

VIII

La salud y los derechos sexuales y reproductivos: avances y retrocesos*

1. La Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable en el marco de la crisis del año 2002

El presente *Informe* analizará la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina durante los años 2002 y 2003. Aquel año se inició con un complejo panorama político, económico y social, determinado por el fin del régimen económico basado en la Ley de Convertibilidad vigente durante los noventa,¹ la agudización de la conflictividad social y una profunda crisis institucional derivada de la renuncia del Presidente de la Nación.

En este escenario, las nuevas autoridades del Ministerio de Salud declararon la emergencia sanitaria y llevaron adelante acciones tendien-

* Este capítulo ha sido elaborado por Lila Aizenberg, Mónica Gogna, María Alicia Gutiérrez, Andrea Mariño, Mónica Petracci, Mariana Romero, Silvina Ramos, Tamara Soich, Dalia Szulik, Silvana Weller y Nina Zamberlin, integrantes del equipo del Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad).

¹ "Esta ley fue la primera medida de reforma económica que estableció la convertibilidad estricta entre la moneda local y el dólar estadounidense, ligándose la oferta monetaria con una cobertura casi plena de las reservas del Banco Central y cierta proporción de los títulos en moneda extranjera emitidos por el gobierno" (Pautassi, L., "Políticas sociales ¿Fin del 'modelo'?", en CELS, *Derechos Humanos en la Argentina. Informe 2002. Hechos enero-diciembre 2001*, ed. cit., p. 293).

tes a dar respuesta a la grave crisis social y de la salud. A través de la promulgación del decreto 486/02 y la ley 25.590/02 de Emergencia Sanitaria Nacional, se procuró garantizar a la población el acceso a los bienes y servicios básicos para la conservación de la salud: restablecer el suministro de medicamentos e insumos en las instituciones públicas, garantizar la provisión de medicamentos para tratamientos ambulatorios a pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad social, así como también medicamentos e insumos esenciales para la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, y asegurar el acceso a prestaciones médicas fundamentales a los beneficiarios del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

En el campo específico de la salud reproductiva, las nuevas autoridades sanitarias, en cumplimiento de lo dispuesto por la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (25.673/02), llevaron adelante una política activa para la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La sanción de esta ley nacional y la voluntad política del Ejecutivo de implementarla formalizaron la incorporación, por primera vez en nuestro país, de la salud sexual y reproductiva en la agenda de las políticas públicas del Estado nacional.

Este informe presenta una síntesis de la historia del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y analiza, por un lado, los indicadores epidemiológicos y, por otro, los cambios legislativos, los programas vigentes y las decisiones judiciales. El informe concluye con una evaluación de los avances y retrocesos ocurridos en estos diferentes planos.

2. Breve historia del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina

Si bien la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos adquirieron relevancia internacional en la década del ochenta, en nuestro país estas cuestiones comenzaron a debatirse diez años después. Durante largo tiempo, el lento crecimiento demográfico —producto del casi secular declive de la tasa bruta de natalidad, determinada por los limitados niveles de fecundidad— y consideraciones de orden geopolítico, dieron forma y argumentos a una ideología pronatalista que permeó las políticas y programas de población y de salud pública en la Argentina.²

² Llovet, J. J. y Ramos, S., "La planificación familiar en la Argentina: salud pública y derechos humanos", en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 38, Buenos Aires, diciembre de 1986.

Hasta la década de los noventa, el silencio sobre la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos de la población —en particular de las mujeres— se debió básicamente a dos motivos. Por un lado, las restricciones normativas con relación a la planificación familiar vigentes en la Argentina desde mediados de la década del setenta hasta mediados de los años ochenta y, por otro, la ausencia de un debate en la sociedad que ubicara en el centro de la agenda pública los intereses y derechos de las mujeres respecto de la sexualidad y la reproducción.

En 1974, el gobierno de Isabel Perón sancionó el decreto 659, que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad y establecía medidas coercitivas sobre la venta y comercialización de anticonceptivos, así como la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. En 1977, la dictadura militar firmó el decreto 3938 que contenía los “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”, entre los que se incluía el de “eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad”.

En 1985, la Cámara de Diputados ratificó por ley la Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW). En el artículo 10 de Convención, los Estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”. En el artículo 16 de esa Convención, los Estados se comprometen a adoptar medidas que “aseguren condiciones de igualdad entre varones y mujeres en los derechos a elegir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo de los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer estos derechos”.

Si bien tuvieron que transcurrir algunos años de reinstalado el régimen democrático, finalmente las normas restrictivas fueron derogadas. A fines de 1986, mediante el decreto 2274, se dejó sin efecto el decreto 659/74 y así se levantaron las prohibiciones que habían regido en los servicios públicos de salud y de obras sociales; pero este cambio normativo no supuso la inmediata ni generalizada implementación de acciones positivas. La primera iniciativa de política pública fue llevada adelante recién en 1988 por la Municipalidad de la ciudad de Buenos Aires, al poner en marcha el Programa de Procreación Responsable, dirigido a suministrar información y asistencia en anticoncepción.

En 1994, la reforma de la Constitución Nacional implicó decisiones que resultaron clave para la defensa y la promoción de los derechos de las mujeres en nuestro país. La más importante fue la incorporación de la

Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer al texto constitucional (art. 75, inc. 22). De esta forma, los derechos consagrados en la CEDAW, así como las obligaciones del Estado para con su ejercicio son de aplicación inmediata.

En ese mismo proceso, el Ejecutivo nacional intentó introducir en el texto de la nueva Constitución un artículo que garantizara "el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural" que finalmente no fue aceptado por los constituyentes. De haberlo sido, esta iniciativa hubiera significado un retroceso respecto de la situación normativa sobre el aborto en el país. En efecto, la interrupción voluntaria del embarazo es ilegal en la Argentina y está tipificada como un "delito contra la vida" en el Código Penal. Las penas previstas son de un mínimo de uno a cuatro años de reclusión o prisión a quien lo cause con consentimiento de la mujer, y un máximo, que podría elevarse hasta quince años, si el hecho tuviera lugar sin ese consentimiento y fuere seguido de la muerte de la mujer. Por su parte, la mujer que causase su propio aborto o consintiese que otro se lo cause puede sufrir una pena de prisión de uno a cuatro años. El Código Penal establece dos circunstancias en las cuales "el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible". La primera, "si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios"; la segunda, "si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente", requiriéndose el consentimiento de su representante legal.³

En 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley que creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, uno de cuyos principales objetivos era "asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente" (art. 1). Este proyecto de ley perdió estado parlamentario a fines de 1997, debido a que la Cámara de Senadores se negó a darle tratamiento en los plazos previstos.

A partir de la apertura del debate público que provocó la discusión parlamentaria de esta ley en el plano nacional, de las acciones de sensibilización desarrolladas por el movimiento de mujeres, y de los acuerdos internacionales logrados en la IV Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y en la V Cumbre Mundial de la Mujer (Beijing, 1995), se abrieron procesos de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva en diversas provincias y municipios del país. Actualmente, la ciudad de Buenos Aires y todas las provincias —con excepción de

³ Código Penal, Libro Segundo, Título I, Capítulo I.

Salta— tienen leyes y/o programas de salud reproductiva.⁴ En todas estas jurisdicciones se está llevando adelante, con diferentes grados de implementación, el Programa Nacional (esto significa que se da información y consejería y que hay distribución de insumos).

En su mayoría, esas leyes crean programas o servicios de asesoramiento, atención y provisión de métodos anticonceptivos, detección precoz de cáncer génito-mamario y enfermedades de transmisión sexual, y sólo en algunos casos se establecen acciones articuladas con otros sectores como educación o seguridad social. El grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil debido a que en muchas ocasiones los programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos y actividades de promoción, así como también obstáculos institucionales e ideológicos para llevar adelante acciones de este tipo.⁵

En 1997, el Comité permanente instituido por la CEDAW con facultades de control, seguimiento y evaluación del cumplimiento de las obligaciones asumidas por los Estados parte en el tratado, recomendó al Gobierno argentino revisar la legislación sobre el aborto. El Gobierno no respondió a esta recomendación en los años posteriores. En sintonía con la política encarada en 1994 a raíz de la reforma de la Constitución Nacional, en 1998, a través de un decreto nacional, el presidente Carlos Menem estableció el 25 de marzo como "Día del niño por nacer".

