6 muertes maternas por 10.000 nacidos vivos²⁴. En Jujuy, San Juan y Formosa, la incidencia de la mortalidad materna es casi el triple del promedio nacional.

¹⁷ Bianco, Mabel: “Aportes para la Salud”, 5/ 00, mimeo

¹⁸ *Idem*

¹⁹ Gogna, Mónica; Llovet, Juan José (In memoriam); Ramos, Silvina; Romero, Mariana: "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social", en: La Argentina que viene, CEDES (Area de Salud, Economía y Sociedad), Buenos Aires, 1998, p. 355

²⁰ *Ibidem*

²¹ Página/ 12, 23/6/00, p.3

²² Entendemos necesario un cambio en el concepto de mortalidad materna cuando la causa es el aborto, en este caso sería pertinente la denominación “muerte por gestación”. Checa S. y Rosenberg M, “Aborto Hospitalizado: una cuestión de derechos reproductivos, un problema de Salud Pública”, Buenos Aires, Editorial El Cielo, 1996.

²³ Cabe señalar que en 1995 y 1996 presentó valores en ascenso: las tasas fueron de 3.9 en 1994, 4.4 en 1995 y 4.7 en 1996. Fuente: elaboración del diario Clarín en base a datos consignados en: INDEC, Anuario Estadístico de la República Argentina 1999.

²⁴ Gogna, Mónica; Llovet, Juan José, “Los retos de la salud reproductiva: Derechos Humanos y Equidad Social”, en La Argentina que viene, Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1998, p.340

Teniendo en cuenta una fecundidad media para el país de 2.6 hijos por mujer, la cifra de mortalidad materna es relativamente alta²⁵. La tasa de fecundidad también presenta grandes diferencias de acuerdo al lugar de residencia; así, para el noroeste y nordeste el promedio de hijos/os duplica la tasa de la Capital Federal que es de 1,7²⁶.

2.4 Anticoncepción

En Argentina la disponibilidad de información sobre la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es muy limitada.

La única información disponible, para algunos aglomerados urbanos, proviene de una encuesta aplicada a la población femenina a través de un módulo especial (para el monitoreo de las metas sociales) adosado a la Encuesta Permanente de Hogares en mayo de 1994. Están publicados los datos correspondientes a los aglomerados del Gran Buenos Aires, Gran Rosario, Gran Mendoza, Paraná, Salta, Neuquén y Río Gallegos²⁷. Este relevamiento, además de cubrir unos pocos centros urbanos del país, no produjo información sobre tipo de métodos utilizados ni sobre motivaciones para el uso. Sin embargo, permitió conocer una prevalencia del uso de métodos anticonceptivos mayor al 50% (entre las mujeres sexualmente activas). Paraná es el aglomerado con menor prevalencia (53,2%) y el Gran Buenos Aires con la mayor, 64,6% (corresponde 72,8% a Capital Federal y el 62% al conurbano bonaerense)²⁸. En todos los casos se advierten diferencias significativas según la edad: en el grupo de 15 a 19 años (adolescentes) la proporción varía entre 31 y 45%, mientras que en el resto de las mujeres en edad fértil la proporción fluctúa entre el 53 y el 68%.

Una situación atípica son las adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires, las que reportan una prevalencia de uso de MAC del 86%, y las mujeres entre 15 y 49 años, del 70%. Este alto porcentaje podría deberse a la existencia del Programa de Procreación Responsable, creado en 1988, que posibilita el acceso a los métodos anticonceptivos²⁹.

Esta información, obtenida a través de la “Encuesta Permanente de Hogares”, lamentablemente no permite conocer la distribución de usuarias por el tipo de método utilizado, a excepción del subgrupo de las mujeres adolescentes, para las que se verifica la siguiente prevalencia en todos los aglomerados: *píldora* (52%), *preservativo* (34%), *ritmo* (20%), *dispositivo intrauterino* (3%), *diafragma* (0,3%) y *otros métodos* (4%)³⁰.

