

Nueva York, 5 de agosto de 2002

Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Re: Información adicional sobre Argentina
Presentación del informe ante CEDAW prevista para agosto de 2002

Estimados miembros del Comité:

Esta carta tiene como propósito entregar información adicional a aquella entregada por Argentina en su informe periódico, por ser revisado durante la 26a Sesión del Comité de CEDAW. El Centro legal para los derechos reproductivos y políticas públicas (CRLP), una organización no-gubernamental independiente, espera fomentar el trabajo del Comité entregándole información independiente acerca de los derechos protegidos bajo el Protocolo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Esta carta resalta varias áreas de preocupación relacionadas con la salud y los derechos reproductivos de la mujer en Argentina. Específicamente, se centra en las leyes discriminatorias o inadecuadas y políticas relacionadas con los derechos reproductivos de la mujer en Argentina.

Por ser los derechos reproductivos fundamentales para la igualdad y salud de las mujeres, es que el compromiso de los estados partes para protegerlos debe ser tomado muy en serio. Por lo demás, los derechos y la salud reproductiva están explícitamente protegidos bajo CEDAW. El artículo 12 le exige a los estados parte “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de los cuidados de salud”, y especifica que los gobiernos deben asegurar el acceso a “servicios apropiados relacionados con el embarazo, parto y el periodo postnatal, asegurando la entrega de servicios gratuitos cuando sea necesario, así como también nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”¹ El artículo 10 (h) exige que una mujer tenga “acceso a información educativa específica para ayudar a asegurar la salud y bienestar de las familias.”²

La Recomendación General del Comité sobre “La mujer y salud” considera responsabilidad de los estados partes “garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica” y de “dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y

reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal.”³

Nos gustaría dirigir la atención del Comité sobre los siguientes temas de preocupación que afectan directamente la salud reproductiva y vidas de numerosas mujeres en Argentina:

1. Derecho a servicios de atención médica y de planificación de la familia (Art. 12 y 14 (2)(b)(c) y 10(h) de la Convención sobre la mujer)

Como ya lo mencionamos antes, el artículo 12 de la Convención de la Mujer le exige a los estados partes “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de los cuidados de salud.” Más específicamente, el artículo 12 exige que las mujeres tengan acceso a servicios relacionados con el embarazo, parto y el periodo postnatal, así como también que cuenten con una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. El artículo 10 (h) exige que las mujeres tengan acceso “al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia.” Los artículos 14 (2)(b) y (c) alientan a los estados partes a garantizar que las mujeres en zonas rurales tengan acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia y que se beneficien directamente de los programas de seguridad social. En sus Recomendaciones Generales sobre “La mujer y la salud”, el Comité de CEDAW afirma que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto bajo CEDAW.⁴

A. Ausencia de políticas integrales a nivel nacional

A pesar de la situación descrita y de las recomendaciones efectuadas al gobierno argentino por el Comité de la CEDAW, en el sentido de que debían adoptarse medidas de todo tipo para reducir la mortalidad y la morbilidad maternas⁵, no existe ley ni política en el ámbito nacional que garantice la atención de la salud reproductiva en el sistema de salud pública ni que garantice el acceso equitativo a servicios y métodos de planificación familiar. Aunque algunas provincias y municipios cuentan con programas de salud sexual y reproductiva o de procreación responsable, es prioritario que en el ámbito nacional sea reconocida mediante leyes y políticas, la salud sexual y reproductiva como parte de los derechos humanos de los ciudadanos y ciudadanas.

Para ello resulta necesario que se adopte legislación específica. En este sentido, es de destacar que en 1997 un proyecto de ley nacional que creaba un Programa de Procreación Responsable que obtuvo media sanción por la Cámara de Diputados en 1995 perdió estado parlamentario en el Senado por su falta de tratamiento en un lapso de 2 años. Un proyecto similar, que establece entre otras cosas la entrega de anticonceptivos en los hospitales, en los servicios de las obras sociales y prepagas y que apunta a prevenir embarazos no deseados y promover la salud sexual de adolescentes, recibió nuevamente media sanción en la Cámara de Diputados en el mes de abril de 2001 encontrándose desde entonces paralizado en la Cámara de Senadores.

B. Pobreza y servicios de salud

La salud sexual y reproductiva de las mujeres se enmarca dentro de un contexto de creciente pobreza y aumento del desempleo los que, con la presente crisis económica por la que atraviesa la Argentina, han alcanzado niveles críticos. Se estima que actualmente unas 18 millones de personas –que representa la mitad de la población argentina- son pobres⁶ y unas 3.600.000 personas están desocupadas.⁷ Existen en la actualidad más de 11 millones de personas que no tienen ningún tipo de cobertura de salud⁸ y que deben acudir a los servicios de salud pública. Si se analiza la cobertura de obras sociales según grupo de edad, se observa que las personas de 20 a 29 años – periodo en el que las mujeres son más fértiles y tienen mayores necesidades- presentan los menores niveles de cobertura.⁹

C. Discriminación por edad y condición social

La ausencia de adecuados servicios de educación y salud sexual y reproductiva y de políticas de procreación responsable, así como la disparidad en el goce de los derechos reproductivos según las regiones y la condición social, se evidencian en el marcado crecimiento de la maternidad adolescente que ha tenido lugar en Argentina durante las dos últimas décadas y en la distribución territorial de la tasa de mortalidad materna.

Un estudio realizado recientemente revela que la tasa de embarazos adolescentes ha aumentado de 3,3% en 1980 a 15,4% en 1999¹⁰, es decir 105546 menores cuyas madres tienen entre 9 y 19 años, concentrándose estos nacimientos en las provincias de mayores índices de pobreza como Buenos Aires, Santa Fe, Chaco y Salta. El estudio también reveló que el 44% de las madres adolescentes residen en hogares carenciados siendo la situación más seria en las provincias del norte y noroeste de Argentina. En la Capital Federal en cambio, sólo existe un 6,4% de bebés nacidos de madres adolescentes¹¹.

