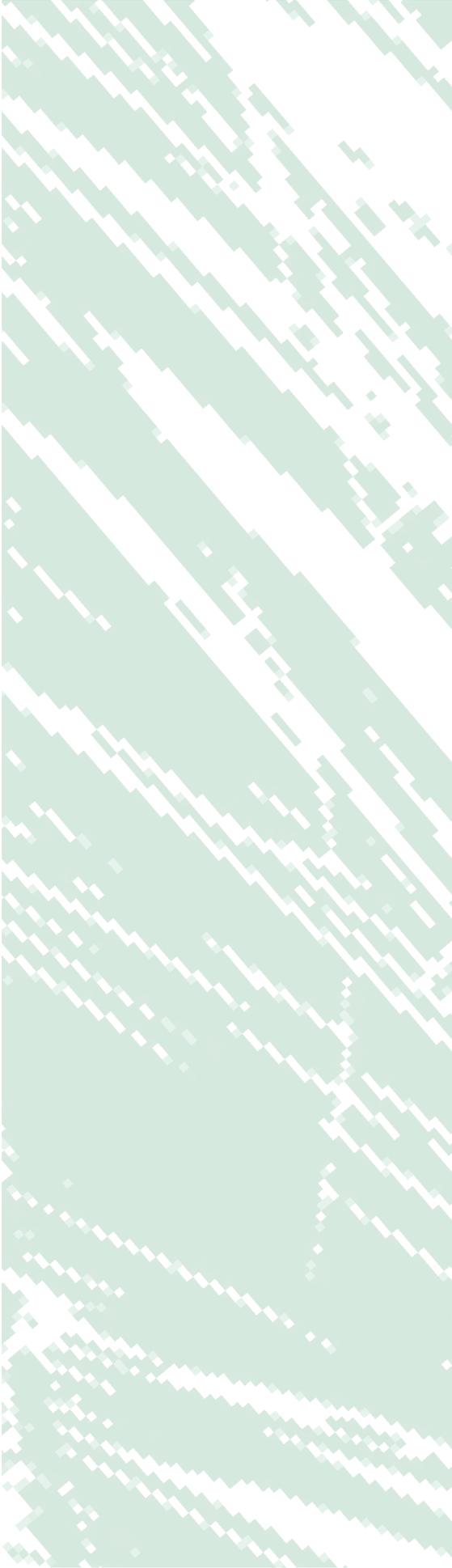


Situación de la salud y el aborto en argentina

ALEJANDRA DOMÍNGUEZ (COORDINADORA),
ALICIA GUTIÉRREZ, ALICIA SOLDEVILA,
ANDREA MARINO, LILIANA VÁZQUEZ,
MABEL BIANCO, MARINA LASKI,
MARTA ALANIS, MARTA ROSEMBERG,
SILVIA JULIA, SUSANACHECA,
VERÔNICA AMBACHS,
ZULEMA PALMA



DAWN SEXUAL AND
REPRODUCTIVE HEALTH AND
RIGHTS PROGRAM



Situación de la salud y el aborto en argentina

Estúdio coordinado por

*Alejandra Dominiguez en colaboración con
Alicia Gutiérrez, Alicia Soldevila,
Andrea Marino, Liliana Vázquez, Mabel
Bianco, Marina Laski, Marta Alanis, Marta
Rosemberg, Silvia Julia, Susana
Checa, Veronica Ambachs, Zulema Palma*

Proyecto DAWN en colaboración con
*REPEM y Servicio a la Acción Popular
(Se.A.P.,Córdoba), 2004*

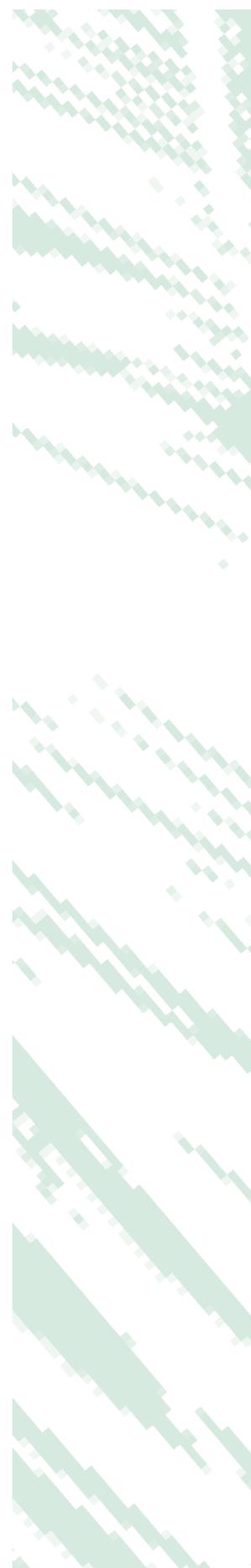
Apoyo:

*Fundación Jonh and Catherine D. Mac
Arthur (EUA) y IDRC (Canadá)*

1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 - Antecedentes y Alcances de este Documento	6
1.2 - Disponibilidad y calidad de las fuentes de información	8
2. PRESENTACIÓN GENERAL:	
SITUACIÓN ARGENTINA A INICIOS DEL SIGLO XXI	10
2.1 Escenario político, económico y social	10
2.2 Redes y articulaciones nacionales en torno a los derechos sexuales y reproductivos	12
2.3 Características Socio demográfica de la población: cantidad, distribución , estructura social	13
2.4 Características de la pobreza	16
2.5 Pobreza, Trabajo y educación	19
3 LOS PROCESOS DE REFORMA DE SALUD EN ARGENTINA.	27
3.1 El Contexto general de las Reforma del Estado.	27
3.2 Características del sistema de salud Argentino.	28
3.3 La reforma en Argentina	29
3.4 El impacto en la salud de las mujeres.	32
4. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.	33
4.1 Datos referidos a la Salud Reproductiva.	33
4.2 Mortalidad Materna e Infantil.	34
4.3 Adolescencia, Pobreza, Violencia y VIH SIDA	41
4.4 Anticoncepción	46
5. ABORTO	52
5.1 Marco Legal	52



6. AVANCES Y RETROCESOS EN EL RECONOCIMIENTO E IMPLEMENTACION DE ACCIONES POR PARTE DE DIFERENTES ACTORES A FAVOR DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.	62
6.1 De los Organismos y compromisos específicos del estado a favor de los Derechos de las Mujeres. Situación actual	62
6.2 La violencia de género en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos. Marcos normativos	64
6.3 Con relación al Impacto del Cairo y Beijing en las políticas de salud, específicamente la salud sexual y reproductiva. Contexto socio político pre Cairo	66
6.4 Políticas de salud post Cairo	68
6.5 Monitoreo de políticas públicas y acciones del gobierno en temas de salud sexual y reproductiva, por parte de ONGs.. . . .	72
6.6 Escenario Político pre y post Cairo, adversarios y partidarios . . .	73
6.7 La agenda de los derechos : el debate en torno a los derechos sexuales y reproductivos	74
6.8 La pobreza cada vez más joven y más femenina: Políticas para incidir en la reducción de la pobreza. Evaluación según la aplicación de la CIPD.	77
7. RECOMENDACIONES Y PENDIENTES.	81
8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	85



1. INTRODUCCIÓN



1.1 - Antecedentes y Alcances de este Documento

En el marco del “Programa 2002-2004 de los Derechos Sexuales y Reproductivos” de DAWN (“Development Alternatives for Women for a New Era”) ¹, establecido con el propósito de contribuir a la Agenda de la Investigación sobre reformas de Salud y Mortalidad Materna (Aborto) en Argentina se estableció la importancia de evaluar la situación del país luego de 10 años de la Conferencia de Población y Desarrollo llevada a cabo en El Cairo (Egipto) en el año 1994.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) formuló un programa de acción al que suscribieron un sinnúmero de países, entre ellos Argentina, estableciendo una serie de parámetros que los países firmantes se comprometían a cumplir aunque no eran de carácter obligatorio.

El presente informe es el resultado de un proceso de revisión, monitoreo y análisis de la información demográfica, y de las políticas públicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, la mortalidad materna y el aborto en el marco del proceso de reforma de salud.

La estrategia de elaboración del documento tuvo dos etapas : primero un trabajo preliminar realizado por SEAP y Católicas por el Derecho a Decidir de la ciudad de Córdoba y en segundo lugar, se convocó a FEIM (Fundación Estudio e Investigación para la Mujer) el Foro por los Derechos Reproductivos, Mujeres al Oeste y Católicas por el Derechos a Decidir, por su reconocida trayectoria nacional e internacional en el tema objeto del informe para que llevaran a cabo el análisis de algunos de los temas desarrollados en el informe. Servicio a la Acción Popular (SeAP) tuvo a su cargo la coordinación y la compaginación general del documento.

El presente informe esta estructurado en siete capítulos: el primero es de introducción general donde se hace referencia tanto al origen y sentido del informe como al tipo y características de las fuentes de datos que se utilizaron. En el segundo capitulo denominado Presentación general: situación argentina a inicios del siglo xxi se provee elementos para la lectura del escenario y estructura social de nuestro país aportando así un marco para la descripción y análisis de la situación del acceso a la salud sexual y reproductiva de las

¹ DAWN es una red de académicas feministas y activistas del Sur económico, que desde 1984 trabajan por la justicia económica, de género, y el desarrollo democrático y sostenible. El documento con la plataforma de DAWN, “Crisis del Desarrollo y Visiones Alternativas: Perspectivas de Mujeres del Tercer Mundo” (“Development Crises and Alternative Visions: Third World Women’s Perspectives”), era una crítica feminista desde el sur a tres décadas de desarrollo.

mujeres. El capítulo tres presenta los procesos de reforma de salud en Argentina abordando distintos aspectos que nos aproximan a las particularidades de la reforma del estado en nuestro país, la reforma de salud específicamente y su implicancia en las mujeres. El capítulo cuatro refiere a la Salud Sexual y Reproductiva en las mujeres y los diferentes indicadores y fenómenos que aportan a la comprensión del estado de situación en este tema. El quinto capítulo aborda el tema Aborto en Argentina desde la perspectiva ética, legal, las políticas públicas y su impacto en las vidas de las mujeres. En el sexto capítulo se puntualiza aquellos aspectos considerados como avances y retrocesos en la implementación de acciones a favor del reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres desde el estado, organizaciones no gubernamentales, movimientos sociales y otros espacios nacionales e internacionales. Por último en el capítulo siete se plantean recomendaciones y cuestiones pendientes a incorporar o seguir impulsando en las agendas públicas nacionales e internacionales. Cabe señalar que al finalizar este informe en el punto ocho se especifica el material bibliográfico utilizado.

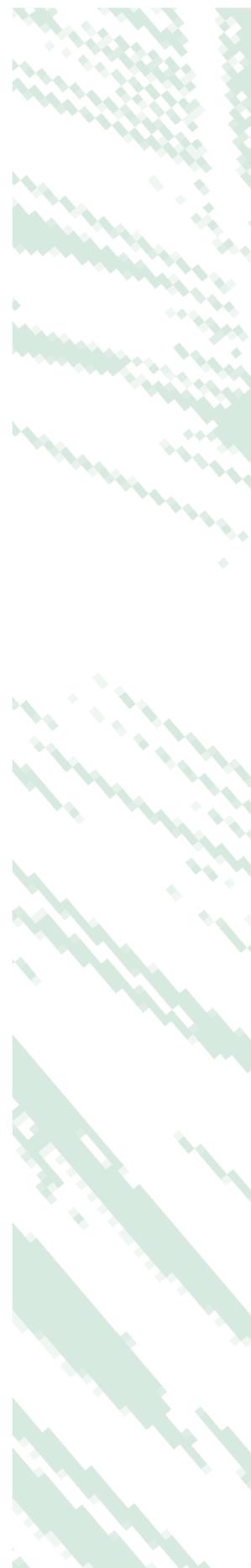
Para la elaboración del mismo se utilizaron fuentes secundarias (datos estadísticos nacionales) y datos primarios (entrevistas a informantes clave).

En diciembre de 2001 se produce en la Argentina una crisis político/institucional y económica de magnitudes significativas. Ello significó la renuncia del presidente constitucional Dr. Fernando de la Rúa y su reemplazo por el Dr. Eduardo Duhalde, elegido por el Congreso Nacional para conducir el proceso de transición política y estabilizar la crisis económica. El 19 y 20 de diciembre del 2001 el conjunto de la ciudadanía produjo una reacción inmediata tomando las calles en señal de protesta y a partir de esa experiencia se articularon diversas formas de organización: los piqueteros (quienes ya existían pero tomaron estado público), las asambleas barriales, las fábricas recuperadas, los ahorristas entre otros.

En el año 2003 se realizaron elecciones nacionales de presidente y vicepresidente para institucionalizar al país. Accede a la primera magistratura el Dr. Néstor Kichner quien, si bien pertenece al Partido Justicialista, uno de los partidos mayoritarios, convoca extrapartidarios para la conformación de su gabinete.

Entre tanto la protesta popular cede en sus manifestaciones pero no en la práctica ciudadana de participación. Del inicial “que se vayan todos” se desarrolla un proceso que lleva a las organizaciones a pensar estrategias de acción así como debatir sobre el poder e intentar articular una práctica de construcción del poder que se contraponga a la tan denigrada política de representación.

En ese escenario, cobran especial importancia los derechos sexuales y reproductivos. Se produjeron avances importantes, como la ejecución del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su implementación en el conjunto del país.





A su vez se reactualiza el debate público sobre el aborto adquiriendo notoriedad pública a partir del 18 Encuentro Nacional de Mujeres, realizado en la ciudad de Rosario en agosto del 2003 donde la consigna por el aborto libre y gratuito hegemonizó el encuentro, transversalizando la demanda a todos los espacios de debate.

1.2 - Disponibilidad y calidad de las fuentes de información

Fuentes de Información

Las fuentes oficiales de información en la Argentina presentan una serie de dificultades así como sesgos en el modo en que es conformada y analizada la información.

Esta situación es particularmente crítica en el caso de los derechos sexuales y reproductivos por varias razones; no están discriminados por sexo y, dado que el aborto es ilegal, hay un importante subregistro así como un registro errático de las causas de la muerte materna. Por otro lado, las historias clínicas confeccionadas en los hospitales públicos, fuente de datos oficiales, en caso de mortalidad por complicaciones por aborto o violencia registran otras causales de deceso. Esta situación oculta la realidad e invisibiliza la situación por las que atraviesan las mujeres al no poder acceder a servicios de calidad e información. La cuestión del registro hospitalario y la calidad de la atención, son demandas, expresadas públicamente, del movimiento de mujeres.

En el país para la información básica se cuenta con los censos nacionales que se realizan cada 10 años, encuestas permanente de hogares (EPH) que se relevan en grandes conglomerados urbanos y la encuesta de calidad de vida, así como estudios e investigaciones parciales sobre la realidad del país.

Los censos²

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), dependiente de la Secretaría de Programación Económica y Regional del Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos. El Instituto Nacional de Estadística (INE) es la institución encargada de llevar a cabo los censos. Según las disposiciones de la ley 17622/68, el INDEC se encuentra facultado para ejercer la dirección superior de todos los censos y actividades estadísticas oficiales que se efectúen en el territorio nacional³. Para este documento se tomaron los resultados provisionales del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, entre otros.

El Censo constituye la única fuente de datos del país que aporta información de población, hogares y viviendas hasta los niveles geográficos más pequeños. Estos datos facilitan “formular políticas y administrar programas”, conocer la magnitud de la población NBI (necesidades básicas insatisfechas) hacer comparaciones intercensales y de proyecciones en torno a la evolución social, demográfica y económica de la población durante los diez años siguientes a la realización del censo.

Los censos nacionales de población, familias y vivienda a fin de garantizar

2. *Características metodológicas del censo aportada por INDEC – Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-*

3 *Dicha ley establece en su artículo 10 “las informaciones que se suministran a los organismos que integran el Sistema Estadístico Nacional, en cumplimiento de la presente ley serán estrictamente secretas y sólo se utilizarán con fines estadísticos. Los datos deberán ser suministrados y publicados exclusivamente en compilaciones de conjunto...”.*

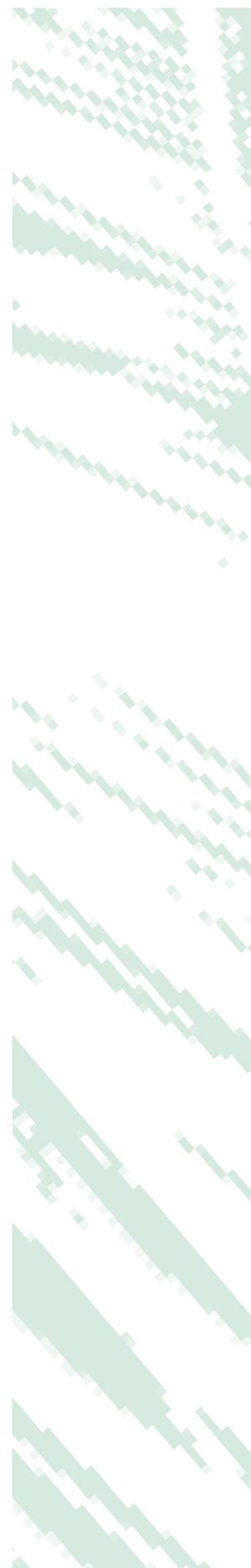
la comparabilidad internacional, requerida por la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas, y cumplir con lo dispuesto en el decreto 3110/70, reglamentario de la ley 17622/68, han sido realizados en los años terminados en cero. “Durante el año 2000 se dispone transferir la ejecución del censo para el mes de octubre del año 2001 y denominarlo, a partir de entonces, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 (Decreto 727). Al año siguiente vuelve a trasladarse la fecha del Relevamiento mediante el decreto 1154” (INDEC).

En lo metodológico el Censo desarrollado por INDEC es un “censo de hecho”, es decir que *se censa a las personas en el hogar en el que pasaron la noche de referencia del censo* (la del 16 al 17 de noviembre), fueran o no residentes habituales de aquél. El censo se realiza a partir de una entrevista directa aplica el cuestionario censal y a diferencia de los dos censos anteriores no se aplicaron muestras en el Relevamiento, de modo que se formularon las mismas preguntas a toda la población, sin excepción, mediante la aplicación de un cuestionario único.

En el documento se utilizaron resultados provisionales, es decir que antes de contar con la información proveniente de las cédulas censales, cuyo procesamiento demora algo más de un año, el INDEC proporciona *resultados provisionales* obtenidos mediante un procedimiento más controlado que resulta del procesamiento informático de las planillas R2, resumen del Jefe de Radio.

“El análisis final de la cobertura del Censo 2001, tal como lo indican las recomendaciones internacionales y la propia experiencia del INDEC, sólo estará disponible a partir de los resultados definitivos de población por sexo y edad, y luego de aplicar metodologías que incluyen el análisis demográfico (conciliación censal) y la encuesta post-censal (EPC)”. –INDEC-

En los hechos, al momento de recabar información de los datos censales nos hemos encontrado con limitaciones en la información disponible dado que en algunos casos no existe información desagregada por sexo, en otros los datos (epidemiológicos, información sobre financiamiento y gasto) afectan el diagnóstico de impacto de reforma sobre SSR /diseño y evaluación de programas.



2. PRESENTACIÓN GENERAL: SITUACIÓN ARGENTINA A INICIOS DEL SIGLO XXI

2.1 Escenario político, económico y social

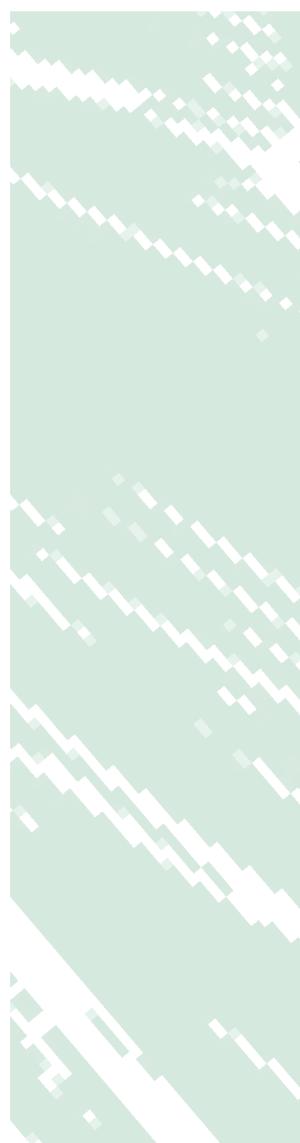
La República Argentina tiene un sistema de gobierno representativo, republicano y federal. En la actualidad atraviesa una grave situación institucional, económica y social como resultado del proceso de profundización e implementación de políticas neoliberales llevada adelante en nuestro país durante décadas. El impacto de los últimos años de la década del 90 “estalló” en el mes de diciembre de 2001, cuando se produjeron una serie de acontecimientos que marcaron sensiblemente la historia institucional y política del país.⁴

En quince días hubo cinco presidentes, se declaró el default financiero, se abandonó la política cambiaria que regía desde 1991 y se devaluó el peso. Estas circunstancias produjeron movilizaciones populares espontáneas en repudio al estado de sitio decretado por el gobierno constitucional para reprimir las demandas de trabajo y alimentos y los cortes de ruta organizados por distintas agrupaciones de trabajadores / as desocupados / as en todo el país.

El contexto socio económico y el ajuste estructural profundizado sobre fines de los 80 e inicios de los 90, agravó las condiciones de vida de vastos sectores de la población y la vigencia de los derechos económicos, sociales y culturales de todos los sectores sociales pero, en especial, de aquellos más excluidos.

La precarización de los derechos sociales se ha caracterizado por un proceso de concentración de la riqueza en una pequeña porción de la sociedad: considerando la evolución de la participación en los ingresos de los hogares – según datos INDEC, SIEMPRO y Consultores EQUIS - en los últimos diez años la brecha entre el ingreso per capita del 10% más rico y del 10% más pobre es de + 70% . Dicha concentración se expresa en el aumento creciente de los índices de pobreza e indigencia y como consecuencia un alto índice de desempleo o subempleo y de carencias múltiples que tiende a extenderse a distintos grupos sociales y a permanecer en el tiempo.

Este proceso de profundización de la pobreza abarca a sectores pertenecientes a la clase media, quienes ven deteriorada de manera creciente sus condiciones de vida. Este sector se vio afectado por el desempleo, el deterioro de sus condiciones de trabajo favorecida por la ley de Flexibilización Laboral en los noventa y luego con la expropiación de sus ahorros a partir de la



⁴ Informe del PNUD-
Noviembre 2002-En
Búsqueda de la Igualdad de
Oportunidades. Aportes para el
Desarrollo Humano.
Desigualdad y Pobreza-
Liliana de Riz, Luis Acosta,
Mariana Clucellas.

política económica impuesta desde los organismos económicos multilaterales (BM, BID, FMI) puesta en práctica por el ministro Domingo Cavallo.

Las razones de esta situación responde a un sinnúmero de causas que pueden encontrarse a lo largo de la historia de nuestro país. El cumplimiento sin ningún atenuante de las políticas impuestas por el Consenso de Washington llevaron a la aplicación de modelos de ajuste estructural por parte de los diferentes gobiernos desde la dictadura militar de 1976, regidas por los dictámenes de los organismos multilaterales de crédito sin poner a consideración el impacto o daños en la vigencia de los derechos sociales de ciudadanos y ciudadanas. La implementación de la estrategia neoliberal en nuestro país se centró en la afirmación de un nuevo régimen cuya característica principal era la valorización financiera y la transferencia de recursos al exterior. La lógica financiera subordinó cualquier otro modelo de desarrollo del país. El predominio del esquema financiero por sobre el productivo, en el marco de la apertura al mercado externo y el proceso de globalización, indujo a la destrucción del aparato productivo con la consecuente expansión del desempleo y la reducción de los ingresos. La aplicación de dichas políticas implicó una reformulación del rol del Estado donde el proceso de “desguace” ocupó un lugar privilegiado, básicamente las privatizaciones sin control de los usuarios que fueron el puntapié inicial de un largo proceso de corrupción de la administración pública y los políticos de turno. Este modelo se sustentaba en ciertos rasgos prevalecientes: regresividad distributiva, condiciones de rentabilidad altísima para los sectores de los servicios públicos privatizados y el aparato financiero en detrimento del aparato productivo y un modelo de desarrollo que se articulaba sobre la base de una situación de dependencia marcada por las condiciones de la deuda externa. Así es como la relación entre las causas externas e internas llevaron a una sucesión de crisis en la década (1995,1998) hasta llegar a la del 2001 que significó un cuadro de insolvencia externa para afrontar los compromisos asumidos y un estallido de crisis social. Entre otras cosas, este modelo tenía implícito la degradación de las condiciones de vida de la amplia mayoría de la población y una profundización de la precariedad de los derechos sociales, económicos y políticos, planteando límites a la profundización de la democracia. La movilización social, con diferentes actores involucrados, se manifestó tempranamente en la década del 90. Estas movilizaciones tempranas se caracterizaban por la demanda de derechos particulares afectados pero no lograban articular una protesta donde confluyeran las diferentes expresiones del impacto del modelo neoliberal. Los organismos de derechos humanos fueron ampliando sus demandas iniciales hacia los derechos sociales: “estas demandas fueron percibidas desde el poder político como los costos “lógicos” de las reformas. Las respuestas sociales al ajuste fiscal del estado, a la privatización de la educación, a la flexibilidad laboral o a la eliminación de los subsidios a los créditos hipotecarios, parecían concebirse como meros hitos de la “transición” hacia una nueva economía y una nueva sociedad”.⁵



⁵ Di Marco, G, Palomino H., Altamirano R., Méndez, S, Palomino M, (2003) *Movimientos sociales en la Argentina. La politización de la sociedad civil* (Buenos Aires, Jorge Balindo Ediciones y UNSAM)



A mediados de la década, la ilusión de un cambio se había resquebrajado dado la fuerte pregnancia del creciente desempleo y la visible polarización en la distribución de los ingresos. El incumplimiento del paraíso prometido llevo a los nuevos movimientos de protesta a una fuerte interpelación al Estado y al sistema político: trueque, empresas recuperadas, movimientos contra las privatizaciones como el caso de YPF, movimientos para esclarecimiento de crímenes ligados a la corrupción política y del aparato policial. Estos constituyen un importante antecedente de los movimientos articulados surgidos post crisis del 2001: asambleas barriales y fabricas recuperadas fueron quienes mas fuertemente interpellaron al orden neoliberal y al régimen político.

2.2 Redes y articulaciones nacionales en torno a los Derechos Sexuales y reproductivos a nivel nacional en los últimos años

Las organizaciones de mujeres, en el marco del movimiento de mujeres han gestado y sostenido diferentes espacios de articulación y acciones que permitieron poner en la agenda publica nuestras demandas y necesidades sobre los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Estos espacios permitieron contribuir a la agenda impulsando las leyes y programas de salud sexual y reproductiva que se promulgaron en las provincias y a nivel nacional. Desde la vuelta de los gobiernos constitucionales en 1983 hasta la actualidad, diversos grupos y organizaciones feministas se han ido conformando y articulando en red - como la Red Nacional por la Salud de la Mujer - y han incorporado sus demandas y propuestas legislativas y de políticas sociales en el debate y la agenda pública en relación al derecho al aborto, la eliminación de la violencia contra las mujeres, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, a la anticoncepción y al cuidado de la salud integral.

En el año 2003 se han realizado diferentes actividades relacionadas con el derecho al Aborto.

Con respecto a las complicaciones post aborto este tema fue abordado en el Seminario Regional “Monitoreo de la Atención de las complicaciones post aborto en los hospitales públicos” organizado por el Foro por los Derechos Reproductivos en abril, con asistencia de [investigador@s](#) y [activist@s](#) de siete países y el Taller de Atención Post aborto y Derechos Humanos en el Mercosur, organizado por FEIM y la Secretaría de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en noviembre. En ambos se convinieron intercambios y acciones conjuntas en la región para unificar las pautas de atención de calidad en los servicios de gineco -obstetricia y asegurar la vigencia de los derechos humanos de las mujeres, según recomienda el párrafo 8.25 de la PA de la CIPD. En julio se realizo un seminario “Dialogo nacional” en el que se trabajo sobre los proceso de reforma en salud y al salud sexual y reproductiva, este espacio fue organizado por el CEDES.

En relación a los cambios culturales y legislativos necesarios respecto del aborto durante 2003 se realizaron diversas actividades como la Asamblea por el Derecho al Aborto en el marco del XVIII Encuentro Nacional de Mujeres

de Rosario y se desarrolló el Programa “Aborto seguro: derecho de ciudadanía de todas las mujeres” de Mujeres al Oeste en la provincia de Buenos Aires, con el objetivo de profundizar el debate sobre la legalización del aborto y desarrollar formas creativas y eficaces de acción a favor de la misma por parte de las mujeres ante los medios de comunicación.

Diversas investigaciones de centros de investigación privados como de las universidades públicas intentaron poner de manifiesto la dificultad en el acceso a la información y el modo en que estaban contruidos los datos así como una serie de análisis de las condiciones objetivas y subjetivas en la carencia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Por otro lado se articularon acciones conjuntamente con organismos públicos como las Defensorías del Pueblo, espacio que vehiculizó con efectividad demandas diversas en el incumplimiento de dichos derechos. Un ejemplo, en el ámbito de la Capital Federal, fue la investigación que realizaron conjuntamente la Defensoría del Pueblo de la ciudad con el CEDES para monitorear la aplicación de la Ley de Salud Reproductiva en el ámbito capitalino. Como resultado de dicha tarea, se están llevando a cabo talleres de capacitación con los proveedores de salud. Por otro lado se constituyó un consorcio nacional, conformado por varias ONG, para monitorear la aplicación e implementación de la Ley de Salud Reproductiva a nivel nacional.

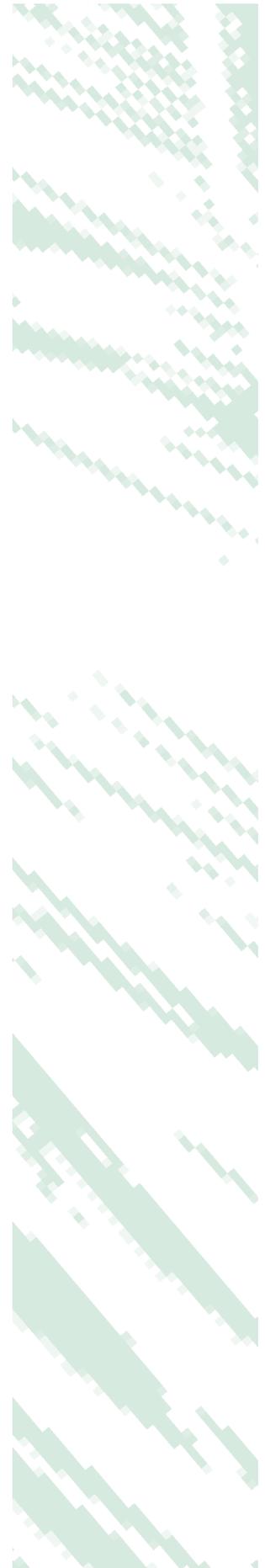
La Coordinadora por el Derecho al Aborto con una larga trayectoria en la demanda por el aborto legal y por la despenalización realizó innumerables actividades en la década tanto en el movimiento de mujeres como en los ámbitos legislativos lo que permitió paulatinamente instalar el tema en la agenda pública.

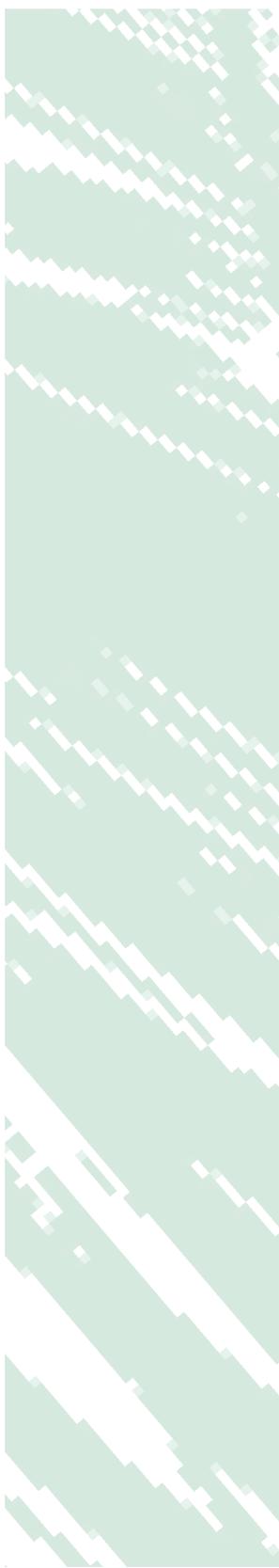
Es importante destacar el rol y las acciones a nivel nacional llevada a cabo por la Red Nacional de Salud enmarcadas en la defensa del derecho a la salud y específicamente en los derechos sexuales y reproductivos. Encuentros nacionales anuales, acciones directas en el movimiento de mujeres (talleres de reflexión, capacitación, etc) como lobbys en el campo parlamentario han permitido desplegar un acercamiento a las mujeres acerca de sus derechos y una presencia en el espacio público de significativa importancia como demanda y monitoreo de las carencias y de la falta de aplicación e implementación de legislaciones existentes.

2.3 Características sociodemográficas de la población.

Argentina es un país que se encuentra ubicado en el extremo sur del continente Americano, por su gran extensión (2.780.400 Km²) ocupa un segundo puesto en superficie dentro de los países latinoamericanos. Su estructura organizativa divide al territorio en 23 provincias y un distrito federal.