En otra iniciativa parlamentaria, en el año 2001, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al proyecto de ley para crear el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Luego de reiteradas dilaciones, el proyecto fue aprobado por la Cámara de Senadores en octubre de 2002 (ley 25.673). El Ejecutivo reglamentó esta ley a través del decreto 1282/03 en mayo de 2003. El Programa Nacional, destinado a la población general, tiene como objetivos alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que la población pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia, disminuir la morbilidad materna e infantil, prevenir embarazos no deseados,

⁴ A la fecha, cuentan con leyes de salud reproductiva las provincias de Buenos Aires (aprobada el 28/05/03, sin promulgar aún); Córdoba (8535/96); Corrientes (5146/96 y 5527/03); Chaco (4276/96); Chubut (4545/99); Jujuy (5133/99); La Pampa (1363/91); La Rioja (7049/00); Mendoza (6433/96); Neuquén (2222/97); Río Negro (3059/96 y 3450/00); Santa Fe (11.888/01); Tierra del Fuego (509/00) y Tucumán (6523/94). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires también cuenta con una ley (ley 418/00), y en la provincia de Misiones se sancionó un decreto (92/98).

⁵ Cesilini, S. y Gherardi, N. (eds.), *Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina*, Banco Mundial, Buenos Aires, 2002.

promover la salud sexual de los adolescentes, contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA y patologías génito-mamarias, garantizar el acceso universal a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a la salud sexual y procreación responsable.

3. Indicadores epidemiológicos de salud reproductiva

A semejanza de otras cuestiones de la agenda social de la Argentina, la problemática de la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos está profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y generacionales que trazan riesgos médico-sanitarios diferenciales y expresan la estructura de oportunidades que la sociedad y el Estado brindan a sus habitantes. En este sentido, el perfil epidemiológico en salud sexual y reproductiva de la Argentina refleja marcadas diferencias sociales y regionales en la distribución de sus indicadores más importantes. Los niveles de fecundidad, fecundidad adolescente y mortalidad materna muestran una distribución diferencial según el nivel socioeconómico y la jurisdicción, afectando de manera más pronunciada a las mujeres más jóvenes, las más pobres y con menor nivel de educación, y en especial a las que residen en zonas rurales.

Por otro lado, la Argentina muestra indicadores de salud reproductiva que no se condicen con otros indicadores de desarrollo económico-social del país. El gasto en salud per cápita y el Producto Bruto Interno (PBI), que históricamente han sido más elevados que en otros países de la región, no se correlacionan con los indicadores de mortalidad infantil (16,6 por mil nacidos vivos) y de mortalidad materna (43 por cien mil nacidos vivos).⁶ Esta situación ubica a Argentina en una posición rezagada respecto de otros países de América latina que, con menor gasto en salud por habitante y menor PBI, logran mejores indicadores de salud materno-infantil.⁷

⁶ Ministerio de Salud de la Nación, *Estadísticas Vitales. Información Básica*, 2002.

⁷ Por ejemplo, en 1999, Chile presentaba una tasa de mortalidad materna de 19 por cien mil. En el año 2000, Uruguay tenía una tasa de 17,1 por cien mil y Costa Rica de 21,9 por cien mil. Respecto de la mortalidad infantil, en el año 2000, Chile presentaba una tasa de 8,9 por mil nacidos vivos; Uruguay de 14,1 y Costa Rica de 10,2 (Instituto Nacional de Estadística, Uruguay, www.ine.gub.uy; Instituto Nacional de Estadísticas, Chile, www.ine.cl; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Costa Rica, www.inec.go.cr, 2003).

A continuación se presentan los principales indicadores epidemiológicos de salud reproductiva. Cabe destacar que este diagnóstico incluye la información disponible a la fecha de realización de este informe.

3.1 Fecundidad

Las mujeres argentinas tienen en promedio 2,4 hijos/as al final de su vida reproductiva.⁸ La fecundidad presenta grandes diferencias según nivel socioeconómico y entre jurisdicciones. Las tasas más altas se observan entre las mujeres más pobres y las regiones más postergadas del país. Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida de 2001 del SIEMPRO dan cuenta del patrón de fecundidad diferencial según condición de pobreza: el 39% de las mujeres de los hogares no pobres no tienen hijos, y entre las que tienen hijos, el 84% tiene entre 1 y 3 hijos/as, y sólo el 16% tiene 4 o más hijos/as. En contraste, sólo el 29% de las mujeres de los hogares pobres no tienen hijos y entre las que sí los tienen, el 41% tiene 4 o más hijos/as.⁹ Por otra parte, en referencia a los diferenciales regionales, las mujeres de la ciudad de Buenos Aires tienen en promedio 1,37 hijos/as, cifra que asciende a 2,8 en la provincia de Formosa.

3.2 Fecundidad adolescente

La fecundidad adolescente es relativamente alta en relación con el nivel general de fecundidad. Aproximadamente el 15% del total de nacimientos corresponde a madres adolescentes (10-19 años). En números absolutos, esto significa que de los 683.495 nacimientos que se registraron en el año 2001, 97.060 correspondieron a mujeres menores de veinte años, y de éstos 3022 a niñas menores de 15 años. Como en los otros grupos de edad, la fecundidad adolescente también presenta diferencias regionales: la ciudad de Buenos Aires tiene la proporción más baja de nacimientos de madres adolescentes (5,1% de los partos en 2001), mientras que la provincia de Chaco exhibe el nivel más alto con 24,3% de los nacimientos en el mismo año.¹⁰ Poco más de la mitad de las adolescentes que son madres cada año son primerizas, es decir que aproximadamente el 50% es madre por segunda, tercera o cuarta vez.¹¹

⁸ INDEC, *Anuario Estadístico de la República Argentina*, Buenos Aires, 2001.

⁹ Ariño, M., "Mujeres en edad fértil en áreas urbanas: algunas características socioeconómicas", Área Encuesta de Calidad de Vida, SIEMPRO, Versión preliminar, marzo de 2003.

¹⁰ Ministerio de Salud de la Nación, *op. cit.*, agosto de 2002.

¹¹ Díaz Muñoz, A. R.; Dinardi, G. y Giusti, A., "Comportamiento reproductivo de las adolescentes", en *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, INDEC, Buenos Aires, 1996.

La maternidad en la adolescencia es un fenómeno que responde a factores tales como los cambios culturales vinculados a la sexualidad de los y las jóvenes, el conocimiento y acceso al uso adecuado de métodos anticonceptivos y las posibilidades de desarrollo personal y social. Estos factores están estrechamente condicionados por la pertenencia social y el nivel educativo de los y las jóvenes. El embarazo y la maternidad en la adolescencia afectan principalmente a las niñas/jóvenes de los sectores más desprotegidos: las adolescentes embarazadas o madres tienen menor nivel de instrucción y mayor participación en la actividad económica que las no embarazadas o sin hijos.¹²

Con respecto a los padres de los hijos de madres adolescentes existen dos situaciones diferentes.¹³ Por un lado, la mayoría de las adolescentes mayores (18 a 19 años) están en pareja con varones que apenas las superan en edad; de estas mujeres, el 63% tiene hijos con varones menores de 25 años. Otra es, en cambio, la situación de las "niñas-mamás" (9 a 13 años): el 82% de ellas ha tenido hijos con varones de 20 y más años, entre éstas, el 44% con hombres mayores de 25, y casi un quinto (19,4%) con hombres de treinta y más años. Estos datos permiten hipotetizar la presencia de situaciones de abuso, violación o incesto.

3.3 Anticoncepción

La información sobre prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (MAC) es escasa dado que la Argentina no ha participado en ninguno de los emprendimientos internacionales que la miden (Encuesta Mundial de Fecundidad, Encuestas de Demografía y Salud, entre otros). Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) 2001 realizada por el SIEMPRO muestran una prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (modernos y tradicionales) del 60% entre mujeres sexualmente activas. Al diferenciar según estrato social, los datos muestran que el 62% de las mujeres no pobres y el 56,4% de las pobres declararon usar o haber usado un MAC. En el grupo de mujeres adolescentes (15-19), el 45,1% declaró no tener relaciones sexuales. Si se considera a las adolescentes sexualmente activas, el 60% informó que utilizaba un MAC mientras que el 40% no aplicaba ninguna conducta anticonceptiva. Es importante resaltar que, comparando con los datos del Módulo Especial de la Encuesta Permanente de Hogares

¹² INDEC, *Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales*, Buenos Aires, 1996.

¹³ Pantelides, E., *La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina*, UNICEF, 1995.

de 1994, que mostraban que el 60% de las adolescentes sexualmente activas no utilizaba ningún método,¹⁴ los datos de 2001 marcan una tendencia de aumento de uso de métodos anticonceptivos en este grupo de edad.