En todos los aglomerados se observa una relación positiva entre nivel de escolaridad y uso de métodos anticonceptivos. También se constata la misma relación en función de la condición socioeconómica de las mujeres.

²⁵ El Plan de Acción Regional par la Reducción de la Mortalidad Materna en las Américas ubica a la Argentina entre los países con alta mortalidad materna. Citado en: Bianco, Mabel, Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina .El caso Argentino, p.67

²⁶ INDEC, “Situación y Evolución Social”, Síntesis Nro.4, Tomo 1, 1998

²⁷ Gogna, Mónica; Llovet, Juan José, op.cit, p. 345.

²⁸ *Ibidem*, p.346

²⁹ Durand, Teresa; Gutiérrez, María Alicia, “Cuerpo de Mujer: consideraciones sobre los derechos sociales, sexuales y reproductivos en la Argentina”, en: Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres (o el poder de decidir), Buenos Aires, FEIM/CLADEM, 1998, p.27.

³⁰ Gogna, Mónica; Llovet, Juan José, op.cit, p.346

Es fundamental tener en cuenta que existe una gran *inequidad social en el acceso a los métodos anticonceptivos*. Si bien las mujeres son propensas a utilizar algún método para regular su fecundidad, existe una fuerte desigualdad en el acceso a métodos conforme la edad y condición social³¹.

2.5 Embarazo y maternidad adolescente

La fecundidad adolescente³² en la Argentina es relativamente alta con relación al nivel general de fecundidad. Si bien ha comenzado a descender desde su pico máximo (38.7 por mil) en 1980, sigue siendo alta, 31.7 por 1000 en 1995. Cabe destacar que el descenso se debió a la disminución de la fecundidad tardía (76.8 en 1980 a 60.6 en 1995), dado que la fecundidad precoz se mantuvo constante e incluso subió en algunas provincias (2.2 en 1980 a 2.5 en 1995)³³.

La última cifra disponible, proporcionada por el Ministerio de Salud y Acción Social, con respecto al índice de embarazo adolescente corresponde al año 1995 e indica que el 23% de los egresos por parto son de madres menores de 20 años. Si se incorpora al análisis las disparidades regionales así como la situación socioeconómica de las adolescentes, se advierte que mientras en la Ciudad de Buenos Aires la tasa de fecundidad adolescente es similar a la de los países europeos (14.2 por mil), en Chubut, Formosa, Misiones, Río Negro y Salta, las tasas son similares a los países menos desarrollados de América Latina (más de 50 por mil)³⁴.

El embarazo y la maternidad adolescentes afectan principalmente a las niñas/jóvenes con menores niveles de instrucción.

Dado el subregistro de los datos, estudios indicativos muestran que en el caso de las “niñas mamás” (9 a 13 años) han tenido hijos con varones que las superan en al menos 10 años (en el 80 % de los casos). Esta realidad hace pensar en la fuerte posibilidad de abuso, violaciones o inclusive incesto. La repitencia del embarazo adolescente es preocupante, al tiempo que indica que los servicios de salud no han posibilitado conocimientos y recursos para evitar esta situación³⁵.

Junto a la población rural y a grupos de estratos socioeconómicos bajos, las/os adolescentes se encuentran entre quienes tienen más dificultades para acceder a los servicios de planificación familiar³⁶.

La tasa de mortalidad materna por edad muestra que las menores de 15 años constituyen un grupo muy vulnerable: 12.2 cada 10.000 nacidos vivos, sólo superado por el segmento de 40 a 44 años, 13.9³⁷. Esta cifra resulta de gran preocupación si se tiene en cuenta que tanto

³¹ Ramos, Silvina, “¿Qué son los derechos reproductivos y sexuales?”, en: Tribunal permanente por los derechos de las mujeres a la salud, publicación del Foro Permanente por los Derechos de las Mujeres, Argentina, 1997, p.103.