La población total es de 36.223.947 habitantes, con una densidad de 13 habitantes por Km² distribuidos de manera desigual en función de los recursos económicos, las concentraciones urbanas y los determinantes geográficos, encontrando como puntos extremos la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con





una densidad de 13.843,9 habitantes por km², y la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida Argentina e Islas del Atlántico Sur con 0,1 habitantes por km²⁶

Este rasgo se repite en las capitales de las provincias más pobladas de nuestro país, donde la población también tiende a concentrarse en grandes aglomerados urbanos como por ejemplo la provincia de Córdoba que cuenta con una población total de 3.061.611 de habitantes donde 1.282.569 (41,89%) se ubica en su ciudad capital, o la Provincia de Santa Fe con una población de 2.997.376 donde 1.119.758 (37,35%) reside en la ciudad de Rosario. Cabe señalar que las mencionadas metrópolis –junto con la ciudad de Mendoza– constituyen las ciudades más importantes de Argentina luego de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y que esta última junto a Córdoba y Santa Fe conforman la región centro de nuestro país. En estas se produjo el mayor desarrollo industrial lo cuál constituyó un foco de atracción para la población inmigrante europea y la población rural en búsqueda de trabajo y mejores condiciones de vida.

En la provincia de Buenos Aires existe la mayor concentración urbana del país, el 40% de la población vive en el Gran Bs. As, que está conformado por la ciudad de Bs. As y 25 partidos llamados del Conurbano constituyendo un total de 11.453.725 millones de personas de los cuáles 2.768.772 millones residen en la capital y unos 8.684.953 millones en los partidos, En esta región se mezclan geográficamente zonas de población de alto poder económico con zonas de población de escasos recursos, donde el acceso a los servicios de salud es muy desperejo debido, entre otros factores, a la fragmentación jurisdiccional de dichos servicios y a las diferencias de recursos económicos tanto de la población como de las administraciones municipales respectivas.

Los resultados provisionales del Censo 2001 indican que de la población total de nuestro país un 89,31% se concentra en áreas urbanas (en localidades de 2000 y más habitantes) y un 10,68% en zonas rurales. Cabe destacar que la población urbana creció en los últimos diez años un 13,77% mientras que la población rural disminuyó en el mismo periodo un 7,37%, y proyecciones realizadas marcan para los próximos años una continuidad en este proceso.

Dentro de la población que vive en zona rural (3.871.038 habitantes) es necesario distinguir entre aquellas que residen en localidades de menos de 2000 habitantes o campo abierto denominada “población agrupada” que son 1.232.226 habitantes de aquellas que residen en campo abierto denominada “población dispersa” que constituyen 2.638.812 habitantes. En el periodo 1991 y 2001 hubo un aumento en la primera de un 10,20% y una disminución en la segunda de 13,80%.

Estos datos estarían planteando un éxodo ininterrumpido de la zona rural a la urbana por una parte y dentro de la zona rural el cambio de residencia de campo abierto a lugares más poblados dentro del campo. Esta distribución de la población en el espacio geográfico definida como desequilibrada esta planteando además un desequilibrio en el acceso a bienes y servicios públicos que el estado debe garantizar y que ante su escasa presencia la población más desposeída y dispersa busca acceder a ellos en los centros más poblados o en las grandes metrópolis.

En cuanto a la distribución de la población con respecto al sexo nos encontramos que del total de la población 18.556.073 son mujeres y 17.667.874 varones con un 95,2 de índice de masculinidad⁷. Este índice es decreciente con la edad, lo cual se explica por la sobre mortalidad masculina registrada en las todas las edades.

En cuanto a la distribución regional de la población por sexo, tomando como dato el índice de masculinidad presentaremos dos ejemplo en los extremos el valor más bajo es el alcanzado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires 83,2 y el valor más alto de 104,7 en Chubut y Tierra del Fuego respectivamente, “en la distribución regional del índice de masculinidad predominan los ligados con comportamientos dinámicos de la población, como la propensión de los varones a migrar a lugares desfavorables que se consideran con potencialidad de desarrollo”⁸.

Si se tiene en cuenta la fecundidad en nuestro país, las proyecciones realizadas por la CEPAL encontraron en los datos de la población total arrojada por el último censo 2001 un crecimiento menor al esperado. Sobre una hipótesis media de la población, para el año 2000 alcanzaba 37.032.000 habitantes, 39.302.000 para el 2005, 41.474.000 para el 2010 y 43.498.000 para el 2015.

Estas proyecciones presentadas pueden completarse con una lectura retrospectiva del volumen y variación Inter. censal de la población total del país desde 1869 al 2001 de los Resultados Provisionales Censo 2001

POBLACIÓN: VOLUMEN Y VARIACIÓN INTERCENSAL ABSOLUTA Y RELATIVA TOTAL DEL PAÍS. AÑOS 1869 - 2001.

Año	Población	Variación absoluta	Variación relativa %
1869	1.830.214	2.214.697	121,0
1895	4.044.911	3.858.751	95,4
1914	7.903.662	7.990.165	101,1
1947	15.893.827	4.119.966	25,9
1960	20.013.793	3.350.638	16,7
1970	23.364.431	4.585.049	19,6
1980	27.949.480	4.666.048	16,7
1991	32.615.528	3.608.419	11,1
2001*	36.223.947		

Fuente: INDEC. Censos Nacionales de Población.

De la lectura general de esta tabla se destaca una variación significativa tanto en los valores absolutos como relativos desde 1947 a 2001 marcando una disminución en el crecimiento poblacional entre un censo y otro.

Este dato puede relacionarse con las proyecciones planteadas en torno al envejecimiento de la población si tomamos los datos referidos a la distribución de la misma de acuerdo a la edad.

De acuerdo a las proyecciones de población efectuada por la CEPAL 2000⁹ “ la proporción de población en el tramo 0 y 4 años de edad alcanza a un 9,44%; a 18,27% para 5 a 14 años, 17,97% para el de 15 a 24 años, 40,97 para



⁷ Indica la cantidad de varones por cada cien mujeres.

⁸ PNUD 2000 “Informe sobre Desarrollo Humano 2000” Publicado para el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Ed. Mundi-Prensa.

⁹ CEPAL 2000 “Equidad, desarrollo y ciudadanía”, Santiago de Chile, Naciones Unidas.



el de 25 a 59 años y 13,33 para los de más de 59 años” . Si sumamos los últimos valores: de 15 a más de 59 años constituyen el 54.3% , es decir más de la mitad de la población.

Cabe señalar que estos datos constituyen proyecciones necesarias a constatar con el último censo teniendo en cuenta además que representa a la población en su totalidad sin desagregar datos por sector social. En este sentido en los sectores populares la tasa de fecundidad es mayor por lo cuál la estructura etarea presentara diferencias con la correspondiente a otros sectores de la población con mayor ingreso y escolaridad entre otros factores.

Por otro lado, hubo un cambio significativo en torno al crecimiento porcentual de la población, mientras que en los censos 1991 y 1980 el crecimiento fue de 16,7% entre el 2001-1991 fue del 11,1%; sumando a esto que el crecimiento de la población de 65 y más año es constante, proyectándose para el 2005 que esta franja represente más del 12% de la población. Estas cifras evidencian que Argentina presenta un crecimiento demográfico lento y de población relativamente envejecida, situación que se plantea como problema en torno a la posibilidades futuras de acceso a una jubilación y que se agrava si se considera hoy el 18,3% de la población esta desocupada¹⁰ y un 16,3% subocupada¹¹.

En este sentido la cartografía social Argentina se viene modificando presentando en su estructura social una marcada diferenciación entre un sector cada vez más reducido de la población que concentra los recursos (ingreso, riqueza) y una extensa, interrumpida y creciente franja de la población que ha ingresado a la pobreza y que se suma a aquellos que vienen transitando la pobreza extrema.

La inestabilidad en el crecimiento, la distribución regresiva del ingreso, el aumento de la pobreza y el desempleo, la precarización de la fuerza de trabajo van modificando la morfología social de la sociedad Argentina dibujando otros contornos de una estructura social con rasgos duales y con una dinámica de exclusión social. La fragmentación social, la heterogeneidad caracterizan a esta nueva pobreza que incluye a ocupados y desocupados.

2.4 Características de la pobreza

En nuestro país se utilizan tres métodos para medir la pobreza: la “línea de indigencia”, la “línea de pobreza”, y las “necesidades básicas insatisfechas”. La primera define como pobre a aquellos hogares o personas que no pueden acceder a una Canasta Básica de Alimentos (CBA). La “línea de pobreza” identifica a los hogares y personas que carecen de los ingresos suficientes para adquirir un conjunto de bienes y servicios (vestimenta, transporte, acceso a la salud, etc.) destinados a satisfacer sus necesidades elementales.

Por último, el método de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), determina si un hogar cuenta con servicios sanitarios básicos, una vivienda en óptimas condiciones sanitarias, acceso a la educación y empleo, entre otros indicadores censales, identifica la pobreza estructural.

¹⁰ Se refiere a personas que no tienen ocupación y están buscando activamente trabajo.

¹¹ Se refiere a personas que trabajan menos de 35 horas por semana y están dispuestos a trabajar más horas.

Según la información del Censo 2001, menos de la quinta parte de los habitantes de nuestro país (17.7%) viven en hogares con necesidades básicas insatisfechas.

Las provincias de Formosa, Chaco, Salta, Santiago del Estero y Jujuy registran cifras superiores. De estas, la primera y la segunda duplican el porcentaje nacional.

Tal como ilustran las cifras del siguiente cuadro la situación social sigue siendo crítica en el norte de nuestro país, donde se encuentran las provincias más afectadas

HOGARES CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI) 1980, 1991, 2001

Provincia / Región	2001		1991	1980
	Total Hogares	% NBI		
Total País	10,075,814	14,3	16,5	22,3
Región Noroeste				
Chaco	238,182	27,6	33,2	44,8
Corrientes	225,957	24,0	26,9	40,6
Formosa	114,408	28,0	34,3	46,8
Misiones	235,004	23,5	30,0	39,2
Región Nordeste				
Catamarca	77,776	18,4	24,6	37,6
Jujuy	141,631	26,1	33,6	45,1
La Rioja	68,390	17,4	23,6	31,6
Salta	241,407	27,5	33,9	42,4
Santiago del Estero	178,201	26,2	33,6	45,8
Tucumán	310,787	20,5	24,6	36,6
Gran Buenos Aires				
Ciudad de Buenos Aires	1,024,540	7,1	7,0	7,4
Partidos del Conurbano	2,384,948	14,5	16,5	21,7
Región Pampeana				
Buenos Aires (interior)	1,536,507	10,5	11,7	16,9
Total Provincia	3,921,455	13,0	14,7	19,9
Córdoba	877,262	11,1	12,8	19,4
Entre Ríos	316,715	14,7	17,2	27,9
La Pampa	91,661	9,2	12,0	18,8
Santa Fe	872,295	11,9	14,0	20,0
Cuyo				
Mendoza	410,418	13,1	15,3	20,4
San Juan	148,902	14,3	17,2	26,0
San Luis	101,644	13,0	18,7	27,7
Patagonia				
Chubut	114,725	13,4	19,4	29,8
Neuquén	128,351	15,5	19,1	33,9
Río Negro	154,453	16,1	20,7	32,8
Santa Cruz	53,834	10,1	15,2	22,7
Tierra del Fuego	27,816	15,5	25,5	25,6

Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos



La principal limitación del NBI es que la información censal que utiliza como insumo queda rápidamente desactualizada. Este método identifica la pobreza estructural, pero no es útil para revelar las situaciones de pobreza reciente, en este sentido “la línea de pobreza” permite detectar las personas que, aunque cuentan con una vivienda adecuada y acceso a servicios, ya no pueden satisfacer adecuadamente sus necesidades debido a la baja de sus ingresos, registrando los llamados “nuevos pobres”, que en los últimos años se han multiplicado en nuestro país debido al aumento de la desocupación y la subocupación, la precarización de los puestos de trabajo, con la consecuente pérdida de cobertura en salud de gran parte de la población. Se trata de hogares provenientes de la clase media, que siguen viviendo en el espacio urbano pero cuyo nivel de vida ha caído sustancialmente¹².

Los niveles de pobreza e indigencia han aumentado notoriamente en el último cuarto de siglo. En octubre de 1974, en el Gran Buenos Aires, había sólo un 4,7% de población pobre y 2,1% de indigentes. En el mismo mes de 2002, la pobreza se había multiplicado por 11, las personas en esa condición representaban el 57,5% del total. La indigencia aumentó 12 veces, hasta 26,3%.

En el año 2003, se encuentran por debajo de la línea de pobreza el 54,7% de la población urbana de la Argentina; mientras que las personas indigentes son el 26,3% del total. Proyectados a todo el país, estos indicadores significan que en las áreas urbanas hay 18,8 millones de pobres y algo más de 9 millones de indigentes. Si tenemos en cuenta que la población rural no es relevada por esta encuesta, pero donde sabemos que la pobreza es mayor que en las zonas urbanas, el número de pobres en la actualidad supera los 20 millones.

Los centros urbanos con mayor porcentaje de habitantes pobres son Concordia (73,4%), Corrientes (73%), Resistencia (71%) y Tucumán (69,2%). En el Conurbano la pobreza alcanza al 61,3% de las personas, pero en el segundo cordón¹³ aumenta al 71,3%.

TOTAL URBANO EPH*
PORCENTAJE DE HOGARES Y PERSONAS BAJO LÍNEAS DE POBREZA E INDIGENCIA
-MAYO DE 2003-

Región	Bajo la línea de Pobreza		Bajo la línea de Indigencia	
	Hogares (en %)	Personas (en %)	Hogares (en %)	Personas(en %)
Noreste	59,7	70,2	28,5	37,3
Noroeste	56,2	66,9	23,4	31,2
Cuyo	47,2	58,4	20,1	28,2
Pampeana	41,3	52,8	17,1	24,4
Gran Buenos Aires**	39,4	51,7	16,3	25,2
Patagonia	32,9	40,7	14,3	18,5
Total urbano EPH	42,6	54,7	17,9	26,3

12 Feijoo, María del Carmen: *Nuevo país, nueva pobreza*, Fondo de Cultura Económica
*Encuesta Permanente de Hogares
**Incluye ciudad de Buenos Aires y partidos del Conurbano
Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

13 El segundo cordón incluye localidades más alejadas de la capital.

14 SIEMPRO, *Situación social y económica*, Octubre de 2003, MIMEO

Los principales factores del crecimiento de la pobreza han sido la pérdida de ingresos de los individuos y las familias, los cambios en los precios minorista y el aumento de la desigualdad del ingreso¹⁴. Según el análisis del SIEMPRO, tanto en el periodo 1998-2001 como en 2001-2002, el factor más

importante fue la caída del ingreso per cápita familiar, originado en la desocupación y la reducción de los salarios e ingresos de los autónomos.

Los ingresos insuficientes para cubrir la canasta básica de alimentos y la inestabilidad en los mismos provoca un frecuente rotación entre la condición de pobre y no pobre. Es así que más de la mitad de los hogares en zona urbana han experimentado en los últimos dos años algún episodio de pobreza y el 17% del total de hogares permaneció en la pobreza.

Basta ejemplificar con el número de pobres que se suman día a día, mientras que para el período de 1999-2000 eran 876 personas para los años 2000/2001 esa cifra se triplica en 2412 personas. También se triplica el número de indigentes, mientras que para los años 1999-2000, el incremento por día de indigentes era de 709, para el 2000-2001 es de 2419 personas por día.

Datos aportados por SIEMPRO plantean que en octubre del 2001 el 58,6% (7.082.200) de niños/as y adolescentes en nuestro país son pobres y el 23,2% indigentes; a estos se les suma que el 44,3% de los desocupados pobres se ubican en la franja etaria de 15 a 24 años.

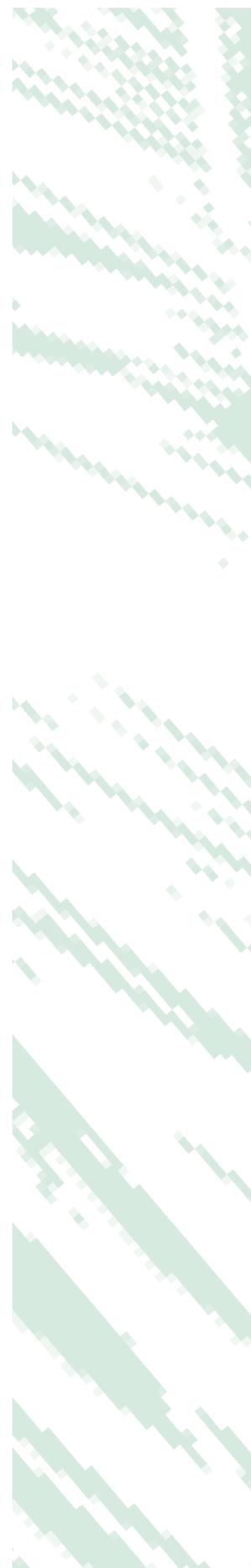
Las estadísticas dan cuenta del crecimiento de la pobreza que tiene diversos rostros el de las mujeres ocupadas en el mercado informal; los niños/as excluidos del sistema educativo, los/las jóvenes sin escolaridad ni empleo. Proceso este que plantea un problema estructural y viene implicando a nuevas generaciones que ven afectados sus proyectos vitales de existencia.

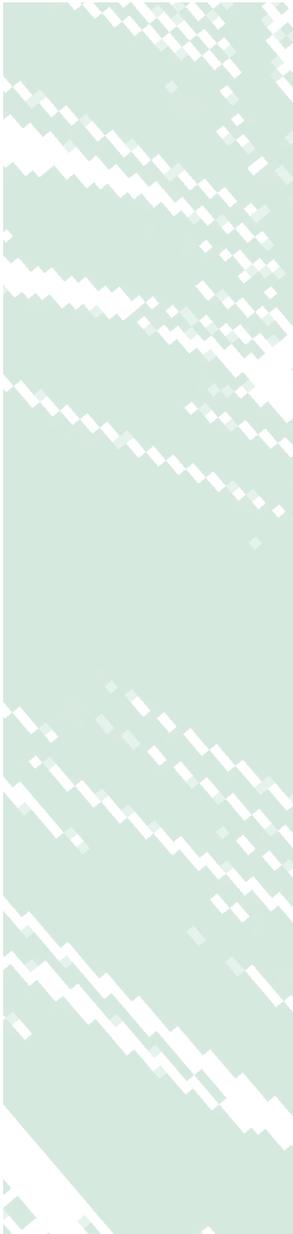
2.5 Pobreza, trabajo y educación

En la década del 90, hubo una transformación en la idea de acceso al mundo del trabajo pasando del empleo asalariado al cuentapropismo. El Neoliberalismo encontró su apogeo en el Gobierno Menemista, denominado por muchos como la “década infame”. Junto con la lógica del libre mercado, las privatizaciones y cierres de fábricas, la ley de flexibilización laboral entre otras fueron modificando la estructura ocupacional en el país generando una nueva cultura del trabajo.

El trabajo asalariado, los beneficios sociales, la mayor estabilidad que caracterizaba al empleo de una amplia franja de la población ocupada fue suplantada por el trabajo inestable y precarizado en sus distintas formas como por ejemplo el contrato basura, empleos encubiertos –becas, pasantías-, el empleo temporal, la reducción de la indemnización por despido, reducción de aportes patronales etc...- implicando un crecimiento del mercado informal en sintonía con la subocupación y desocupación. Claramente en este proceso se fueron perdiendo derechos laborales conquistados a partir de la lucha del movimiento obrero en el que muchos trabajadores y trabajadoras expusieron sus vidas.

El modelo neoliberal fue instalando en la vida cotidiana valores como la competencia e individualismo acompañados de sentimientos de resignación, desesperanza y fracaso. La pérdida del empleo –desde esos valores- refería a una incompetencia o incapacidad individual que fue naturalizada ante la hegemonía de la lógica del mercado.





El desempleo y la pobreza creció expresando con crudeza el impacto de la aplicación de un modelo que pulverizó el aparato productivo, concentró la riqueza, amplió la deuda, y la brechas sociales al punto de convertir la sociedad Argentina en una sociedad dual.

Los datos oficiales aportados por SIEMPRO e INDEC¹⁵ sobre el crecimiento de la pobreza nos plantea que en septiembre del 2002, en Argentina había 21 millones de pobres (56,75%) de los cuales 9,6 millones vivían en la indigencia (25,94 %).

Esta pobreza tiene diversos rostros y entre ellos está el de la población infantil. Según los datos estadísticos 9 millones de niños / as y adolescentes son pobres; Siete de cada diez niños / as nacen en hogares pobres y cuatro viven en la indigencia y en los dos últimos años casi el 80% de los menores de 18 años transitó alguna vez en la pobreza. (INDEC 2002)

La pobreza se viene profundizando junto con la desocupación y subocupación y deterioro de las condiciones de trabajo. Si tenemos en cuenta la Población Económicamente Activa (PEA), que son en total 14.300.000; el 19,9% están sub - ocupados (2.850.000) y el 17,8% desocupados (2.550.000) (INDEC 2003).

El impacto de la pobreza y la desocupación se hizo evidente en el 2002 reconociéndose no como problema coyuntural sino como producto de un largo proceso. Las consecuencias del mismo se hizo presente en 1983 con la desocupación oculta, los salarios caídos y el deterioro en las condiciones de trabajo. Con el inicio de la democracia “los programas de estabilización que continuó en décadas posteriores afectó sobre todo al segmento poblacional de baja calificación e inserción precaria que nunca logró recuperar posiciones en términos de empleo o ingresos.”¹⁶

La participación económica de las mujeres de los sectores más empobrecidos se desarrollaba con grandes desventajas dada la carencia de centros de cuidado infantil que facilitarían esta tarea a las mujeres trabajadoras. En este marco estas llevan adelante sus jornadas de trabajo en condiciones de desventaja.

En el período 1991 a 1997 (época de aplicación del Programa económico de convertibilidad) con altibajos hubo crecimiento en las tasas de empleo sobre todo en aquellos sectores con mayor calificación y niveles de instrucción medios y altos. La franja poblacional pobre se vio más afectada dado que en este período uno cuarto (1/4) de los pobres no terminaron la primaria y el 33% de los hogares pobres cursaron solo parte de la secundaria. (INDEC, EPH índice de pobreza e indigencia sacado del período 1992-2001) .

En el año 1999 se produjo un nuevo ciclo de recesión que llevó al quiebre del programa de convertibilidad el cual finalizó con la devaluación en el 2002. Esta crisis -producto de un modelo político económico- produce deterioro y cierre de fuentes laborales impactando especialmente en la fuerza de trabajo masculina. Esta gran masa de trabajadores /as desocupados es portadora de nuevas características como el estar compuesta por el segmento de mujeres y

15 SIEMPRO: *Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación.*

INDEC: *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.*

16 *Pobreza y Mercado de Trabajo*, Argentina y Paraguay. Proyecto Género, Pobreza y Empleo en América Latina. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe. Impreso en Chile, 2003.

varones más educados –diferente al ciclo anterior descrito - y con mayores tasas de desocupación masculina; dato novedoso dado que por primera vez en dos décadas las tasas de desocupación masculina superaron a las femeninas. Esto puede entenderse en la medida que la caída en la demanda de trabajo en la manufactura y construcción y el aumento de la demanda en sectores de los servicios produjo mayor desocupación masculina y aumento en las tasas de participación y empleo femenino- esto de la mano con el aumento de la precariedad laboral antes señalada-

La expansión de la pobreza esta asociada con el crecimiento de la desocupación pero es importante señalar que no es exclusiva de ella dado que a la franja de desempleados pobres se suma los “trabajadores /as pobres” que vienen sumándose dada las condiciones de trabajo precarias y el deterioro de los ingresos.

La salida traumática de la Convertibilidad y la inflación generó que la actividad económica del 2002 cayera el 11,1 por ciento, según información del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC).¹⁷ Y uno de los efectos de la devaluación fue que dejó a la mitad de los asalariados/as argentinos cobrando menos de 400 pesos, una cifra que sólo alcanza a cubrir el 55 % del costo de la canasta básica de alimentos, según informe de febrero de 2003 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). A modo ilustrativo se menciona que el monto del sueldo básico de una Maestra /o de escuela de educación general básica (EGB) de la Provincia de Buenos Aires pagado por el Estado Provincial es de \$284,14 (doscientos ochenta y cuatro pesos con 14 centavos). Cifra que esta por debajo de la Canasta Básica de alimentos valuada en 720 pesos. Este dato es sumamente relevante dado que las /los maestras /os son mayoritariamente mujeres y están encargadas de una tarea fundamental para el presente y el futuro del país. Y por otra parte esta situación se da en la Provincia más extensa y una de las más ricas en recursos de nuestro país.

Es interesante señalar también que varios otros componentes (como el llamado “incentivo docente”) del sueldo de las /los maestras /os y de otros empleados del estado, no se incluyen para el cálculo del porcentaje correspondiente a la antigüedad, vacaciones y otros beneficios sociales, por lo que constituyen una parte pagada fuera de la ley de trabajo . Constituyen un pago “en negro” denominación racista habitual en nuestra sociedad para no llamarlo remuneración “fuera de las leyes laborales” , este gobierno dice que está combatiendo el empleo “en negro”.

En tanto, el salario promedio de la economía en la Argentina es de 524,2 pesos y sólo alcanza para cubrir alrededor del 70 % de esa canasta alimentaria cuyo costo supera los 720 pesos, según la evaluación del INDEC. Es decir que el 50% de los ocupados /as están bajo la línea de pobreza.

Los ingresos salariales revelan que la situación en el interior es más aguda ya que en la región del NOA, la mitad de los trabajadores cobra menos de 300 pesos, en el NEA, esa proporción percibe menos de 280 pesos y en las regiones Pampeana y en la Patagonia, la media se ubica en los 350 pesos. A su



17 Datos de INDEC y SIEMPRO trabajados en el Documento: CTA. Instituto de Estudios y Formación de la CTA. Espacio de Economía Social. Propuesta Operativa para el año 2003.



vez, el empleo en negro creció al 44,2 % y en las provincias del norte del país ese porcentaje supera el 50 %, de acuerdo al INDEC. El promedio salarial y el nivel de empleo informal responde a la ampliación de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) que se realizó el octubre de 2002. De acuerdo a los datos aportados por SIEMPRO (2002) el acceso a los empleos de calidad se fue restringiendo en la década de 1990, y alcanzó en la actualidad su punto más crítico. Sólo seis de cada diez activos acceden a un empleo pleno. (SIEMPRO 2002)

La desigualdad del ingreso aumentó fuertemente en los noventa. En los últimos diez años la brecha entre el ingreso per capita del 10% más rico y del 10% más pobre se amplió casi un 70%, pero sólo en el último semestre la brecha creció otro 37%. (INDEC 2002).

Dos de cada diez jefes de hogar pobres está desocupado. En el 20% de los hogares pobres ninguno de sus miembros trabaja. En más de la mitad de los hogares pobres los miembros que trabajan no tienen protección laboral. Tres de cada cuatro hogares pobres no tiene ningún trabajador / a con cobertura social. (INDEC – Encuesta Permanente de Hogares 2002).

El 74% de los hogares pobres tiene menores de hasta 18 años a cargo, mientras que sólo la mitad de los hogares no pobres los tiene. Más de un quinta parte de los hogares pobres cuenta sólo con la presencia de uno de los padres. (SIEMPRO 2002). Con respecto a esto último es importante señalar que en la mayoría de los casos ese único progenitor es la madre definiéndose esos hogares como matrifocales.. Estos hogares son más pobres por contar con uno solo de los progenitores -a cargo de la producción y reproducción de la fuerza de trabajo- y por ser mujeres “cabeza de familia” inserta en general en el mercado informal se ha denominado este fenómeno en crecimiento como “feminización de la pobreza”.

En los años 2001 y 2002 dado el contexto de crisis política, económica, financiera cayó la proporción de ocupados en las mayorías de las ramas ¹⁸ “se contrajeron fuertemente las tasa de ocupación de mujeres en el servicio doméstico, el comercio y los servicios modernos. Es decir que a excepción del sector público, aumentaban los despidos en sectores de concentración de empleo femenino. La clase media afectada por la crisis se desprendió del servicio doméstico engrosando así la franja de desocupadas.

En el caso de los varones afecto a más sectores – la manufactura, la construcción, los servicios personales, el transporte y el comercio y en menor medida los servicios sociales. y por lo tanto incidió en el desmesurado desempleo masculino ; entre 1994 y 2002 la desocupación masculina creció del 55% al 62%.

Los desocupados/as en una proporción elevada venían de empleos desprotegidos –servicio doméstico, comercio, construcción – ; en el 2002 en el desempleo femenino el 70% de las mujeres y el 61 % de los varones fueron despedidos de trabajos donde no se les efectuaban aportes jubilatorios por lo tanto sin posibilidades de acceso a seguro de desempleo .

18 Cortés Rosalía “ Mercado de Trabajo y Género, El Caso Argentino, 1994-2002”, capitulo2 del libro: Valenzuela María Elena Editora “Mujeres Pobreza y Mercado de Trabajo”, Argentina y Paraguay. Proyecto Genero, Pobreza y Empleo en América Latina. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe. Impreso en Chile, 2003.

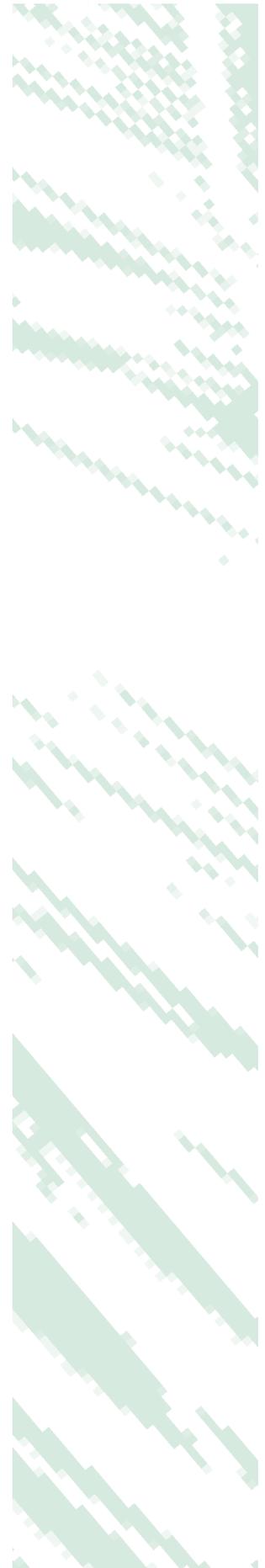
La expansión del desempleo trajo aparejados la extensión de empleos de baja calificación e inserción laboral precaria (“entre las mujeres asalariadas en 1994 el 36,2% carecía de protección jubilatoria creciendo al 41,8% en mayo de 2002 y en el caso de los varones son más bajos pasando del 30% al 36,3%). Cabe señalar que la mayor precariedad en las condiciones de trabajo se han dado en las ramas que jugaron un rol importante en la creación de desempleo –ya citadas anteriormente-. Estos datos confirman que en este proceso de pérdida de empleos y derechos laborales se precariza las condiciones de vida en los hogares más pobres quienes solo pueden trabajar como cuentapropistas, servicios doméstico y asalariados /as precarios /as. En este contexto va ampliándose la brecha de pobreza “medida como la distancia entre el valor de la canasta básica y los ingresos familiares promedio, esta brecha paso del 36% al 54% entre mayo de 1994 y mayo de 2002 (EPH , INDEC).

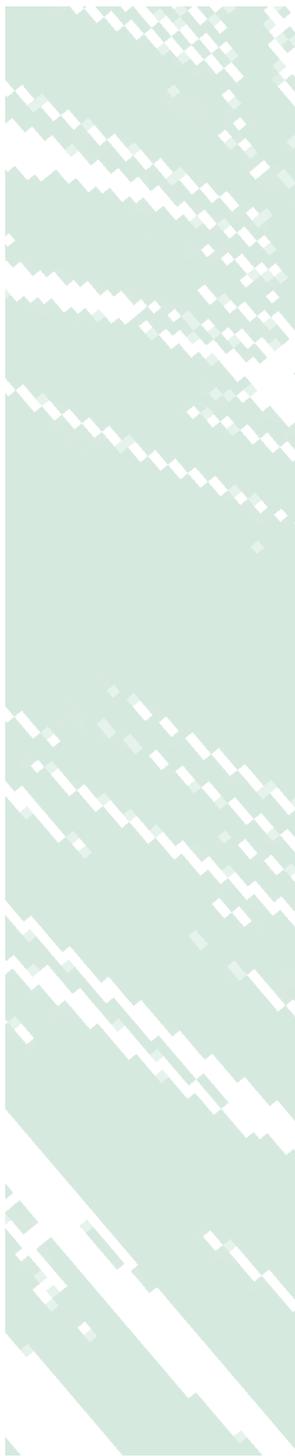
Por otro lado, los ingresos laborales nos permiten observar como se expresa la desigualdad entre varones y mujeres en torno a la valoración económica del trabajo ; el ingreso promedio de ellas representa el 60% del de los varones de iguales condiciones educativas. Esta desigualdad en las remuneraciones laborales se incrementa con la edad y la calificación. Las que padecen mayor desproporción son: las mujeres mayores de 40 años, y quienes trabajan en actividades por cuenta propia (como el sector de servicios, comercio o industria) y las que poseen niveles superiores de instrucción.

Actualmente continúa vigente el decreto 326 y su reglamentario 7979, ambos del año 1956, que reglamenta el Empleo Doméstico, con un régimen laboral diferente al resto de los trabajadores /as, que prolonga su jornada laboral y limita el goce de vacaciones, jubilación, etc. Este empleo está altamente precarizado y la mayoría de quienes lo desempeñan están en el “mercado informal” y carecen prácticamente de recursos para su defensa. Lo grave de la situación reside justamente en que cuanto mayor es la crisis económica y social, más son las mujeres que se dedican a este trabajo para solventar en muchos casos a toda la familia.

Por su parte, debemos destacar que las mujeres que tienen a cargo a sus hijos /as, principales proveedoras económicas, deben realizar más trámites administrativos que los hombres para cobrar el salario familiar, y además, si ellas son el sostén económico de la familia no cobran ningún tipo de asignación familiar por su esposo o compañero.

Esta situación se vuelve más compleja si tomamos los datos que plantean que el 27 % de los hogares pobres en Argentina se encuentra a cargo de mujeres “jefas” de hogar. Que como dijimos anteriormente constituyen los hogares pobres - matrifocales - dada las condiciones del mercado laboral para las mismas -menor ingreso, inestabilidad entre otros- , las dobles y triples jornadas de trabajo que recaen sobre este miembro u otras que asumen tareas ligadas a la reproducción cotidiana del hogar y hasta el trabajo remunerado a temprana edad.