Con respecto al tipo de método, según la ECV 2001, los anticonceptivos orales son el método más utilizado (42%) seguido por el preservativo (37%), el DIU (15%) y el ritmo (15%). Entre las mujeres adolescentes la incidencia del uso del preservativo es mayor que en los demás grupos de edad, lo que permite suponer una mayor aceptación del preservativo entre las mujeres jóvenes.¹⁵ Por otro lado, una investigación sobre los comportamientos sexuales de varones de 20 a 29 años realizada en el Área Metropolitana de Buenos Aires muestra que el 79% de los jóvenes estudiados usó algún método anticonceptivo en su última relación sexual.¹⁶

Un rasgo distintivo de Argentina es la marcada inequidad social en el acceso a los métodos anticonceptivos. Diversos estudios cualitativos han mostrado evidencia respecto de la existencia de dificultades para las mujeres pobres y las adolescentes en el acceso a información apropiada y al asesoramiento y seguimiento médico en materia anticonceptiva. Estas dificultades afectan su comportamiento anticonceptivo, aumentando la ineficacia e inseguridad de los métodos (discontinuidad, efectos secundarios adversos, prescripción inapropiada, etcétera). Los resultados habituales de esta situación son embarazos no deseados, que a menudo conducen a las mujeres a recurrir al aborto en condiciones riesgosas.¹⁷

3.4 Mortalidad materna¹⁸

En la década de los noventa la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en la Argentina mostró una tendencia decreciente. En 2001, la TMM fue de 43 por cien mil nacidos vivos. Si bien la tasa nacional es inferior a la que registran los países clasificados como de "alta mortalidad materna" (cin-

¹⁴ Díaz Muñoz, A. R.; Dinardi, G. y Giusti, A., op. cit., 1996

¹⁵ Ariño, op. cit., marzo de 2003.

¹⁶ Geldstein, R. y Schuffer, M., "Iniciación sexual y después... Prácticas e ideas de los jóvenes de Buenos Aires", 2002.

¹⁷ Balán, J. y Ramos, S., *La medicalización del comportamiento reproductivo: un estudio exploratorio sobre la demanda de anticonceptivos en los sectores populares*, Documento CEDES N° 29, Buenos Aires, 1989; López, E., "Mujeres y vida reproductiva: indicios para la búsqueda de sentido", trabajo presentado en el Primer Taller de Investigaciones Sociales en Salud Reproductiva y Sexualidad, CEDES/CENEP, Buenos Aires, 1993.

¹⁸ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la muerte materna como "el fallecimiento de una mujer durante el embarazo o en un plazo de 42 días a partir de la terminación del embarazo, independientemente de la duración o el lugar del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o su tratamiento, o agravada por ellos, con exclusión de las causas accidentales". En 1994, la Red Nacional por la Salud de las Mujeres señaló que la

cuenta a cien muertes por cien mil nacidos vivos), es suficientemente elevada con relación a otros parámetros que caracterizan a la Argentina, como la baja tasa de natalidad, el amplio número de mujeres embarazadas que asisten a controles prenatales y el alto porcentaje de partos institucionales.¹⁹ Por otro lado, la tasa nacional encubre fuertes diferencias entre provincias: Jujuy tiene una TMM que cuadruplica la tasa nacional (197 por cien mil nacidos vivos); Chaco y Formosa la triplican, con 159 y 139 por cien mil nacidos vivos respectivamente, y San Juan la duplica (87 por cien mil nacidos vivos), mientras que en la ciudad de Buenos Aires la TMM es de nueve por cien mil nacidos vivos.²⁰

La estructura de causas de muertes maternas es la siguiente: 31% por complicaciones de aborto, 53% por causas obstétricas directas y 16% por causas obstétricas indirectas.²¹ Las causas obstétricas directas —directamente vinculadas al estado grávido puerperal y no a morbilidad preexistente— representan el 84% del total, lo cual indica que se trata de mujeres sanas que mueren por causas sólo relacionadas con el hecho reproductivo. Esta evidencia muestra la existencia de problemas relativos a la cobertura y la calidad de los servicios de prevención y tratamiento que influyen de modo directo en el cuidado de la salud reproductiva: la planificación familiar para el caso de los abortos, la calidad de la atención prenatal para la detección de la toxemia, y la capacidad resolutive de los servicios para las hemorragias, las sepsis y las complicaciones de abortos.

Es importante destacar que según investigaciones realizadas en algunas jurisdicciones, el subregistro de muertes maternas sería de alrededor del 50%.²² Este subregistro se debe a que en algunos casos se ignora o se omite el estado grávido/puerperal de la mujer al consignarse la causa de la muerte y también, al hecho de que los profesionales no registran las muertes por complicaciones de aborto como tales, para evitar posibles derivaciones judiciales.

denominación Mortalidad Materna invisibiliza el hecho de que muchas de esas muertes se producen como consecuencia de la desesperación por evitar una maternidad no deseada y, por otro lado, considera que se debe revisar el límite temporal dado que algunas muertes relacionadas con la gestación se producen después de los 42 días de ocurrido el parto. En función de estos señalamientos proponen la denominación de "mortalidad por gestación".

¹⁹ Cogna, M.; Llovet, J. J.; Ramos, S. y Romero, M., "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social", en Isuani, A. y Filmus, D. (edits.), *La Argentina que viene*, FLACSO-UNICEF/ Buenos Aires, Norma, 1998.

²⁰ Ministerio de Salud de la Nación, op. cit., agosto de 2002.

²¹ *Ibidem*.

²² Althabe, O.; Vinacur, P. y Althabe, F., "Comentarios y notas técnicas", en *La mortalidad materna en Argentina*, Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Estadísticas de Salud, Buenos Aires, 1967.

3.5 Aborto inducido

Respecto de la magnitud del aborto inducido, no hay datos confiables para la Argentina. Algunos especialistas han estimado que se producirían entre 335 mil y 400 mil abortos por año;²³ otros estiman un número total entre 450 mil y 500 mil.²⁴ En cuanto a la morbilidad por aborto, la única aproximación para su estimación puede realizarse a partir de la información sobre egresos por complicaciones de aborto en establecimientos públicos. En 1990, los egresos por esta causa fueron 53.822 en todo el país; en 1995 esta cifra fue similar (53.978). En el año 2000, se registraron 78.894 egresos, lo cual significa un aumento del 46%. En la actualidad, el 33% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas —excluyendo el parto normal— se debe a complicaciones de abortos. El notable aumento de los egresos por aborto en los últimos años da cuenta de la alta incidencia del aborto inseguro y permite hipotetizar que, entre otras cosas, la crisis económica ha llevado a mayor número de mujeres a interrumpir el embarazo en condiciones riesgosas, tratándose en algunos casos de mujeres de sectores de clase media que antes accedían a abortos seguros.

En el caso de las muertes por complicaciones de abortos inseguros, el hecho de que, según muestran algunos estudios, las mujeres que ingresan a los servicios por esta causa lo hacen en un estado físico-clínico que no compromete irreversiblemente su sobrevivencia, evidencia la inadecuada capacidad resolutoria y la deficiente calidad de atención de los servicios públicos para asistir a estas mujeres y evitar sus muertes.²⁵ Los estudios también muestran que los servicios no tienen una estrategia sistemática de consejería anticonceptiva posaborto para ayudar a las mujeres a evitar un nuevo embarazo no deseado —y un aborto repetido— en el futuro inmediato. El proceso asistencial de las mujeres internadas en hospitales por complicaciones de aborto está fuertemente condicionado por la situación de ilegalidad y clandestinidad de esta práctica. En este marco, la calidad de la atención se resiente y las mujeres que atraviesan esta situación crítica son con frecuencia víctimas de violencia institucional.²⁶

²³ Checa, S. y Rosenberg, M., *Aborto hospitalizado. Una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública*, El Cielo por Asalto, Buenos Aires, 1996.

²⁴ Aller Atucha, L. y Pailles, J., "La práctica del aborto en la Argentina. Actualización de los estudios realizados. Estimación de la magnitud del problema", en *Marketing social*, Buenos Aires, 1996.

²⁵ Althabe, O.; Vinacur, P. y Althabe, F., op. cit., 1987.

²⁶ Ramos, S. y Viladrich, A., *Abortos hospitalizados. Entradas y salidas de emergencia*, Documento CEDES, Buenos Aires, 1993.

3.6 VIH/SIDA

En mayo de 2002, la cantidad de casos de SIDA acumulados en el país era de 21.865. Si se tiene en cuenta el retardo en la notificación, se estima que éstos serían 25.411 con una tasa de incidencia acumulada de la enfermedad de 60,1 enfermos por cien mil habitantes.²⁷ Los casos de SIDA en niños menores de trece años representan el 6,9% del total de enfermos, y se trata casi exclusivamente de casos de transmisión vertical.