³² Se entiende por “Fecundidad adolescente” la fecundidad de las mujeres menores de 20 años. Distinguiéndose entre la fecundidad precoz (10 a 14 años) y la fecundidad tardía (15 a 19 años).

³³ Gogna, Mónica; Llovet, Juan José, op.cit., p.335

³⁴ Bianco, Mabel, mimeo

³⁵ Ramos, Silvina, op.cit., p.99

³⁶ *Ibidem*

³⁷ Datos elaborados por el diario Clarín en base a: INDEC, Anuario Estadístico de la República Argentina, 1999

la edad como la paridad y el intervalo intergenésico constituyen factores de riesgo para la madre y la/el niña/o.

Uno de los aspectos a tener en cuenta en esta tema es la percepción de la joven como única implicada en la relación con el hijo. A esto se sigue, la ausencia de los varones en la crianza de los hijos. En consecuencia es importante, a la hora de diseñar las políticas de salud sexual y reproductiva, incluir a los varones como sujetos necesariamente involucrados en los derechos sexuales y reproductivos.

Según datos extraídos de la Exposición de Motivos del proyecto de ley de Salud Reproductiva de la Provincia de Buenos Aires, del 20 al 25% del total de los nacimientos corresponden a embarazos de adolescentes. En nuestro país 120 mil niños nacen cada año de madres menores de 19 años. El 35% de estos niños son el segundo y hasta el tercer hijo de estas madres. Las principales causas de muerte materna en adolescentes se deben a abortos (entre el 40 y 50%) y es significativo el número de madres niñas dentro de ese grupo. Sin lugar a dudas, estamos en presencia de un grupo de alto riesgo que requiere atención urgente. En Argentina, la primera causa de muerte materna son los abortos (30%) y el segundo diagnóstico de ingresos hospitalarios de mujeres entre 15 y 44 años son las complicaciones post-abortos.

3. Aborto

3.1 Situación jurídica del aborto

En Argentina, el aborto es ilegal y se encuentra tipificado en el Código Penal como un delito contra la vida de las personas³⁸. Sin embargo, la ley penal prevé dos causas de despenalización del aborto, por razones terapéuticas³⁹ y por razones eugenésicas⁴⁰, siempre que sea realizado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer.

Las penas previstas por el Código Penal recaen sobre quien causare un aborto, variando las penas si éste se hiciera *con o sin consentimiento de la mujer*⁴¹. Las penas aumentan si de este hecho ocurriera la muerte de la mujer o si se tratara de una menor de 15 años. También la ley castiga con prisión e inhabilitación especial a *médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos* que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren para causarlo⁴²; para quién con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado de embarazo de la paciente fuere notorio o le constare⁴³. Se establece prisión de 1 a 4 años, para la mujer que *causare su propio aborto o consintiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible*⁴⁴.

El marco legal punitivo imperante condiciona la calidad de la atención de las complicaciones de aborto en los servicios de salud, debido a la amenaza latente de una sanción legal que puede recaer sobre los/las profesionales.

³⁸ Código Penal, Libro II, Título 1-Delitos contra las personas, Capítulo 1 –Delitos contra la vida.

³⁹ “Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; Código Penal, art.86 inciso 1.

⁴⁰ “Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”, Código Penal, art. 86 inciso 2.

⁴¹ Código Penal, artículo 85, inciso 1 y 2

⁴² *Ibid.* art. 86 párrafo 1

⁴³ *Ibid.* art. 87

⁴⁴ *Ibid.* art. 88

Sin embargo, cuando existe alguna indicación despenalizadora, la autorización de un aborto implica habitualmente un lento y tortuoso circuito, que muchas veces desalienta todo tránsito por el desfiladero de una legalidad demasiado estrecha.

3.2 La realidad

El aborto es un problema de salud pública que necesita ser enfrentado. Sin embargo fue ignorado por las autoridades en el período 1989/1999, según lo expresa no sólo la ausencia de políticas orientadas a su resolución sino también la escasa difusión de las estadísticas producidas por las autoridades médico-sanitarias⁴⁵.