Actualmente el gobierno nacional ha implementando programas sociales, que apuntan a disminuir el impacto en la desocupación y la pobreza, como es el denominado “Plan para Jefes y Jefas de hogar”. Este plan se plantea como objetivo la efectivización del “derecho familiar de inclusión social” y está destinado a desocupados /as a cargo de hijos /as. Se ejecuta con fondos nacionales a través de programas provinciales y municipales estando a cargo del control en la adjudicación de los subsidios sociales los Consejos Consultivos locales. La asignación es de \$150 mensuales, y equivale aproximadamente a menos de la cuarta parte de la canasta de bienes y servicios básicos (CBT) calculada. El mismo no establece prioridades para las mujeres, y aunque muchas mujeres ejecutan las horas de trabajo comunitario, el pago lo obtienen sus compañeros¹⁹.

Es decir que la crisis ha afectado a las condiciones de vida de las mujeres; en 2002 el 56% de la población femenina vivía en hogares pobres, en tanto, el 27% vivía en hogares indigentes. Estaban en condición de pobreza el 38% de las jefas de hogar y el 67% de las que tienen menores a cargo.²⁰

En cuanto a la situación laboral de las mujeres según estratos de ingresos se puede señalar que en el 2002, el 26,4% de las mujeres del 20 % más pobres se declaraba activa, mientras que entre sus pares del 20% más rico, el 48,1% se ubicaba en esa condición.

Esta brecha al interior de la población de mujeres se ha atenuado, ya que en últimos años el crecimiento de la participación femenina ha estado motorizado por la inserción de las mujeres de estratos más bajos.²¹

La diferencia en las oportunidades de empleo ha mantenido una amplia brecha entre las mujeres más pobres y más ricas.

Entre las mujeres más pobres sólo el 18% accede a un empleo, en tanto que en el 20% más rico el 46% de las mujeres tiene una ocupación.

Esta diferencia se traduce en una amplia brecha en la tasa de desempleo de las mujeres que se posicionan en los extremos de la distribución del ingreso. A la vez, las mujeres pobres que acceden a un empleo, soportan condiciones laborales más adversas que las mujeres de los estratos más altos como por ejemplo tienen mayor presencia en el sector informal (17% vs. 10%); acceden a empleos precarios (92% vs. 19%); ocupaciones no calificadas (61% vs. 15%); excluidas de los puestos profesionales (0,5% vs. 24%).

Las condiciones laborales adversas que enfrentan las mujeres pobres en su vida laboral se traducen en su etapa pasiva en una fuerte desprotección social.

En el estrato de ingresos más pobre el 61% de las mujeres de 65 años y más carece de cobertura previsional, en tanto que en el estrato más rico sólo el 21% de las mujeres de esta edad enfrenta esta condición.

Por todo lo señalado anteriormente en torno al impacto del desempleo y subempleo es en los segmentos más pobres de la población en quienes las condiciones de precariedad laboral se profundizó y donde las tasas de desempleo masculino crecieron. Los logros educativos femeninos han sido un factor importante para elevar el nivel educativo de la fuerza de trabajo, en el

19 Observaciones de campo en Córdoba y Gran Córdoba 2002 SEAP.

20 Siempre Sistema de Evaluación, Monitoreo y evaluación de Políticas Sociales. En base a la EPH y el INDEC

21 *Idem anterior.*

año 2002, en las áreas urbanas, la mitad de los ocupados tenía 12 o más años de escolaridad, de los cuales el 57% de las mujeres tenía este nivel frente al 45% de los varones²².

Pero aún así un rasgo que se suma al crecimiento de la pobreza, desempleo e ingresos bajos es la marcada desigualdad en las oportunidades educativas entre las regiones de nuestro país con respecto a la ciudad autónoma de Buenos Aires. Allí se concentra el mayor acceso a la educación de nivel superior y el mayor porcentaje de quienes finalizan este nivel dando cuenta de una correlación entre desarrollo económico y nivel de educación.

Tomando los datos aportados por OECD y UNESCO²³ de la población de 25 a 64 años que accedió y promocionó en los diferentes niveles en el año 1997 se calculó el índice de escolaridad en nuestro país. Es así que de cada 100 personas en condiciones de estudiar:

De 100	5 no alcanzan la escolaridad
95 acceden al nivel primario	23 desertan del primario
72 finalizan el nivel primario	35 desertan del nivel secundario
37 acceden al nivel secundario	25 desertan del nivel secundario o no acceden a un nivel superior
12 acceden al nivel superior	

Si comparamos este índice nacional con el NEA (Noreste Argentino que incluye las provincias de Misiones, Chaco, Formosa, Corriente, Entre Ríos) No alcanzan la escolaridad 12 de 100.

Estos datos nos llevan a señalar brevemente el problema de la equidad que enfrenta el sistema educativo en Argentina; es decir la dificultad para proveer de igualdad de oportunidades a alumnos/as en torno a la calidad educativa, a cantidad de horas, meses y años de educación necesarios para equiparar las disimilitudes entre sectores. Existiendo tanta heterogeneidad en las situaciones sociales, proveer una política homogénea no resulta lo más equitativo. En este sentido existen diferencias interprovinciales tanto en el gasto por alumno/a, en las tasas de repitencia (Buenos Aires la tasa de repitencia es de 4,3 y en Jujuy 12,8), sobre edad (tasa de sobre edad en La Pampa es de 28,7 y en Jujuy de 57,9); años de escolaridad; por otra parte la descentralización aporó a ampliar las brechas entre provincias ricas y pobres.

También existen diferencias en cuanto a la calidad en la formación docente y la infraestructura escolar encontrándonos que los docentes con mayor preparación terminan yendo a escuelas con mejor infraestructura e insumos. Otro elemento para evaluar la equidad es el referido a las diferencias en servicio educativo ofrecido en escuelas privadas en relación a las públicas como lo son la mayor cantidad de horas -doble turnos-, con comedores -dietas calóricas - y mayores insumos entre otros. Estos y otros, - como la baja escolaridad del nivel medio(74% de escolaridad neta en nivel medio)²⁴; falta de incentivo en la carrera docente, baja participación de los actores fundamentales, etc...- son los problemas con los que se encuentra hoy el



²² Siempre en base a encuesta de EPH e Indec.

²³ OECD (Organization for Economic Co-operation and Development) y UNESCO Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Dickie, Radics y Tuite "Radiografía Social Argentina del Gasto Público a la Inversión Social Ediciones Faro, Buenos Aires 2002.

²⁴ SIEMPRO, UNESCO 2001



sistema educativo en Argentina y que expresa de alguna manera las relaciones con la inserción laboral y las condiciones / oportunidades de vida en la franja más pobre.

En cuanto a la situación ligada al empleo es crítica según datos 2001²⁵ : 1.798.606 están desocupados en Argentina de los cuáles:

655,136 son Jefes de hogar mujeres y varones (cuando en 1991 el total de estos eran 122.417). 1.143.342 no Jefes de Hogar mujeres y varones, quedaron desempleados cuando el total en 1991 fue de 322.357.

Del total de desempleados 1.087.081 son varones y 711.525 mujeres cuando en 1991 253.859 eran varones y 191.223 mujeres. Es importante el reemplazo de la mujer a los hombres en los nuevos puestos de trabajo pero también es muy significativo el dato referido al crecimiento de la informalidad en los nuevos puestos de trabajo (sin aportes jubilatorios, ni cobertura y seguridad social) En este sentido la fuerza de trabajo femenina parece ampliada junto con la informalidad del mercado ocupacional por lo cuál las condiciones de trabajo son inestables y precarias (feminización del mercado ocupacional). A esto debe sumarse que las exigencias del mercado de trabajo son mayores dado que los nuevos empleos fueron ocupados por quienes cuentan con mayor escolarización y por lo tanto los que perdieron puestos de trabajo corresponden a los segmentos que no alcanzaron a terminar la secundaria. Es así que en el segmento de población sin educación –con trayectorias escolares sin culminar- la cantidad de desocupados se amplió en un 74% en el periodo 91/01.

En cuanto a la edad el segmento de 14 a 19 años ha sido uno de los más afectados por la pérdida de puestos de trabajo.

La situación de la desocupación afecta más fuertemente a los sectores vulnerables, es así que de acuerdo a la posición del hogar en la estructura social arroja los siguientes datos: si comparamos el 20% de los hogares más pobres con el 20% de los hogares más ricos nos encontramos que en los primeros uno de cada tres hogares se encuentra desempleado en el segundo grupo uno de cada veinte se encuentra desempleado.

Es así que el acceso a la canasta básica de alimentos, a la salud, a la educación, a la vivienda es profundamente desigual en una sociedad donde se triplico la desocupación –personas que no teniendo ocupación están activamente buscando trabajo- entre 1991 al 2001 (de 6% paso al 18,3%) y la subocupación –personas ocupadas menos de 35 horas semanales y dispuestos a trabajar más horas- también aumento en ese periodo (7,9% al 16,3%). (Según cifras oficiales)

Los logros educativos femeninos han sido un factor importante para elevar el nivel educativo de la fuerza de trabajo. En 2002, en las áreas urbanas, la mitad de los ocupados tenía 12 o más años de escolaridad, de los cuales el 57% de las mujeres tenía este nivel frente al 45% de los varones²⁶.

²⁵ Ministerio de Trabajo y SIEMPRO 2001

²⁶ Siempro en base a encuesta de EPH e Indec.

3. LOS PROCESOS DE REFORMA DE SALUD EN ARGENTINA

3.1 Consideraciones generales del proceso de reforma

“En Latinoamérica la privatización de empresas públicas, la desregulación de las diversas áreas de la economía, la liberalización y apertura indiscriminada de las transacciones comerciales y financieras, la descentralización y transferencia de los servicios públicos a los niveles sub-nacionales no han logrado mejorar las condiciones de existencia de amplios sectores de la sociedad.

El discurso Neoliberal ha enfatizado los efectos perversos que tiene para la sociedad el componente universalista de las políticas sociales, por lo cual ha concentrado sus ataques sobre el mismo. Las reformas en el área salud han tenido el propósito, en el caso argentino, de transformar el estado de bienestar que, bajo la apariencia de universalismo, tenía un componente predominante de tipo corporativo”²⁷.

El procesos de reforma de salud en el país, fue desarrollado de diferentes maneras, adquiriendo características particulares que le imprimieron según sea la región o provincia en donde se fue concretando el proceso impulsado.

Estas particularidades estuvieron dadas por los diferentes esquemas y estructuras de financiación utilizados, así como las modalidades de poner en marcha lo impuesto fundamentalmente por los organismos de financiación.

Los países de la región y Argentina en particular han priorizado de manera distinta los diferentes objetivos impulsados desde los procesos de reformas en relación a por ejemplo la atención de la salud, además de enfrentar múltiples presiones de los involucrados en este sector, entre los que se encuentran prestadores de servicios, pacientes, empresas aseguradoras, laboratorios medicinales, entre otros.

Dentro de los elementos que se menciona como los que llevaron a plantear la necesidad de la reforma se encuentran: los relacionados al financiamiento del sistema de salud, el origen del incremento de los costos, la inequidad del mismo sistema, la ineficiencia en el uso de los recursos, la necesidad de innovación tecnológica, la insatisfacción de los usuarios /as de los servicios. Por otro lado los mencionados fueron algunos de los aspectos que se pretendió modificar con la imposición de los procesos de reformas



27 Ase, I. y Buriyovich, J. ; “La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas”. Revista Administración Pública y Sociedad, N° 13 , Año 2000.



Es en los objetivos de los procesos de reformas que se ha pretendido asentar los cambios, en especial en torno a obtener mayor eficiencia, eficacia y equidad en el financiamiento y en la prestación de los servicios. Si bien éstas fueron las pretensiones sobre las que se asentó la reforma sus resultados estuvieron lejos de ser positivos.

En Argentina estos procesos de los últimos años, han llevado a la población a un permanente y profundo deterioro de las condiciones de vida y en particular en lo que hace a la asistencia y provisión de los servicios de salud, ya sean estos públicos como privados.

3.2 Características del sistema de salud en Argentina

En Argentina coexisten el sistema público, la Seguridad Social (integrado por las obras sociales) y el sector privado presentado grandes diferencias en lo que respecta al tipo y calidad de prestaciones y servicios entre cada uno de los sub sistemas, reforzando muchas veces inequidades e injusticias históricas en el sistema que en los últimos años con los procesos de reforma se acentuaron.

Las inequidades se mantuvieron y en algunos casos se profundizaron co existiendo un sistema de “primera” y un sistema de “segunda”; el de “primera” para quienes pueden pagar, en este grupo varía la calidad de la prestación, cobertura y servicios según el pago que efectuó la /el usuario (cliente). Por otra parte el de “segunda” refieren a aquellas prestaciones destinadas para quienes no pueden pagar implicando accesos a prestaciones y calidad de servicios acorde a su posición de empobrecidos o excluidos.

El sistema público está integrado por el sector público descentralizado, es decir las obras sociales provinciales (aportan las /os empleadas/os y empleadores), las obras sociales nacionales (de los empleados nacionales) el PAMI (obra social de los jubilados) y el ANSES a través del F,S Redistribución y el Plan médico obligatorio.

El sector privado está integrado por las empresas de medicina pre pagas y los aportes particulares.

En cuanto al gasto en salud se ha efectuado una estimación del gasto per cápita que realizan diferentes provincias argentinas encontrándose la provincia que Santa Cruz es una de las provincias que más gasta (mas de 110 U\$\$) en contraste con la provincia de Córdoba que eroga un poco mas de 1 U\$. La brecha en el gasto efectuado por las diversas provincias es muy amplia y diferencial dando cuenta así de una diversidad de atención y servicios.

Por otro lado un estudio desarrollado por CEDES²⁸, muestra que en los quintiles de mas bajos ingresos, los mas pobres, se presenta un alto consumo en medicamentos. Con una baja incidencia de los gastos en salud en estos mismos quintiles. Este comportamiento es diferente según cada provincia, lo que nos habla también de una inequidad provincial.

El estudio nos continúa planteando que las transferencias nacionales no cubren las diferencia de las necesidades provinciales.

28 Los datos utilizados fueron elaborados por CEDES, “Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino” Daniel Maceira

3.3 La reforma en Argentina

El proceso de reforma en salud tuvo que ver con la crisis del estado y los procesos de reformas que en el mismo se desarrollaron, estos procesos estuvieron condicionados al proceso de reforma estatal que se desarrolló en las áreas de educación, previsión social, legislativa etc.

La reforma del sector salud, al igual a lo que sucede con la reforma estatal en general, se da en el marco de debate político e ideológico. Así como de la promulgación de leyes y decretos que permitieron instalar los cambios y lineamientos de la reforma, proceso que fue impuesto fundamentalmente por los organismos multilaterales de crédito y financiación, en este caso el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, quienes establecieron condicionamientos en el financiamiento de los procesos .

Es necesario destacar que el debate político e ideológico que mencionábamos paso casi inadvertido para algunos de los involucrados en el proceso, no participaron de igual manera todos los involucrados, podríamos decir que fue un debate que se dio más entre quienes tomaron las decisiones políticas, legislativas y quienes ejecutaron algunos de los cambios, que de las/los involucradas/os, tanto como trabajadoras/es, como usuarias/os de esos sistemas.

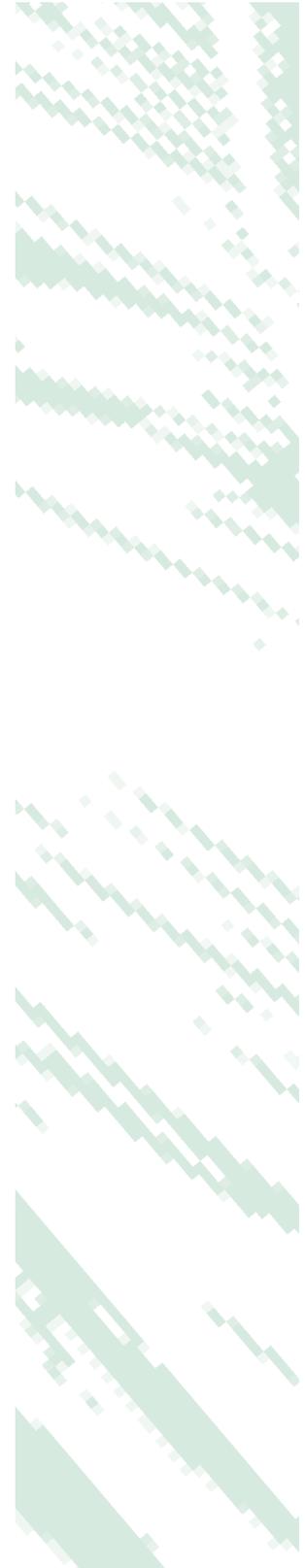
Los debates estuvieron alrededor de qué debe considerarse por salud, quién debe pagar por ella y cómo debe ser financiada, el rol o no del estado como garante de la misma, el acceso a los servicios, entre otros; poco se debatió por ejemplo, acerca de la calidad de la atención, de los tipos y necesidad de determinadas prestaciones y del lugar de los usuarios /as de los servicios, éstos /estas eran considerados/as meros consumidores.

“Esta discusión tiene sus polos de debate teórico en el que se presentaron, por un lado, perspectivas igualitaristas que entienden que la utilización de las prestaciones de la salud no debe ser objeto de elección individual ni depender de la situación económica de cada familia. Por otro, perspectivas de mercado extremas que entienden que cada uno debiera consumir los servicios de salud que quiere y puede adquirir.

El proceso de reforma del sector salud en la Argentina durante los noventa fue inclinándose hacia la segunda perspectiva debido, sobretodo, a la fuerte influencia que tuvieron durante el mismo los Organismos Multilaterales de Crédito.

La mayor parte de los instrumentos técnicos que se aplicarían a la transformación del sistema a partir de 1995 fueron diseñados por la representación local del Banco Mundial. Por consiguiente, la reforma se asimila generalmente a la filosofía de esa entidad”.²⁹

En el caso de la reforma Argentina no existió en las bases “una preocupación por la equidad, la integralidad de la atención o el acceso igualitario. Los reformadores de los 90 tenían objetivos más limitados, vinculados a ordenar el sistema de manera de hacer más eficiente la utilización de los recursos existentes; conservar los rasgos solidarios que permitirían la



²⁹ Belmartino, Susana. “Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina”. Lugar Editorial, 1999.

30 Los objetivos del Programa de Apoyo a la Reforma del Sistema de Obras Sociales (PARSOS), aprobado en 1995 y financiado por el Banco Mundial, no difieren conceptualmente de la estrategia de intervención defendida desde el gobierno, limitándose a sistematizar algunos instrumentos. En la versión difundida por la entidad financiera en julio de 1995 se especifican de la siguiente forma: a) introducir competencia en el mercado asegurador evitando la selección de riesgo; b) reasignar los recursos del Fondo Solidario de Redistribución a las Obras Sociales estrictamente sobre la base del ingreso y de los riesgos de salud de las familias beneficiarias; c) desarrollar un marco regulatorio efectivo, e instituciones de seguro de salud que promuevan la competencia, aseguren la mayor transparencia y "accountability" y ayuden a proteger los derechos de los consumidores; y d) brindar asistencia técnica financiera a las obras sociales y al PAMI para elevar su eficiencia interna, mejorar sus balances y cumplir con las nuevas normas y regulaciones. (World Bank, 1995a: 25) Belmartino, S. 2000. *Nuevas reglas de juego para la atención médica en Argentina. ¿Quién será el árbitro?* Capítulo V. Buenos Aires Lugar editorial.

31 *Idem op cip*

32 Belmartino, Susana. "Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina". Lugar Editorial, 1999.

conformación de fondos de enfermedad con un adecuado pool de riesgo, estimular la existencia de subsidios cruzados en su interior de modo de evitar la selección de riesgo; garantizar una cobertura mínima a la totalidad de la población; y promover la competencia entre aseguradoras por la captación de la demanda de cobertura y entre proveedores por los contratos de provisión de servicios"³⁰.

Estos principios "básicos" fueron los que guiaron y sostuvieron en parte la reforma silenciosa" como algunos han dado a llamar, a la reforma realizada en nuestro país, así se plasmó la perspectiva política de quienes idearon el proceso de reforma.

"Sin embargo la actividad reguladora debía centrarse en algunos puntos clave: el mantenimiento de la obligatoriedad del aporte, la efectivización del principio solidario para hacer viable la cobertura de la población de menores recursos; la definición de un paquete básico de servicios que se garantizaría a la totalidad de los beneficiarios; el control del cumplimiento de las normas relativas a la solvencia económica y la calidad del servicio ofrecido por las entidades financiadoras"³¹.

"En lo vinculado con el sistema de seguridad social médica, el Ministerio de Economía pone en marcha en 1991 una estrategia de centralización de los aportes y contribuciones de la seguridad social, destinada a facilitar el control de dichos recursos por parte de funcionarios del Estado. Con ese objetivo, el decreto de desregulación económica, (N° 2.284/91) estableció en su artículo 85 la creación del Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) dependiente del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y puso en marcha la Contribución Única de la Seguridad Social (CUSS) que unificaría los aportes y contribuciones al sistema previsional y los orientados a financiar prestaciones de atención médica. Sus disposiciones facultan al SUSS para ejercer la administración, recaudación y fiscalización del conjunto de los aportes y contribuciones efectuados sobre la nómina salarial. A tales efectos, por decreto N° 2.741/ 91 se crea la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES), organismo que toma a su cargo la administración y el control de la recaudación de dichos fondos"³².

Estas modificaciones fueron importantes al momento de la organización del sistema de salud argentino, ya que le imprimieron cambios significativos. Para tal imposición se realizaron modificaciones legislativas y de estructura, que en cierta manera unificaron y complejizaron al sistema de salud, en pos de lograr eficacia, eficiencia y racionalización del gasto.

Como mencionábamos en capítulos anteriores el profundo empobrecimiento que tuvo lugar en nuestro país, llevó a que grandes masas de la población que eran asalariadas, perdieran su trabajo y por lo tanto la caída del empleo les significó además perder el beneficio de la obra social, que le permitía tener cierta cobertura en los servicios de salud. Esta situación hizo que un enorme grupo de la población pasara a demandar el servicio de los hospitales públicos, llevando a que este sistema se viera colapsado en la

captación de prestación de los servicios.

Es en este marco en el que muchas obras sociales se vieron desfinanciadas llevó a algunas de ellas a la quiebra, complejizando y debilitando aun más el precario y destruido sistema de salud

Podríamos resumir que durante el proceso de reforma, que aun no ha concluido, y que se desarrollo de formas distintas y disímiles a lo largo y ancho de nuestro país, puso el acento en la desregulación de obras sociales, en la descentralización de las políticas de salud, así como en la privatización de muchos servicios y prestaciones.

Un dato significativo en lo que hace a la descentralización lo constituyo el traspaso de servicios públicos nacionales por ejemplo los Hospitales Públicos a las provinciales y/o municipios, se descentralizaron los servicios pero no los recursos para dar respuestas a la creciente demanda, se instala así con fuerza la idea de “gerenciamiento del hospital público”, es decir que seria el mismo hospital que debería generar los recursos que le permitieron continuar con así con las prestaciones y el sostenimiento del servicio.

A partir de esta situación se instaló con mayor fuerza la flexibilización en la contratación de personal de salud, situación por la que pasaron la mayoría de los empleados públicos y privados, dado los procesos que se instalaron a partir de la ley de flexibilización laboral, que tuvo que ver con la reforma del estado.

En este marco se tercerizaron numerosos servicios de salud tanto al interior de un hospital como del mismo sistema de salud, se crea el hospital de “autogestión”, intentando su desarrollo solo en algunos hospitales en provincia de Buenos Aires.

“Desde el 2000, la reforma se asentó en restricciones a la autonomía hospitalaria, la continúa contratación de personal, el avance incipiente en la separación de funciones (compra – provisión – regulación) en los niveles centrales de Salud”³³.

Uno de los aspectos centrales del proceso de reforma estuvo puesto en introducir la lógica del mercado en el sistema de salud, por lo que se instalaron las ideas de eficiencia y eficacia , como necesarias para el sistema de salud, en nombre de las cuales asentar los cambios impulsados .

Las políticas implementadas pretendieron la “reconfiguración de la oferta” , dicho procesos implico cambios tales como los relacionados con el gerenciamiento del hospital público hasta el proceso de reforma de las obras sociales, la división de funciones y prestaciones, llevando a que en el interior de un mismo hospital las prestaciones de las servicios estén terciarizadas y presenten calidades diferentes, así como se instaló la división de funciones entre la financiación y la prestación, con lo cual “aparecen en la agenda los contratos de gestión que promueven los incentivos a la eficiencia de la gestión hospitalaria y el fortalecimiento de las acciones de promoción y protección de la salud y prevención de la enfermedad bajo criterios de focalización poblacional”³⁴



33 Principales indicadores de salud sexual y reproductiva: problemas y desafíos, Raúl Mercer y Nina Zamberlin, CEDES. Buenos Aires Agosto 2003

34 Ase, I. y Buriyovich, J. ; “La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas”. Revista Administración Pública y Sociedad, N° 13 , Año 2000.



Si bien no se han realizado profundas evaluaciones a cerca del impacto , de los logros y dificultades del proceso de reforma en el sector salud, si sabemos por otras aproximaciones y por evaluaciones parciales que se ha avanzado muy poco sobre los objetivos propuestos por el proceso de reforma y que si bien en algunos lugares se instalaron cambios organizativos y de estructura muchos de ellos cayeron o tuvieron dificultades para sostenerse una vez retirada la asistencia financiera

3.4 Impacto en la salud de las mujeres

En este contexto crítico, son las mujeres las que se ven especialmente afectadas, ya sea en la atención de su propia salud, o la de sus hijos o familiares enfermos, de quienes suelen ser cuidadoras.

Dentro de lo que hace a la atención de las obras sociales, “preocupa especialmente el PAMI —obra social nacional de los /as jubilados /as, que cubre a personas de 60 y más años, grupo en el que predominan las mujeres— , la mayoría de los jubilados percibe un haber equivalente a U\$S 50 a U\$S 70”³⁵. Los escasos ingresos sumados a la persistente disminución de la cobertura y las prestaciones de salud, ha agravado las condiciones de vida de amplias capas de la población que sufre el crecimiento y profundización de la pobreza e indigencia en el que la mayoría son mujeres

Algunas obras sociales discriminan a las mujeres afiliadas al no permitir incluir en sus planes de atención a sus esposos o compañeros, no presentándose esta situación cuando es a la inversa, como así también se presentan resistencias para incorporar a la cobertura social a las compañeras /os de parejas homosexuales.

No obstante cabe mencionar el logro de la ley de Unión Civil (de parejas homosexuales durante el año 2002 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y otras disposiciones anteriores que permiten ese tipo de cobertura.

“Por otro lado la tardía incorporación de las mujeres al mundo laboral y la creciente desocupación característica de la última década, obligaron a las mujeres a incorporarse a formas de trabajo precarias como el servicio doméstico, con bajos ingresos. Además para estas mujeres concurrir a los servicios de Salud Pública no solo implica pagar el arancel, sino también el transporte y perder un día o más de trabajo o sea de ingreso por las largas esperas. Esto les generó a las mujeres la competencia entre controlar su salud o dejar de comer ellas y su familia, resultando que privilegiaron la supervivencia personal y familiar.

Todas estas son desventajas y obstáculos que excluyeron a las mujeres de los servicios de salud (Bianco 1996 , Langer y Nigenda 2000). Esto no se observó solo en los países de nuestra región, sino también en África y Asia. Esto deterioró la salud de las mujeres significativamente desde comienzos del milenio”.³⁶

35 *Derechos Humanos de las mujeres; Asignatura pendiente del estado Argentino, Contrainforme CEDAW agosto de 2002- ADEUEM-CELS-CLADEM-FEIM-ISPMM-Feministas en Acción.*

36 *Derecho a la Salud: Reflexiones desde las Reformas al Sector por Mabel Bianco, Ponencia presentada RSMLC Lima Peru Octubre 2003*

4: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA

4.1 Datos referidos a la Salud Reproductiva:

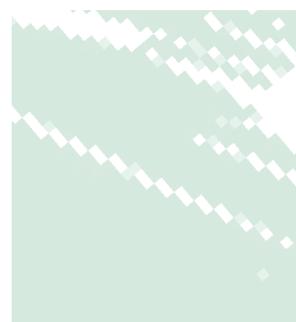
Fecundidad

Desde principios del siglo pasado Argentina se diferenció de otros países de la región por sus tasas de fecundidad significativamente menores. Una de las explicaciones hace hincapié en aspectos socioculturales relativos a la incidencia que tuvo la inmigración europea de fines del siglo XIX y comienzos del XX que impulsó la conformación de familias poco numerosas. Asimismo debido a la escasa utilización de métodos anticonceptivos eficaces y seguros era altamente probable que la práctica del aborto se incluyera junto a otras medidas anticonceptivas para formar familias más reducidas. Desde 1950 la tasa de fecundidad fluctuó en un promedio de 3 hijos por mujer en edad fértil y a comienzos de los 90 esta tasas se ubicaba en los 2.8. Según el último censo las mujeres argentinas tienen un promedio de 2,1 hijos /as al final de su vida reproductiva. Por su parte la Encuesta de Condiciones de Vida del SIEMPRO³⁷ establece que a la finalización de su vida reproductiva las argentinas tienen un promedio de tres hijos³⁸. Sin embargo la fecundidad esconde profundas diferencias entre las mujeres según su condición económica. La ECV da cuenta de la existencia de una fecundidad diferencial según condición de pobreza³⁹. Considerando el promedio de tres hijos por mujer, cuándo se trata de mujeres pobres asciende a 4 hijos promedio y entre las no pobres el promedio es menor: 2.5. La ECV también señala que 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 y 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.

Asimismo la tasa de fecundidad global (2.1 hijos por mujer) oculta marcadas diferencias regionales: mientras que en la Ciudad de Buenos Aires la tasa es de 1,37, en las provincias más pobres alcanza valores mas altos: el 2,8 en Formosa, el 3.2 en Santiago del Estero y el 2,9 en Catamarca.

Fecundidad adolescente

La fecundidad de las mujeres adolescentes es relativamente alta en relación con el nivel general de fecundidad. Aproximadamente el 15% del total



37 Ariño Mabel: *Perfil Social de las Mujeres en edad Fértil. Encuesta de Condiciones de Vida. Relevamiento en el año 2001. SIEMPRO, 2003*

38 Es probable que la diferencia con los datos de la encuesta con los del Censo se deba a que el primer relevamiento es sobre una muestra de población en áreas urbanas, mientras que el Censo tiene una cobertura nacional total.

39 La ECV considera la pobreza según el método de la "Línea de pobreza" del INDEC que establece a partir de los ingresos de los hogares la capacidad de satisfacer a través de la adquisición de bienes y servicios las necesidades consideradas esenciales. En el universo estudiado de mujeres en edad fértil la encuesta estableció que cerca del 38% de estas mujeres son pobres según esta definición y que la pobreza afecta particularmente a las más jóvenes.



de nacimientos corresponde a madres adolescentes (10-19 años). En números absolutos, esto significa que de los 694.684 nacimientos que se registraron en el año 2002, 101.753 correspondieron a mujeres menores de veinte años, y de éstos 3.270 correspondieron a niñas menores de 15 años, es decir alrededor del 15 % de los nacimientos corresponde a madres que tienen menos de 20 años.⁴⁰ Cabe destacar que los 100.000 nacimientos de niños de madres entre 10 y 14 años, si bien en términos relativos no adquieren fuerte significación, representan en un solo año cien mil casos de maternidades las más de las veces forzadas, o producto de la violación o el incesto.

Cabe destacar que además poco más de la mitad de las adolescentes que son madres cada año son primerizas, mientras que la otra mitad es madre por segunda, tercera o cuarta vez⁴¹.

Si por otra parte se considera que estas adolescentes culminan estos embarazos, seguramente no elegidos en maternidades reales, habría que completar el cuadro con aquellas que por no acceder a la temprana maternidad optaron por abortar, con el alto riesgo que implica en las condiciones de clandestinidad y, por ende, peligro, en que se ejerce practican los abortos. Por ello es necesario completar este panorama con la información de las adolescentes que egresan de los hospitales públicos por complicaciones postabortivas así como las muertes de adolescentes por aborto.

Esperanza de Vida :

De acuerdo a datos del Ministerio de Salud y UNICEF, en la proyección 2.000/2005 la esperanza de vida en Argentina es para varones es de 70,6 años y para las mujeres de 77,7 años de edad.

Resulta pertinente relacionar a este dato el incremento de hogares unipersonales ⁴²desde 1960 a 2001. En el censo de 1960 los hogares unipersonales constituía el 6,8%, mientras que en el último censo éstos crecieron a un 10,4% . En general este tipo de hogar esta conformado por mujeres de más de 60 años solas permitiéndonos relacionar por lo tanto este crecimiento con el aumento de expectativa de vida en la mujer.

La jefatura de hogar a cargo de mujeres es creciente: en el 2003 el 27 % de los hogares está a cargo de mujeres, de ellas el 37 % es no pobre, mientras que 28 % son pobres y 27 % indigentes⁴³. Según el relevamiento realizado por el SIEMPRO en el 2001 el 67% de las que tienen menores a cargo eran pobres.⁴⁴

4.2 MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL

Mortalidad Infantil

La mortalidad infantil es uno de los indicadores más sensibles para registrar la situación social de un país. Décadas atrás Argentina tuvo tasas de mortalidad infantil sustantivamente menores que las de gran parte de otros países de la región latinoamericana. Sin embargo desde la década del 80 las situaciones políticas e institucionales por las que atravesó el país se reflejaron

⁴⁰ Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales. Información Básica. Año 2002. Dirección de Estadísticas de Salud. Buenos Aires, 2003.