Durante la última década, la Argentina, como el resto de los países de América latina, ha experimentado un rápido crecimiento de la epidemia en la población femenina (entre 1991 y 1994 la tasa de infección por VIH se cuadruplicó entre las mujeres). Si bien el número de varones enfermos de SIDA ha sido siempre más elevado que el de mujeres, la velocidad con la que está aumentando la infección entre la población femenina resulta preocupante. Actualmente el 78,72% de los casos de mayores de 12 años notificados son masculinos y el 20,62% femeninos. La razón hombre-mujer pasó de ser 20,4 en 1988 a 3,8 en 2002.²⁸

Respecto de la edad, si bien para ambos sexos el grupo más afectado es el de 25 a 34 años, las mujeres se enferman a edades más tempranas: el segundo grupo más afectado es el de 13 a 24 años en las mujeres y el de 35 a 39 años en los varones. Si tenemos en cuenta que la infección por VIH se produce entre ocho y diez años antes de la aparición de los síntomas del SIDA, resulta evidente que una importante proporción de los casos femeninos se estaría infectando durante la adolescencia. En los últimos años, la edad de los pacientes que adquieren la enfermedad en ambos sexos es mayor, lo cual se relaciona directamente con el uso temprano de la terapia antirretroviral en personas infectadas.²⁹

En cuanto a las vías de transmisión del VIH en los mayores de 12 años, hasta el año 1996 las principales para los varones eran el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas intravenosas (UDI) (46,5%), los hombres que tienen sexo con hombres (30,1%) y las relaciones sexuales heterosexuales (17,8%). Sin embargo, desde 1996 en adelante, ha aumentado la transmisión por vía heterosexual mientras que la infección en UDI y en hombres que tienen sexo con hombres ha disminuido. En 1996, cerca de la mitad de los nuevos enfermos de SIDA era UDI, mientras que en el año 2001 la primera causa era la transmisión heterosexual, con el 33%. En el sexo femenino, la principal vía de transmisión es la heterosexual (78,2%).³⁰

²⁷ Ministerio de Salud de la Nación, op. cit., agosto de 2002.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*.

3.7 Cáncer génito-mamario

En la Argentina mueren anualmente entre 800 y 900 mujeres por causa del cáncer de cuello de útero. Los datos de la última década muestran un incremento de la tasa de mortalidad por ese tipo de cáncer. Durante el año 2001 murieron 947 mujeres por tumor maligno de cuello de útero, 383 por tumor maligno del cuerpo del útero y 1080 por tumor maligno en parte no especificada del útero.³¹ El elevado número de casos incluidos dentro de la última categoría durante todo el período analizado da cuenta de la existencia de problemas de clasificación. Es posible hipotetizar que hay casos de mujeres con tumor maligno de cuello de útero que no fueron registrados como tales y fueron incluidos dentro de la última categoría mencionada.

El alto número de muertes por cáncer de cuello en la Argentina indica la presencia de problemas en la operacionalización de la toma del Papanicolaou, el tratamiento y seguimiento de los casos, la cobertura de mujeres de alto riesgo, la cantidad y calidad de los servicios de citología, la capacitación del personal, etcétera.

Un estudio realizado en nuestro país, a fines de los años ochenta, entre mujeres usuarias de servicios del conurbano bonaerense, mostró un panorama altamente preocupante: cerca del 70% de las 458 mujeres que obtuvieron un Pap positivo en cuatro hospitales públicos habían abandonado su atención en el servicio donde se hizo la detección inicial de su enfermedad, y el 40% había abandonado el tratamiento. Las autoras señalan, entre otros aspectos, que la precariedad de la información recibida por las usuarias era un factor de peso en la propensión a desertar.³²

Con respecto al cáncer de mama, en la última década hubo un promedio anual de 4830 muertes femeninas por esta causa. El cáncer de mama es el que mayor número de muertes por tumores provoca entre las mujeres, representando el 44% del total de muertes femeninas por cáncer. El número crece con la edad, siendo más afectados los grupos de 65 a 74 años y de más de 75 años, con tasas de 93,9 y 199 por cien mil respectivamente.³³ Para la prevención secundaria de este tipo de cáncer, se requiere el acceso y utilización racional de la mamografía: información no sistematizada

³¹ Ministerio de Salud de la Nación, *Mortalidad por tumores malignos, 1980-1986*, Serie 8, N° 12, Buenos Aires, 1992; MSAS, *La mortalidad materna en la Argentina, Programa Nacional de Estadísticas de Salud*, Serie 8, N° 4, Buenos Aires, 1996; Gogna, M.; Llovet, J. J.; Ramos, S. y Romero, M., op. cit.; MSAS, *Estadísticas Vitales. Información Básica*, ediciones correspondientes a 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001.

³² Ramos, S.; Pantelides, E.; Mormandi, J. y Osoros, O., "La deserción de mujeres con Papanicolaou positivo en hospitales públicos del área metropolitana de Buenos Aires", en *Revista de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires*, vol. 75, N° 919, junio de 1996.

³³ Ministerio de Salud de la Nación, op. cit., agosto de 2002.

permite indicar que en la Argentina, algunas mujeres realizan una mamografía anual (sin que los protocolos internacionales así lo indiquen), mientras otras no tienen posibilidades de acceder a esta tecnología.

3.8 Cobertura de salud

La población argentina está cubierta por tres subsistemas de atención de la salud: el de obras sociales, el público y el privado (o seguros médicos/prepagos). Los datos desagregados según sexo muestran que el 59% de las mujeres cuenta con algún tipo de cobertura, ya sea de obras sociales o privada. Entre las mujeres más pobres este porcentaje disminuye a sólo el 23%, con las tasas más bajas en el grupo de edad donde la fecundidad es más alta (20-29 años).³⁴

En la última década, la afiliación a los sistemas de salud ha descendido notablemente como producto, por un lado, del aumento de la desocupación, la subocupación y la precarización laboral, y por otro lado, debido al empobrecimiento de la clase media, sector social que vio severamente afectada su capacidad de pagar los seguros de salud privados. Un indicio parcial de este proceso es el número de beneficiarios de las obras sociales supervisados por la Administración Nacional del Seguro de Salud, que se redujo en cerca de dos millones entre 1991 y 1999, y en más de 1.850.000 beneficiarios en tan sólo un año (de 1999 a 2000).³⁵

4. Legislación, programas y jurisprudencia

A continuación se presenta información sobre los hechos más relevantes sucedidos durante los años 2002 y 2003 en relación con las iniciativas legislativas presentadas y aprobadas por el Parlamento Nacional, los programas implementados por el Gobierno nacional dirigidos a satisfacer las necesidades y demandas de la población en materia de salud sexual y reproductiva, y por último, los procesos judiciales que afectaron la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos en el país.

4.1 Legislación

El hecho más relevante, que significó un punto de inflexión en la historia de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, fue la aprobación de la ley 25.673, en octubre de 2002. Esta ley crea el Programa Nacional de Sa-

³⁴ SIEMPRO. *Encuesta de Condiciones de Vida 2001, 2003*. Disponible en Internet en www.siempro.gov.ar.

³⁵ INDEC, op. cit., 2001.

lud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, cuyos objetivos son: a) alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) disminuir la morbilidad materno-infantil; c) prevenir embarazos no deseados; d) promover la salud sexual de los adolescentes; e) contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias; f) garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; y g) potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Los principales puntos de conflicto que aparecieron en el debate parlamentario de esta ley, y que también habían aparecido en los debates de años anteriores en relación con otras iniciativas similares, se centraron en dos puntos: a) la objeción de conciencia —no sólo en beneficio de los profesionales de la salud sino también de las instituciones educativas y de salud confesionales—; b) el reconocimiento de los derechos de los/as adolescentes en lo que concierne al acceso a información y servicios de salud reproductiva. Con respecto a este último punto, cabe destacar que el artículo 4 estableció que “la presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (ley 23.849)”.

El Poder Ejecutivo promulgó el 23 de mayo el decreto 1282/2003, a través del cual se reglamentó la ley nacional. Respecto de la cuestión crítica del acceso de los/as adolescentes a información y servicios de salud reproductiva, la reglamentación de la ley dispuso, en el artículo 4, que “A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades. En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de catorce (14) años. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad. En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. En casos excepcionales, y cuando el

profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de catorce (14) años, con sus padres o un adulto responsable”.

La cuestión del aborto, ya sea para ampliar las situaciones de despenalización vigentes o para su legalización, también fue objeto de iniciativas en el ámbito parlamentario nacional. Durante el año 2002 se presentaron dos proyectos sobre aborto en la Cámara de Diputados. Al cierre del presente *Informe*, ninguno de ellos ha sido tratado.³⁶

4.2 Programas

En el año 2002, el Ejecutivo Nacional comenzó a implementar tres programas nuevos dirigidos a satisfacer la demanda de la población en materia de salud sexual y reproductiva.

Por un lado, desde el Ministerio de Salud se empezó a poner en práctica el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en cumplimiento de lo dispuesto por la ley 25.673/02, tal como se indicó más arriba.³⁷ El programa rige la política nacional y se aplica a la población general sin discriminación de edad ni de género. Tiene por finalidad promover la educación y la información en salud reproductiva, la libertad de decisión y el acceso a métodos anticonceptivos.