El 43% de las muertes maternas son causadas por aborto. Debido a que el aborto es ilegal, las condiciones en que se hacen estas practicas distan de ser seguras para la salud de las mujeres, afectando especialmente a las más pobres. Así por ejemplo, en el noroeste y noreste del país, la cifra sube al 85 y 89% respectivamente⁴⁶.

El número estimado de abortos en Argentina oscila entre 335.000 y 500.000 por año y, según cifras proporcionadas por el INDEC, el 37% de los embarazos termina en aborto⁴⁷.

En la legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, y con motivo de la reciente sanción de la Ley de Salud Reproductiva se consideraron en el país 500.000 abortos por año, lo que equivale a 1.300 abortos diarios. La primera causa de internaciones por patologías en los servicios del país la constituyen las complicaciones por aborto⁴⁸. En los grupos de edad entre los 15 y 24 años y entre los 25 y 34 años, el aborto constituye la segunda causa de egreso de hospitales.

Hay que tener presente que existe un sub-registro de mortalidad materna superior al 50 por ciento⁴⁹. Un componente importante de este subregistro es el específico de las muertes por complicaciones de aborto, que se omite consignar por estar fuera de la ley y pertenecer a la clandestinidad (Consejo Nacional de la Mujer, 1994)⁵⁰. Un gran obstáculo para las investigaciones en este tema es la falta de registro⁵¹.

En nuestro país, se estima que el número de abortos inseguros estaría aumentando, a partir de tres variables: la reducción del número absoluto de nacimientos por año, la disminución de la venta de anovulatorios, y el aumento de la pobreza y la marginalidad⁵².

La incidencia del aborto tiene consecuencias económicas. Por ejemplo, el aborto cuesta al país alrededor de \$57.000.000 anuales, es decir, que se gastan más de \$150.000 diarios en atención de abortos complicados⁵³.

⁴⁵ Bianco, Mabel, mimeo

⁴⁶ Correia, María, op.cit., p.14

⁴⁷ *Ibidem*

⁴⁸ Clarín, 11/7/00, p.40

⁴⁹ Estadísticas Vitales, Ministerio de Salud y Acción Social, citado en: Correia, María, op.cit., p.14

⁵⁰ Bianco, Mabel, op.cit., p.30

⁵¹ Walter Barbato explica que para realizar investigaciones sobre la práctica del aborto “la información se retacea”, el peso de la ilegalidad y la falta de registro son obstáculos importantes. En: Diario Ciudadano - Rosario-, 18/10/99.

⁵² Correia, María, op.cit., p.14

⁵³ *Ibidem*.

Las complicaciones de los abortos realizados en condiciones riesgosas son, sin lugar a dudas, un problema de salud pública. Esta afirmación se apoya en su evitabilidad, en la proporción de la población a la que afecta y en los costos que implica para los servicios públicos de salud y para las mujeres y las familias que sufren estos problemas. La penalización del aborto y su consecuente práctica clandestina expone a las mujeres en general y a las más pobres en particular, a riesgos graves para su salud.

Como sostiene Silvina Ramos, “los estudios producidos en la región, no sólo han documentado la naturaleza dramática de la problemática del aborto sino que han hecho patente que las barreras para su solución distan de ser científicas pues son, en gran medida, políticas”⁵⁴

A pesar de la existencia de dos causas de despenalización, no existen servicios de provisión de abortos legales, más aún —fundamentalmente en el sector público de la salud—, existe un fuerte temor a las prácticas del aborto. Prueba de esto es la solicitud de autorización judicial para la práctica de aborto legal, aunque no se enuncia tal requisito en la ley. Los profesionales de la salud, médicos u hospitales *igualmente requieren autorización judicial*, la que a veces es denegada y en la mayoría de los casos origina demoras irreversibles⁵⁵.