⁴¹ Feijoo en 1998, en Calvo et al. –se toman sus aportes-

⁴² Cepal

⁴³ Siempre Sistema de Evaluación, Monitoreo y evaluación de Políticas Sociales. En base a la EPH y el INDEC

⁴⁴ Ministerio de Salud. Estadísticas Vitales. Op.cit

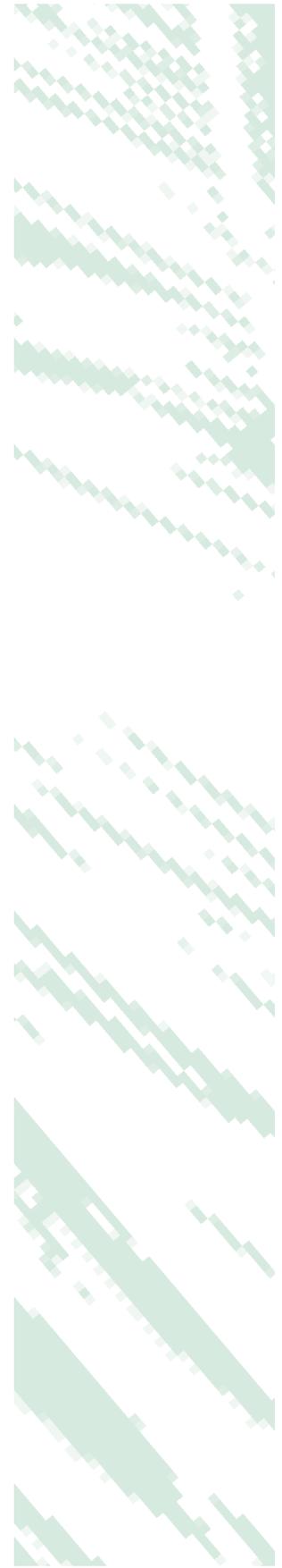
en indicadores elocuentes de la desprotección a que se veían expuestos los sectores más vulnerables de la sociedad Argentina y en particular los niños.

Si se establece una comparación entre las tasas de la mortalidad infantil entre los países según su nivel de desarrollo, en los desarrollados un solo dígito de su tasa alcanza para registrar dicha tasa siendo altamente probable que esas muertes de niños antes de cumplir un año de vida sean en su gran mayoría inevitables. Como ejemplo se puede citar a Canadá o España con tasas de 5 x1000 nacidos vivos cada uno. Por el contrario en todos los países subdesarrollados, ninguna tasa baja de los dos dígitos, como es el caso de México, Brasil, Perú o Chile con tasas que fluctúan entre los 12 por mil de Chile a los 28 por mil nacidos vivos de México. Si bien en Argentina en las últimas dos décadas se logró una reducción de esta tasa que en 1980 era de 33.2 a la actual de 16.8 por mil nacidos vivos, cabe destacar que aún no se alcanzaron las metas propuestas para el milenio, y constatar que la mayor parte de esas muertes se deben a causas prevenibles en el marco de una adecuada prevención y atención médica oportuna y de calidad.

Como señalan en los informes del SIEMPRO donde se evalúa el cumplimiento de las metas a favor de la infancia, se logró reducir la tasa de mortalidad infantil como así también la mortalidad de menores de 5 años pasando de 28,7 a 22,5 muertes cada mil nacidos vivos (1990 a 1998). Pero cabe aclarar que estas metas propuestas se fijaron con la expectativas de ser cumplidas por los países menos desarrollados del mundo y además que “la tasa de mortalidad en menores de 5 años descendió lo hizo a merced de la disminución de los menores de 1 año mientras que la de 1 a 4 años, más fuertemente asociada con factores ambientales, mostró una disminución menor y se mantuvo constante en los últimos cuatro años relevados por el estudio”. Cabe señalar que en el proceso de pauperización señalado anteriormente a implicado un aumento en la demanda de atención en los servicios públicos de salud por parte de sectores que eran usuarios de obras sociales o prepagas. Estos servicios hoy en muchos casos se encuentran colapsados por el crecimiento de la demanda y los recortes presupuestarios.

Los nacidos vivos en 2002 fueron 694.684; de ellos 11.703 murieron antes del año, de los cuales el 67 % fueron neonatales (0-27 días) y el restante 33 % pos neonatales. La tasa de mortalidad infantil (hasta el primer año de vida) asciende a 16.8 por mil nacidos vivos. Sin embargo este promedio muestra variaciones regionales muy significativas, donde las provincias más pobres presentan tasas muy superiores a la media nacional como es el caso de Chaco con 26.7 x mil n.v.; Formosa 25.5; Tucumán 24,3 como Catamarca, Jujuy, La Rioja o Misiones con tasas entre 20 y 23 niños cada mil que mueren por causas prevenibles. En el extremo opuesto y por debajo del promedio nacional la tasa de Capital Federal es de 10 x mil n.v.; la de Neuquen es de 11.7, mientras que Córdoba o Río Negro tienen tasas de 14.8 por mil n.v. cada una.

Las causas de muertes infantiles⁴⁵ presenta el perfil característico de



⁴⁵ Se excluyen las causas externas y mal definidas



los países pobres: excluyendo las causas no prevenibles entre las que figuran con elevadas cifras se ubican las “afecciones originadas en el período perinatal” y las “malformaciones congénitas.” Entre las mayoritariamente prevenibles se ubica como primer causa de muerte las enfermedades respiratorias; las enfermedades infecciosas y parasitarias ocupa el segundo lugar entre las cuales la septicemia es la mayor responsable de esta causas (125 casos), mientras que la desnutrición y meningitis se sitúan de manera muy preocupante entre las 4ta y 5ta causas de muerte respectivamente.⁴⁶

Mortalidad Materna

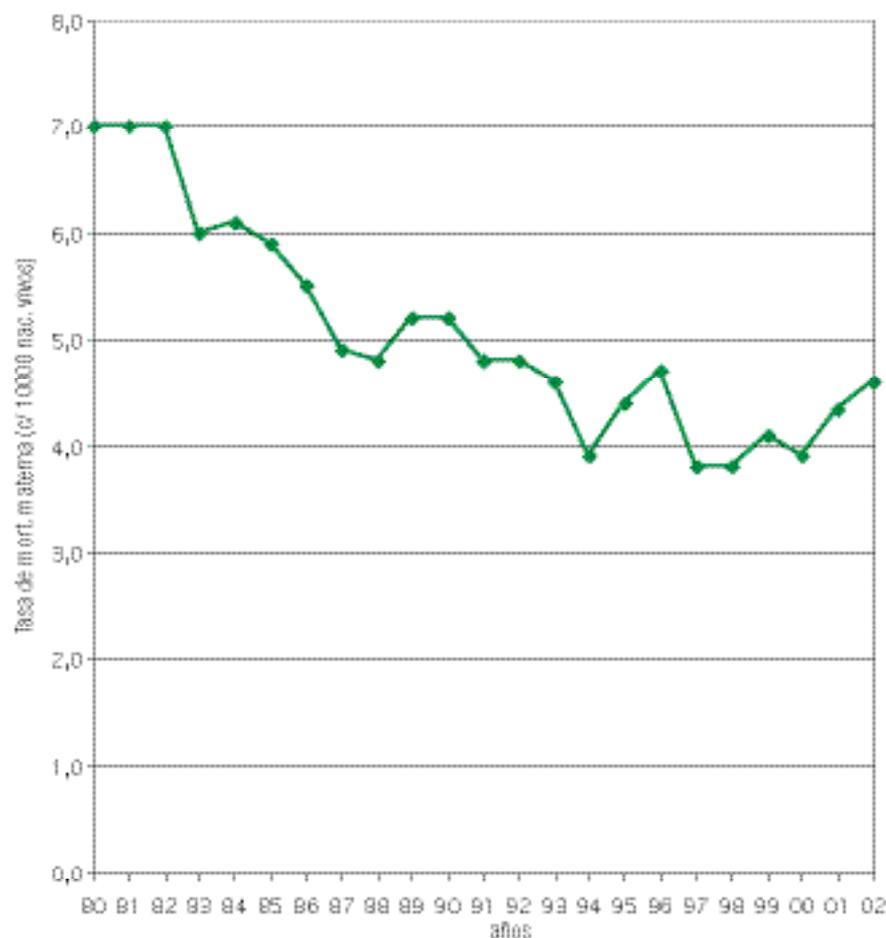
La mortalidad materna es un indicador elocuente de la indefensión las mujeres cuando atraviesan por su período reproductivo. La muerte en algún momento del embarazo, el parto o el puerperio de una mujer habla de un importante abandono ya que este es un proceso natural que en condiciones de decisión autónoma de embarazo, de prevención, y de calidad de la atención no tendría que incluirse en las estadísticas de riesgo, morbilidad y/o muerte. Si bien utilizaremos el término convencional de mortalidad materna, acordamos con la propuesta de la Red Nacional de la Mujer que en 1994 cuestionó este término por considerar que las mujeres que mueren en el proceso de gestación no es por ser madres, ya que muchas no quisieron serlo y por ello recurren al aborto clandestino que en muchos casos pone en riesgo la vida de la mujer o deja secuelas importantes sobre su salud física y/o mental. Por esa razón proponen el término “mortalidad por gestación” que refiere al proceso tanto de gestación como de parto y puerperio.

Según los últimos registros estadísticos del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2002 murieron 320 mujeres por causas obstétricas. La tasa de mortalidad materna fue de 46 por 100.000 nacidos vivos, registrándose un aumento que aunque leve es preocupante ya que da cuenta de una tendencia al ascenso o en todo caso estancamiento de la mortalidad de las mujeres en el proceso de gestación. En los últimos registros estadísticos se incorporó una nueva categoría denominada “ muerte materna tardía” entendiéndose por ello “la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo”. A partir de esta categoría en el año 2002 se consignaron 36 muertes maternas más.

En los últimos 20 años esta tasa no ha sufrido importantes variaciones lo que permite suponer que ha habido pocos avances en instrumentar acciones preventivas para disminuir su frecuencia y revertir la evitabilidad de dichas muertes. Ello recae fundamentalmente en la calidad de atención de los servicios públicos que atienden los episodios reproductivos de las mujeres durante su ciclo fértil. Como se observa en el gráfico 1 luego de una disminución importante en 1983, esta tasa no ha sufrido importantes variaciones manteniéndose desde 1989 con picos de ascenso y descensos en el orden del 50 al 40 por 100.000 nacidos vivos.

46 A.J. Vinacur y otros: “Mortalidad Materna en Áreas Seleccionadas. Año 1985. Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social
Azar A y otros: “Investigación sobre Mortalidad Materna en el área de Gran Córdoba. . Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social
Amenábar S y otros: “Investigación sobre Mortalidad Materna en el área de Tucumán . Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social.
Smoisz S y otros: Factores de riesgo en la mortalidad femenina de 10-49 años. Partido de La Matanza, provincia de Bs As, 1990. World Health Statistics Quarterly. Vol 48, N 1, OMS Ginebra 1995

**TASAS DE MORTALIDAD MATERNA CADA 10000 NACIDOS VIVOS
REPÚBLICA ARGENTINA. AÑOS 1980-2002**



Por otra parte cabe señalar el importante subregistro que presentan las estadísticas relativas a la mortalidad materna. Investigaciones relativamente recientes sitúan dicho subregistro entre el 38, 5% y el 100% respecto a las estadísticas oficiales. (Vinacur, 1980, Azar y otros, 1987; Amenábar 1987; Smoizs, 1990)⁴⁷. Particularmente en el caso del aborto la situación de ilegalidad y clandestinidad incide sobre los registros de hospitalizaciones por esta causa, ocasionando serios subregistros, particularmente cuando el egreso es por muerte. Ese subregistro se debe casi exclusivamente a los abortos inducidos con desenlace letal, cuya causa es certificada como paro cardiorrespiratorio, shock séptico, anemia aguda, etc, pero no informan sobre el estado grávido-puerperal de esas mujeres. En uno de los trabajos mencionados se señala “el aborto, la infección y la hemorragia continúan siendo las principales causas de muerte materna, situación que persiste desde hace décadas. Considerando las tasas que refieren los países desarrollados para cada causa de muerte, puede estimarse que (en Argentina) hay 20 veces más muertes por aborto que la referida por los países que lo han legalizado, hay 16 veces mas muertes maternas por infección (excluyendo las del aborto), 8



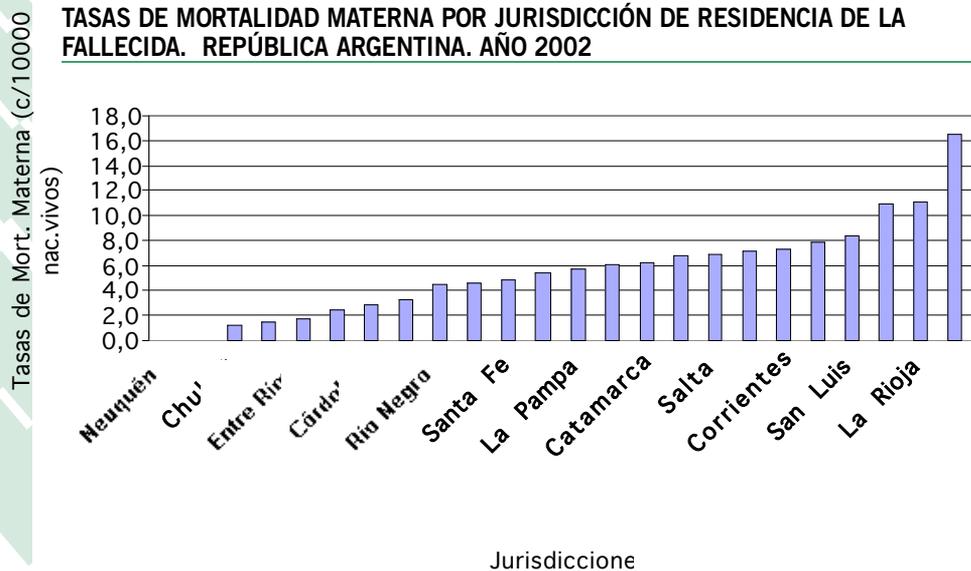
⁴⁷ Vinacur J y Cumán G. *Tasas de mortalidad materna en áreas seleccionadas*. Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social.



veces más muertes por hemorragia, 3 veces más muertes por hipertensión y tromboembolismo, 2,5 veces más muertes por anestesia".⁴⁸

Por otra parte las muertes maternas reflejan la alta heterogeneidad social y regional existente en el país: son más frecuentes estas muertes entre las mujeres más pobres y cuando se consideran las distintas regiones del país se verifica una gran diferencia entre regiones pobres y ricas. Considerando la tasa de MM promedio de 46 por 100.000 nacidos vivos en el año 2002 se encuentran por debajo de la misma Capital Federal, con una tasa de 14 x 100.000 nv; Buenos Aires (32) y Neuquén, Córdoba, Chubut o Santa Cruz, con tasas que fluctúan entre 1,3 y 2,9 por 100.000 n.v; mientras que las provincias pobres del noreste y noroeste argentino la superan largamente con tasas por 100.000 nacidos vivos de 166 como es el caso de Formosa; La Rioja con una tasa de 111 o Jujuy donde esta tasa es de 109. Comparando estos registros del 2002 con los del año anterior cabe destacar una importante disminución de la MM en la provincia de Chaco que en 2001 fue de 159 y en el 2002 de 78 por 100.000 n.v., así como significativos aumentos de la MM en otras jurisdicciones como es el caso de Capital Federal cuya tasa que en 2001 fue de 9 pasó a 14 muertes maternas en 2002, Catamarca, donde se duplicó o la Rioja que de la tasa de 34 en 2001 tuvo una de 111 en el año 2002.

TASAS DE MORTALIDAD MATERNA POR JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA FALLECIDA. REPÚBLICA ARGENTINA. AÑO 2002



Las causas de las muertes por gestación mantienen una distribución similar en el período de las últimas dos décadas, ubicando al aborto como la primera o segunda causa, ubicándose en el orden de alrededor del 30 % de las muertes por gestación.

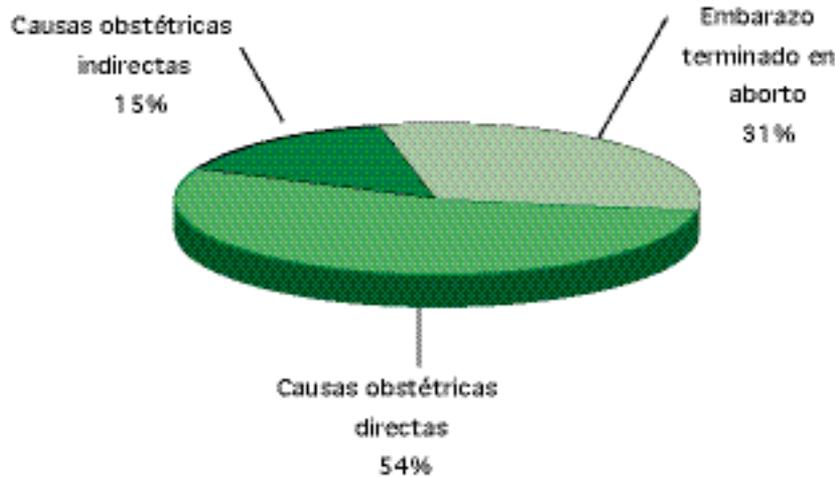
En el año 2002 las causas de MM tuvieron la siguiente distribución: embarazo terminado en aborto: 31 %; causas obstétricas directas: 54% y causas obstétricas indirectas: 15 %

(gráfico 3)

⁴⁸ Ministerio de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud

⁴⁹ Se consideran nacidos vivos registrados, a los ocurridos en el año de registro y en el año inmediato anterior. Estadísticas Vitales Ministerio de Salud de la Nación.

Distribución de la mortalidad materna por causas
República Argentina. Año 2002



CUADRO 4: TASA DE MORTALIDAD MATERNA /MORTALIDAD POR GESTACIÓN POR 10.000 NACIDOS VIVOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD. TOTAL DE PAÍS, DESDE 1995/2001

Grupos de edad de las fallecidas	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Total	4.4	4.7	3.8	3.8	4.1	3.6	4.3
Menores de 15	3.0	3.1	12.2	10.5	3.2	6.2	3.3
15 a 19	2.4	3.2	3.5	2.3	3.6	2.7	2.6
20 a 24	2.7	2.9	1.9	2.5	2.5	1.7	2.6
25 a 29	3.8	3.9	3.2	3.4	3.3	2.2	3.2
30 a 34	6.0	6.0	3.9	4.4	4.3	4.9	4.4
35 a 39	7.2	8.9	6.5	7.2	9.2	7.6	9.5
40 a 44	13.7	11.8	13.9	10.7	9.5	5.6	19.3
45 y más	23.3	22.6	11.2	28.0	17.0	6.3	35.2

Embarazo y parto, cesárea, parto institucional.

En el año 2002 el número de nacidos vivos⁵⁰ en el país fue de 694.684; de ellos, 685.087 (98,6%) fueron partos institucionales, es decir, atendidos con personal asistencial y 7.554 (1,1%) nacieron en su domicilio. Las categorías otros y sin especificar son poco significativas: 0,1 y 0,2 % respectivamente.

El siguiente cuadro ilustra sobre las personas que atendieron el parto en el año 2002

Total nacidos vivos	694.684	100%
Atendidos por médico	487.850	70,2%
Atendidos por partera	197.417	28,4%
Atendidos por enfermera	1.558	0,2%
Atendidos por comadre	2.319	0,3%
Otros	1.599	0,2%
Sin atención	1.294	0,2%
Sin especificar	2.245	0,3%

Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. 2002. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Diciembre 2003



⁵⁰ Bianco, M.; Correa, C. y Peker, L.: "La Adolescencia en Argentina: sexualidad y pobreza", FEIM, con apoyo de UNFPA, Buenos Aires, Junio 2003.

Estos datos demuestran que en el país los partos se atienden mayoritariamente con personal asistencial, es decir que al producirse el alumbramiento las mujeres reciben atención institucional. Un porcentaje mucho menor es atendido a domicilio por partera o por la comadre. Esta práctica es común en sectores de la población que reside en zonas distantes de servicios de salud; fundamentalmente la zona del norte del país que coincide con el mayor índice de pobreza y mortalidad materna.

Cabe señalar que si bien la mayoría de los partos en nuestro país son asistidos por personal de salud esta creciendo los casos de mujeres de sectores de pobreza que llegan a la situación de alumbramiento con escasos o ningún control del embarazo.

El control del embarazo es una variable relevante ya que alude a los comportamientos preventivos de las mujeres durante el embarazo, particularmente si el mismo se vincula a una maternidad elegida. Las situaciones de pobreza, accesibilidad a los servicios, número de hijos, deseo de la maternidad están altamente asociados a la cantidad de controles que realiza la mujer durante su embarazo. La Encuesta de Condiciones de Vida refiere a este tema indagando sobre los controles que han realizado las mujeres de la muestra considerando aquellos embarazos correspondientes a los hijos que al momento de la encuesta (año 2001) tenían entre 0 y 2 años y que convivían con la madre quien era la respondente sobre este tema. Los controles se analizaron según número de controles y si los mismos se realizaron en el sector privado o público

Los resultados indican que los controles durante el embarazo son altos aunque muchas mujeres llegan al parto sin haberse ninguno o escasos controles prenatales. En la población de la muestra del SIEMPRO el 97,4% tuvo al menos un control prenatal. Y ello es mayor en el sector privado con casi el 99% que en el público con 96%. Asimismo las mujeres que tuvieron bajos controles (entre 1 y 4) representan el 15 % de las mujeres entrevistadas y cerca del 85% tuvieron los controles adecuados (5 y más controles). Los valores promedio son similares a los hallazgos de la Encuesta del Módulo Especial para el Monitoreo de Metas Sociales aplicada por el INDEC en 1994 y donde se analizaron 7 aglomerados urbanos.

El cuadro siguiente da cuenta de las diferencias en el número de controles entre las mujeres que acuden al sector público por carecer de cobertura médica y quienes atienden sus embarazos en el sector privado (de manera directa o a través de una cobertura médica)

Tipo de cobertura	Total (en porcentajes)	Embarazos con control	Cantidad de controles	
			Entre 1 y 4 controles	5 controles y más
Total	100	100	100	100
Sector privado	46,2	47,0	23,9	51,1
Sector público	53,8	53,0	76,1	48,9

Fuente: Encuesta de Condiciones de vida. Siempro.1991

La cobertura de salud en las mujeres en edad fértil es un indicador de las posibilidades de las mujeres a acceder a la atención de su salud en la etapa reproductiva. Como es sabido la crisis en el país sumergió a amplios sectores de la población en la pobreza y la indigencia y la desocupación o subocupación tuvo entre sus consecuencias nefastas el haber excluido a muchas personas de la cobertura social de salud que en el país tuvo características universales en la época de pleno empleo.

La encuesta mencionada anteriormente relevó esta información para las mujeres en edad fértil según situación de pobreza en los distintos grupos de edad.

Mujeres de 15 a 49 años	Total (en %)	Situación de pobreza	
		Pobre	No pobre
Total	54,3	27,3	69,9
15-19	49,1	26,3	69,9
20-24	46,6	21,3	59,9
25-29	49,8	18,1	64,9
30-34	61,2	31,0	75,9
35-39	58,4	30,1	77,2
40-44	59,4	32,6	73,4
45-49	61,2	35,5	71,6

Fuente. ECV. Siempre, 1991. Elaboración Mabel Ariño

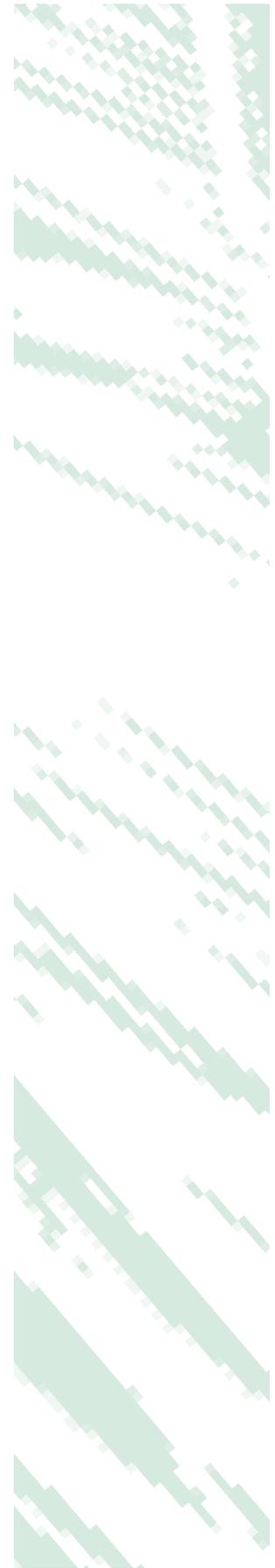
El cuadro precedente muestra que cerca de un tercio de las mujeres en situación de pobreza no cuentan con cobertura en salud, probablemente debido a que no tienen trabajo ellas o sus cónyuges que les posibilite este beneficio. Precisamente en las edades de mayor fecundidad entre los 20 y los 29 años presentan menor afiliación a sistemas de cobertura en salud.

4.3 ADOLESCENCIA, POBREZA, VIOLENCIA Y VIH SIDA.

Tradicionalmente se considera a los adolescentes a los jóvenes entre los 10 y los 19 años de edad. Sin embargo un concepto más actualizado de adolescencia extendida comprende hasta los 24 años de edad.

Según últimos datos del censo el grupo de 10 a 19 años de edad en Argentina corresponde a 6,7 millones, 18% de toda la población. Si se extiende hasta los 24 años el porcentaje aumenta al 27% de la población total del país (10 millones de personas). La pobreza afecta más a los adolescentes, por eso con el aumento de ella a partir de fines del 2001 el 70% de los jóvenes entre 15 y 24 años vive en hogares bajo la línea de pobreza. En el 2002, 1.145.177 jóvenes de ambos sexos entre 15 y 24 años de edad no estudiaban ni trabajaban ni buscaban trabajo. Entre 1999 y el 2002 la cantidad de jóvenes de esa edad que no estudian ni trabajan y no buscan trabajo creció 24,6%.⁵¹

Por tanto la adolescencia constituye un grupo de mayor vulnerabilidad, especialmente en la Argentina actual. Vulnerabilidad social e individual que se expresa en una disminución de la escolaridad, una mayor exclusión social con un mayor consumo de alcohol y drogas y por tanto mayor violencia y riesgos para la salud sexual y reproductiva. Entre los problemas de las adicciones se





observa desde el 2002 una disminución de la edad del comienzo al consumo de drogas, a los 13 años cuando antes se hacía a los 16 años. Además ahora las chicas aumentaron el consumo de alcohol, igualando a los varones.

Respecto a la violencia, los adolescentes son víctimas más frecuentemente de violencia tanto social como institucional. En diciembre del 2002, Amnesty Internacional en su informe señala: “Vemos con especial preocupación las situaciones de tortura y malos tratos hacia menores de edad que hemos podido registrar en nuestra última visita en investigación.”

Si bien la creencia popular promovida hace años en la Argentina vincula como sospechosos a los jóvenes, en realidad la situación es inversa ya que ellos son los más frecuentemente víctimas de violencia y no victimarios. En el 2001 de los 8.195 adolescentes bajo tutela en la provincia de Buenos Aires apenas 853 habían sido detenidos por delitos. La condición de “sospechosos” de los adolescentes, promueve y favorece que ellos sean con mayor frecuencia víctimas de atropellos y violencia, especialmente por parte de la policía y las fuerzas de represión.

Por cada menor de 18 años que es acusado por un delito en la provincia de Buenos Aires otros dos menores llegan como víctimas de golpes y/o abusos.

La violencia sexual es otra forma de violencia que aumento especialmente entre mujeres y varones adolescentes. Las mujeres son con mayor frecuencia víctimas de violencia sexual. Entre Enero y Julio del 2002 la línea telefónica “Te ayudo” de la Dirección General de la Mujer de la Ciudad de Buenos Aires, registró 18.275 llamadas mientras que en todo el 2001 registró 24.255 llamadas. Dentro de esas llamadas cabe señalar el aumento de violencia y/o abuso sexual en adolescentes dentro de parejas o noviazgos⁵². El aumento de noviazgos violentos en los cuales los adolescentes o jóvenes varones victimizan a las novias es una realidad. Al inicio de relaciones sexuales en forma forzada se agrega ahora un mayor abuso sexual y violación durante el noviazgo, esto se suma a las tradicionales violaciones de abusos ocurridos por parte de familiares y conocidos.

Embarazo adolescente

El embarazo adolescente es un fenómeno de especial análisis.

El 15,5% de los nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años⁵³.

Un 10 por ciento de las adolescentes de todo el país (alrededor de 157 mil) son madres adolescentes, señaló una encuesta nacional realizada por el SIEMPRO en 1997. Un año después la cifra trepó a un 16.6 por ciento, por lo que se puede decir que uno de cada seis niños que nacen tienen una madre adolescente.

Si bien la proporción varía según las regiones del país en varias provincias la proporción es muy superior al promedio, los estudios indican que el embarazo y maternidad aumentó en las menores de 15 años.

Se registra un aumento proporcional de nacidos vivos de madres menores de 20 años en el 2000 afectan principalmente entre niñas/os y jóvenes con menores niveles de instrucción y provenientes de sectores de pobres⁵⁴. La

⁵² *Idem* 27

⁵³ Gognam Llovet, et al, “Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y Equidad Social” en la Argentina que viene Aldo Isuani, Daniel Filmus (comps) grupo editorial Norma Buenos Aires, 1998, p 340

⁵⁴ *Idem* 27

proporción de madres menores de 15 años ha aumentado en los últimos 5 años: pasó de 0,4% del total de nacidos vivos, a 0,5%. Este aumento contribuyó en el año 2000 a tener por primera vez muertes maternas de menores de 15 años. Hecho que continua en el 2001, cuando se registró en esa edad una muerte por aborto.

Estudios muestran que en el caso de las “niñas madres” (de 9 a 13 años) han tenido hijos con varones que las superan en al menos 10 años (80 %), hace pensar en la posibilidad de abuso, violaciones o incesto⁵⁵.

Este fenómeno constituye un dato que se relaciona con los procesos de deterioro ocasionados por la pobreza sostenida, que va deteriorando las relaciones expresadas en la descomposición de las Redes Familiares, las pérdidas de capital cultural, simbólico que implican dificultades reales en estos hogares para poder ofrecer a las niñas educación sexual y perspectivas de desarrollo personal menos tradicionales. Estos procesos de exclusión social se instalan como mecanismo social de reproducción de la pobreza con efectos deteriorantes y de los estereotipos de género.

Es importante señalar que si bien la maternidad adolescente no ha aumentado significativamente en los últimos 5 años es necesario relacionar este dato con el embarazo en la adolescencia. Los datos de egresos hospitalarios muestran que los egresos por abortos en la franja adolescente ha aumentado significativamente por lo cual puede concluirse que muchas adolescente optan por el aborto, y según fuentes cualitativas y hospitalarias las adolescentes recurren al aborto medicamentoso.

En el 2000 se registró un aumento de los egresos por aborto en hospitales públicos -46%-, en relación a 1995⁵⁶ de los 788.994 egresos por complicaciones de abortos ocurrido en el 2000, 11.015 correspondieron a adolescentes entre 15 y 19 años de edad y 550 a niñas entre 10 y 14 años de edad. El aumento de estos egresos en las adolescentes y entre las niñas de 10 a 14 años fue mayor que en el resto de las mujeres. El registro de muertes maternas en niñas de 10 a 14 años se asocia a esta alta incidencia de abortos en ese grupo de edad. Muchos de estos embarazos se deben a violaciones o abusos sexuales.⁵⁷

Datos epidemiológicos sobre SIDA.

Según el Programa Nacional de Lucha contra los retrovirus del humano, Sida y ETS, el total de enfermos de Sida notificados desde 1982, hasta el 31 de septiembre de 2003 es de 24.119; de este total, un 23% corresponde a las mujeres y un 76% constituye el porcentaje de varones enfermos de Sida notificados. Mientras que a fines de la década del 80 se establecía que había alrededor de 20 hombres por mujer infectada en el 2002, la relación H/M pasó a ser de 2,7 hombres por cada mujer en el 2001, con un promedio total desde 1982 de 3,31 hombres por cada mujer.⁵⁸

El total de casos de enfermos/ as de Sida estimados/ as, teniendo en cuenta el retraso en el envío de información, se calcula es de 26.929.



55 “Egresos de Establecimientos Oficiales por Diagnostico Total País y División Político Territorial – Diciembre 2002”, Dirección de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación

56 Idem 48

57 “Boletín sobre el SIDA en la Argentina”, Ministerio de Salud de la Nación, Octubre 2003

58 “Estado de la población Mundial: Inversiones en su salud y sus derechos. Valorizar a 1.000 millones de adolescentes”, UNFPA, 2003.



La edad que prevalece en las mujeres enfermas, es de 28 años la mediana, mientras que en los varones, es de 31 años, lo que muestra que las mujeres se infectan y enferman a edades más tempranas; En cuanto a las vías de transmisión entre las mujeres predomina la heterosexual en un 56,2% y luego la por UDI - Uso de Drogas Intravenosas – representando un 22%. En los hombres el 39,6% de los enfermos notificados corresponde a UDI y el 49,5% a la vía sexual, del 100% de esta última el 30,7% correspondieron a homo e igual porcentaje a heterosexual.

La transmisión madre-hijo constituye el 7,1%, uno de los más altos de América Latina.

Si se considera la enfermedad en el grupo de 15 a 24 años cabe señalar el 11% de los varones y el 15,7% de las mujeres enfermas corresponden a este grupo de edad, indicando la alta vulnerabilidad especialmente en las mujeres. En los menores de 13 años de edad predomina francamente (98%) la transmisión madre-hijo. Sin embargo en el 2001 se registró un caso por abuso sexual. Debido al aumento del abuso sexual y las violaciones registradas desde fines del 2001, es importante estudiar la evolución de esta causa de transmisión del VIH en los menores de 14 años.

La infección y la enfermedad en las mujeres en edades más jóvenes tiene un mayor impacto en la reproducción y alimenta la transmisión madre-hijo que persiste con valores elevados en nuestro país⁵⁹.

El SIDA constituye la primera causa de muerte en las mujeres entre 15 y 44 años de edad en la Ciudad de Buenos Aires y la segunda en la provincia de Buenos Aires. En todo el país es la tercera causa de muerte en mujeres⁶⁰.