El Ministerio de Salud llamó a licitación para comprar, por valor de 2,5 millones de dólares, métodos anticonceptivos que incluyen preservativos,

³⁶ En la Cámara de Diputados, el Bloque Socialista en el ARI presentó un proyecto que prevé la despenalización del aborto para los casos de violación o estupro y cuando el embarazo signifique un riesgo grave de salud física y psíquica para la mujer. Elimina también la pena de prisión para las mujeres que se someten a un aborto. En tanto, el Movimiento Autodeterminación y Libertad presentó el proyecto “Educación sexual, anticoncepción y legalización del aborto”. Éste plantea la obligatoriedad del Estado de otorgar información acerca de métodos anticonceptivos en los hospitales públicos así como garantizar el suministro gratuito. Incorpora como obligatoria la asignatura Educación sexual en la educación primaria y secundaria. Establece el reconocimiento de toda mujer a decidir libremente sobre la interrupción del embarazo y la habilitación de los hospitales públicos y los centros de salud nacionales, provinciales y municipales, como así también las obras sociales, para garantizarlo en forma gratuita, preservando la salud psicofísica y la dignidad de la solicitante. Plantea la derogación del inciso 2 del artículo 85 y los artículos 86 y 88 del Código Penal.

³⁷ El texto del programa fue elaborado por el equipo de especialistas integrantes del Área Materno Infantil dependiente de la Secretaría de Programas Sanitarios, y fue consensuado con entidades médicas como la Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil, la Federación Argentina de Sociedad de Ginecología y Obstetricia, y la Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva, además de ONGS de mujeres (ADEUEM, FEJM, Foro por los Derechos Reproductivos, ISPM y Mujeres en Igualdad), investigadoras en temas de salud de la mujer (CEDES, CENEP y CONICET), asesores de legisladores nacionales y la Adjuntía de Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires.

dispositivos intrauterinos (DIU), anticonceptivos orales combinados e inyectables. Además, recibió una donación del Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) de contraceptivos hormonales, DIU y preservativos. Esta donación se distribuirá en las 13 provincias que tienen leyes o programas de salud reproductiva. Para aquellas provincias que no cuentan con tal legislación, se están gestionando convenios para la puesta en marcha de programas específicos.

Entre las metas del programa se distinguen las siguientes: "reducir en un 40% para el 2005 la tasa de mortalidad materna en aquellas jurisdicciones que dupliquen la tasa nacional y en un 25% en el resto de las jurisdicciones; reducir en un 50% el número de hospitalizaciones por aborto en cinco años; reducir la tasa de fecundidad adolescente en un 40% en el mismo período; asegurar que el 100% de los programas provinciales incluyan actividades de consejería y de información; y asegurar que todas las mujeres bajo programa provincial se realicen la prueba de Papanicolaou".

Entre otras medidas, el programa faculta a los hospitales y centros de salud públicos y privados a entregar métodos anticonceptivos a demanda. Establece que el suministro de los métodos y elementos anticonceptivos estará incluido en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

También autoriza a exceptuar del cumplimiento de la entrega de anticonceptivos a los servicios de salud de instituciones religiosas confesionales con fundamento en sus convicciones. Asimismo, se dispone el dictado de la materia Educación sexual en todos los establecimientos educativos del sector público, exceptuando a las escuelas confesionales que la objetan.³⁸ El programa también incluye la implementación de un adecuado sistema de control para la prevención y detección temprana de ETS y VIH/SIDA y cáncer génito-mamario. Promueve además la capacitación y difusión de los conocimientos vinculados a la salud reproductiva y la mejora de la calidad de los servicios.

³⁸ Respecto de esta cuestión, en el decreto reglamentario de la ley se dispuso que "se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada. Los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b de la ley que se reglamenta, a cuyo fin deberán efectuar la presentación pertinente por ante las autoridades sanitarias locales, de conformidad a lo indicado en el primer párrafo de este artículo cuando corresponda".

El Consejo Nacional de la Mujer, por su parte, ha iniciado en el año 2002 la ejecución del Proyecto de Fortalecimiento de la Asistencia Técnica en Género (PROGEN) y continuó la implementación del Programa Federal de la Mujer, los cuales, si bien no tienen como finalidad central la temática de salud reproductiva, han abordado el tema a través de talleres y distribución de materiales de difusión sobre derechos sexuales y reproductivos y equidad de género. Estos programas tienen como objetivo brindar asistencia técnica especializada en género a las unidades ejecutoras nacionales y efectores descentralizados que estén llevando a cabo proyectos financiados por el Banco Mundial.

También en 2002, el Consejo Nacional de la Mujer lanzó la convocatoria para la presentación de proyectos que forman parte del Programa de Fortalecimiento de la Familia y el Capital Social (PROFAM). Este programa se propone: promover el trabajo asociativo entre organizaciones de la sociedad civil, los gobiernos locales y las familias, apoyar capacidades locales de gestión a través de redes asociativas para la formulación, gestión y ejecución de proyectos, y propiciar la construcción conjunta de estrategias alternativas de superación de la pobreza para familias extremadamente vulnerables. Entre los temas de trabajo de la convocatoria de proyectos figuraron la salud reproductiva, la violencia doméstica, la maternidad y paternidad responsables, y los derechos y la ciudadanía.

Otros programas del Ministerio de Salud de la Nación, implementados desde años anteriores, continuaron desarrollándose. Desde julio de 2000 se ejecuta el Programa Materno Infantil, Salud Integral de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia, que cuenta con el apoyo de la Organización Mundial de Salud y depende directamente de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil. Este programa tiene como meta la equidad en materia de salud y su propuesta se enmarca en el concepto de derechos ciudadanos, en su acepción internacional, sobre la base del Compromiso a Favor de la Madre y el Niño (1990), la Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño (1989) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979).

A través de la asistencia técnica y financiera al sector salud de las provincias, el Ministerio de Salud busca disminuir la morbimortalidad de la población de mujeres, niños y adolescentes; reducir las brechas de los indicadores de salud por género, nivel socioeconómico, áreas geográficas y etnias; mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de los servicios de salud; y promover la participación ciudadana en la problemática de salud de la población. El programa incluye diversas áreas, entre las cuales se destacan la salud reproductiva y la salud materno-perinatal con vistas a promo-

ver políticas públicas de salud sexual y reproductiva y el acceso a los servicios preventivos de salud integral.

Otro de los programas que continuaron fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN), financiado parcialmente con fondos del Banco Mundial. Su objetivo central es la reducción de la mortalidad materna e infantil. Sus actividades abarcan un complejo abanico que comprende temas como la calidad de la atención de los equipos de salud y los cuidados prenatales y pediátricos; el desarrollo infantil y los problemas de la adolescencia, la nutrición, la capacitación permanente del personal en servicio y la comunicación social al servicio de la salud materno infantil, el mejoramiento de la infraestructura y el equipamiento. Durante el año 2002, en uso de las facultades que la Ley de Emergencia Sanitaria y el decreto de Emergencia Sanitaria le otorgaron, el Ministerio de Salud dispuso que los fondos asignados a este programa fueran utilizados exclusivamente para la compra de insumos (leche y medicamentos) para ser afectados a las prestaciones en el campo de la salud materno-infantil.

El Programa Nacional para la Prevención del Cáncer, iniciado en 1997, también se sostuvo. Éste tiene por objetivos centrales reducir la morbimortalidad en cáncer y mejorar la calidad de vida y sobrevivencia global del paciente oncológico. Cuenta con dos subprogramas relacionados con la salud reproductiva: el Subprograma de Prevención Secundario del Cáncer de Mama y el Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello de Útero.

En el campo del VIH/SIDA, las actividades del Programa de Lucha Contra los Retrovirus del Humano VIH/SIDA y ETS fue sostenido, con particular énfasis en la accesibilidad de la población al tratamiento de antirretrovirales y la compra y distribución de reactivos para diagnóstico. Según sus lineamientos programáticos, esa iniciativa se propone dos objetivos. Por un lado, la promoción de todos los tipos de prevención de la transmisión del virus, priorizando hasta el presente la estrategia de oferta voluntaria de testeo a mujeres embarazadas, y provisión de tratamientos antirretrovirales para disminución de la transmisión vertical. Por otro, el fortalecimiento de las capacidades del Estado para analizar la situación y tendencias de la epidemia. Complementariamente, el Proyecto de Control del SIDA y ETS (LUSIDA, iniciado en 1997), también continuó con sus actividades, aunque se encuentra en una etapa de finalización. Este programa, con financiamiento del Ministerio de Salud de la Nación y el Banco Mundial, se propuso disminuir el crecimiento de la epidemia a través de la promoción de actividades de prevención.