Las estadísticas sobre la cantidad de abortos legales que se realizan en el país, no se han encontrado. Se presume que la cifra es muy baja, dada las resistencias médico-judiciales para llevarlos a cabo.

Con respecto a las mujeres que llegan con complicaciones por abortos ilegales, el trato depende de los principios y actitudes que tome cada personal de la salud en particular. Por información obtenida en las ciudades de Rosario y Córdoba, sabemos que existe maltrato físico (legrados sin anestesia) psicológico y culpabilización a las mujeres que llegan en estas situaciones.

Argentina es uno de los países que admite la excepción del aborto terapéutico para salvar la vida o la salud de la mujer, sin embargo, su aplicación se ve condicionada a las interpretaciones estrechas y las pautas morales y religiosas de jueces y magistrados. Si bien la ley no indica que la excepción legal del aborto terapéutico debe aplicarse sólo en casos de salud física, su interpretación es restringida al considerar la salud en su expresión biológica⁵⁶. Resulta urgente revisar estos criterios a la luz de los principios que rigen el derecho a la vida y a la salud en el consenso internacional de derechos humanos⁵⁷.

Un ejemplo de estas afirmaciones, ha sido la sentencia del juez de Misiones que en el caso de una adolescente de 15 años violada por el padre, no autorizó la realización del aborto, señalando que “*..si la vida de la madre no corre peligro hay que dar prioridad a la vida que se está gestando..*”. El juez admitió haberse guiado por principios personales “en pro de

⁵⁴ Ramos, Silvina, “Aportes de la investigación social a las actividades de advocacy en el campo del aborto inducido en América Latina”, Relatoría final, encuentro del 14 al 16 de junio de 1999 en Santiago, Chile.

⁵⁵ Existen algunos fallos aislados que, sin pronunciarse acerca de la petición, han establecido que no corresponde la solicitud de autorización ante el órgano judicial, porque la ley no la prevé.

⁵⁶ La Organización Mundial de la Salud, entiende por salud al “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades” (OMS, Documento Básico 42, Ed. 1999, pág.1.). Asimismo vida, que incluye no sólo la sobrevivencia a la muerte, sino el derecho a vivir una vida digna, plena y saludable. Derecho garantizado por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos y demás tratados.

⁵⁷ El Foro por los Derechos Reproductivos, *Aborto no punible*, Buenos Aires, Mayo 2000, es la publicación de un concurso de ensayo que se propone resignificar el aborto terapéutico en nuestro país: “Peligro para la vida y la salud de la madre”. Su significación actual, en torno al artículo 86 del Código Penal sobre aborto.

la vida". La joven violada que solicitó autorización judicial para practicarse el aborto, intentó quitarse la vida, encontrándose su salud psíquica sumamente afectada por la dramática situación de la que fue víctima⁵⁸.

Con relación al procesamiento de la mujer que causa su propio aborto y que luego concurre al servicio de salud por complicaciones originadas por las maniobras abortivas, existía una corriente jurisprudencial iniciada por un fallo que establecía que no puede instruirse sumario criminal contra la misma sobre la base de la denuncia efectuada por un profesional del arte de curar que haya conocido el hecho en ejercicio de su profesión o empleo (oficial o no), por constituir dicha denuncia violación del secreto profesional. Esta decisión judicial fue mayoritariamente adoptada por los distintos tribunales del país⁵⁹.

Lamentablemente, un fallo dictado por la Corte Suprema de Santa Fe, se apartó de la mencionada corriente jurisprudencial al considerar que no existe violación del secreto profesional, en el caso de un médico que toma conocimiento de la realización de un aborto en un hospital público y efectúa la denuncia del hecho⁶⁰. Este fallo, entre alguno de sus fundamentos, establece que existe justa causa para revelar el secreto profesional porque el bien protegido por el derecho es la vida misma de la persona por nacer, carente de toda otra forma de tutela por el orden jurídico⁶¹.