Violencia hacia las mujeres y Explotación sexual

La violencia muestra su rostros: Datos que nos aproximan a la realidad

La falta de información estadística oficial impide afirmar con seriedad si ha aumentado o disminuido la violencia contra las mujeres, sin embargo se calcula que en Argentina existen episodios de violencia, de distinto grado, en 1 de cada 5 parejas. El 42% de las mujeres víctimas de homicidio (cuyo autor es descubierto) fueron asesinadas por sus parejas. La edad del grupo más afectado es de 25 a 34 años⁶¹. El 37% de las mujeres golpeadas por sus esposos lleva 20 años o más soportando abusos de ese tipo. Según información del BID, se estima que el 25% de las mujeres argentinas es víctima de violencia y que el 50% pasará por alguna situación violenta en algún momento de su vida.

A partir del 2000 el Consejo Nacional de la Mujer implementó a nivel nacional un registro único de casos para producir datos sistemáticos sobre la demanda institucional y sobre los casos de violencia contra la mujer atendidos en servicios de todo el país.

Investigaciones recientes, dan cuenta que en el año 2002 se radicaron 30.000 denuncias por violencia familiar en las 12 Comisarías de la Mujer de la provincia de Buenos Aires. En capital Federal creció más del doble la

⁵⁹ Y 8 Derechos Humanos de las mujeres; Asignatura pendiente del estado Argentino, Contrainforme CEDAW agosto de 2002- A D E U E M - C E L S - CLADEM-FEIM-ISPM-Feministas en Acción.

⁶⁰ Idem anterior .

⁶¹ La niñez prostituida. Estudio sobre la explotación sexual y comercial infantil en Argentina Buenos Aires Octubre de 2001

demanda de ayuda por violencia en los centros de Atención Integral de la Mujer del gobierno de la ciudad. En el 2002 recibieron allí atención psicológica, legal y social 2939 mujeres, sólo de enero a julio de éste año la cifra trepó a 4151 mujeres maltratadas, alrededor de 600 casos por mes.

En cuanto a la violencia sobre niños, niñas y adolescentes, no hay en nuestro país estadísticas oficiales ni registros que nos permitan dar cuenta de este fenómeno. Sin embargo, hay registros a nivel de diversos programas de gobierno y servicios específicos de los hospitales, a modo de ejemplo las cifras de la Unidad de violencia familiar del hospital pediátrico Pedro Elizalde de la Ciudad de Buenos Aires son alarmantes: el 54 % de los menores que consultan lo hacen por abuso sexual. En el 2002, la cantidad de consultas recibidas fue de 3.093. A esto se suman los registros de la línea telefónica “Te ayudo” del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires que atiende casos de violencia a menores y adolescentes, durante los primeros seis meses del año 2003, recibieron 17.370 comunicaciones.

Es sabido que la violencia instalada en un sistema puede llevar a la promoción del delito, dejando como legado un indudable mensaje de impunidad. Cuando la violencia es la piedra fundacional de un sistema, las consecuencias no solo se miden por lo que podemos suponer es el ámbito social, sino que queda legitimada por el poder político, es decir aquello bajo cuyo resguardo debería estar el bienestar publico, porque de los poderes ejecutivo, legislativo y judicial deben generarse las directrices básicas de una organización ética, que no legitime lo que no es justo.

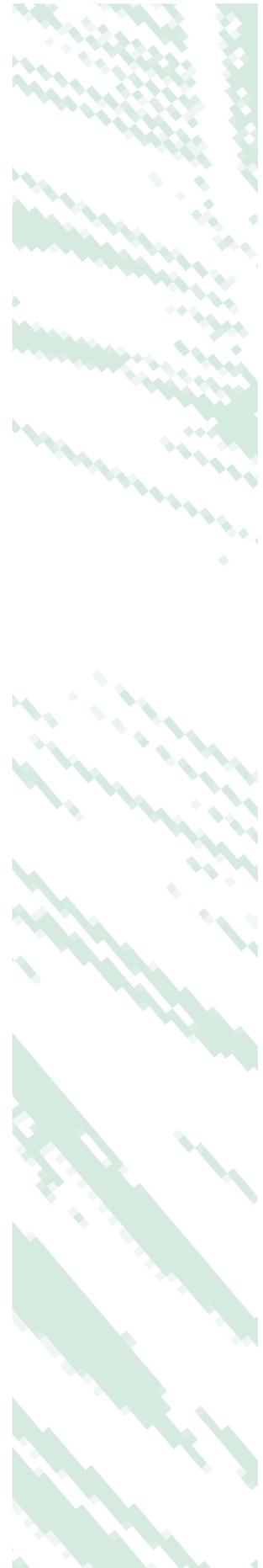
La violencia contra las mujeres en provincias que son verdaderos estados-feudales como San Luis, Santiago del Estero, o las del Noroeste Argentino y las del litoral, está tan naturalizada que hasta hace muy poco tiempo no se visualizaba como tal. Las organizaciones políticas, gremiales y sociales no registran esta problemática en sus agendas, siendo muy difícil que mujeres y niñas intenten denuncias formales, dada la orfandad de derechos en que se encuentran.

En el sistema de salud no se implementan los protocolos médicos que permitan determinar si la mujer que llega con lesiones, esta siendo víctima de violencia, como así también en el sistema educativo, no existe capacitación docente curricular que introduzca la temática y ayuden a la prevención.

En el sistema judicial, peritos, psicólogos, psiquiatras, abogados y jueces desoyen o minimizan las denuncias de las mujeres; proponen audiencias de conciliación cuando es imposible que éstas mujeres puedan negociar de igual a igual con sus parejas, o intentan disuadir de la decisión de poner fin al círculo violento privilegiando el supremo interés de la familia por sobre la vida de las mujeres.

Explotación sexual

En cuanto a la Prostitución Infantil, se han detectado en distintos puntos del país redes de prostitución infantil y turismo sexual con niños /as y





adolescentes, como así también el crecimiento de la prostitución de las mujeres. No obstante desde los organismos oficiales (El Consejo Nacional de la Mujer, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, el Consejo Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia) aún no han implementado políticas ni acciones que intenten abordar el problema. En este sentido, se han denunciado por diversos medios periodísticos la existencia de grandes redes de prostitución y tráfico en la que no hay distinción por nacionalidad, posición social, raza, etc. de las niñas que se reclutan para la explotación sexual. Así, se han iniciado investigaciones en las provincias de Santa Fe, Chubut, Río Negro y Chaco sin llegarse a obtener resultados concretos.

Un reciente informe de UNICEF⁶² sobre la prostitución infantil en Argentina, se constató que esta forma de explotación se ejerce no sólo en las calles sino también en hoteles, cabarets, saunas, discotecas y otros tipos de establecimientos destinados al efecto, por lo que resulta muy difícil abordar esta problemática ya que involucra a personas y ámbitos de alto nivel económico y social, lo que les permite mantener su identidad reservada.

El problema del aumento de la prostitución tiene que ver con la pobreza, el desempleo, la cultura sexista especialmente en los medios de comunicación y la falta de producción crítica.

Un dato significativo lo constituye el proceso de organización que se viene dando en mujeres que se autodefinen como Trabajadoras Sexuales ubicando sus sedes en sindicatos como la CTA (Central de Trabajadores Argentinos). Estas organizaciones se llama AMMAR (Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina), la misma impulsa reformas en el Código de faltas de las distintas ciudades y provincias, denuncia a la policía y ante situaciones de violencia y muerte de alguna de ellas, protección y prevención de las ETS y VIH SIDA en las trabajadoras sexuales, reconocimiento de sus derechos humanos, entre otras poniendo en lo público el debate en torno a sus derechos y a la polémica en torno a la venta de sexo como trabajo.

4.4 ANTICONCEPCION

La regulación de la fecundidad en el país se ha asentado en dos prácticas relativamente extendidas: la anticoncepción y el aborto provocado, la primera particularmente desde la década del 60 en la que la introducción de la píldora anticonceptiva modificó sustantivamente las prácticas procreativas de las argentinas. Sin embargo debido a políticas de corte pronatalista desde hace varias décadas el acceso a métodos anticonceptivos no ha sido una ruta fácil de transitar.

En 1974, el gobierno nacional prohibió por decreto, los servicios y el suministro de anticonceptivos. Para ello dispuso no sólo el control de la venta de anticonceptivos sino que realizó una campaña sanitaria donde se destacaba los riesgos de las prácticas anticonceptivas. En el año 1977 en el marco de la última dictadura militar, a través de un nuevo decreto se ratificó

⁶² Informe sombra CEDAW - Agosto 2002.

esta medida señalando la necesidad de “eliminar las actividades de control de la natalidad”.

Este escenario se modifica recién en 1983 con la recuperación democrática, en el que se abre el debate sobre los derechos de las mujeres, incluidos la anticoncepción y el aborto, a instancias de grupos feministas, el movimiento de mujeres y del sector salud, derogándose el decreto 659/74, pero no así el decreto del gobierno militar, que se derogará recién en 1992.

Desde 1987 comienza un largo recorrido por parte de las organizaciones de la sociedad civil, de profesionales de la salud y algunos legisladores para impulsar leyes que permitan a las parejas a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos, así como al acceso a los distintos métodos anticonceptivos de manera universal gratuita e informada y en el marco del respeto de los derechos sexuales y reproductivos.

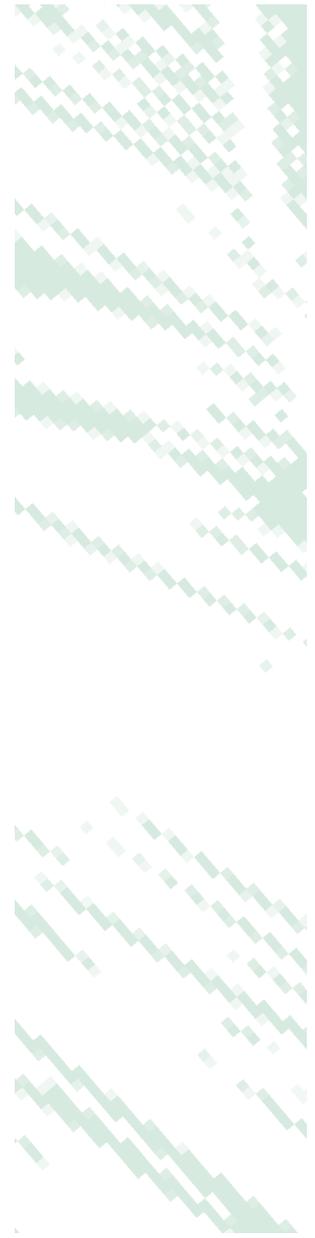
Las leyes provinciales y programas de Salud Sexual y Reproductiva funcionan actualmente en 16 de las 24 provincias pero con recursos humanos e insumos anticonceptivos muy limitados⁶³.

Durante los noventa las propuestas de leyes, tanto nacionales como provinciales sufrieron muchos reveses en el marco de un debate altamente ideologizado y con fuertes presiones de la iglesia católica y grupos conservadores para impedir que se promulgaran estas leyes. Desde fines de los 80' varias provincias fueron creando diversos instrumentos, leyes, programas, decretos, destinados a proporcionar servicios de anticoncepción en sus distritos. Actualmente las provincias en las que existen algunos de estos instrumentos jurídicos, la mayor parte de ellas tienen diversos obstáculos para su efectivización, particularmente en lo concerniente a la provisión de métodos anticonceptivos (MAC), recursos humanos y económicos y ausencia de una política integral de salud reproductiva.⁶⁴

Recién en el año 2002 se aprueba en ambas cámaras la ley nacional 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que, entre otras medidas, faculta a hospitales y centros de salud públicos y privados a entregar a demanda métodos anticonceptivos. 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. Sin embargo, en sus artículos 9 y 10 autoriza a exceptuarse del cumplimiento de la entrega de anticonceptivos a los servicios de salud de instituciones religiosas confesionales con fundamento en sus convicciones.

Los comportamientos reproductivos de las mujeres se expresan a través de distintos indicadores, entre ellos la fecundidad, la prevención de embarazos a través de la utilización de métodos anticonceptivos, las consultas ginecológicas y, durante el embarazo, los controles prenatales.

Debido a las barreras de tipo ideológico en el país se ha dificultado que las mujeres pudieran acceder a una anticoncepción eficaz. Como se señaló anteriormente, los distintos gobiernos -constitucionales y de facto- sometidos



63 CEDES, *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en la Argentina: Salud Pública y Derechos Humanos*, Notas Informativas N° 1, junio de 2003

64 *Relatorio del Seminario-Taller Regional sobre "Monitoreo de las Complicaciones Post-aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas"*. organizado por el Foro por los Derechos Reproductivos- 21 y 22 de Abril 2003.



65 *“Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales. INDEC 1995, cap.8, Salud de la Mujer, autoras: Elsa López y María del Carmen Tamargo)*

66 *El análisis de estos datos se encuentra en el libro editado por Indec “Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales. INDEC 1995, cap.8, Salud de la Mujer, autoras: Elsa Lopez y María del Carmen Camargo)*

67 *Los aglomerados fueron: Gran Buenos Aires, Rosario, Paraná, Neuquén, Mendoza, Salta y Río Gallegos.*

68 *Mabel Ariño: Perfil Social de las Mujeres en Edad Fértil. SIEMPRO. 2003*

69 *La ECV considero la pobreza según el método de la “Línea de pobreza” del INDEC que establece a partir de los ingresos de los hogares la capacidad de satisfacer a través de la adquisición de bienes y servicios las necesidades consideradas esenciales. En el universo estudiado de mujeres en edad fértil la encuesta estableció que cerca del 38% de estas mujeres son pobres según esta definición y que la pobreza afecta más a las más jóvenes.*

70 *ECV. Op.cit*

a las presiones de la iglesia católica y los sectores más conservadores de la sociedad, dificultaron que en el país se implementara una política que permitiera a las parejas controlar libremente su fecundidad, incluso el país se negó a realizar Encuesta Mundial de Fecundidad ⁶⁵. Tampoco se han realizado estudios sobre prevalencia de uso de anticonceptivos, a excepción de algunas investigaciones en muestras pequeñas o de carácter cualitativo.

Las fuentes de información con las que se cuenta actualmente son básicamente dos: el Módulo para Monitoreo de Metas Sociales de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) ⁶⁶ y del INDEC de mayo de 1994, que releva, entre otras características sociodemográficas, variables sobre salud reproductiva (EPH) ⁶⁷ y la Encuesta de Condiciones de Vida del Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (ECV, SIEMPRO-INDEC) que realizó dos relevamientos en 1997 y 2001

La primer fuente citada analizó información sobre anticoncepción, consultas ginecológicas y fecundidad de mujeres activas sexualmente de 15 a 49 años de edad en 7 aglomerados urbanos del país ⁶⁸ considerando variables de pobreza (NBI y escolaridad). Según esta fuente las mujeres sexualmente activas que usaban algún MAC se situaba entre 53,2 (Paraná) y 64,6% (Gran Buenos Aires) Entre las que viven en Hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (pobres) bajaba, oscilando del 43,5% al 54,1% en las jurisdicciones señaladas. El nivel de escolaridad también muestra una fuerte asociación: el 51 % de las mujeres del GBA con primaria incompleta usa algún Mac frente al 71,7% con escolaridad secundaria completa y en Paraná el 37% frente al 58,3%.

La Encuesta de Condiciones de Vida (SIEMPRO) analiza diversos aspectos de la salud reproductiva de mujeres en edad fértil ⁶⁹. Respecto a las mujeres que se indagó sobre anticoncepción, las mismas representaron el 65% del total de mujeres en edad fértil (sólo se realizó la encuesta a las mujeres “autorespondentes”, es decir las que respondían por si mismas), representando un universo de alrededor de 5 millones de mujeres entre 15 y 49 años.

De las mismas el 61% declaró usar anticonceptivos al momento de ser encuestada y otro 22% haberlos usados en el pasado, es decir que el 83% de las mujeres en edad fértil ha practicado la anticoncepción en algún momento de su vida.

La prevalencia de uso actual de anticonceptivos entre las mujeres residentes en el ámbito urbano nacional es similar a la observada en el aglomerado del Gran Buenos en mayo de 1994, en el relevamiento mencionado de la EPH.

La ECV analiza el comportamiento contraceptivo de las mujeres según dos variables significativas: pobreza ⁷⁰ y número de hijos, llegando a los siguientes resultados ” Entre las mujeres que contestaron personalmente la encuesta y que tienen relaciones sexuales al momento de la entrevista se observa que el 78% ha tenido hijos y que el 66% se cuida para evitar embarazos. Las que no han tenido hijos presentan una prevalencia de uso de

anticonceptivos algo menor (61%). Al observar la distribución por paridad se verifica que las mujeres que tienen 5 hijos o más suman casi 10% y entre ellas son menos las que regulan su fecundidad. “

Considerando la situación de pobreza la encuesta establece que entre las pobres el 87% ha tenido hijos, de las cuales el 61% se cuida actualmente para evitar embarazos. Entre estas mujeres pobres el 21% ha tenido 5 hijos o más y en las multíparas pobres la prevalencia actual de uso de anticonceptivos se ubica en el 53%.

La conducta tendiente a evitar embarazos es más acentuada entre las no pobres. En este grupo casi el 74% ha tenido hijos y de ellas regula su fecundidad el 69%. También puede observarse que sólo el 3% de las mujeres no pobres han tenido 5 hijos o más y de ellas usan anticonceptivos el 56%.

Las mujeres que usan anticonceptivos muestran comportamientos procreativos diferenciales según su pertenencia social. Entre las mujeres que conviven en pareja, pertenecen a hogares pobres y utilizan anticonceptivos son escasas las que no han tenido hijos y numerosas las que han tenido más de 4, el 40% de las madres pobres que conviven en pareja ha tenido 4 hijos o más.

En idéntica situación pero en hogares no pobres, el 7% espera hasta tener su primer hijo y de las que ha iniciado su descendencia sólo el 12% supera el número de 3 hijos. Queda planteada la pregunta si una descendencia numerosa responde al modelo de familia que subyace en el imaginario de las parejas pobres o es resultado de una práctica anticonceptiva poco eficaz.

Sobre los MAC utilizados por estas mujeres la encuesta señala que el método más utilizado es la píldora (43% de las mujeres en edad fértil que regulan su fecundidad), en segundo lugar mencionado es el del preservativo (38% de las mujeres contesta que lo utiliza) y en tercer lugar, con el mismo porcentaje de 15 % se ubica el ritmo o control de los días fértiles (único método anticonceptivo aceptado por la iglesia católica) y el DIU. En cuanto a los otros métodos (retiro, diafragma, óvulos e inyecciones anticonceptivas) sólo 6 % de las mujeres declaran utilizarlos.⁷¹

Algunos resultados indican que las cifras son similares a las obtenidas en el ámbito del Aglomerado del Gran Buenos Aires en mayo de 1994, a través del Módulo del INDEC mencionado.

Los comportamientos anticonceptivos varían considerablemente según la edad: entre las adolescentes con vida sexual activa el 21% no usa MAC. Entre las jóvenes de 20 a 24 años el 28% dijo no cuidarse para evitar embarazos, y el 66% de las mujeres de 25 a 39 años utilizan algún MAC. Respecto al tipo de método utilizado la información obtenida establece que el 43% usa píldoras anticonceptivas; el 37,9% preservativos, 15% utiliza DIU y otro 15 % ritmo. También cerca de un 6% declara usar “otros” MAC.⁷²

La incidencia del uso de preservativos es mayor entre las adolescentes, lo que permite suponer que la mayor aceptación entre los/as jóvenes de conductas preventivas frente al SIDA está influyendo en este guarismo.



71 Dado que la pregunta sobre métodos no es excluyente, la suma no da 100 debido a que algunas mujeres respondieron sobre la utilización de más de un método.

72 El Código Penal Argentino en el artículo 86 indica las excepciones de penalización del aborto en dos situaciones: “1. 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 y 2. Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.”



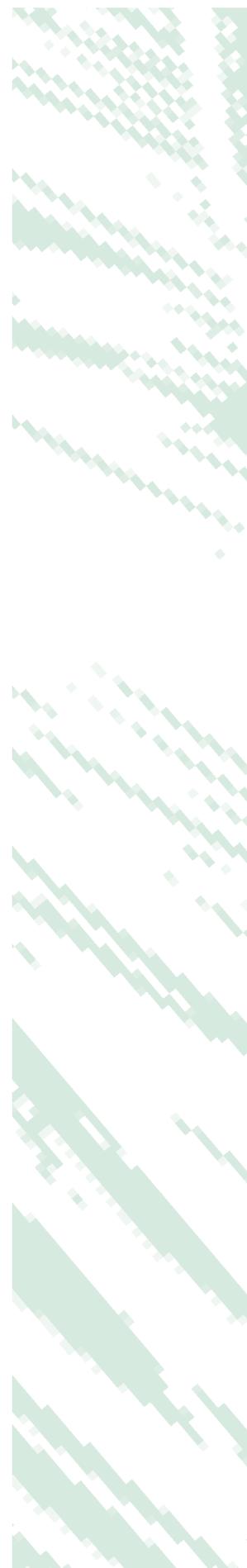
La anticoncepción de emergencia se está aplicando en el país en pocas provincias y con un alto desconocimiento de la población sobre sus beneficios. Una asociación civil de la provincia de Córdoba el “Portal de Belén” abrió una causa contra el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación para prohibir la comercialización de un medicamento para la A.E. En su sentencia del 5 de marzo de 2002, la Corte Suprema ordenó al Estado Nacional —Ministerio Nacional de Salud y Acción Social, Administración Nacional de Medicamentos y Técnica Médica—, que dejara sin efecto la autorización y prohibiera la fabricación, distribución y comercialización del fármaco “Imediat” (anticoncepción de emergencia). Si bien el fallo devino abstracto dado que se restringió a una marca comercial que ya había sido retirado del mercado, la doctrina sentada en este fallo implica la reafirmación de criterios ya emitidos por el mismo tribunal respecto de: 1) comienzo de la vida humana desde el momento de la fecundación del óvulo por el espermatozoide; y 2) el derecho a la vida humana como un derecho natural preexistente a toda legislación positiva. En efecto, la Corte considera que la vida humana comienza con la fecundación, existiendo en ese momento un ser humano “potencial”. Sin embargo, la Corte argumentó sobre los modos de acción de este fármaco sin realizar una indagación seria y responsable, pues sostiene que los modos de acción de este fármaco “constituye una efectiva e inminente amenaza al bien jurídico de la vida”, y agrega que “todo método que impida el anidamiento debería ser considerado como abortista”. Estos argumentos son erróneos para el caso en cuestión, ya que este fármaco actúa impidiendo la unión del óvulo y el espermatozoide, o sea antes de la anidación..

Actualmente y a pesar de este fallo, existe un fármaco en forma de píldoras dedicado para anticoncepción de emergencia (PAE) que se puede adquirir con receta médica en todas las farmacias del país (es práctica común en Argentina que los medicamentos que deberían venderse ante la presentación de receta médica sean comercializados también sin ese documento médico, las píldoras PAE están incluidas en esa práctica también).

Las PAE han sido incluidas en el Programa de Salud reproductiva de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, aunque actualmente su acceso a través de dicho Programa está en cuestión por una presentación judicial realizada por un grupo católico de la ciudad en contra de esa inclusión; la Obra Social Provincial de Mendoza la incluye en su vedemecum.

En 2003 se ha constituido el Consorcio Argentino de Anticoncepción de Emergencia formado por Organizaciones de la Sociedad Civil y personas interesadas en el tema y que forma parte del Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia. Sus principales objetivos son difundir e informar acerca de la Anticoncepción de Emergencia, contribuir a que todas las personas que la necesiten tengan acceso a la misma y lograr que sea incluida en los Programas de Salud y de Educación, reconociendo que su uso es parte de los derechos humanos de todas las personas.

Estos procedimientos para impedir que las mujeres accedan a una anticoncepción segura y eficaz están en abierta contradicción con los derechos humanos de las mujeres amparados por el artículo 12 de la CEDAW y por las plataformas de acción de las conferencias de El Cairo y Beijing. Situación que requiere del seguimiento y demandas constantes por parte de mujeres activistas



5.1 Marco Legal

En la Argentina, la ilegalidad del aborto es una de las mayores causales de morbimortalidad de las mujeres en edad fértil .

La penalización del aborto, al impedir el acceso de las mujeres a abortos seguros, particularmente a las más pobres y desprotegidas del espectro social, que son por ello mismo las más desinformadas, está en la base de la elevada incidencia de complicaciones postabortivas. Constituye así, un problema sanitario de primera magnitud, ya que la mortalidad por gestación (MM o MxG) se vincula estrechamente con la prevalencia del aborto realizado en condiciones que ponen en peligro la vida y/ o salud de la mujer.

A pesar de que existen en el Código Penal situaciones de no punibilidad⁷³, en la práctica los agentes sanitarios sólo realizan las intervenciones con una autorización judicial. Este requisito no es necesario desde el punto de vista legal, pero se transformó en una práctica habitual en la que los jueces suelen hacer una interpretación restrictiva de la ley y autorizar en muy pocos casos la interrupción del embarazo, que entra en circuitos judiciales y burocráticos que impiden que dichas excepciones se cumplan. Recientemente, algunos jueces han impuesto penas administrativas o económicas a los médicos que siguieron esta conducta. Otros, por el contrario, intentaron procesar a las mujeres. El Estado debería garantizar que se cumpla la práctica del aborto no punible y la necesidad de actuar en consecuencia, con la celeridad y responsabilidad requeridas.

Estos abortos también se realizan en la clandestinidad en el circuito médico o informal privado e implican diversos grados de riesgo.

En nuestro país el aborto es un delito, tratado en el Código Penal en el Libro Segundo “De los delitos”, Título I “Delitos contra las Personas”, Capítulo I de “Delitos contra la vida”. En este Capítulo están contenidos distintos tipos penales, tales como: homicidio, instigación al suicidio, lesiones, duelo, abuso de armas y abandono de persona. El texto del articulado es de 1921, con excepción del artículo 86, que ha sufrido varias modificaciones; la última data de 1984. En general las reformas se corresponden con la alternancia entre gobiernos democráticos y gobiernos militares de facto.

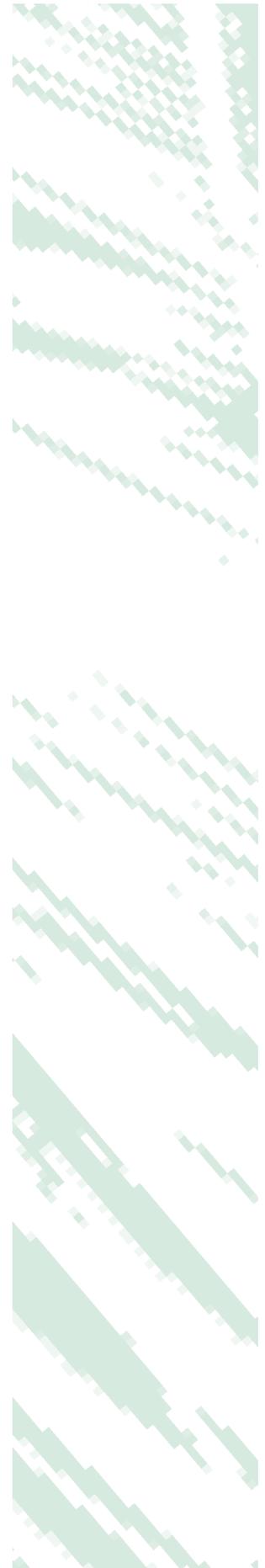
Los precedentes legislativos argentinos del Código Penal siempre tipificaron el aborto no previendo excepciones ni formas de impunidad. El Código Penal no define el aborto, sino que en el artículo 85 dice “el que causare un aborto será reprimido...”. Lo que se penaliza es la interrupción voluntaria y forzada del embarazo. Recién en el año 1919 se introducen formas de impunidad en la figura del aborto, tomadas del Anteproyecto del Código Penal suizo, y sancionadas por el Congreso Nacional por ley 11.179, vigente desde abril de 1922. La copia realizada del Anteproyecto suizo incluyó errores de redacción, que generaron discusiones doctrinarias sobre su alcance. El agregado de una coma en el inc.2º del art. 86, que fue propuesto por la diputada Florentina Gómez Miranda, permitiría extender la no punibilidad del aborto por violación a todas las mujeres, y no sólo a las idiotas o dementes, como se interpreta usualmente este inciso.

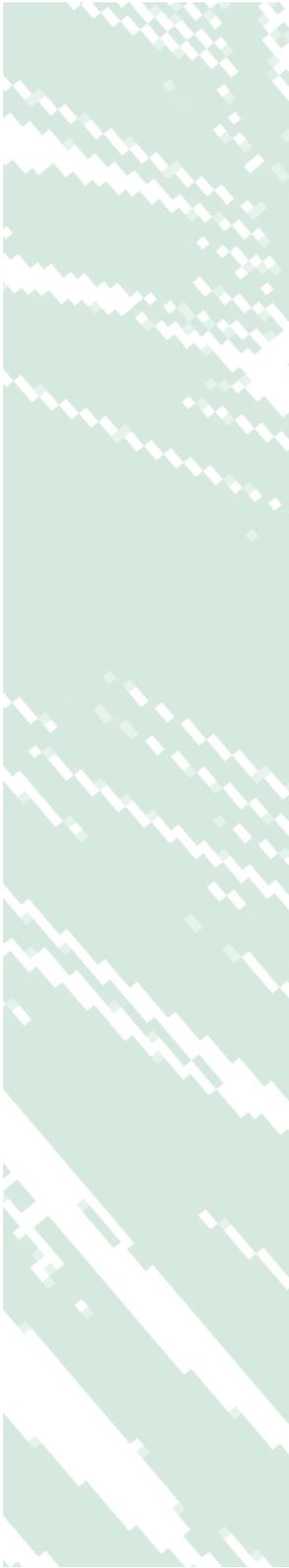
El art. 85 fija lo que la doctrina denomina delito propio, es decir que requiere una calidad o condición en el autor en los siguientes términos: “que abusaren de su ciencia o arte...” y establece las penas: uno a cuatro años si es con consentimiento de la mujer, y hasta seis años “si el hecho fuera seguido de la muerte de la mujer”.

El art. 86 refiere al aborto realizado por profesionales (médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos) y a las figuras impunes de aborto terapéutico, y sentimental. Es de destacar que este artículo sufrió cuatro modificaciones y que ha sido uno de los que más discusiones ha provocado.

Durante mucho tiempo la despenalización del aborto en el caso de un embarazo proveniente de una violación rigió en nuestro país en forma clara, como un inciso autónomo, requiriendo el Código Penal como único recaudo para su aplicación que la denuncia de la violación se hubiese efectuado. Sin embargo después de la última reforma efectuada al segundo párrafo se contemplan solo dos situaciones en las que la interrupción del embarazo practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, no es punible: El inciso 1º dice: que puede llevarse a cabo “... para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este no puede ser evitado por otros medios...” El inciso 2º se refiere a situaciones de violación o de atentados al pudor. “Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto”

Desde el año 1983 se presentaron 14 proyectos de ley. Dos de ellos derogaban las figuras de aborto no punible y cinco mejoraban su redacción; tres legalizaban el aborto; un proyecto lo despenalizaba y uno incorporaba al Código Penal la protección de la persona por nacer. Los últimos proyectos presentados recientemente en la Cámara de Diputados fueron del Bloque Socialista por la Despenalización del Aborto que modifica y aumenta las causas de no punibilidad del Código actual, el del diputado Luis Zamora: Educación Sexual, Anticoncepción y Legalización del Aborto, elaborado por un grupo denominado Mujeres por la autodeterminación de nuestros actos y la libertad de elegir y dos





de la diputada MJ. Lubertino: el de Atención Sanitaria en Casos de Abortos No Punibles y otro de Ley Nacional de Anencefalia. El primero establece un reglamento para que los médicos del servicio de salud pública, privada y obras sociales realicen los abortos establecidos por el Código Penal en forma informada y expeditiva, sin requerir la autorización judicial. Interpreta de manera amplia el concepto de salud, que incluye la salud psíquica y considera el embarazo por violación como un caso de peligro para la salud de la mujer. El segundo proyecto permitiría interrumpir embarazos, en casos de fetos con comprobadas patologías incompatibles con la vida extrauterina. Se trata de que los médicos del sistema de salud público, privado, y las obras sociales, puedan realizar las intervenciones con el requisito de que exista la indicación médica, sin que sea necesaria la autorización de un juez.

En 1998 se estableció por decreto presidencial el “Día del Niño por Nacer” (25 de marzo de cada año). Tampoco se avanzó en la aplicación del párrafo 63iii del Plan de Acción de ICPD+5 (UN, 1999), en el que “se insta a los gobiernos a capacitar al personal y adecuar los servicios de salud para atender las complicaciones del aborto en países donde el mismo no estaba legalizado”. Asimismo, tampoco nuestro país ha cumplido con el párrafo 106 K de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer que recomienda a los gobiernos revisar el derecho que impone sanción a la mujer que comete un aborto ilegal, de cuyo consenso la delegación argentina participó fundándolo en la tradición jurídica, la jurisprudencia nacional y las circunstancias atenuantes.

Asimismo, la penalización del aborto y la no-implementación adecuada de las excepciones legales, fundamentalmente el caso del aborto terapéutico, constituyen una clara violación del artículo 12 de la Convención, tal como lo ha interpretado la citada Recomendación General 24 del Comité de la CEDAW en el punto 14 último párrafo que textualmente señala: “El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones”⁷⁴.

A pesar que Argentina admite la excepción del aborto terapéutico en caso de riesgo para la salud o la vida de la mujer, su aplicación se ve fuertemente restringida a las interpretaciones estrechas y las pautas morales y religiosas de jueces y magistrados. La Corte Suprema de Justicia de la Nación se limitó a pronunciarse únicamente sobre aspectos procesales y no se han tratado cuestiones sustantivas.

Lamentablemente los tribunales provinciales no son excepción. Una resolución de la Corte Suprema de Justicia de la provincia de Santa Fe en la causa “INSAURRALDE, Mirta -Aborto Provocado - sobre Recurso de Inconstitucionalidad” (Expte. C.S.J. N° 1105, año 1996) emitida el 12 de agosto de 1998, resolvió que no existió violación del secreto profesional por parte de una profesional que denunció a una mujer que concurrió a un

⁷⁴ Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud, 2001, difundido por Elida Marconi durante un taller sobre la Asistencia Post Aborto (APA) en hospitales públicos. 11 de noviembre 2003.