4.3 Jurisprudencia

Varios episodios del escenario judicial merecen ser destacados. La polémica en torno a la llamada “píldora del día después” (o anticoncepción de emergencia) concentró gran parte de la discusión pública y jurídica sobre salud sexual y reproductiva durante los años 2002 y 2003.

El 5 de marzo de 2002, la Corte Suprema de Justicia de la Nación prohibió la venta de la píldora Imediat³⁹ por considerarla abortiva. Los ministros del máximo tribunal utilizaron como argumento el criterio que afirma que la vida humana comienza apenas fecundado el óvulo. El fallo sostuvo que “todo método que impida el anidamiento debería ser considerado como abortivo”,⁴⁰ interpretando en forma restringida lo establecido en el Pacto de San José de Costa Rica en el cual se establece que “toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción”.

La intervención de la Corte por este tema se produjo a raíz de su aceptación de un recurso extraordinario promovido por una entidad de Córdoba llamada El Portal de Belén, dedicada a la atención de las madres solas en esa provincia. Esta ONG había conseguido una sentencia favorable en primera instancia, que fue revocada a raíz de la apelación del Ministerio de Salud de la Nación ante la Cámara Federal de Apelaciones de Córdoba. Finalmente, el fallo de la Corte Suprema no logró que el producto fuera retirado del mercado, debido a que la sentencia se refería al fármaco por su nombre comercial (Imediat), que a la fecha de la misma ya no estaba disponible en el mercado, pues en el año 2000 había sido reemplazado por un medicamento nuevo con una fórmula y nombre comercial diferentes.

Diversas organizaciones, especialmente aquellas que integran el movimiento de mujeres, se opusieron al fallo sosteniendo que representaba una violación al Pacto de San José de Costa Rica, a las normativas y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la anticoncepción de emergencia, a la Convención Internacional de los Derechos del Niño y a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, ambas con rango constitucional.

³⁹ Esta píldora es un fármaco que había sido autorizado el 12 de julio de 1996 por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), organismo estatal encargado del control de medicamentos en el país, que depende del Ministerio de Salud de la Nación.

⁴⁰ “La Corte Suprema prohibió la ‘píldora del día después’”, Ronar, V., *Clarín*, 06/03/02. Entre sus fuentes, el fallo cita bibliografía de Domingo Basso —religioso, ex rector de la Universidad Católica Argentina y vocero de la Iglesia Católica en temas de bioética— y un dictamen de la Comisión Nacional de Ética Biomédica, creada por el ex presidente Carlos Menem.

En consonancia con el rechazo al fallo de la Corte Suprema, una encuesta de opinión pública realizada a fines del año 2002 por el Instituto Social y Político de la Mujer⁴¹ mostró que la ciudadanía tiene una actitud positiva hacia la anticoncepción de emergencia: el 56% la conocía y el 71% opinó que debería distribuirse gratuitamente en los hospitales públicos y obras sociales.⁴²

La prescripción de anticonceptivos a menores de edad fue también objeto de decisiones judiciales trascendentes en el período. En marzo de 2002, un fallo judicial autorizó a una joven de 18 años a utilizar un método anticonceptivo. La Cámara Civil y Comercial de La Matanza dispuso que a la joven le fuera colocado un dispositivo intrauterino (DIU). Esta joven, víctima de una violación e internada junto a su hijo de dos años en un instituto de menores, había solicitado autorización para ello al juez de primera instancia encargado de su tutela, quien había rechazado su pedido. La decisión fue apelada por la asesora de menores, quien en su presentación sostuvo que la Justicia tenía que considerar el pedido sobre la base del derecho de la mujer menor de edad a criar al hijo que ya tenía y a acceder a oportunidades para desarrollar otras expectativas de vida, como trabajar o estudiar.

En los fundamentos de su fallo, los camaristas señalaron que la petición importaba el ejercicio de un derecho personalísimo en orden a la procreación responsable, a su propia salud y al bienestar de su familia. Los jueces subrayaron la jerarquía constitucional de la Convención de los Derechos del Niño, que establece que a los menores de edad les corresponden los mismos derechos básicos que a los mayores. Igualmente, hicieron hincapié en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y en el Pacto de San José de Costa Rica. Uno de los aspectos más relevantes de este fallo es, precisamente, la invocación a la vigencia de los Tratados de Derechos Humanos incorporados a la Constitución Nacional, de jerarquía superior a las leyes, debiendo los jueces adecuar la interpretación de las normas particulares a estos principios superiores.

La Ley de Salud Reproductiva de la ciudad de Buenos Aires —ley 418— fue también objeto de una serie de resoluciones judiciales. La norma garantiza el acceso a la información y a los métodos anticonceptivos en los hospitales sin restricciones de edad. El 4 de marzo de 2002 la jueza civil Graciela González Echeverría se expidió sobre la cuestión

⁴¹ Encuesta telefónica realizada a personas mayores de 18 años, residentes en hogares particulares, en ciudades de más de cincuenta mil habitantes. Tamaño de la muestra: 1025 casos; relevamiento: diciembre de 2002.

⁴² ISPM, *Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, Primera Encuesta Nacional sobre Anticoncepción de Emergencia*, Buenos Aires, 2002.

de fondo respecto de un amparo presentado un año y medio atrás por tres abogados alineados en el Movimiento Pro Vida, que solicitaba la inconstitucionalidad de la ley 418 por ser violatoria del libre ejercicio de la patria potestad, al pretender "imponer pautas sobre la sexualidad y sobre la educación de los menores sin la anuencia de los padres". La jueza dio lugar a la medida cautelar, que posteriormente fue apelada por el Gobierno y revocada. La resolución sobre la cuestión de fondo limitó su alcance a las familias de los tres abogados que habían presentado el amparo.⁴³

Otra fue la respuesta de la Justicia en la provincia de Buenos Aires. La Sala I de la Cámara Civil de San Isidro declaró, por primera vez de manera expresa, que una norma de salud reproductiva respetaba la Constitución Nacional. El fallo tuvo lugar en relación con una ordenanza que rige en la Municipalidad de Vicente López para que los menores de edad reciban información sobre educación sexual y reproductiva. La sentencia, dictada a raíz de una acción de amparo presentada por un grupo de matrimonios católicos, señaló que "una política estadual que busque preservar la salud sexual y reproductiva de los menores no parece irrazonable ni violatoria de los derechos de los padres en el ejercicio de la patria potestad". En este fallo ejemplar se sostuvo que "es inadmisibles tacharla de inconstitucional cuando lo que se busca es prevenir mediante la información. Máxime cuando los medios adoptados son razonables y no importan prácticas eugenésicas, abortivas ni coactivas". Los camaristas ratificaron que las normas como ésta no imponen una educación determinada, en la medida en que no excluyen a los padres de la educación sexual y en tanto son ellos quienes tienen que prestar su consentimiento para que sus hijos reciban esta información. Insiste la sentencia: "el Estado busca actuar coordinadamente con la familia".⁴⁴

La ley nacional 25.673/02, por la cual se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable también fue objeto de acciones judiciales. Hacia fines del año 2002 una fundación católica, Mujeres por la Vida, presentó en la provincia de Córdoba una acción de amparo contra el Estado nacional a fin de obtener la declaración de la inaplicabilidad de esta ley en todo el territorio nacional. El 30 de diciembre de 2002, la jueza federal interviniente, Cristina Garzón de Lascano, dio lugar al pedido y estableció una medida cautelar. El Ministerio de Salud apeló la medida y recusó a la jueza, quien remitió la recusación a la Cámara Federal de Apelaciones.

⁴³ Carbajal, M., "Más que un fallo, un salto atrás", *Página/12*, 05/03/02.