Con relación a las posibilidades de liberación de las leyes penalizadoras del aborto, es importante tener en cuenta, que existe en la región un reposicionamiento de corrientes ideológicas y fundamentalistas orientadas a desconocer los derechos básicos y fundamentales de las personas con relación a su sexualidad y reproducción⁶². Para lograrlo, se usan argumentos y estrategias que relativizan el marco de los derechos humanos y desconocen los avances de la legislación internacional y regional en la protección de los derechos de las mujeres.

En nuestro país, prueba de la influencia de estos grupos —principalmente de la Iglesia Católica— lo constituye el decreto que promulgó el Poder Ejecutivo en diciembre de 1998, que declara el día 25 de marzo de cada año como "Día del Niño por Nacer"⁶³.

Las posiciones y actoras/es que se enfrentan en estos temas son las organizaciones de mujeres por un lado y la Iglesia y los grupos conservadores por otro. Esta realidad es un cuestionamiento para las organizaciones de derechos humanos, dado que la salud sexual y reproductiva de las mujeres y los varones no termina de instalarse en la "agenda" de los derechos humanos.

⁵⁸ Página/12, 13/12/96

⁵⁹ Cámara Nacional Criminal y Correccional, en pleno, Agosto 26 1966.- Frías, Natividad. ED, 16-3. (Récord Lógico: 208 El Derecho en Disco Láser - (C) 1998 Albremática S.A.

⁶⁰ CS Santa Fe, agosto 12, 1998. _ I., M., LA LEY, 1998_F, 547 79759.

⁶¹ *Ibidem*

⁶² Ore Agilar, Gaby, "Introducción", La Promoción y Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Región", p.3, desarrollado del 14 al 16 de junio de 1999 en Santiago, Chile

⁶³ En la exposición de motivos se estima conveniente celebrarlo el día en que la "...Cristiandad celebra la Anunciación de la Virgen María, en virtud de que el nacimiento más celebrado en el mundo por cristianos y no cristianos es el del Niño Jesús cuyo momento de concepción coincide con dicha fecha..."

"Que especialmente en su etapa prenatal, el niño es un ser de extrema fragilidad e indefensión, salvo la natural protección brindada por su madre....Que la calidad de persona, como ente susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones, deviene de una prescripción constitucional y para nuestra Constitución y la Legislación Civil y Penal, la vida comienza en el momento de producirse la concepción".

4. Esterilización

4.1 Leyes y políticas públicas⁶⁴

Para el derecho argentino, la esterilización es considerada como un delito. El Código Penal tipifica como lesión grave aquella que produce una debilitación permanente de un órgano o de un miembro⁶⁵ y como lesión gravísima, la pérdida de la capacidad de engendrar o concebir⁶⁶. La pena para este caso es de entre tres y quince años de prisión⁶⁷.

La Ley de Ejercicio de la Medicina⁶⁸ establece la prohibición de la práctica de la esterilización, “[...] sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores”.

En tales casos, los médicos exigen el consentimiento del cónyuge o compañero de la mujer para realizar la intervención, a fin de salvaguardar su responsabilidad ante la ley penal⁶⁹. No obstante, tal procedimiento está librado al juicio del médico o a la autorización judicial.

La esterilización ha sido específicamente prohibida como método anticonceptivo, conjuntamente con todos aquellos métodos considerados abortivos, definitivos e irreversibles, por las leyes provinciales argentinas recientemente sancionadas sobre salud reproductiva. Más aún, las leyes provinciales y municipales sobre “procreación responsable” señalan que “los métodos anticonceptivos deberán ser de carácter reversible y transitorio”.

4.2 La realidad

Debido a que la esterilización femenina y la masculina son ilegales en Argentina, no hay estadísticas disponibles para conocer la frecuencia de estas prácticas. Sin embargo, puede decirse que mientras las demandas de esterilizaciones femeninas son comunes la masculina es inexistente⁷⁰.

Aunque no es necesaria la autorización judicial para la ligadura tubaria cuando existe la indicación terapéutica —riesgo de pérdida de la vida de la mujer—, los hospitales públicos no realizan dicha práctica sin solicitar la previa autorización judicial.