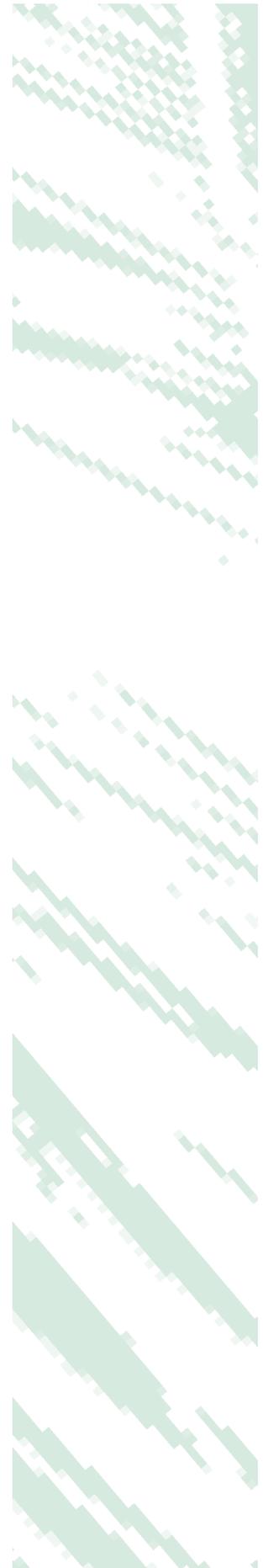
hospital público con secuelas de un aborto, por considerar que estaba en juego el derecho a la vida del no nacido. Este fallo desconoce absolutamente el derecho a la salud de la mujer, quien al concurrir en búsqueda de atención médica con peligro de su vida, corre el riesgo de ser denunciada penalmente. La Recomendación General 24 expresamente ha establecido en su apartado 12 que “la falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física”.

Resulta ejemplificador un caso particular que llegó hasta la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en virtud de una solicitud de interrupción de embarazo por anencefalia del feto, diagnosticada en el quinto mes de gestación. La mujer se vio obligada a solicitar autorización judicial ante la negativa del hospital a realizar dicha práctica. La acción fue iniciada el 17 de octubre de 2000, cursando la actora el quinto mes de embarazo, y el fallo del máximo tribunal fue dictado el 11 de enero de 2001, ya en el octavo mes de la gestación. En una resolución con votos divididos la mayoría de los miembros de la Corte Suprema resolvió autorizar “... la inducción de un nacimiento una vez llegado el momento en que el avance del embarazo asegura... el alumbramiento de un niño con plenas posibilidades de desarrollarse y vivir”. De esta manera, se insistió en argumentos de respeto a la vida desde el momento de la concepción, tradicional en nuestro derecho. Esta resolución, si bien en apariencia resulta favorable a la petición de la mujer, se basa en concepciones de tipo moral y religioso que desconocen derechos humanos elementales reconocidos a las mujeres por nuestro ordenamiento jurídico. Los magistrados, a pesar de reconocer que el diagnóstico de anencefalia significa viabilidad nula en la vida extrauterina, elaboraron su sentencia como si existiera una colisión de derechos entre el no nacido y la mujer; asegurándose llegar a 8 meses de embarazo para posibilitar “el alumbramiento de un niño con plenas posibilidades de desarrollarse y vivir”. Creemos que la Corte Suprema no respetó el derecho a la salud de la mujer, el cual se vio claramente afectado en su esfera psíquica, supeditándola expresamente a la vida del “niño por nacer”.

Políticas públicas en torno al aborto

El reconocimiento y promoción de los derechos humanos ha crecido, particularmente en la última década, sin lograr igual impacto en el campo de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Aún estamos muy lejos de que la sexualidad de las mujeres y su papel en la reproducción sean considerados como un campo de ejercicio de derechos.

Las condiciones que impone el modelo económico neoliberal, cuyas consecuencias son la fragmentación del tejido social y la exclusión de una amplia





mayoría de la población del acceso a bienes sociales imprescindibles - entre los que se cuenta la salud y el ejercicio de la autodeterminación sexual y reproductiva de las mujeres-, agudizan las consecuencias de esta falta de reconocimiento. Una de ellas es el aumento de los abortos. (ver egresos hospitalarios)

La ilegalidad del aborto da lugar a prácticas diferenciadas según la condición socioeconómica de la mujer y a la falta de información fehaciente. Mientras que las de los sectores mejor ubicados social y económicamente acuden en forma privada a profesionales idóneos, las pertenecientes a las franjas más pobres están expuestas a tener acceso sólo a procedimientos caseros y por lo tanto riesgosos para su salud y su vida. Según aumentan los recursos económicos los métodos más comunes son el legrado instrumental y la aspiración mecánica con anestesia. De la misma manera están segmentados los agentes de la práctica: para los sectores con capacidad adquisitiva son médicos y obstetras en medio quirúrgico, para los sectores desposeídos son enfermeras o mujeres sin preparación profesional o la autorrealización con métodos aprendidos via tradición oral, que incluye diversos fármacos. (ver más adelante)

La organización del sistema público de salud en la Argentina, altamente heterogéneo, no contribuye a disminuir las tasas de aborto y/o su repitencia. El primer nivel de atención, sustantivo por su carácter preventivo y anticipatorio en salud reproductiva, no realiza una adecuada captación en atención integral y preventiva en anticoncepción. Debido a ello un importante porcentaje de embarazos no planificados terminan en abortos realizados en la clandestinidad y en precarias condiciones de salubridad por lo cual las mujeres que han acudido al aborto deben ser hospitalizadas para evitar mayores riesgos o incluso la muerte.

En el país no existen antecedentes de políticas públicas que aborden la problemática la atención post aborto. Distintos estudios cualitativos coinciden en señalar las serias falencias que afectan la atención post aborto, vinculada al escaso interés en el.

En cuanto a la tecnología utilizada en la atención post aborto en los servicios públicos es la tradicional: legrado instrumental cuando la paciente llega con un “aborto en curso”. Según el testimonios de los profesionales en hospitales públicos, cuando se considera que es una “amenaza de aborto”, se intenta evitar el legrado y proseguir con el embarazo. No existen en el sector público ni en el de la seguridad social, tecnologías más modernas utilizadas en el circuito clandestino, como la aspiración neumática y la aspiración manual endouterina.

Es importante destacar que el método de aspiración manual endouterina, AMEU, utilizado en la mayor parte de los países de la región, aún en los que existen leyes restrictivas para la práctica del aborto terapéutico, no ha ingresado todavía en nuestro medio como recurso para el tratamiento de los abortos incompletos en el ámbito público, presumiblemente por motivos de orden ideológico y político. En el ámbito privado, donde también su uso es escaso, operan otras razones, ligadas al modo de configuración del mercado clandestino del aborto. No se han difundido estudios referidos a este particularismo tecnológico.

Características y Datos Estadísticos sobre el Aborto

La cantidad de mujeres asistidas en los hospitales públicos por complicaciones derivadas de abortos aumentó en los últimos años, según una estadística nacional que muestra un incremento de este tipo de internaciones en la población femenina de entre 15 y 19 años. Para 1995 la estructura etárea de abortos se concentraba en mujeres de 25 años, pero en las últimas estadísticas se observó un incremento de esas complicaciones “en jóvenes de entre 15 y 19 años y algunos casos de entre 10 y 14”.⁷⁵

En el país se realizan aproximadamente 500.000 abortos por año, con una población de 37 millones y aproximadamente 700.000 nacimientos anuales. Calculada de distintas maneras, ya que la ilegalidad impide registros fidedignos, esta cifra no ha dejado de crecer según las apreciaciones de los distintos actores. Recientemente, el Dr. Roberto Nicholson realiza una estimación aun mayor llegando a estimar que los abortos provocados se sitúan en el orden de 1 millón anual, superando de este manera los nacimientos anuales.

La tasa de mortalidad por gestación (MxG) es un indicador relevante de la incapacidad de las políticas sanitarias seguidas durante la pasada década para prevenir estas muertes, en su gran mayoría evitables, (ver datos en el punto referido a mortalidad materna). Si bien la sanción de la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, es aun reciente es previsible que su adecuada implementación produzca en el mediano plazo efectos sobre la cantidad de abortos que por las dificultades para el acceso de las mujeres a una anticoncepción segura resulta siendo un método de planificación familiar mas pero con serios e indudables costos para las mujeres

En lo que respecta a la morbilidad por aborto, las estadísticas de salud, que sólo contienen información del sector público, establecen que en el año 2001 los egresos por complicaciones de aborto en hospitales públicos de todo el país fueron 78.894. Respecto a los registros anteriores, correspondientes a 1995, el aumento de internaciones por complicaciones debidas al aborto creció en un 46%. Este aumento está referido al promedio nacional, pero el mismo alcanza porcentajes muy elevados en diversas provincias del país, en especial las más pobres, en las que como se observa triplican el promedio nacional.⁷⁶

**CUADRO 1. EGRESOS HOSPITALARIOS POR COMPLICACIONES POST-ABORTIVAS
REPÚBLICA ARGENTINA, 1990, 1995 Y 2001**

Edad /Años	Total	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Sin esp.
1990	53871	323	6826	12755	12374	10210	7281	2828	410	49	815
1995	53978	347	7002	13845	12368	9672	6361	3298	485	91	503
2000	78894	555	11015	21340	18095	13169	9058	4240	563	86	720

Fuente: Fuente: Egresos hospitalarios. Dirección de estadísticas. Ministerio de Salud de la Nación. 2000.



⁷⁵ Estadísticas Vitales – Información Básica Año 2001. Diciembre 2002. Ministerio de Salud.

⁷⁶ Plataforma de Acción de El Cairo (subrayado nuestro).

CUADRO 2. EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABORTO SEGÚN JURISDICCIÓN. ARGENTINA. AÑO 2000

Jurisdicciones	Año 1995	Año 2000	Aumento en %
Total país	53.978	78.894	46%
Capital Federal	4892	6446	32%
Buenos Aires	17.954	30.604	70%
Catamarca	711	765	8%
Córdoba	2701	3773	40%
Corrientes	1589	2111	33%
Chaco	1528	2212	45%
Chubut	714	790	11%
Entre Ríos	1261	1591	26%
Formosa	1286	1750	36%
Jujuy	2114	2558	21%
La Pampa	478	480	0%
La Rioja	564	1373	143%
Mendoza	3330	3438	3%
Misiones	1485	2399	62%
Neuquén	1149	1141	-1%
Río Negro	839	964	15%
Salta	3605	4997	39%
San Juan	1257	1720	37%
San Luis	379	941	148%
Santa Cruz	338	571	69%
Santa Fe	2321	3265	41%
Santiago del Estero	1074	2184	103%
Tucumán	2118	2821	33%
Tierra del Fuego	291	S/d	S/d

CUADRO 3. EGRESOS HOSPITALARIOS POR CAUSAS GINECOLÓGICAS Y OBSTÉTRICAS SEGÚN EDAD Y GRUPO DE CAUSAS. REPÚBLICA ARGENTINA. AÑO 2000

GRUPOS DE DIAGNÓSTICOS	TOTAL	10/14	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50 y más	SIN ESP
Aborto	78894	555	11015	21340	18095	13169	9058	4240	563	139	720
Parto	351597	2996	71926	113308	78629	47266	25868	7818	630	135	3021
Comp. Relacionadas con el embarazo	45586	594	9252	12378	9205	6751	4840	1975	239	53	299
Comp. Del trabajo de parto y del parto	103960	1068	22060	31924	22030	14328	8571	2959	284	112	624
Comp. relacionadas con el puerperio	3857	78	1015	1171	715	445	269	100	23	18	23
Otras afecciones obstétricas	16	0	1	8	0	4	2	0	0	0	1

Fuente: Egresos hospitalarios. Dirección de estadísticas. Ministerio de Salud de la Nación. 2000.

La edad de las pacientes internadas por complicaciones abortivas establece que el 15 % de las mujeres internadas por esta causa tienen menos de 20 años, mientras que 50% se ubica entre los 20 y 29 años.

El importante incremento de abortos hospitalizados que se observa en los últimos 5 años debería alertar a los servicios de salud y los decisores de políticas públicas tanto a modificar la legislación para evitar los graves riesgos para la salud que conlleva la clandestinidad de la práctica del aborto, como a garantizar el derecho de las mujeres a servicios de salud de calidad.

La Plataforma de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) es clara al respecto cuándo en el párrafo 8.25 señala: “*En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos*”⁷⁷. Por su parte, la Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, el Desarrollo y la Paz, (Beijing, 1995),⁷⁸ agrega, entre otras, la recomendación de reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar y la de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales.

Por otra parte, las complicaciones postabortivas tienen serias implicancias sobre el sistema público de salud debido a la alta ocupación de camas obstétricas por esta causa. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se considera que entre el 30 y 45 % de las camas corresponden a complicaciones posabortivas.

Si bien, como señala W.Barbato en un estudio ya clásico, es muy difícil establecer el costo del aborto en el presupuesto hospitalario, se estima que el costo de un aborto complicado es 9 veces el de un parto normal y 4,5 veces el de una cesárea (Walter Barbato)⁷⁹

La gama de proveedores de servicios de abortos también se conecta con las posibilidades económicas abarca desde la autorrealización con elementos de uso doméstico, pasando por la vecina experimentada en métodos tradicionales, las parteras, enfermeras, farmacéuticas/ os, llegando hasta los médicas/ os en los niveles de buen poder adquisitivo. Con el aumento del aborto medicamentoso, los farmacéuticos se han transformado en agentes importantes, ya que dan información y venden el producto.

La clandestinidad impide obtener información fehaciente sobre proveedores y/ o servicios. Sin embargo, existe un circuito clandestino del aborto que resulta accesible fácilmente por transmisión directa entre usuarias. Es común que los proveedores del servicio sean protegidos por la policía mediante un pago.

La información para acceder a la realización de un aborto circula en redes informales femeninas que proveen orientación y a veces recursos económicos.



⁷⁷ en el punto 107 inc.k,

⁷⁸ Walter Barbato: Cuaderno Médicos Sociales N.42. CESS Rosario, Año 1987.

⁷⁹ S.Checa, C.Erbaro, M.A.Gutiérrez, M.Rosenberg, E. Schwartzman, Investigación sobre complicaciones posabortivas en hospitales públicos de la CABA, Fac. de C. Sociales, UBA, en curso.



Hasta ahora no existen grupos profesionales y/ o de mujeres que se propongan proveer abortos legales. La tecnología más común ha sido la dilatación y curetaje y posteriormente, en sectores pudientes, la aspiración.

Con motivo de las estadísticas ya expresadas se ha promovido recientemente un debate en los medios académicos y de investigación, que aún no se refleja en la publicación de estudios que confirmen de manera fehaciente este fenómeno. Según testimonios de numerosos prestadores de efectores públicos de la Ciudad de Buenos Aires y otras regiones del país, existe coincidencia en señalar que este incremento se debe, entre otras causas, a la mayor utilización del aborto medicamentoso con misoprostol que provoca hemorragias por las cuales las pacientes solicitan atención y son hospitalizadas, ingresando así en las estadísticas públicas casos que antes quedaban en el silencio privado.⁸⁰

Asimismo hay que destacar que en 2000 más de 11.000 niñas y adolescentes de 10 a 19 años habrían sido hospitalizadas a causa de abortos incompletos. En 2000, y por primera vez en el país⁸¹ ocurrieron muertes maternas en menores de 15 años. En 2001 también hubo 27 muertes maternas en adolescentes.”

La concepción médico obstétrica aparece como paradigma de la fragmentación de la mujer en compartimentos estancos correspondientes a las especializaciones médicas. Según el modelo médico hegemónico, en un servicio de obstetricia, la mujer es definida por su capacidad reproductiva y valorizada como tal, desvinculada de sus restantes capacidades y de su historia. Las mismas mujeres internalizan este mandato, por lo cual cuando por distintas circunstancias deciden interrumpir un embarazo consideran que si no están dispuestas a la maternidad, deberían pagar algún precio por ejercer su sexualidad. Llámese éste embarazo involuntario, aborto o inconvenientes crónicos por métodos inadecuados o incomodidades y demoras desproporcionadas para conseguir la indicación del método apropiado en los servicios públicos.

En los casos de internación por complicaciones de aborto inducido, los servicios hospitalarios suelen no encarar preventivamente y con eficacia la indicación y asistencia en anticoncepción⁸², puesto que se presume una supuesta disponibilidad permanente a la gestación de las mujeres en edad fértil y se minimizan los efectos de las complicaciones creadas para efectivizar la consulta por la restricción de los horarios, los recursos y el personal disponible. Es probable que esta situación se modifique a partir de la sanción de la Ley 25673 (ver) y de la implementación de consejerías interdisciplinarias posaborto.

Las instituciones y servicios que atienden a mujeres deberían promover la formación de los profesionales y auxiliares en una comprensión más cabal de las representaciones de las mujeres acerca de su sexualidad y de la reproducción de la maternidad y la crianza, de sus ideas sobre salud-enfermedad, de la diferencia sexual y las relaciones entre los géneros,

80 declaraciones de Mabel Bianco, directora de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (Feim)-,

81 Ramos S., Viladrich A., Aborto hospitalizado. Entrada y salida de emergencia

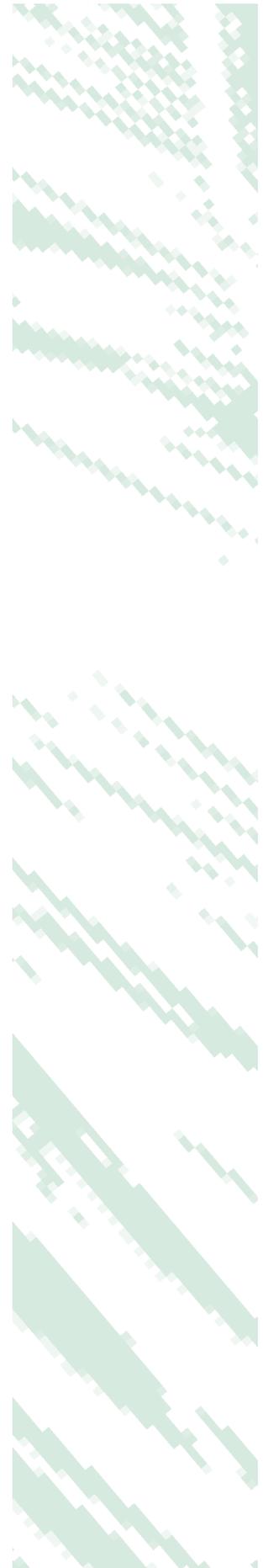
82 Proyecto Balance Regional Violencia CLADEM-UNIFEM, Argentina 2003- María Bressa y Gloria Schuster.

representaciones que, en definitiva, gobiernan las actitudes y las expectativas con las que, tanto el equipo médico, como las pacientes, encaran las tareas vinculadas con la procreación.

Por su parte, el aborto no punible no se realiza adecuadamente en la práctica cotidiana. Los médicos no siempre ejecutan los abortos legalmente permitidos en tiempo y forma, y en muchos casos solicitan autorización a un juez, cuando tal procedimiento es innecesario.

A mediados de los 90, uno de cada 4 egresos hospitalarios de mujeres se debía al aborto. Expertos del tema y estudios parciales calculan un subregistro de aproximadamente 50% debido al error en la certificación médica de defunción, y a que las mismas mujeres que abortan ocultan el hecho. Otro aspecto que indica deficiencias de la atención del embarazo y parto es el alto índice de toxemias, causa evitable con un adecuado control prenatal, incluso realizado por personal no médico.

Dado que el 70% de las causas de morbi - mortalidad materna son evitables, y que el país gasta gran cantidad de dinero en la atención de las complicaciones del aborto, resulta claro que las barreras para su solución no son científicas sino políticas, culturales y económicas.



6. AVANCES Y RETROCESOS EN EL RECONOCIMIENTO E IMPLEMENTACION DE ACCIONES POR PARTE DE DIFERENTES ACTORES A FAVOR DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.

6.1 De los Organismos y compromisos específicos del estado a favor de los Derechos de las Mujeres. Situación actual

Han sido escasas las medidas adoptadas desde el plano gubernamental para combatir la discriminación hacia la mujer.

Es de destacar la desjerarquización presupuestaria e institucional del Consejo Nacional de la Mujer (CNM) pasando a partir de enero 2002 a ser un programa que depende del Consejo Nacional de Políticas Públicas. El CNM sufre desde 1998 de reiteradas mermas en su presupuesto y en su autonomía de gestión, lo que se agravó aún más a partir del 2002. Actualmente es una dependencia del Ministerio de Desarrollo Social.

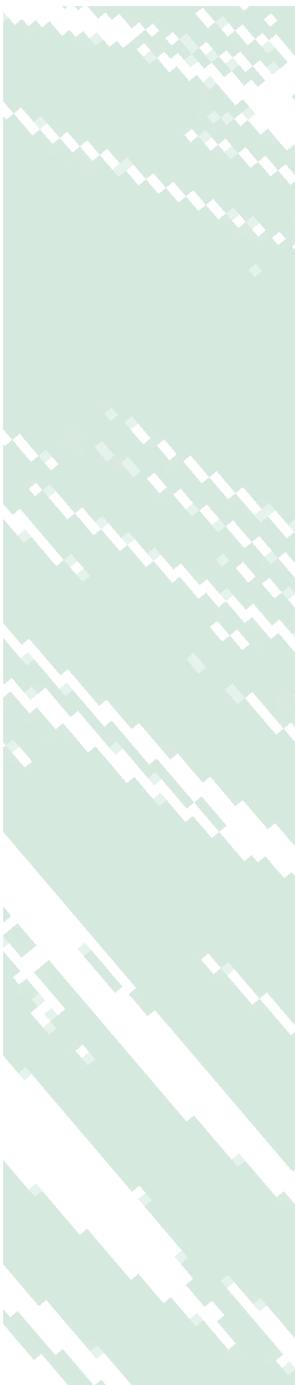
El Plan de Igualdad elaborado en el año 1998 por el Gobierno Nacional nunca fue debatido con la sociedad civil. Si bien no fue derogado, a cinco años de creado aún no fue puesto en práctica.

De los 24 distritos, hay 5 que no tienen ningún organismo específico dedicado a velar por los derechos de las mujeres o la paridad entre hombres y mujeres (Formosa, Jujuy, Corrientes, Tucumán y Santa Fe). En cuanto a los municipios, sólo un tercio de los 2000 tienen áreas encargadas de velar por los derechos de la mujer. Cabe señalar que las áreas gubernamentales específicas en todos los niveles, nacional, provinciales y municipales, todavía están poco jerarquizadas, con escaso o nulo presupuesto y muy recortadas en sus incumbencias.

Son escasos los mecanismos de articulación entre las distintas agencias estatales. A modo de ejemplo, no se cuenta —salvo en forma esporádica o para cuestiones puntuales— con un dispositivo o una estrategia formal de articulación, coordinación, enlace y /o vinculación entre el Consejo Nacional de la Mujer o la Dirección de la Mujer de Cancillería y las organizaciones de mujeres.

No se han elaborado indicadores de género por parte del gobierno nacional, y si bien la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) los ha desarrollado, el Gobierno Nacional no los ha aplicado aún. Cabría agregar que aun no se han instalado mecanismos para incorporar la perspectiva de género en los presupuestos nacionales, provinciales o municipales.

Si bien Argentina en 1994 incorporó a la Constitución Nacional la



CEDAW, el 30 de abril del 2002 el Poder Ejecutivo (a cargo del Doctor Duhalde), solicitó el retiro del proyecto de ley de ratificación del Protocolo Facultativo de la CEDAW, en parte cediendo a las intensas y reiteradas presiones de la jerarquía católica y de los sectores católicos conservadores. Se hace necesario continuar con los esfuerzos por promulgar, reglamentar y hacer cumplir las Convenciones Internacionales que son parte de la Constitución Nacional de la República Argentina y con las cuales nuestro país ha asumido un compromiso.

Otro aspecto de los compromisos asumidos por el estado a favor de los derechos de las mujeres son las medidas adoptadas para combatir la discriminación hacia la mujer a partir de políticas de discriminación positiva, como la Ley de Cupo que fija un piso del 30% de mujeres en las listas de los partidos políticos, aplicada en Argentina en la década del 90. En principio no se puede desconocer que posibilitó la incorporación de mujeres en lugares de decisión. Sin embargo, hay dos aspectos fundamentales que señalar: por lo general, este mínimo exigido, de un 30% pasó a ser un límite - techo, desoyendo el espíritu de la ley “fijar un mínimo” desde el cual sumar la incorporación de mujeres.

Además, que se incorporen más mujeres en estos espacios, no implica que lo hagan con perspectiva de género. Así mismo quienes han accedido a cargos, por lo general no han sido los de mayor poder de decisión.

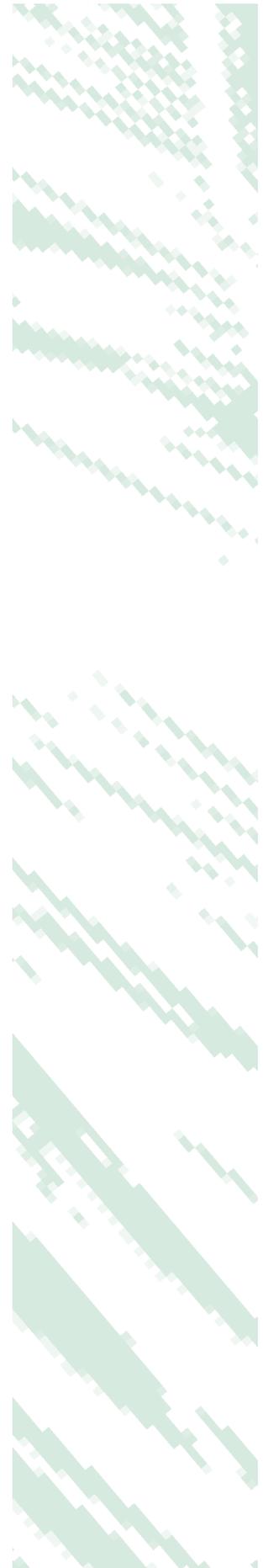
Aun hoy existen numerosos espacios donde la presencia del cupo femenino garantizaría mayores oportunidades para las mujeres, o la aplicación de leyes en el marco de los derechos humanos, como sería en la Corte Suprema de Justicia de la Nación, en Colegios Profesionales, Comités Científicos etc.

Otro aspecto que se plantea en la Plan de Acción del ICPD, tiene que ver con la eliminación de la discriminación de las mujeres en el ámbito laboral y la promoción de condiciones igualitarias entre ambos sexos con relación a las obligaciones laborales y domésticas.

En este sentido, en Argentina si bien ha promovido el plan de igualdad de oportunidades, aun no se ha implementado, al igual que no se cumplen con acuerdos y convenios interministeriales en donde debería asegurarse la incorporación de la perspectiva de género, por el compromiso de la transversalización del enfoque mencionado en las políticas públicas.

Así, en las situaciones de precariedad laboral, la mujer- madre puede ver amenazada la continuidad y estabilidad en su empleo, y cuando la ocupación no ocurre dentro del mercado formal de trabajo, no están garantizados los derechos básicos de licencia por maternidad, lactancia, subsidio por nacimiento, entre otros.

Se hace necesario definir programas y acciones que promuevan la igualdad entre varones y mujeres en torno a los roles laborales y domésticos, sin reforzar los tradicionales espacios asignados a varones para determinados empleos y ocupaciones, y a la mujer para cumplir con las responsabilidades domésticas y familiares.





Con relación al tema, vale la pena mencionar una parte breve de los debates parlamentarios en nuestro país, cuando se discutieron dos proyectos de ley sobre salud sexual y reproductiva: En la Cámara de Diputados de la Nación, en 1995, se planteó que “la mujer adquiere su mayor dignidad y jerarquía en la medida que se ennoblece con la maternidad”; Y en el Senado de la Nación, en 2001 se expresó que “no debe olvidarse que en la naturaleza femenina está el ser madre”.

Estos comentarios, ejemplifican cómo aún el estereotipo de roles asignados fundamentalmente a las mujeres, perdura y se reproduce.

6.2 La violencia de género en la agenda de los derechos sexuales y reproductivos.

Marcos normativos

En los últimos años han existido significativos avances en el orden normativo. Un cambio importante se da a partir de la Reforma Constitucional de 1994, que ha otorgado otro status a los tratados y convenciones de Derechos Humanos, entre los cuales se encuentra La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, ratificada el 5 de julio de 1996 y convertida en ley nacional n° 24.632 y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁸³.

En este sentido, la Constitución Nacional, no contiene disposiciones que traten explícitamente la violencia contra las mujeres. Sin embargo, con la incorporación de la CEDAW se asumen las obligaciones antidiscriminatorias que dan soporte al derecho de las mujeres a una vida sin violencia. En el mismo sentido la Convención sobre los Derechos del Niño, en su art.19 dispone tomar medidas apropiadas para proteger a niños y niñas de violencia física o psíquica, abuso, maltrato y explotación.

En lo referente a las Constituciones provinciales (en Argentina por ser un país federal, cada Provincia dicta su propia Constitución), sólo tres de ellas, las más nuevas en el tiempo, hacen referencia al problema de la violencia familiar y sólo una, la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a la violencia contra la mujer. Lo cual significa una conceptualización de la violencia conforme a los avances en el marco internacional, considerando la perspectiva de género. Esta concepción permite un avance en términos legislativos, a diferencia de aquellas que subsume la violencia que sufren las mujeres en el ámbito doméstico a una perspectiva de violencia familiar⁸⁴.

La Ley 24.417 - LEY DE PROTECCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA FAMILIAR- es una ley Nacional de aplicación en el ámbito de lo que en ese momento era la Capital Federal (ciudad de Buenos Aires) y daría lugar al desarrollo de la legislación provincial, dado que en su artículo noveno invita a las provincias a dictar normas de igual naturaleza. La importancia de esta ley fue el efecto multiplicador que produjo en las legislaturas provinciales, que promulgaron varias leyes adhiriendo a la misma. Fue sancionada el 7/12/1994, promulgada el 28/12/94 y publicada en el Boletín Oficial el

⁸³ *Idem*

⁸⁴ Centro de Estudios Legales y Sociales (Cels.) Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Argentina 1998, www.cels.org.ar.

03/01/95. Su Decreto reglamentario es el n° 235/96 con fecha de 8/3/ 1996. Esta ley se refiere a situaciones de violencia sufridas en el ámbito familiar por cualquiera de sus integrantes. Establece la competencia de los tribunales de familia y prevé una serie de medidas cautelares para la protección de las víctimas. Asimismo, contempla la obligación de denunciar hechos de violencia relacionados con menores, incapaces, ancianos y personas con discapacidades, que lleguen a conocimiento de los servicios asistenciales y educativos públicos o privados, profesionales de la salud y funcionarios públicos.

Las denuncias pueden ser verbales o escritas y no requieren asistencia de abogada/ o. Finalmente, establece una instancia de conciliación y la necesidad de un diagnóstico de interacción familiar Si bien la ley constituye un avance con relación al vacío legislativo previo, su conceptualización no está basada en la violencia de género, no recoge la evolución consagrada en la Convención Belem do Pará sobre la violencia hacia la mujer, equipara diferentes situaciones de violencia dentro del ámbito familiar de una forma neutral con relación al género. Ello se traduce en un marco limitado para la comprensión de causas y consecuencias de la violencia contra las mujeres, así como en los modelos de intervención y las políticas adecuadas para su prevención, sanción y erradicación⁸⁵.

Debido a que de los alcances de la ley dependen de las propias leyes provinciales podemos decir que no se pensó en una ley de fondo de protección de los derechos humanos de las mujeres con un alcance para todo el país. La propia ley limita su alcance, obstaculizando otro tipo de interpretaciones más amplias a la vez que invita a las provincias a adherirse⁸⁶

Por otro lado se torna ineficaz al no hacer suficiente hincapié en la necesidad de implementar políticas públicas para concienciar a todos los sectores para erradicar la violencia contra la mujer, expresada en todos los niveles.

Así en la Argentina tenemos 20 leyes de violencia familiar con características diferentes según se trate de cada provincia. De las 24 Provincias que forman el Estado Argentino, 4 aún no cuentan con una ley de violencia familiar o violencia contra la mujer específicamente provinciales. Dichas provincias son: Formosa, Santiago del Estero, Córdoba y Santa Cruz. El vacío legal no significa que no se trabaje en el tema, ya que algunas provincias como por ejemplo Córdoba adhirió a la Ley Nacional y en otras la creación de Tribunales de Familia, Comisarías de la Mujer y programas municipales y/ o provinciales suplen la falta de legislación local, aunque sería aconsejable el dictado de una ley específica para que los jueces puedan contar con herramientas más contundentes y rápidas para actuar.⁸⁷

En el libro *Mujeres, Violencia, Mercosur y Después*⁸⁸, en el capítulo de la Legislación en la Argentina, Liliana Tojo sostiene que para analizar las leyes argentinas es necesario partir de dos modelos principales a saber:

El primero que considera al maltrato como un síntoma de un conflicto.

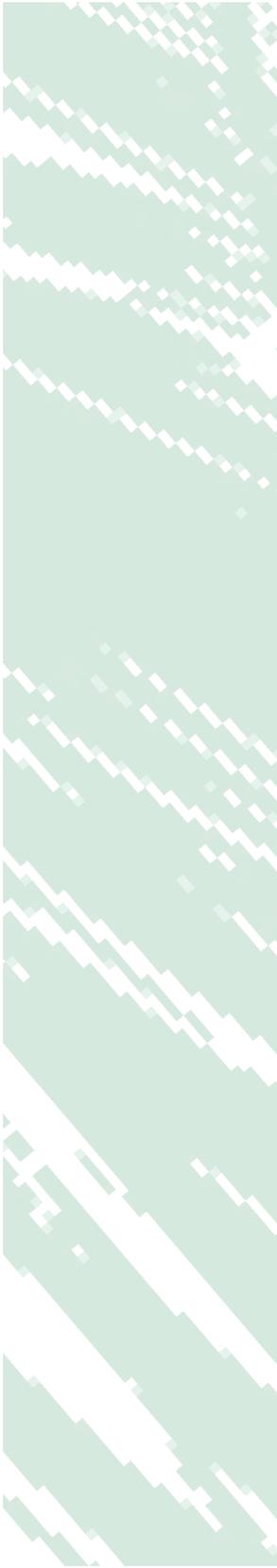


85 *Ídem*

86 *Proyecto Balance Regional Violencia* CLADEM-UNIFEM, Argentina 2003- Maria Bressa y Gloria Schuster

87 *Susana Gamba, Ana Glas, Lucrecia Oller (comps.) Mujeres, Violencia, Mercosur y Después...*, Buenos Aires, 1999

88 *Proyecto Balance Regional Violencia* CLADEM-UNIFEM, Argentina 2003- Maria Bressa y Gloria Schuster



Desde este grupo podemos diferenciar por un lado las que siguen la línea del modelo de la de Tierra del Fuego, luego reforzado al ser tomado por la Ley Nacional 24.417 e incluye también a las de Catamarca, Corrientes, Chaco, Chubut y Misiones.