⁴⁴ Abiad, P., "La Justicia convalida por primera vez una ley de salud reproductiva", *Clarín*, 05/06/02

En marzo de 2003, la Cámara Federal de Córdoba citó a ambas partes a una audiencia con el fin de dar a conocer la resolución del recurso de apelación interpuesto por el Estado nacional, impugnando la medida cautelar dispuesta por la jueza de primera instancia y coincidiendo unánimemente en que el recurso de apelación planteado por el Estado nacional debía ser admitido favorablemente. Los principales argumentos de la Cámara para revocar la sentencia de la jueza de primera instancia fueron: a) la falta de legitimación procesal de la actora, quien invocando derechos de incidencia colectiva a su favor, reclamaba que el Ministerio de Salud se abstuviera de ejecutar en todo el territorio nacional la implementación de la ley 25.673, por entender unos pocos ciudadanos integrantes de esa asociación civil que esa ley es inconstitucional, y b) la existencia de un abuso jurisdiccional con gravedad institucional pues por esta vía sumarísima del juicio de amparo los jueces no pueden invadir la esfera de actuación de otros poderes del Estado nacional, lesionando la división de funciones y competencias establecidas en la Constitución Nacional que garantiza la vigencia del sistema republicano y democrático del gobierno federal, máxime cuando se trata de una ley nacional que ha merecido un extenso debate parlamentario. Dada la gravedad institucional que ha implicado la disposición de la jueza de primera instancia, así como el costo público que significó haber suspendido la aplicación de una política sanitaria nacional, la Cámara consideró que no se encuentra limitada en su decisión jurisdiccional, disponiendo en esa misma instancia el rechazo *in limine* de la acción de amparo y solicitando que el Tribunal de origen oportunamente archive la causa sin más trámite.⁴⁵

5. Actores sociales y políticos del campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

La legislación, las políticas públicas y la jurisprudencia que afectan la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población, presentadas en la sección anterior, son el resultado de las orientaciones políticas e ideológicas y de los conflictos, negociaciones y acuerdos entre los parlamentarios, los funcionarios públicos y los jueces. Pero también en el escenario de la salud y los derechos sexuales y reproductivos confluyen las acciones de otros actores sociales y políticos; en particular, juegan un papel central

⁴⁵ Asociación por los Derechos Civiles, "Un grupo de ONGs se presentó ante la justicia cordobesa para defender la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable", gacetilla de prensa, 2003.

el movimiento de mujeres, los sectores conservadores (en particular, la Iglesia Católica), la comunidad médica y la opinión pública.

La promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ha sido piedra angular de las luchas del movimiento de mujeres. Durante la década de los noventa, el movimiento de mujeres tuvo un rol clave en el apoyo de propuestas legislativas relativas al acceso de la población a servicios de salud reproductiva y también en la promoción del debate público sobre estos temas.⁴⁶ Le cabe a este movimiento haber colocado en la escena pública la discusión acerca de los derechos sexuales y reproductivos, en consonancia con la movilización internacional que se produjo en el marco de las Conferencias de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1996).

En el caso particular del aborto, se visualiza con extrema claridad la contradicción entre una práctica social extendida y la imposibilidad de las políticas públicas y las leyes de dar respuesta con condiciones apropiadas para que esta práctica no comprometa la integridad física y la vida de las mujeres. Si bien existen excepciones despenalizadas, su implementación es muy dificultosa en la práctica debido a que los médicos solicitan la autorización del juez, quien en algunos casos la niega, y en otros responde que su intervención no es necesaria.

Por su parte, los sectores conservadores, liderados por la Iglesia Católica, han sido históricamente refractarios a cualquier avance en este terreno. Las presiones de estos sectores, y en especial de la jerarquía de la Iglesia Católica, han condicionado los términos en los cuales el debate social se estructura en las negociaciones que se llevan a cabo en el Parlamento cuando se trata una propuesta legislativa determinada, y también, más recientemente en el campo judicial, en la promoción de amparos tendientes a impedir la implementación de políticas públicas relativas a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, tanto a nivel nacional como provincial. Del mismo modo, estas presiones se han manifestado en relación con casos judiciales referentes al acceso a la ligadura tubaria, la interrupción del embarazo en casos de fetos anencefálicos y en casos de violación.

La comunidad médica ejerce un papel central en el debate público sobre temas vinculados con la reproducción humana. También sus actitudes y comportamientos resultan clave en tanto mediadores entre las decisiones de la población sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud

⁴⁶ Cutiérrez, M. A., "Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad (MADEL): la experiencia reciente del movimiento de mujeres", en Abregú, M. y Ramos, S. (comps.), *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*, Buenos Aires, CEDES/CELS/Cuadernos del Foro de la Sociedad Civil de las Américas, Año 2, N° 3, 2000.

del Estado. En nuestro país, sin embargo, ese papel clave ha tenido ribetes difusos en la esfera pública y un perfil más bajo del que cabría esperar, sobre todo, en aquellas coyunturas en las que el discurso médico podría haber adquirido un peso decisivo. El bajo involucramiento de esa comunidad profesional en los debates sociales así como en el diseño de normativas —sean éstas legislativas o programáticas— ha sido una constante en el escenario público de nuestro país, hasta hace muy poco tiempo.

Este comportamiento político contrasta fuertemente con las opiniones de la comunidad profesional relativas a la relevancia de la salud reproductiva para la salud pública. Los hallazgos de un estudio llevado a cabo recientemente⁴⁷ avalan esta afirmación: el 73% otorgó máxima prioridad a la implementación de programas de asistencia en anticoncepción; el 71% consideró muy prioritaria la implementación de programas de asesoramiento anticonceptivo posaborto; el 80% se mostró de acuerdo con la provisión gratuita de anticonceptivos en los hospitales públicos; el 76% opinó que se debe informar y prescribir anticonceptivos a solicitud de los/as adolescentes; el 65% consideró que el aborto es el problema de salud reproductiva más relevante para la salud pública; el 79% consideró que la despenalización del aborto contribuiría a la reducción de la mortalidad materna; y el 74% opinó que los hospitales públicos deberían realizar los abortos no punibles.

Por otro lado, los hallazgos de las encuestas de opinión pública evidenciaron un consenso contundente de la ciudadanía acerca del respeto por los derechos sexuales y reproductivos y la necesidad de políticas que aseguren la igualdad de oportunidades en el acceso a la información y los servicios de salud reproductiva. En un sondeo realizado por CEDES, la Fundación Estudios e Investigación sobre la Mujer (FEIM) y el CELS en agosto de 2003, cuyo objetivo fue conocer la opinión de la ciudadanía sobre el programa nacional y específicamente sobre anticoncepción y aborto, los resultados van en la línea de los resultados de otros relevamientos similares realizados durante los años noventa. Según este sondeo, una abrumadora mayoría está muy de acuerdo o de acuerdo con los objetivos del programa nacional: prevenir la transmisión del VIH/SIDA (100%); prevenir los embarazos en adolescentes (99%); facilitar la participación de las mujeres en las decisiones que tienen que ver con su vida sexual y reproductiva (99%); proveer anticonceptivos en hospitales y centros de salud en forma gratuita (98%); y prevenir embarazos no deseados (98%).

⁴⁷ Ramos S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M. y Szulik, D., *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES, 2001.

También la población fue consultada con respecto a cuestiones que se encuentran en discusión en la Justicia. El 97% se manifestó en desacuerdo con la medida de una jueza de Córdoba acerca de la prohibición de la producción y venta de anticonceptivos y dispositivos intrauterinos en todo el país y también un 97% dijo estar en desacuerdo con la medida de la misma jueza tendiente a impedir que el Ministerio de Salud implemente el programa nacional.

Dos temas que con frecuencia son ejes de un conflictivo debate contaron con el acuerdo de la gran mayoría de la población: la provisión de información y de anticonceptivos a los y las adolescentes sin autorización de sus padres y el acceso de las mujeres a la ligadura tubaria. El 69% se manifestó de acuerdo con que los adolescentes de 13 y 14 años tengan la posibilidad de consultar a los servicios de salud reproductiva sin la presencia de sus padres; y un porcentaje mayor, el 85%, en el caso de los adolescentes de entre 15 y 17 años. Con relación a la ligadura tubaria, el 91% se manifestó de acuerdo con que las mujeres puedan realizarse una ligadura tubaria en forma gratuita, con su consentimiento y cuando exista una indicación médica.

Por último, con relación al aborto, los resultados de esta encuesta muestran que una amplia mayoría se encuentra muy de acuerdo o de acuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo en las siguientes situaciones: si una mujer quedó embarazada debido a una violación (81%); si una mujer demente o discapacitada quedó embarazada (88%); si una menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación (82%); si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina (84%); si la vida de una mujer corre peligro debido al embarazo o al parto (81%); si la salud de una mujer corre peligro debido al embarazo o al parto (72%); si la salud mental de la mujer se ve afectada por el parto y/o crianza (58%). En otra sintonía, la mayoría se mostró muy en desacuerdo o en desacuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo en las siguientes situaciones: si la mujer y su familia carecen de recursos económicos para criar a sus hijos (59%); si la mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo (66%); si la mujer no quiere tener un hijo en ese momento de su vida (61%).

6. Conclusión

La situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos debe ser evaluada desde tres dimensiones: la salud pública, la equidad social y el ejercicio de ciudadanía y vigencia de los derechos humanos. Las oportunidades de alcanzar un nivel satisfactorio de salud reproductiva, así co-

mo de ejercer los derechos sexuales y reproductivos libres de coerción, violencia y discriminación están estrechamente ligadas a las condiciones de vida, a un clima cultural respetuoso de la diversidad de valores éticos y de la equidad de género, y a la implementación eficaz de políticas públicas orientadas a reducir las brechas de género y las sociales en el acceso a información y servicios de salud reproductiva.⁴⁸

Mirado en perspectiva histórica, el período 2002-2003 muestra una consolidación de la tendencia observada en los últimos años en la Argentina, caracterizada por avances legislativos y programáticos significativos que van consolidando políticas públicas orientadas a dar respuesta a las necesidades y demandas de la población en materia de salud sexual y reproductiva, al tiempo que reafirman el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos que deben ser promovidos y cuyo ejercicio efectivo depende de acciones del Estado en todos sus niveles.