En los casos en que se requiere la esterilización por las razones previstas por ley —peligro para la mujer—, ésta se ve supeditada al juicio del médico o a la autorización judicial, donde no pocas veces estos criterios están fundados en concepciones pro-natalista y/o religiosas⁷¹.

⁶⁴ CRLP, “Argentina”, Mujeres del Mundo ,p.24

⁶⁵ Código Penal, artículo 90

⁶⁶ *Ibidem.*, art.91

⁶⁷ *Ibidem.*, art.92

⁶⁸ Ley 17.132,aplicable en la Capital Federal y territorios nacionales. En: “Aborto no punible”, Foro por los Derechos Reproductores, Buenos Aires, 2000, p.41

⁶⁹ CRLP, Mujeres del Mundo, p.24

⁷⁰ Correia, María, op.cit., p.15

⁷¹ Esto se evidencia en el caso de una mujer que solicitó la ligadura después de su séptimo hijo, padecía de diabetes e hipertensión y vivía en la miseria. Página/12, 06/12/96. En: “Argentina”, Mujeres del mundo, p.24

Un antecedente importante ocurrido en la Ciudad de Buenos Aires puede instalar cambios en este tema. La Defensoría del Pueblo, encabezada por Alicia Oliveira, le recomendó al secretario de Salud —en una resolución firmada el 7/3/00— que dicte las instrucciones necesarias para evitar que se les exija autorización judicial a las mujeres que, con una indicación médica, requieran que se les practique la ligadura de trompas de falopio en una institución pública⁷². “La ligadura de trompa es habitual en el ámbito privado. Lo difícil es que el hospital público se haga cargo de esta práctica (...) lo que tenemos que asegurar es que la salud sea accesible para cualquiera, no simplemente para el que pueda pagar”⁷³.

5. Conclusión

A modo de conclusión, hemos decidido referirnos a las Recomendaciones Finales⁷⁴ formuladas en octubre de 2000 por el Comité de Derechos Humanos, ante quien fuera presentado Informe transcrito en este capítulo, nos centraremos en las observaciones que tuvieron por objeto derechos relacionados con la salud reproductiva.

El Comité manifestó su preocupación por el hecho de que “la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite, por ejemplo, cuando existe un claro riesgo para la salud de la madre o cuando el embarazo resulta de la violación de una mujer con discapacidad mental”.

Además, manifestó su inquietud ante “los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado”.

El Comité recomendó al Estado tomar todas las medidas que garanticen la efectiva aplicación de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable sancionada por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires en julio de 2000, “gracias a la cual se dará asesoramiento sobre planificación familiar y se dispensarán contraceptivos con objeto de ofrecer a la mujer verdaderas alternativas”.

A partir del análisis del informe del Gobierno argentino y el Informe Alternativo de las ONGs, el Comité recomendó al Estado que se reexaminen periódicamente las leyes y las políticas en materia de planificación familiar. Sostiene el Comité que “las mujeres deben poder recurrir a los métodos de planificación familiar y al procedimiento de esterilización y, en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención. Se debe modificar la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación”.

Entre otros temas, el órgano de la ONU consideró inquietantes la alta incidencia de casos de violencia contra mujeres, incluidas la violación y la violencia doméstica, el acoso sexual y otras manifestaciones de discriminación en los sectores público y privado. Finalmente, el Comité advirtió sobre la inexistencia de información sistematizada sobre estos asuntos y el escaso conocimiento de las mujeres sobre sus derechos y los recursos de que disponen.

⁷² Resolución Nro.223/00, de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

⁷³ Diana Maffía, filósofa y adjunta en la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Revista LUNA, Año XVI, Nro.819, 10/3/00, p.32,33

⁷⁴ Comité de derechos Humanos de Naciones Unidas, Observaciones Finales N° 14 y 15, 1/11/00