Por el otro, las que siguen la línea de competencia de los tribunales civiles para la sanción de estas causas, pero mejoran sensiblemente la técnica legislativa procurando superar algunas de las falencias que se le señalaban al grupo anterior.

Este grupo coincide con las últimas leyes sancionadas e incluye a la de Neuquén y Santa Fe.

Este segundo grupo parte de la consideración del maltrato como delito, se trata de leyes que producen modificaciones en los Códigos de Procedimientos Penales, en general se trata, de habilitar a los Jueces penales para que tomen medidas cautelares de protección a la víctima en el marco de procesos por delitos contra las personas

Las leyes provinciales argentinas tienen como denominador común la prevención y/o asistencia y/o atención integral de la violencia familiar en el sentido más amplio. En algunas provincias, además, se habla de abuso como en Entre Ríos y Río Negro y otras como Neuquén, Jujuy, Mendoza y Buenos Aires de abuso sexual.

Funcionan en el País 18 Centros de Asistencia a Víctimas de Delitos en las ciudad autónoma de Buenos Aires dependiente de la Procuración General de la Nación, además en las Provincias de Buenos Aires (ciudad de La Plata), Chubut (con oficinas en la ciudad de Trelew y Comodoro Rivadavia), Córdoba, Mendoza, Neuquén, Río Negro, Santa Fe (con Oficina en las ciudades de Santa Fe y Rosario), Salta, Catamarca, Chaco, Tucumán, La Rioja y San Luis⁸⁹.

6.3 Con relación al Impacto del Cairo y Beijing en las políticas de salud, específicamente la salud sexual y reproductiva.

Contexto socio político pre Cairo

A partir de la recuperación democrática en Argentina (1983) se incorporaron al ordenamiento jurídico interno los tratados de Derechos Humanos mediante su ratificación por el Congreso Nacional. La necesidad de adecuar la legislación interna al mandato jurídico de dichos tratados los cambios en las prácticas sociales y la movilización y participación de la sociedad, en particular del movimiento de mujeres, hizo que en la década del 80 se produjeran debates ideológicos en la Legislatura de la Nación en temas como: divorcio vincular, patria potestad compartida, igualdad de derechos de los cónyuges, igualdad de los hijos extra matrimoniales, etc. que se tradujeron en relevantes modificaciones a la legislación civil. Por ley 23.179 quedó ratificada la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer con importantes consecuencias hacia la legislación interna en materia de anticoncepción. El reconocimiento del

⁸⁹ Instituto Social y político de la Mujer y Fundación de estudios e investigación de la Mujer. Buenos Aires

derecho a decidir libre y responsablemente sobre el número de los hijos y el intervalo entre los nacimientos y de los derechos de educación y disposición de los medios para ejercerlo, incluido el derecho a la atención de la salud reproductiva mediante el acceso a los servicios de planificación familiar que dicha Convención establece como compromiso de los Estados Partes, produjo la derogación tácita de las normas vigentes que prohibían las prácticas anticonceptivas y la necesidad de regular la materia mediante programas tendientes a dar cumplimiento a los compromisos contraídos. Desde los inicios de la democracia en Argentina, el debate en torno a la Salud Reproductiva, quedó enmarcado en dos posturas bien diferenciadas: por un lado, quienes con distintos matices reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos y por ende derechos ciudadanos; y por otro, quienes hacen énfasis en la prohibición del uso de métodos anticonceptivos considerados “no naturales” o que la Iglesia Católica considera abortivos, aunque no esté corroborado científicamente.

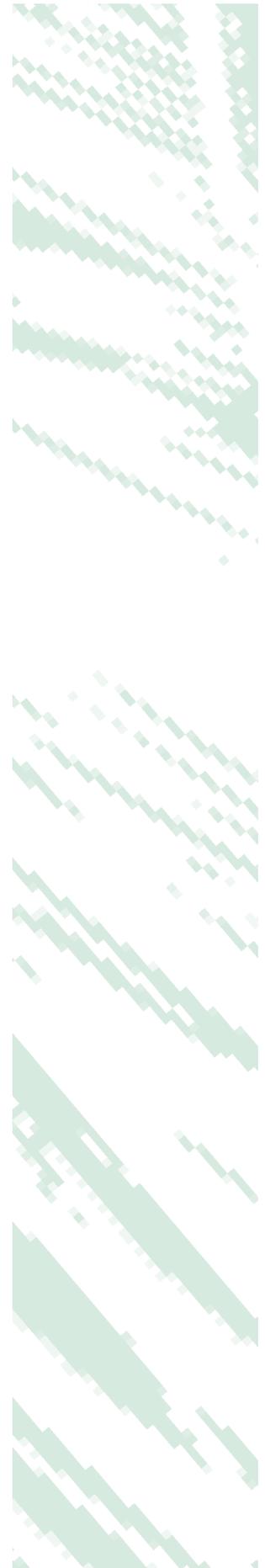
En 1986 se presentó el primer proyecto de ley sobre salud reproductiva en la Cámara de Diputados y en 1988 se propuso en el Senado la creación de un Programa de Planificación Familiar de carácter amplio con la única reserva de prohibición de esterilización. En forma casi simultánea se presentó otro proyecto en el Senado, que planteaba la “prohibición del uso de medios o métodos de control de la natalidad, que sean clara o presuntamente abortivos”.

Para dar cumplimiento a la ratificación en 1986 se dictó el Decreto 2274 (para derogar el decreto 659) que estipuló que el Ministerio de Salud y Acción Social realizaría las tareas de difusión y asesoramiento necesarias, encomendando el desarrollo de programas para adecuar los servicios de asistencia a las políticas de salud, población, desarrollo humano y de la familia para que el derecho a decidir acerca de la reproducción, pueda ser ejercido libremente por la población.

Esto constituyó un aporte relevante, referido no sólo a las líneas generales de trabajo, sino a la capacitación de los recursos humanos en educación para la salud reproductiva, estableciendo las bases para la normalización de la atención. Se tomó como base para la capacitación y organización de servicios en varias provincias, y en otras, la falta de decisión política impidió la implementación de los programas; sirvió también para que se incluyera en el Nomenclador Nacional del INOS, las prácticas de Planeamiento familiar.

Durante el primer gobierno democrático (1983-1989) y con las limitaciones presupuestarias de toda el área de salud, el programa de procreación responsable comenzó a funcionar sólo en la ciudad de Buenos Aires.

Los compromisos del Estado Argentino, en la década del 90, con la presión del Vaticano impidieron que el Proyecto de Ley fuera remitido al Congreso. Ante esta posición, las organizaciones de mujeres y algunos efectores de salud dieron el debate en las legislaturas provinciales, presionando para obtener así leyes y programas locales.



6.4 Políticas de salud post Cairo

Con posterioridad a la apertura democrática y con el desarrollo de los canales de participación política y ciudadana, la sociedad civil, en especial el movimiento de mujeres puso en la agenda pública y contribuyó a instalar en el debate político cuestiones que luego pasaron a denominarse como Derechos Sexuales y Reproductivos y que habían sido postergados en su tratamiento, entre otras causas, por los sucesivos golpes y dictaduras militares. Al mismo tiempo hizo sentir su presión sobre la necesidad de legislar en pro de su vigencia efectiva.

Ello coincide con la realización de una campaña global por los derechos humanos de las mujeres en las que trabajaron activistas de todo el mundo durante los dos años previos a la realización de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993, destinada a ubicar las reivindicaciones de las mujeres en la agenda internacional de derechos humanos. (UNIFEM News Noviembre de 1993, Pág. 18). La conferencia Mundial impulsó la participación de la sociedad civil y brindó un espacio importante para la actuación de las ONGs. Como resultado de ello el Programa y Plan de Acción de Viena incorporaron como derecho humano el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar. El reconocimiento ganado en la Conferencia de Derechos Humanos sirvió de base y dio impulso al movimiento por los Derechos Sexuales y Reproductivos e hizo posible la marcha hacia los consensos logrados en Cairo y Beijing. En la CIPD (Cairo 1994) más de 4.200 representantes de más de 1.500 organizaciones no gubernamentales de 133 países asistieron al Foro de ONGs celebrado paralelamente a la conferencia. Finalmente 179 países aprobaron el programa basado en los principios de acuerdo. El fomento de la equidad, la igualdad entre los sexos y la habilitación de la mujer; la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer y asegurar el control de su propia fecundidad constituyeron la piedra angular de los programas de población y desarrollo. La influencia de estos procesos internacionales se hizo sentir aún en países como el nuestro, que junto a otros asumieron la posición conservadora liderada por el Vaticano, ejerciendo también su poder en la sociedad civil, reflejándose esta incidencia contraria a los derechos de las mujeres en la agenda pública legislativa.

En la década de 1990 una decena de nuevos proyectos legislativos sobre salud sexual y reproductiva, logran estado parlamentario, aunque nunca fueron considerados.

En 1995, posiblemente impulsados por los acuerdos de la III Conferencia sobre Población y Desarrollo de Cairo (1994) y la IV Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing (1995) se presentaron nuevos proyectos de salud sexual y reproductiva que fueron discutidos en comisión, lo que permitió consensuar un dictamen único aprobado por la Cámara de Diputados en 1995.

En este proyecto, no se incluyó la enumeración de los métodos anticonceptivos como lo pedía el movimiento de mujeres y era sostenido por varias legisladoras; en cambio se incorporó un anexo en el cual constan los métodos anticonceptivos admitidos. La media sanción del proyecto de ley significó un efecto político importante.

El proyecto con media sanción de la Cámara de Diputados, pasó al Senado, pero al no lograrse consenso para su tratamiento, caducó.

En el año 2001 se dio media sanción en la Cámara de Diputados a un nuevo proyecto de Ley Nacional sobre Salud Reproductiva. El 30 de octubre de 2002 el Congreso de la Nación aprobó la ley 25.673 en cuyo artículo 1º establece: “Crease el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud”.

En las provincias argentinas, se sancionaron 13 leyes de Salud Reproductiva entre los años 1991 y 2000.

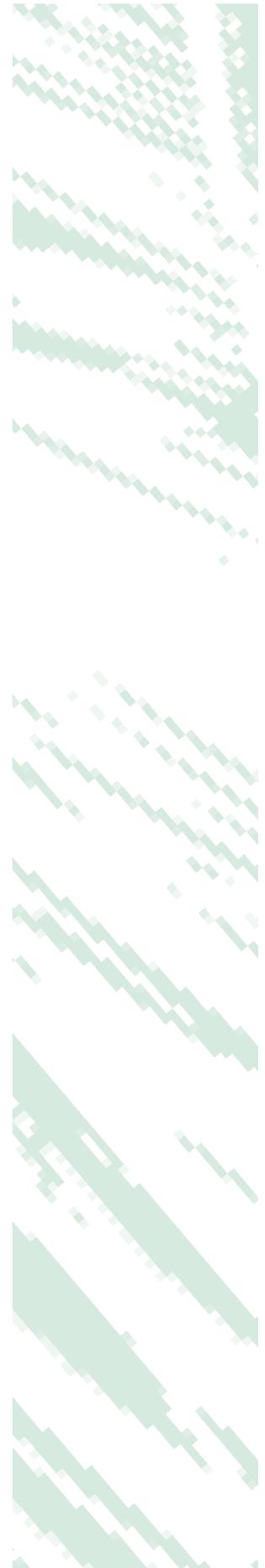
En cuanto a las leyes y/ o decretos provinciales o municipales existen en menos de la mitad de los distritos del país: Ciudad de Buenos Aires (2000), Córdoba (1996), Chaco (1996), Chubut (1999), La Pampa (1991), Mendoza (1996), Misiones (1998), Neuquén (1997), Río Negro (1996), Jujuy (1999), Santa Fe (2001), Tierra del Fuego (2000), La Rioja (2000) (vetada parcialmente). En la provincia de Buenos Aires, donde reside casi un tercio de la población del país, hasta mayo de 2003 no se contaba con una ley, aunque existía un programa limitado, Plan de Sexualidad Responsable- Componente de Salud por resolución del Ministerio de Salud, Octubre de 1999 que hasta la actualidad no se ha cumplido.

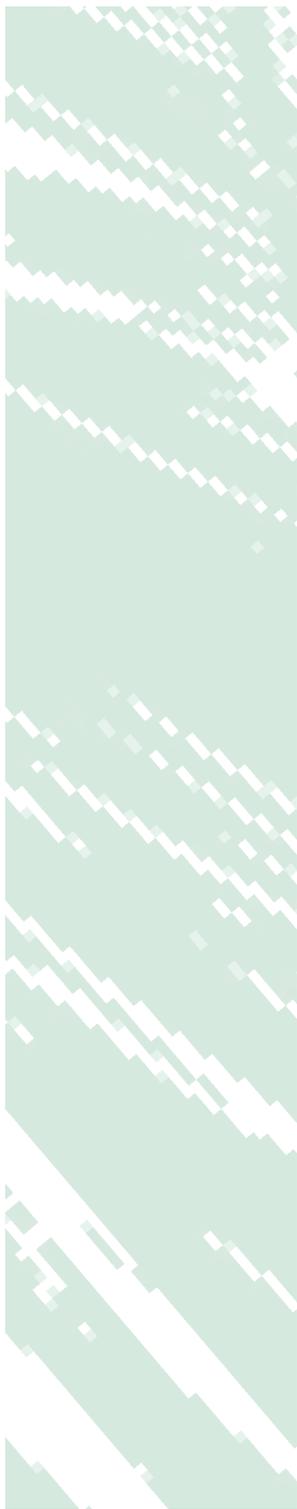
En dicha fecha se sancionó la ley que crea “el Programa Provincial que garantiza las políticas orientadas a la promoción, y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable”, ley que durante 2004 fue reglamentada y dotada del correspondiente Programa.

Sólo algunas establecen articulación de acciones con el sistema educativo y con el de seguridad social.(por ejemplo: Neuquén, Mendoza, Bs As) Las ciudades de Buenos Aires, Rosario, Mendoza, Córdoba y algunos pocos municipios de la provincia de Buenos Aires cuentan con programas de este tipo.

Cabe mencionar que las Provincias de Río Negro desde el año 2000 y Neuquén desde 2003, cuentan con la inclusión en el Programa Provincial de la Ligadura Tubaria y la Vasectomía con respaldo legal; como así también en 2003 la Ciudad de Buenos Aires cuenta con una ley que incorpora a la primera.

Los medios de comunicación masivos evidencian un cambio significativo y progresivo en el enfoque que adoptaron en momentos en que se discutían leyes o aparecía el debate del aborto. El enfoque adoptado ha ido considerando los derechos sexuales como temas de salud pública y cuestión de derechos humanos. Vale la pena remarcar la importancia y el espacio que los medios nacionales le otorgaron al XVIII Encuentro Nacional de Mujeres realizado en





Rosario en el 2003, dando primera plana a los debates y propuestas para la legalización del aborto que se dieron en dicho Encuentro, donde participaron unas 8000 mujeres procedentes de todo el país.

Existe una sensibilidad y una aceptación creciente por parte de la ciudadanía a abordar y a debatir estos temas con amplitud y seriedad. Muestra de ello son las encuestas propias en distintos medios gráficos, o la publicación como artículos de interés y generadores de noticias, las investigaciones de las organizaciones de mujeres, como la del ISPM⁹⁰ sobre actitudes de la población en temas de salud sexual y reproductiva, o de embarazo en adolescentes del FEIM.

Cabe mencionar que muchos de éstos logros, son parte del trabajo realizado en todos estos años, a partir de la apertura democrática, donde el movimiento de mujeres y organizaciones feministas, buscaron sensibilizar a los medios de comunicación como parte de las estrategias para incidir en la agenda pública, hoy hay una mayor presencia de periodistas mujeres sensibles y comprometidas que dan importancia a cobertura en la salud reproductiva.

En todos los proyectos de leyes debatidas o en debate, ha sido una constante de los sectores de la jerarquía católica, el intento por obstaculizar el derecho de los/ las jóvenes a acceder a información y servicios de salud sexual y reproductiva, enmarcándose en concepciones que nada tienen que ver con los derechos humanos de niñas y niños.

Como ejemplo a citar encontramos el fallo de primera instancia de la Ciudad de Buenos Aires, que en el año 2001 resolvió favorablemente un recurso de amparo presentado por tres personas de la Ciudad de Buenos Aires contra la ley de salud reproductiva de la Ciudad. Estas tres personas, en su carácter de padres, objetaban que esta ley permita a los/ as adolescentes acceder a servicios de asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos en hospitales públicos sin autorización paterna. El argumento esgrimido fue que esta ley atentaba contra el ejercicio de la patria potestad. Afortunadamente, por la estructura del sistema argentino, el amparo otorgado sólo involucra a los/ as hijos/ as de estas personas, pero obviamente resulta un antecedente preocupante. La medida fue apelada por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, encontrándose pendiente su resolución.

Es importante resaltar que han comenzado a aparecer —aunque acotados— signos de que algunos/ as magistrados/ as y funcionarios/ as (generalmente de menor jerarquía) trabajan desde concepciones más humanitarias y democráticas. Así, una jueza del partido de Vicente López de la provincia de Buenos Aires, en el presente año, ante una presentación similar de un grupo de padres de su jurisdicción, rechazó el amparo por entender que esta ley no obliga al uso de los servicios si las personas no lo solicitan, y cuando lo hacen no atenta contra la patria potestad sino que la complementa. La Sala I de la Cámara Civil de San Isidro (Conurbano de la provincia de Buenos Aires) se expidió confirmando el fallo de primera instancia de la jueza de Vicente López a favor de la ordenanza que rige en su Municipalidad, que

90 “Consideraciones acerca de los proyectos de reconocimiento legal de las uniones entre personas homosexuales” - Documento de la Congregación para la Doctrina de la Fe, hecho público en agosto 2003, pero emitido en junio del corriente año.

permite que los menores reciban información sobre educación sexual y reproductiva.

En la actualidad (diciembre 2003), el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se encuentra en un proceso de implementación incipiente. Si bien su creación fue aprobado y sancionado a fines del 2002, sectores llamados pro-vida, han mantenido, desde comienzos del 2003, acciones legales amparadas sobre la base de supuesta inconstitucionalidad de la ley que lo creó, para frenar su implementación. Idéntica estrategia de obstaculización de los programas provinciales y municipales que han adherido a la ley nacional se ha venido desarrollando hasta el momento.

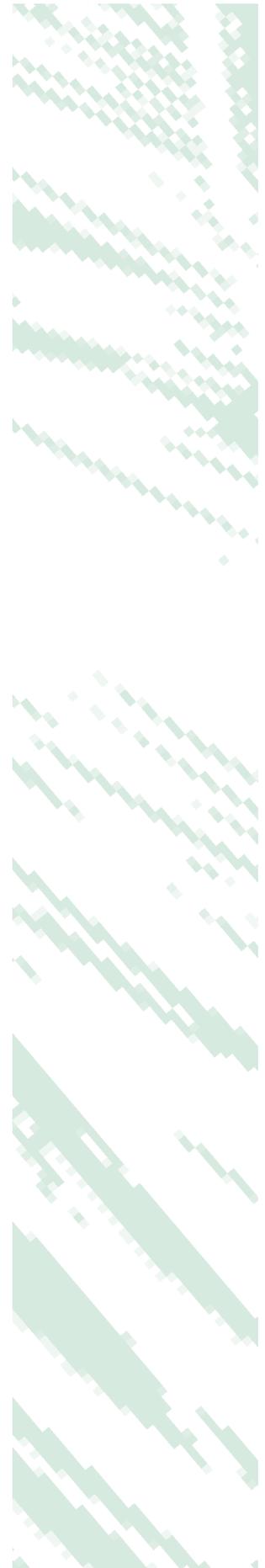
A pesar de ello recientemente fue declarada la plena constitucionalidad de la Ley 418 de Salud Reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que había sido cuestionada por sectores conservadores de extracción católica, como así también la de la provincia de Córdoba.

En otro sentido, las legislaciones aprobadas en los últimos años mencionan la corresponsabilidad masculina en la salud sexual y en el comportamiento reproductivo de las personas. En la práctica no existen suficientes acciones o propuestas concretas para efectivizarlo. Por el contrario, desde algunos servicios de salud se continúa reforzando el rol femenino como depositario de los cuidados de la salud en particular de la reproducción.

Las acciones habidas en el sentido de promover la corresponsabilidad del varón en la reproducción, son elementos aislados en el conjunto de las políticas públicas. Es un camino que recién comienza, para que pueda ser realidad requerirían verdaderos cambios culturales y capacitación permanente de los agentes de salud y tomadores de decisión para que incluyan la perspectiva de género en el enfoque de los derechos sexuales y reproductivos.

En relación a los compromisos asumidos por el estado de eliminar la discriminación hacia las niñas, y las desigualdades que padecen en torno a la educación, salud, nutrición, a los índices de mortalidad, entre otros, no se ha logrado aún contemplar sus necesidades particulares, no se promueve en ellas un lugar de importancia en la sociedad, más bien se las “prepara” para dar continuidad al rol estrictamente doméstico. Ya se hizo alusión la gran ausencia de políticas y programas específicos para la niñez, particularmente de niñas mujeres con enfoque de género; la situación de niñas en sectores de pobreza, es más grave aún, debido a que en ellas se incrementa la vulnerabilidad (ya marcada por edad y género) de sufrir embarazos no deseados, abuso sexual, violaciones, contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, violencia física y psíquica, explotación sexual. Sumado a ello las problemáticas más generales como desnutrición, bajo peso, analfabetismo ha ido en aumento.

Desde hace un año, existe entre los funcionarios de salud en el ámbito nacional una sensibilidad e interés en tomar el aborto como una preocupación de la salud pública, manifestado en la decisión política de lograr la aprobación de la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito nacional y



usando como argumento de defensa, el impacto que un programa de estas características tendría en la población más pobre para reducir la mortalidad materna y el aborto.

Pero las excepciones fijadas por la ley para garantizar el acceso al aborto legal encuentran muchos obstáculos para ser aplicadas.

No se han difundido por parte del Gobierno las Recomendaciones del Comité Internacional de DDHH para el Estado argentino que plantea sea revisada la legislación punitiva sobre el aborto, recomendando especialmente despenalizar el aborto en caso de violación, no solo cuando la afectada sea una mujer con discapacidad mental.

En nuestro país la despenalización o legalización del aborto, aún es usado para sensibilizar en contra al electorado, en momentos de campaña de los/as candidatos/as a presidente. En 1999 con motivo de las futuras elecciones presidenciales, se organizó un encuentro entre miembros del Vaticano y los principales candidatos del país, para evaluar sus posiciones respecto al tema. En el año 2002, la única candidata mujer con más chance de llegar al poder, vinculada a los sectores más progresistas, salió públicamente a desmentir su posición frente a la legalización del aborto, a pesar de que había sostenido un papel importante y clave a favor de la ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

6.5 Monitoreo de políticas públicas y acciones del gobierno en temas de salud sexual y reproductiva, por parte de ONGs.

A partir del año 2000 empiezan a esbozarse pequeños cambios en el ámbito gubernamental en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos en las esferas de la política pública, fundamentalmente con la promulgación y creación del programa, en cuya fundamentación se menciona la incidencia del aborto como problema de salud pública y los derechos de las mujeres al acceso a mejores niveles de salud. Situación que ha permitido realizar acciones de monitoreo, incipientes por parte de la sociedad civil.

Al respecto solo catorce legislaciones provinciales sobre Salud Reproductiva, han dispuesto mecanismos para el seguimiento, evaluación y monitoreo de sus programas y servicios: Chaco, Buenos Aires, La Rioja, Tierra del Fuego, Chubut y Misiones, estas dos últimas enfatizando el seguimiento en las denominadas “poblaciones de riesgo” o “grupos de menores ingresos”.

En el resto de las Provincias Argentinas, así como en el texto de la Ley Nacional, no aparecen elementos que den cuenta de la intención de seguimiento; por lo tanto, en estos casos, se dificulta la posibilidad de evaluar impactos.

Recientemente existe una iniciativa a nivel nacional, el CONDERS –Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales- coordinada por FEIM, Foro por los Derechos Reproductivos, CLADEM y Red Nacional de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos- quienes están realizando el monitoreo en el ámbito nacional sobre la implementación del programa

nacional, logrando articulaciones con organizaciones de mujeres en el interior provincial.

Las organizaciones de mujeres que más acceden a estas instancias suelen ser ONGs de Capital Federal, algunas del Gran Buenos Aires, existiendo una importante cantidad de organizaciones del interior cuyas posibilidades de monitoreo redundarían en éxitos de aplicabilidad de estas políticas nacionales.

Aún existen reales dificultades de acceso a la información y a los recursos para poder ejercer este derecho por las ONGs del interior.

Así mismo se realizan esfuerzos mancomunados en los ámbitos locales, en articulación con sectores del movimiento de mujeres y de salud, no siempre con el impacto deseado, dado el voluntarismo de las acciones.

6.6 Escenario Político pre y post Cairo, adversarios y partidarios

Podemos destacar el papel preponderante de las organizaciones de mujeres en la defensa y presión para obtener logros en todas las acciones propuestas por el CIPD.

Cabe mencionar un ejemplo reciente en ocasión de la presentación de un recurso de amparo interpuesto por una organización vinculada al Opus Dei con motivo de la aprobación de la Ley nacional a comienzos del 2003. Allí se puso de manifiesto el protagonismo del movimiento de mujeres del interior que lidero y sumo como aliados a otros actores sociales vinculados a organismos de derechos humanos, con trabajo en VIH-sida, organizaciones que abordan la no-discriminación de la diversidad sexual, como así también sectores vinculados a la Central de Trabajadores Argentinos; movimientos piqueteros (movimientos de trabajadores/ as desocupados/ as); asambleas barriales y otros movimientos sociales. En dicha oportunidad se expresaron públicamente a favor del derecho a la anticoncepción, el derecho al aborto y a la no-discriminación de género a través de una serie de acciones de repudio, protesta y acción en defensa del derecho a decidir.

Como ya se señalara anteriormente, uno de los actores que más a intentado obstaculizar la agenda de los derechos sexuales y reproductivos ha sido la jerarquía de la iglesia católica y sus aliados vinculados al conservadurismo religioso.

En este último período (2001-2003), como Institución, no está realizando una campaña pública visiblemente contraria a los Derechos de las mujeres. La estrategia en tal caso, es ejercer presión para retardar los cambios a través de personas vinculadas al Opus Dei, influyendo directamente en los centros de poder o de decisión, a través de la Mesa del Dialogo; a través de acciones legales de amparo; Lobby a Parlamentarios, Concejales y a miembros del Ejecutivo; como así también a través de sus socios en la Justicia.

Un dato de ello lo muestra el reciente Documento Vaticano⁹¹ que insta a los legisladores y tomadores de decisión católicos que obstaculicen o deroguen por todos los medios políticas públicas que reconozcan la unión legal de personas homosexuales.



91 Cartilla difusión de la Reglamentación de la Ley Nacional de SS y PR- de Católicas por el Derecho a Decidir Dra. Silvia Julia y Marta Alanís.

Acciones como éstas generan en la comunidad de fe y en la ciudadanía en general, mayor cantidad de adhesión a los derechos sexuales y reproductivos, y también en los propios medios de comunicación, construyendo una corriente de opinión favorable al derecho a decidir.

Por otra parte, las acciones planificadas por estos sectores de invadir con propuestas conservadoras en materia de moralidad sexual y familiar, lejos de conseguir frenar el debate, ha logrado unificar las consignas del Movimiento Social de Mujeres en el ámbito nacional en torno a la despenalización y legalización del aborto, el reclamo por la necesidad de políticas que garanticen el acceso al aborto gratuito, legal y seguro, el derecho a decidir, y la necesidad de implementación y monitoreo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ejemplo de ello ha sido lo ocurrido en los Encuentros Nacionales de Mujeres.

También el proceso nacional post 19 y 20 de diciembre de 2001, “el que se vayan todos” ha ejercido su influencia en la comunidad política, logrando que el Poder Ejecutivo Nacional halla promovido un proceso de renovación de la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Se habla de renovación de cargos a personalidades con trayectoria en temáticas vinculadas a los derechos humanos, existiendo por otra parte la presión de organizaciones feministas de que haya mujeres de destacada participación en estos temas en dicho el cuerpo.

En la actualidad, el Poder Ejecutivo propuso dos mujeres para ocupar cargos en el máximo tribunal de justicia de la Nación, una de ellas de reconocida trayectoria a favor de los derechos de las mujeres incluido el derecho al aborto. Numerosas organizaciones feministas de profesionales del derecho y de derechos humanos así como ciudadanas y ciudadanos individualmente se han pronunciado a favor de esta candidata, sólo cuestionada - por su posición sobre el aborto y por ser atea - elípticamente por la Conferencia Episcopal católica y abiertamente por sectores conservadores de su clero y laicado.

La designación de ambas candidatas dependerá en última instancia del Senado.

6.7 La agenda de los derechos : el debate en torno a los derechos sexuales y reproductivos

La Agenda de ICPD promovió de alguna manera la noción de derechos reproductivos, pero más que en el ámbito institucional, lo hizo a nivel social.

La sociedad, fundamentalmente las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la problemática de género y/ o a los derechos de las mujeres, promovieron ampliamente la ubicación del tema de los derechos reproductivos en la agenda pública, y de esta manera fueron ejerciendo presiones permanentes para que surgieran los logros que en materia de salud sexual y reproductiva se obtuvieron en Argentina.

La definición sobre “Derechos Sexuales” no ha significado un gran impacto

en lo que hace a la comprensión y aplicación de este concepto; en este sentido, ha prevalecido generalmente el concepto de “Salud Reproductiva”.

Por ejemplo se han analizado brevemente las denominaciones de las leyes y programas aprobados en las distintas provincias de la Argentina, considerando que los nombres aluden a posicionamientos político- ideológicos fundamentalmente de quienes detentan poder de decisión: Mendoza, Río Negro, Tierra del Fuego, Chubut, Neuquén y La Rioja, optaron por la denominación de “Salud Reproductiva”.

Chaco y La Pampa, optaron por el nombre “Procreación Responsable”.

Provincia de Buenos Aires, optó por el nombre de “Salud Reproductiva y Procreación Responsable”; Misiones eligió la denominación “Planificación familiar Integral”.

Jujuy y Córdoba optaron por el nombre “Maternidad y Paternidad Responsables”

Este tema, que hace casi una década se denomina mundialmente como “Salud Sexual y Reproductiva” (desde la OMS hasta los textos de varias Plataformas de Acción de Conferencias Mundiales como Población, Mujer, Hábitat y Desarrollo Humano) despertaba y lo sigue haciendo, muchas resistencias en sectores de la jerarquía católica, influyendo a los decisores políticos locales.

En cuanto a las Leyes y Programas Provinciales: en 10 jurisdicciones se prevén expresamente las partidas presupuestarias, con fondos propios, para el financiamiento de los programas de salud reproductiva creados por las normas; son: Chaco, Chubut, Ciudad de Buenos Aires, Mendoza, Neuquén (vía decreto reglamentario), Río Negro, Misiones, La Rioja, y Tierra del Fuego.

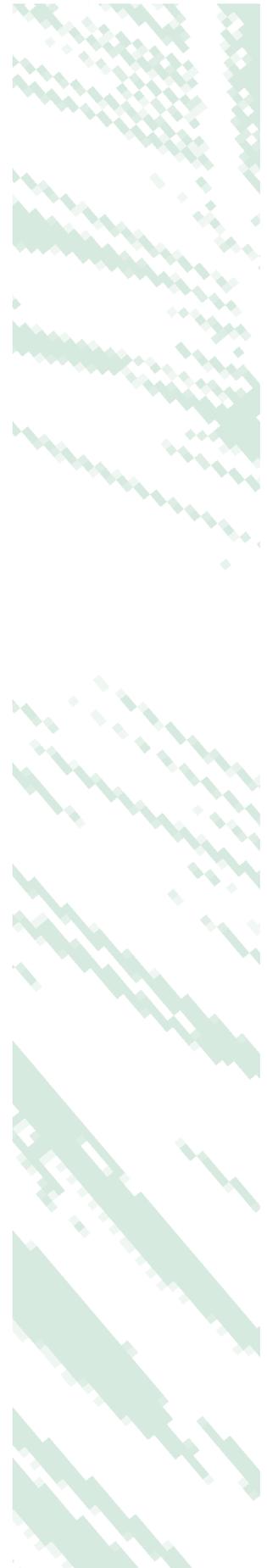
En el caso de Chubut, Misiones y Tierra del Fuego, además se establece que se sumarán los fondos provenientes de partidas nacionales o de organismos de cooperación y ayuda internacional.

En cuanto a las provincias de Córdoba, Corrientes, La Pampa y Jujuy, no hay ninguna referencia en la legislación al financiamiento correspondiente.

Con relación a la ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el artículo 12 de su texto, expresa que el gasto que demande el Programa para su cumplimiento, se imputará al Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

Durante casi 20 años, el Movimiento de Mujeres trabajó a favor de la Ley Nacional. Pero la negociación con los sectores más conservadores de la iglesia católica exigieron y obtuvieron la objeción de conciencia. Lograron incluir en la ley que tanto los profesionales como las instituciones privadas de salud o educativas confesionales puedan exceptuarse de aplicar el programa por creencias religiosas o convicciones personales, intentado desconocer el carácter de derechos humanos fundamentales de los derechos sexuales y reproductivos involucrados, protegidos por la Constitución Nacional.