A pesar de estos avances, el contexto de fondo del debate social y de las negociaciones en diferentes planos de la vida política en nuestro país sigue siendo la lucha entre concepciones restrictivas, ligadas a la Iglesia Católica, y otras, que sostienen la libre elección reproductiva como derecho humano básico y promueven el compromiso indelegable del Estado de respetarla y de asegurar las condiciones para que los y las ciudadanos/as la ejerzan, libres de coerción, violencia y discriminación de todo tipo.

Desde el punto de vista de los avances, el período 2002-2003 significó un punto de inflexión por la voluntad política del Ejecutivo nacional, encabezada por el liderazgo del ministro de Salud, Ginés González García, y los funcionarios de su gestión, quienes hicieron de la salud sexual y reproductiva una prioridad de la política de salud. También resulta destacable la modalidad de trabajo puesta en práctica por esta gestión, basada en la articulación de consensos con organizaciones de la sociedad civil (ONGs de mujeres, asociaciones científicas médicas, organizaciones sociales, entre otras) y en una presencia activa en la escena pública sosteniendo las decisiones de política pública ante los embates que en el frente judicial, y en menor medida en los medios de comunicación, libraron los sectores conservadores y la Iglesia Católica.

En este escenario, la sociedad, desde sus más diversas expresiones y, sin duda, como consecuencia de varios años de discusión pública y del sostenido trabajo político del movimiento de mujeres y de líderes políticos y sociales comprometidos con la agenda de la salud y los derechos sexuales

⁴⁸ Ramos, S. y Gutiérrez, M. A., *Los nuevos desafíos de la responsabilidad política*, CEDES, CELS, FLACSO, Buenos Aires, 2002.

y reproductivos, ha mostrado un consenso contundente alrededor del respeto a estos derechos y de la necesidad de políticas que aseguren igualdad de oportunidades en el acceso a la información y servicios de salud reproductiva. Los resultados de la encuesta de opinión pública presentados en el acápite anterior, así como las manifestaciones en medios de comunicación masiva, dan testimonio de esto.

Desde el punto de vista de los retrocesos, el período 2002-2003, las presentaciones judiciales, en consonancia con iniciativas similares presentadas pocos años antes, evidenciaron que la Justicia se consolida como el nuevo espacio en el cual los sectores conservadores intentan coartar las decisiones del Parlamento y del Ejecutivo nacional. Al cierre de este *Informe*, las decisiones de la Justicia se han mostrado divergentes. Se cuenta con algunos fallos ejemplares que han convalidado los avances legislativos y programáticos descriptos, así como otros que los han inhibido, encontrándonos actualmente en una situación difusa cuyo saldo definitivo podrá observarse en los próximos tiempos.

A pesar del saldo positivo que deja este período, es importante resaltar que la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país sigue siendo preocupante en materia de resultados sanitarios, equidad social y de género y ejercicio efectivo de esos derechos. Señalemos los problemas pendientes más importantes.

En primer lugar, la magnitud de la incidencia del aborto, así como el aumento de los egresos por complicaciones de abortos inseguros registrado en los últimos años, son sumamente preocupantes desde el punto de vista de la salud pública y los derechos humanos. Los casos de aborto no punible han sido interpretados de manera divergente por diferentes tribunales. En la práctica, el acceso a la interrupción del embarazo en los casos previstos por el Código Penal encuentra dificultades en la acción de aquellos médicos que se niegan a practicarlos a menos que medie una expresa autorización judicial, aun cuando esta solicitud es innecesaria.⁴⁹ Además, la ausencia de una política para el mejoramiento de la calidad de la atención de las complicaciones de abortos (introducción de tecnologías menos cruentas como la aspiración manual o el aborto farmacológico y de consejería anticonceptiva posaborto) atenta contra el derecho a la salud y la vida de las mujeres.

En este mismo sentido, la Argentina no ha mostrado avances en la aplicación del Plan de Acción de la Conferencia de El Cairo y de su revisión (Cairo+5), relativos a la capacitación y adecuación de los servicios de salud para atender las complicaciones del aborto, como así tampoco las

⁴⁹ Motta, C. y Rodríguez M., *Mujer y Justicia, el caso argentino*, Banco Mundial, Buenos Aires, 2001.

autoridades han respondido adecuadamente a las recomendaciones del Comité Permanente de la CEDAW por las cuales se instaba al Estado a revisar la legislación sobre el aborto y a mejorar el manejo de las complicaciones de aborto.⁵⁰

La legislación restrictiva, así como la ausencia de normativas de las autoridades sanitarias que establezcan procedimientos para la atención de los abortos no punibles, y por sobre esto, las decisiones de la Justicia (en su mayoría denegatorias de solicitudes para interrumpir el embarazo aun frente a situaciones amparadas por el Código Penal) son todavía una asignatura pendiente.

Las altas tasas de mortalidad materna también son una evidencia contundente del déficit de nuestro país en materia de equidad en la atención de la salud y de vigencia del derecho a la vida y a la salud de las mujeres. Muestran asimismo la existencia de problemas relativos a la cobertura y la calidad de los servicios de prevención y tratamiento que influyen de modo directo en el cuidado de la salud reproductiva: el acceso a la anticoncepción.

Si bien el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se ha puesto en marcha con una decidida voluntad política, habrá que observar los próximos pasos de su implementación para evaluar sus resultados e impactos. En particular, la asignación de fondos para la compra de insumos anticonceptivos, junto con el desarrollo de actividades de capacitación para los equipos de salud parecen, en el futuro inmediato, ser claves para un desarrollo apropiado de este programa.

En relación con el acceso a la amplia gama de métodos para la regulación de la fecundidad disponibles actualmente, todavía están pendientes las normativas y/o procedimientos administrativos que garanticen la accesibilidad de la población a la ligadura tubaria y la vasectomía. La estrategia desarrollada por la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires al respecto ha demostrado ser exitosa. Ésta consiste en la realización de un Consenso de Expertos⁵¹ con recomendaciones para el acceso a la ligadura tubaria junto con indicaciones directas a los servicios de salud y a la Secretaría de Salud del Gobierno de la ciudad

⁵⁰ CELS; CLADEM; FEIM; ISPM. *Derechos Humanos de las Mujeres: Asignaturas pendientes del Estado Argentino. Contrainforme. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Buenos Aires, 2002. Véase también en este *Informe* el Capítulo XV, acápite 2.1.

⁵¹ En mayo de 2000, la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Buenos Aires, juntamente con la Secretaría de Salud del Gobierno de la ciudad convocó a un grupo multidisciplinario de expertos para debatir los aspectos sociales, bioéticos, técnico-médicos y jurídico-legales de la ligadura tubaria. Este evento produjo un documento de recomendaciones para orientar las decisiones de la Secretaría de Salud en relación con la provisión de la ligadura tubaria en los servicios de salud de la red asistencial pública de la ciudad de Buenos Aires.

para que las mujeres, en caso de indicación médica justificada, logren la realización de la ligadura tubaria sin mediar la intervención judicial. Finalmente, en mayo de 2003, el secretario de Salud del Gobierno de la ciudad dictó la resolución 874 (02/05/03) por la cual se reglamenta el acceso a esta intervención en los servicios de la red asistencial pública de Buenos Aires. El texto dispone que la ligadura tubaria se realizará en los establecimientos cuando un comité interdisciplinario del servicio así lo determine en consideración de la salud física y psíquica de la mujer y con su exclusivo consentimiento.

Las leyes y programas de salud reproductiva como los que han sido descritos en este capítulo han contribuido a consagrar derechos, establecer obligaciones del Estado, orientar las prácticas de los/as profesionales de la salud y promover los derechos sexuales y reproductivos. Pero para que éstos se ejerzan plenamente otros cambios necesitan ser impulsados: democratizar las relaciones entre varones y mujeres en la sexualidad y la reproducción, facilitar el acceso de las mujeres a la educación, la salud y el trabajo, contar con el compromiso cotidiano de los equipos de salud para mejorar la calidad de la atención, tener la garantía de la decisión política para la asignación de los recursos humanos y financieros necesarios, y fortalecer las políticas públicas dirigidas a promover la condición social de las mujeres. Éstos son los cambios institucionales, sociales y políticos claves para mejorar la salud reproductiva y para que los derechos sexuales y reproductivos sean plenamente ejercidos por la ciudadanía.