Sin embargo la reglamentación dictada el 23 de mayo de 2003, mediante





decreto 1282, en su artículo 10 propone la creación de un mecanismo de contralor para los objetores de conciencia, garantizando la derivación a otros profesionales o centros de salud que garanticen la implementación de la política pública⁹².

En el capítulo correspondiente a los “Principios”, se alude a aspectos vinculados con la equidad e igualdad de los sexos y los derechos de la mujer; se plantea que los derechos de mujeres, niñas y jóvenes, son parte inalienable de los derechos humanos.

En relación a esto, vale aclarar que aún no se ha logrado que los derechos de las mujeres, niñas y jóvenes, sean considerados derechos humanos básicos, pareciera que hay que aclamarlo y confirmarlo una y otra vez; y en esta lucha, las más perjudicadas son las niñas y las jóvenes, dado que además de la discriminación por edad (niñas y jóvenes) se suma la discriminación de género, estas discriminaciones se acentúan más aún cuando se trata de sectores de pobreza. Hasta el momento, los Gobiernos que pasaron por la administración de Argentina desde la época de la Conferencia del Cairo, no han llevado a cabo propuestas ni programas de acción, que fomenten los derechos específicos de niñas y jóvenes.

Respecto de las premisas éticas, el plan de acción, alude fundamentalmente a cuestiones demográficas a resolver, como el reconocimiento de la relación entre el nivel de fecundidad y mortalidad, y tratar de disminuir los niveles de mortalidad neonatal, infantil y materna.

Para esto, propone algunas medidas vinculadas con las/ os niñas/ os, adolescentes y jóvenes, de promoción de la salud, de la educación, de sus necesidades particulares; eliminar en estos sujetos la pobreza, la malnutrición y las enfermedades prevenibles....

Sin embargo, se puede decir que son escasas o insuficientes a nivel nacional programas o propuestas que contemplen específicamente las necesidades y situación de niños/ as, adolescentes y jóvenes, y menos aún, desde una perspectiva de género.

La realidad muestra que gran cantidad de adolescentes y jóvenes se encuentran en situación de desprotección, viviendo en las calles, víctimas de adicciones varias (alcohol, droga, etc.), debiendo en muchos casos apelar al delito como forma de sobrevivencia; llenan las comisarías, las Instituciones de Menores, ya que en la mayoría de los casos, están desempleados y por lo general no califican como beneficiarios de Planes o Programas gubernamentales de tipo social. Además, no acceden a la educación formal, han vivido experiencias de expulsión del Sistema de Educativo.

La plataforma de acción de El Cairo, plantea la eliminación del abuso, la explotación, la prostitución, el abandono, etc. de niños/ as; en este sentido, a pesar de conocerse la existencia en Argentina de redes de prostitución infantil con niños/ as y adolescentes⁹³, desde los Gobiernos, no han aparecido propuestas o programas para revertir esta problemática, ni siquiera se facilitaron dispositivos para investigar y denunciar estas situaciones de abuso y explotación sexual infantil.

92 Investigación UNIFEM
Liliana Fedullo - Silvia
Chesjter

93 Ver Recurso de amparo
interpuesto Mujeres por la
Vida- Asoc. Civil sin fines de
lucro Filial Cba c/ E. N. - P.
E..N.-Mrio de Salud y Acción
Social de la Nación.

Lo mismo ocurre en torno a la situación de explotación laboral de la infancia más desprotegida; los organismos gubernamentales responsables de estas áreas, no han desarrollado programas de intervención o disminución de esta problemática.

6.8 La pobreza cada vez más joven y más femenina: Políticas para incidir en la reducción de la pobreza. Evaluación según la aplicación de la CIPD

Con relación a las bases, objetivos y recomendaciones que aparecen en el Capítulo III, de la CIPD se puede plantear lo siguiente:

En la última década se ha incrementado el fenómeno conocido como “feminización de la pobreza”; cada vez hay más mujeres “jefas de familia”, solas a cargo único sostén de hijos/as, y por lo general, de otros/as familiares (madres, padres, nietos/as, etc.)

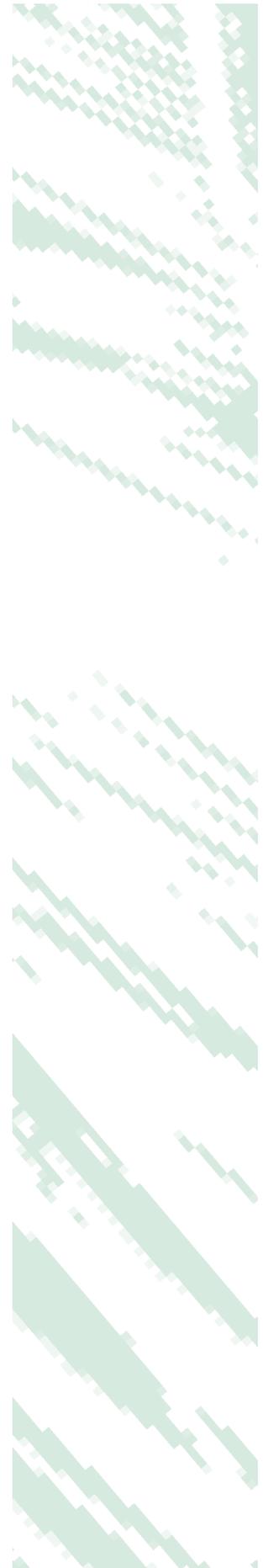
En los últimos años también se ha incrementado notablemente la desocupación, y el subempleo, y como consecuencia las dificultades para resolver las necesidades básicas, entre las que se encuentra en primer término la alimentación. Cabe retomar los datos ya mencionados en este informe, que más del 50% de la población vive bajo la línea de la pobreza, que el 30% de los hogares pobres en Argentina se encuentra a cargo de mujeres jefas de hogar y que el 20% de la Población Económicamente Activa se encuentra desempleada.

Se ha incrementado también en los últimos años la dificultad (en amplios sectores de la población) para acceder a una alimentación al menos básica. Esta situación salió del anonimato a partir de los casos severos de desnutrición en la provincia de Tucumán expuestos en los medios masivos de comunicación. Esto llevó al Gobierno Nacional a definir un Plan denominado “Rescate” ante la repetición de casos en otras provincias. En el diario local se plantea que a la fecha 10 de diciembre de 2003 son 150.000 los niños/as desnutridos en la Provincia de Tucumán.

Este panorama no aparece de un día para el otro, sino que indudablemente estos/as niños/as provienen de hogares con necesidades básicas insatisfechas, y sus mamás también sufren el problema de la desnutrición desde hace años, lo cual nos remite a que la pobreza es un problema estructural en la Argentina.

Se puede plantear sin equívocos, que los contenidos del Capítulo III de la CIPD, no se han aplicado; lejos de erradicar la pobreza en la población en general y en las mujeres en particular, cada vez se incrementa más, sobre todo en las Provincias más pobres de Argentina (Salta, Jujuy, Formosa, Chaco, etc.)

Otro aspecto que se propone el plan de acción del CIPD, es la eliminación de la discriminación contra las jóvenes embarazadas; en este tema, los gobiernos han planteado escasas propuestas o programas de acción: En primer lugar, el embarazo de niñas y adolescentes, es una realidad cada vez más frecuente, sobre todo en los sectores de pobreza de nuestro país. No sólo que no hay políticas efectivas de prevención del embarazo adolescente, sino que además, una vez que estas niñas son madres, no existen programas o





propuestas de apoyo, contención y sostenimiento de esta maternidad precoz, ni material ni emocionalmente. Las iniciativas existentes, son producto de la organización voluntaria de docentes, cooperadoras y organizaciones solidarias.

También con relación al embarazo adolescente, ocurren situaciones claras de discriminación y rechazo hacia las víctimas directas (niñas y adolescentes), en muchos casos son explícita o implícitamente expulsadas del Sistema Educativo. Cabe Señalar que el programa nacional incorpora la necesidad de incorporar la educación sexual en todos los establecimientos educativos del sector público, exceptuando a las escuelas confesionales que la objetan. Deberá implementar un adecuado sistema de control para la prevención y detección temprana de ETS y sida y cáncer genital y mamario. Promueve así mismo la capacitación y difusión de los conocimientos vinculados con la salud reproductiva y la mejora de la calidad de los servicios.

Por impulso de la ley nacional, las provincias y distintos municipios del país han iniciado un proceso de adhesión para incorporar a sus planes de salud, dicha normativa. Sucediéndose ininterrumpidamente nuevas presentaciones de recursos legales para recortar o frenar, la implementación de los programas de salud sexual por los sectores del integrismo católico.

Por otra parte, otro aspecto que incluye el Capítulo que estamos analizando, tienen que ver con la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes, la recomendación plantea la necesidad de que los/ as jóvenes participen activamente en la planificación, ejecución y evaluación de programas vinculados con esta temática.

Nuevamente se debe señalar, que hasta el momento las propuestas planteadas para este grupo etareo son acotadas como el programa PROAME (Programa de atención a Menores en Riesgo), SEDRONAR; y las acciones que se desprenden de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionada en octubre de 2002, incluye en uno de sus artículos la “promoción de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes”, en los hechos, se conoce que en la realidad este grupo no accede a servicios de prevención y atención de la salud que contemplen las necesidades específicas de su edad. Para los menores de 14 años se encuentra en proceso de discusión el modo de acceso a los mismos, con relación al consentimiento informado (autorización de padres o tutores para el acceso a la consulta).

Por otra parte, tanto en el ámbito nacional como en varias provincias argentinas donde se debatieron propuestas legislativas en torno a la salud sexual y reproductiva, se planteó como punto central del debate la problemática específica de adolescentes menores de edad, y la posibilidad de proveerles o no de información y acceso métodos anticonceptivos, sin la autorización de sus padres.

La reglamentación de la ley nacional, es clara, estipula que niñas y niños tendrán derecho a recibir de acuerdo a su pedido y nivel de desarrollo, información clara completa y oportuna, manteniendo confidencialidad y respetando su privacidad. Se procurará la participación de un adulto

responsable, cuando se trate de menores de 14 años. Se prescribirán preferentemente métodos de barrera en particular el uso del preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual; pudiendo prescribirse también todos los demás métodos autorizados por la ANMAT (Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica).

Ésta es sin duda una victoria que marcará un rumbo en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de niñas y niños en todo el territorio nacional.

Es de esperar también, que esta reglamentación contribuya a que los médicos prescriban métodos anticonceptivos a los mayores de 14 años, sin oponer obstáculos en consideración de la edad de quienes los consultan, como lo vienen haciendo hasta ahora.

Aunque la oposición se hará oír, como lo ha venido haciendo, intentando recortar estos avances en nombre de los derechos de los padres⁹⁴, pues es la metodología utilizada por estos sectores. Basta recordar los argumentos esgrimidos por la Conferencia Episcopal Argentina⁹⁵ frente a los avances legislativos del proceso de aprobación de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable⁹⁶.

En cuanto al aspecto de la salud sexual y reproductiva que refiere a la prevención del VIH-Sida y otras ETS, ocurre lo mismo que en las otras problemáticas que se vienen planteando: si bien se denuncia permanentemente que la población de adolescentes y jóvenes es uno de los grupos más vulnerables a la adquisición de VIH-Sida y ETS, no se desarrollan ni se implementan propuestas preventivas sistemáticas, con especificidades de este grupo etareo. Como consecuencia, las estadísticas muestran que cada vez las personas se infectan con el VIH a edades más tempranas.

Dentro de la población de jóvenes, la mujer joven, es mucho más vulnerable aún potenciándose la condición etarea con la de género.

Con relación a la situación de los Adultos mayores, en esta plataforma se insta a promover la autonomía, la salud, la seguridad, etc. de las mismas; en Argentina, la población de personas de edad, se constituye en un grupo muy vulnerable y desprotegido, mayoritariamente constituido por mujeres.

Aquellas/os que cuentan con un ingreso jubilatorio básico reciben aproximadamente entre \$97 y \$240 por mes; en cuanto a la salud, los mayores problemas tienen que ver con la precaria cobertura que les brinda el sistema sanitario.

La Obra Social que brinda cobertura a los/as jubilados (PAMI) viene atravesando situaciones críticas por malas administraciones, vaciamientos, etc. y esto recae en los/as más vulnerables, sus beneficiarios. Por otra parte, quienes no cuentan siquiera con dicha cobertura, se encuentran en la mayoría de los casos solos/as, en Instituciones que funcionan más bien como depósitos humanos (varios geriátricos han sido denunciados en nuestro país por malos tratos y abandonos graves a ancianos internados), y en muchos casos, terminan incluso viviendo en la calle.



94 Conferencia Episcopal Argentina: "La buena noticia de la vida humana y el valor de la sexualidad"- agosto de 2000.

95. Artículo varios Pagina 12-19 de abril de 2001- Seguimiento de la Aprobación en diputados de la ley Nac. Salud sexual y procreación

96. Extraído del Artículo: Los Derechos de las mujeres y las paradojas de su historia- Roxana Vásquez Sotelo- Cladem Perú- Conciencia Latinoamericana-Marzo 2000.



La vulnerabilidad de las personas de edad se agrava aún más cuando se trata de las mujeres ancianas, ya que muchas veces a toda la problemática etarea se le suma la responsabilidad que ellas deben asumir en relación al cuidado de otros/as familiares, sosteniendo la familia con los escasos ingresos de la jubilación si es que esta existe.

Los programas implementados son insuficientes y deficitarios en los que a programas de salud integral se refiere. Las personas de edad suelen ser muy discriminadas, abandonadas y maltratadas en el seno de la sociedad y de las políticas públicas.

7- DESAFÍOS PENDIENTES Y RECOMENDACIONES:

A lo largo del presente documento se ha desarrollado un extenso recorrido sobre los avances obtenidos por el Movimiento de Mujeres en las políticas públicas y por el impulso que significó la participación de mujeres feministas en Conferencias Internacionales en el ámbito de articulación global para el avance en derechos humanos de mujeres y niñas.

Así mientras el movimiento de mujeres invirtió grandes esfuerzos en liderar reformas favorables a las mujeres, los estragos causados por la implementación de políticas de ajuste estructural, desmontaban progresivamente los sistemas de protección⁹⁷, especialmente los vinculados a los derechos sociales y culturales de las mayorías en Latinoamérica y particularmente en Argentina.

En este proceso es menester explicitar entonces algunos desafíos pendientes que aún distan mucho de concretarse en nuestro país:

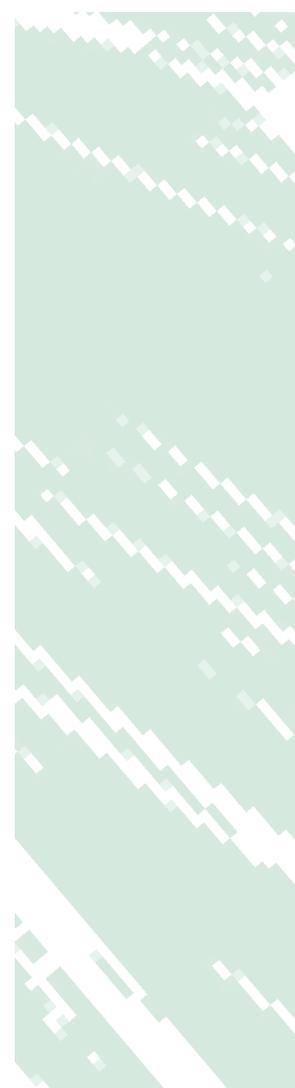
- La pobreza y la exclusión social continúan hoy siendo un flagelo para bastos sectores de la población Argentina, impactando fuertemente en la vida de mujeres y niñas especialmente sobre aquellas en quienes coinciden otras discriminaciones o situaciones de vulnerabilidad.

Es necesario y urgente generar una política de estado que garantice el desarrollo sustentable, la redistribución de la riqueza y la equidad de género, para que los derechos sexuales y reproductivos asuman el carácter de derechos ciudadanos plenos para las mayorías.

Así cualquier política pública que desee hacer sustentable los Derechos Sexuales y Reproductivos, debe basarse en la integralidad e indivisibilidad de los derechos humanos, y en la búsqueda por ampliar los derechos ciudadanos a partir del reconocimiento de las diferencias culturales entre otras.

Medidas como el salario ciudadano, con compensaciones a nivel de servicios sociales que garanticen la equidad en la redistribución de las riquezas y una vida digna para toda la población, pueden significar un avance con relación a políticas públicas que no garantizan el acceso al trabajo digno y a otros bienes culturales y materiales para las mayorías.

Es urgente desarrollar reformas económicas y mecanismos jurídicos y de políticas públicas que potencien el acceso de las mujeres y niñas a servicios



97. Extractado de *La defensa del laicismo desde una perspectiva ética, católica y feminista*, María Consuelo Mejía - *Conciencia Latinoamericana*, Vol. XIII, No. 5, diciembre de 2002, pp. 5-8.

financieros y de recursos varios, incluyendo la propiedad de la tierra, la información, la educación y la tecnología.

Se torna urgente la incorporación de la perspectiva de género en el análisis social de forma transversal en todo planeamiento, diseño implementación y aplicación de políticas públicas con la creación de mecanismos de monitoreo claros. Es imprescindible la sensibilización, capacitación y formación de los gestores y agentes gubernamentales en todos los niveles para garantizar la equidad e inclusión de las mujeres y niñas en dichos planes.

- Dado el análisis desarrollado en forma extensa en el presente informe, y vista la influencia negativa que para el desarrollo de los derechos de las mujeres ha tenido el fundamentalismo religioso, y sus aliados en el poder, es menester que el Estado Argentino, asuma la responsabilidad que tiene de legislar para una sociedad diversa y plural, comprendiendo que las creencias religiosas no deben influir la labor pública.” El laicismo es una condición imprescindible para el ejercicio de los derechos, lo cual proporciona el sustento para el bienestar de todas las personas. A los Estados laicos, les corresponde garantizar la separación entre las Iglesias y el Estado, a las organizaciones de la sociedad civil nos corresponde defenderla y exigir que se mantenga”⁹⁸

En este sentido, es recomendable que se den cumplimiento efectivo a los Tratados y Convenciones Internacionales promovidas por Naciones Unidas, incorporadas a la Constitución Nacional de la República Argentina, a través de los poderes ejecutivos, legislativos y judiciales, tanto en el ámbito federal, provincial y municipal. De manera de asegurar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, armonizando la legislación nacional a éstos efectos, y asegurando políticas públicas que busquen garantizar la equidad de género.

- En un Estado donde peligra el acceso a la salud pública y gratuita, debido al proceso de privatización que se ha venido desarrollando en la Argentina y en toda la región, se cree imprescindible partir de la Universalidad, Integralidad y Equidad del Derecho a la Salud. Es imprescindible garantizar el acceso integral y de calidad a la salud de mujeres y niñas, atendiendo sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital y considerando sus particularidades.

Es urgente lograr la difusión masiva, el pleno acceso y ampliación de los servicios que propone el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sacando a dichos servicios del peso de la clandestinidad que han tenido hasta el momento.

Fundamentalmente se torna prioritario garantizar la universalidad y ampliación de los servicios de anticoncepción-concepción, que sean de calidad, disponiendo de insumos. Se considera imprescindible incluir la anticoncepción de emergencia, y todos otros métodos de calidad aprobados por el ANMAT, y aún no incorporados al programa, de manera de garantizar el derecho a decidir.

Más que nunca se hace necesario profundizar la capacitación al personal de salud y educación y a los tomadores de decisión en todos los ámbitos de gobierno. Capacitación que sensibilice en la perspectiva de género, en Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, en el marco de los derechos humanos. Esto sin duda redundará en servicios de salud y educación de calidad para mujeres y niñas.

Acceso que garantice servicios específicos para adolescentes, especialmente para la prevención y atención del embarazo de niñas y adolescentes; la prevención de VIH-sida y otras Enfermedades de Transmisión Sexual.

Es necesaria la implementación de servicios de salud que atiendan las especificidades de las mujeres lesbianas, con capacitación y sensibilización del personal de salud que garantice servicios humanizados y confidenciales para éste grupo y para todas las especificidades del ciclo evolutivo de la mujer.

Llevar adelante servicios que prioricen el cuidado de la salud integral de la mujeres, entre ellos la detección y atención del cáncer genital y mamario; y otras dolencias asociadas a la etapa del climaterio. Ampliar y garantizar servicios de salud sexual a todas las mujeres, contemplando la prevención de las ETS y el VIH-SIDA, los servicios de diagnóstico voluntario y confidencial y el tratamiento humanizado a las mujeres con VIH-SIDA.

Garantizar la salud pre natal y peri natal y el parto humanizado y de calidad a fin de disminuir la morbilidad materna.

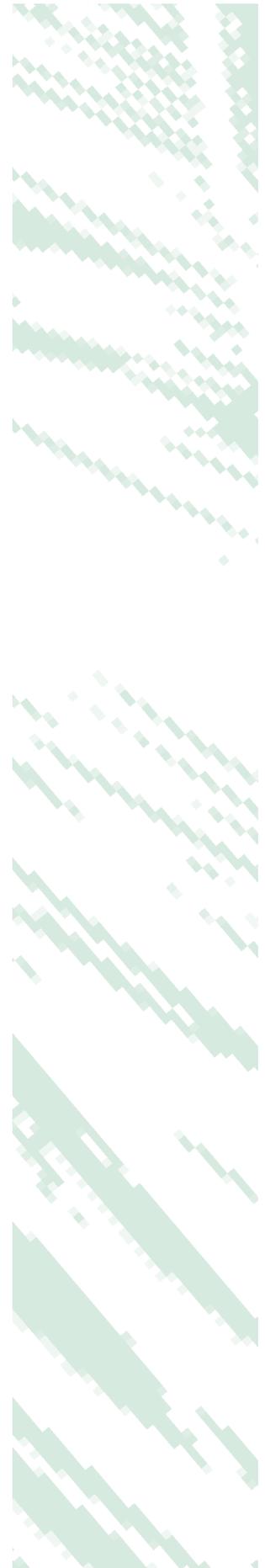
Una gran deuda, que además es un reclamo sentido e incorporado actualmente en las agendas de los movimientos sociales en Argentina, es el acceso al aborto legal y seguro, por ello y en razón de justicia social, derechos humanos y de salud pública Se requiere implementar servicios que atiendan las complicaciones post aborto en mujeres y niñas, en forma adecuada y humanitaria.

- Otro aspecto pendiente es el acceso a educación pública con perspectiva de género. Es imprescindible buscar la reformulación de la currícula de capacitación docente, con miras a lograr los cambios culturales que ubiquen a las mujeres como ciudadanas plenas y como seres humanos con idéntica dignidad, que reconozca las diferencias y la equidad, en pos de erradicar todo tipo de discriminación en razón de género, edad, raza, color, identidad sexual, religión, etc.; esta meta todavía es hoy una deuda.

Dichos cambios en patrones culturales deben ser promovidos a través de políticas públicas en distintos campos de lo social, político y cultural tomando con especial interés a los llamados formadores de opinión: los medios de comunicación.

Es menester incentivar la participación de las mujeres en los procesos de decisión, incluyendo en formación en todos los niveles de la educación la búsqueda de la igualdad de oportunidades, la diversidad y la pluralidad.

El planeamiento público debe efectivamente considerar a las mujeres en



sus especificidades, tomando en cuenta factores de clase, diferencias regionales, culturales, raciales y étnicos, de edad, identidad sexual, entre otros.

Incorporar el respeto por la diversidad cultural y en particular la diversidad sexual como parte de los cambios socio culturales a promover en el campo de la educación y la salud. Ello requerirá de implementación de Foros permanentes de visibilización de los derechos humanos especialmente de mujeres y niñas, contemplando entre todas las identidades diversas aquellas que expresan la multiplicidad de saberes, experiencias vivencias, inclusive la de orientación u opción sexual.

- **EXPLOTACIÓN SEXUAL, TRABAJO INFANTIL Y TRABAJO ESCLAVO (se encuentra en elaboración)**

- En cuanto a la erradicación de la violencia de género: es menester y urgente hacer efectivo el cumplimiento y adecuación de la legislación nacional, hacerla extensiva las provincias y municipios que no tienen políticas en éste tema.

Incorporar en los diversos ámbitos de gobierno: legislativo, ejecutivo y judicial la concepción de la violencia de género, de manera que aborden la prevención, intervención y erradicación de todo tipo de violencia, a través de mecanismos eficaces, incluyendo como requisito la articulación con organizaciones no gubernamentales de mujeres.

Es imprescindible sensibilizar y formar agentes sanitarios, judiciales, de educación, agentes penitenciarios, policías, etc., en derechos humanos, derechos de las mujeres y violencia de género, de manera que puedan garantizar y adecuar servicios de calidad vinculados a la prevención, atención y erradicación de la violencia de mujeres y niñas.

8. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

ADEUEM-CELS-CLADEM-FEIM-ISPM-Feminista en Acción. Derechos Humanos de las mujeres; Asignatura pendiente del estado Argentino, Contrainforme CEDAW agosto de 2002-

ALAI, América Latina en Movimiento 1999-02-24- América Latina, Caribe, México Población y desarrollo: El Balance de “Cairo+5” Magdalena León

A.J. Vinacur y otros “Mortalidad Materna en Áreas Seleccionadas. Año 1985. Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social

Amenábar S y otros: “Investigación sobre Mortalidad Materna en el área de Tucumán . Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social.

Ariño Mabel. Perfil Social de las Mujeres en Edad Fértil. SIEMPRO. 2003

Ase, I. y Burijovich, J. ; “La reforma del sector salud en Córdoba. El naufragio de un piloto de tormentas”. Revista Administración Pública y Sociedad, N° 13 , Año 2000.

Azar A y otros: “Investigación sobre Mortalidad Materna en el área de Gran Córdoba. . Programa de Estadísticas de Salud Serie 8 N 13. Ministerio de Salud y Acción Social

Belmartino, Susana. “Nuevas reglas de juego para la atención médica en la Argentina”. Lugar Editorial, 1999.

Bressa Maria y Schuster Gloria, Proyecto Balance Regional Violencia CLADEM-UNIFEM, Argentina 2003-



Bianco Mabel Reflexiones sobre la Sesión Especial de Naciones Unidas Cairo +5 y las Reuniones Preparatorias..

Bianco Mabel Derecho a la Salud: Reflexiones desde las Reformas al Sector, Ponencia presentada RSMLC Lima Perú Octubre 2003.

Bianco, M.; Correa, C. y Peker,L.: “La Adolescencia en Argentina: sexualidad y pobreza”, FEIM, con apoyo de UNFPA, Buenos Aires, Junio 2003.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud-Recopilación de Artículos N° 2,2000- “Reflexión de la CIPD +5-“ C. Abou Zahr

Cartilla de difusión de la Reglamentación de la Ley Nacional de SS y PR- de Católicas por el Derecho a Decidir-Dra. Silvia Julia y Marta Alanís.

CEDES, Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en la argentina: Salud Pública y Derechos Humanos, Notas Informativas N° 1, junio de 2003

Centro de Estudios Legales y Sociales (Cels.) Informe sobre la situación de los Derechos Humanos en Argentina 1998, www.cels.org.ar

CEPAL 2000 “Equidad, desarrollo y ciudadanía”, Santiago de Chile, Naciones Unidas.

Cortés Rosalía “ Mercado de Trabajo y Género, El Caso Argentino, 1994-2002”, capitulo2 del libro: Valenzuela María Elena Editora ”Mujeres Pobreza y Mercado de Trabajo”, Argentina y Paraguay. Proyecto Genero, Pobreza y Empleo en América Latina. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe. Impreso en Chile, 2003.

CTA. Instituto de Estudios y Formación de la CTA. Espacio de Economía Social. Propuesta Operativa para el año 2003.

Checa S., Erbaro C., Gutiérrez M.A., Rosenberg M., Schvartzman E., Investigación sobre complicaciones posabortivas en hospitales públicos de la CABA, Fac. de C. Sociales, UBA, en curso.

De Riz Liliana , Acosta Luis, Clucellas Mariana Informe del PNUD- Noviembre 2002-En Búsqueda de la Igualdad de Oportunidades. Aportes para el Desarrollo Humano. Desigualdad y Pobreza-.

Dickie, Radics y Tuite “Radiografía Social Argentina del Gasto Público a la Inversión Social Ediciones Faro, Buenos Aires 2002.

Di Marco, G, Palomino H., Altamirano R., Méndez, S, Palomino M, (2003) Movimientos sociales en la Argentina. La politización de la sociedad civil (Buenos Aires, Jorge Balindo Ediciones y UNSAM)

Elsa López y María del Carmen Camargo (autoras capítulo) , “Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de las metas sociales. INDEC 1995, cap.8, Salud de la Mujer.

Feijoo María del Carmen, Argentina: Equidad Social y Educación en los años 90” Instituto Internacional del Planeamiento de la Educación.- UNESCO, IPIE- Unesco Sede regional Buenos Aires . Paris Francia 2002

Foro por los Derechos reproductivos .Estado de situación del aborto y la atención postaborto en Argentina.. Abril 2003.

Gamba Susana, Glas Ana, Oller Lucrecia (comps.) Mujeres, Violencia, Mercosur y Después..., Buenos Aires, 1999

GOGNAM Llovet, et al, “Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y Equidad Social” en la Argentina que viene Aldo Isuani, Daniel Filmus (comps) grupo editorial Norma Buenos Aires, 1998, p 340

La Iglesia Católica en las Naciones Unidas: un obstáculo para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres-CFFC.

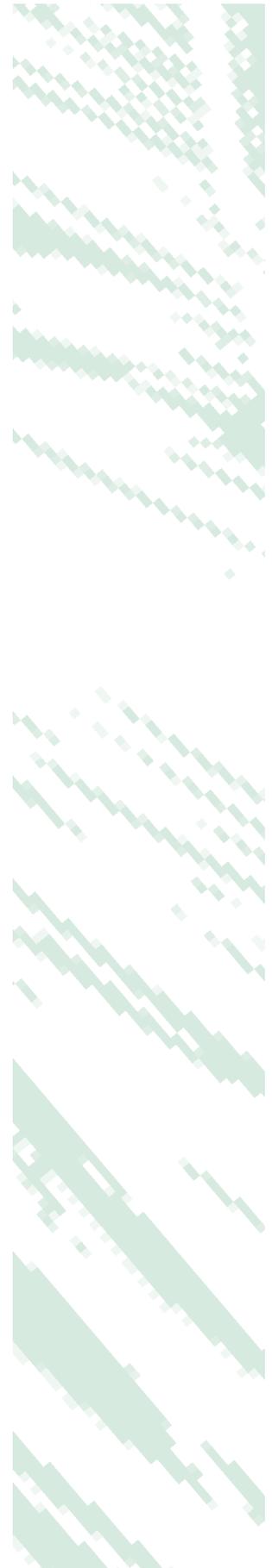
La niñez prostituida. Estudio sobre la explotación sexual y comercial infantil en Argentina Buenos Aires Octubre de 2001

Liliana de Riz, Luis Acosta, Mariana Clucellas. Informe del PNUD- Noviembre 2002-En Búsqueda de la Igualdad de Oportunidades. Aportes para el Desarrollo Humano. Desigualdad y Pobreza-

“Los límites de la Ley: Salud Reproductiva en la Argentina” Mayo de 2001 (Borrador, preliminar; Autoras: Equipo liderado por Sandra Cesilini y formado por Nuria Bagli, Haydeé Birgin, Natalia Gherardi, Norma Sanchis y Silvia Vazquez, con la colaboración y apoyo de Estanislao Gaitúa Marió (LCSEO)

Mejía María Consuelo “La defensa del laicismo desde una perspectiva ética, católica y feminista” Conciencia Latinoamericana, Vol. XIII, No. 5, diciembre de 2002, pp. 5-8.

Mercer Raul y Zamberlin Nina . Principales indicadores de salud sexual y reproductiva: problemas y desafíos, CEDES. Buenos Aires Agosto 2003





Ministerio de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud, diciembre 2002

Ministerio de Salud B⁹⁹ “Boletín sobre el SIDA en la Argentina”, Octubre 2003

Ministerio de salud. “Políticas de Salud” 2000 Buenos Aires

Ministerio de Salud “Estadísticas Vitales –Información Básica año 2001” Diciembre 2002 Buenos Aires

Población y Desarrollo-Programa de Acción adoptado en la Conferencia Internacional sobre Población y desarrollo-El Cairo 5 a 13 de septiembre de 1994.

Ramos S., Viladrich A., Aborto hospitalizado. Entrada y salida de emergencia REFERENCIA INCOMPLETA

Relatorio del Seminario–Taller Regional sobre “Monitoreo de las Complicaciones Post-aborto en Hospitales Públicos en Áreas Urbanas”. organizado por el Foro por los Derechos Reproductivos- 21 y 22 de Abril

Resultados provisionales del “Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001”, realizado por el INDEC, Instituto Nacional de Estadística y Censos durante los días 17 y 18 de noviembre del 2001

Smoisz S y otros: Factores de riesgo en la mortalidad femenina de 10-49 años. Partido de La Matanza, provincia de Bs As, 1990. World Health Statistics Quarterly. Vol 48, N 1, OMS Ginebra 1995

Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO) a través de la Encuesta de Condiciones de Vida.

Sonia Correa- Gita en “El Cairo+5: Avances en el Ojo de la Tormenta”

UNFPA Estado de la población Mundial: Inversiones en su salud y sus derechos. Valorizar a 1.000 millones de adolescentes” 2003.

Vásquez Sotelo Roxana “Los Derechos de las mujeres y las paradojas de su historia” Cladem Perú Conciencia Latinoamericana-Marzo 2000.

Walter Barbato: Cuaderno Médicos Sociales N.42. CESS Rosario, Año 1987.



5 *CAFRA (the Caribbean Association for Feminist Research and Action), is the most enduring and significant regional network of feminists. From 1991-1996 CAFRA's Coordinator served as Regional Coordinator for DAWNCaribbean. This paper was presented as the basis for an e-mail discussion.*

6 *WAND served as DAWN's Secretariat from 1991-1996 during my terms as General-Coordinator.*