Paralelamente, indicadores de la tasa de mortalidad materna y de fecundidad adolescente dejan también en evidencia profundas desigualdades en el acceso a servicios de salud y planificación familiar según distribución territorial y nivel de ingresos. De una tasa nacional de mortalidad materna de 4,1 por diez mil niños y niñas nacidos vivos en 1999, los valores de Chaco y Formosa por ejemplo (13,2 y 16,1 respectivamente) triplican y cuadriplican la tasa nacional.¹² La tasa de fecundidad adolescente en Argentina correspondiente a 1998 fue de 64 por cada mil nacimientos.¹³ Sin embargo, esta tasa varía en las diferentes regiones del país y estudios indican que el embarazo y la maternidad adolescentes afectan principalmente a las niñas/ jóvenes con menores niveles de instrucción.¹⁴

D. Anticoncepción

En Argentina la disponibilidad de información sobre la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos es muy limitada. La única información disponible, para algunos grupos urbanos, proviene de una encuesta aplicada a la población femenina a través de un módulo especial (para el monitoreo de las metas sociales), adosado a la Encuesta Permanente de

Hogares (EPH) en mayo de 1994.¹⁵ Esta encuesta permitió conocer una prevalencia del uso de métodos anticonceptivos mayor a 50% (entre las mujeres sexualmente activas),¹⁶ con diferencias significativas según la edad.¹⁷

Sin embargo, tal como se expresara anteriormente se verifican marcadas disparidades según nivel de ingresos y escolaridad en lo que respecta al acceso y uso de métodos anticonceptivos. En todos los grupos se observa una relación positiva entre el nivel de escolaridad y el uso de métodos anticonceptivos así como en función de la condición socioeconómica de las mujeres.¹⁸

E. Anticoncepción de emergencia

Con relación a la anticoncepción de emergencia, aunque el uso y la distribución en Argentina es legal debido a que no existe ninguna restricción específica, a su falta de difusión que hace que este método sea poco utilizado y por lo tanto ineficiente para reducir embarazos, se ha sumado recientemente el dictado de una decisión de la Corte Suprema prohibiendo la venta del anticonceptivo de emergencia IMEDIAT por considerarlo abortivo.¹⁹ Si bien afortunadamente la decisión de la Corte Suprema deja sin efecto la autorización otorgada por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología (ANMAT) para fabricar, distribuir y comercializar un fármaco que ya no se produce ni vende más en Argentina, la sentencia es preocupante dado que un caso similar pero referido a píldoras actualmente en venta, podría ser presentado en cualquier momento ante los tribunales de primera instancia del país.

La amenaza latente que esta decisión representa para el derecho de las mujeres merece llamar la atención al gobierno para que se adopten medidas urgentes para evitar el dictado de sentencias en tal carácter y para asegurar que la ANMAT se abstendrá de aplicar criterios morales o religiosos a la hora de aprobar la venta de medicamentos. Así sería menester el dictado de regulaciones más precisas sobre anticoncepción de emergencia que expresamente incorpore los estándares y criterios internacionales en la materia.

F. Aborto

1. Penalización del aborto

La penalización del aborto en la Argentina es un problema de salud pública que necesita ser enfrentado seriamente. A pesar de su prohibición legal en Argentina se estima que al año se practican de 335 mil a 500 mil abortos clandestinos y según cifras proporcionadas por el INDEC, el 37% de los embarazos termina en aborto.²⁰

Debido a que el aborto es ilegal, las condiciones en que se hacen estas prácticas – excluyendo los abortos realizados en clínicas privadas a un elevado costo monetario – distan de ser seguras para la salud de las mujeres, afectando especialmente a las más pobres. Así el 31% de las muertes maternas son causadas por abortos ocupando el segundo lugar en las causas de muerte materna.²¹ De acuerdo a un informe realizado por SIEMPRO esta elevada proporción de muertes por aborto se debe, en buena medida al

escaso control médico del embarazo, a las malas condiciones socioambientales en que se desarrolla el mismo, al déficit nutricional y de salud de las madres y a las inadecuadas prácticas de aborto de los sectores más pobres de la sociedad”.²² Asimismo es de señalar la primera causa de hospitalizaciones por patologías en los servicios de salud de Argentina la constituyen las complicaciones por aborto.²³ El aborto es la segunda causa de ingreso hospitalario en las mujeres de edades entre 15 y 24 años y entre 25 y 34 años.²⁴ Adicionalmente, el marco legal punitivo imperante condiciona la calidad de la atención a complicaciones causadas por abortos en los servicios de salud, debido al temor y prejuicios de los/las profesionales.

En ocasiones anteriores el Comité del CEDAW²⁵ había sugerido al Estado que se adoptaran medidas de todo tipo para reducir la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad y que se revisara la legislación por la que se penaliza a las mujeres que optan por el aborto.²⁶ Sin embargo, las autoridades argentinas permanecen impávidas ante esta problemática.

No sólo es evidente la falta de políticas que busquen su resolución y la escasa difusión de los datos producidos por las autoridades médico-sanitarias²⁷ sino que se verifica un reposicionamiento de corrientes ideológicas y fundamentalistas que desconocen los derechos fundamentales de las personas con relación a su sexualidad y reproducción, disminuyen las posibilidades de liberación de las leyes penalizadoras del aborto²⁸ y de aprobación de leyes de salud reproductiva y procreación responsable a nivel nacional. Prueba explícita del reposicionamiento principalmente influenciado por la iglesia católica, es el decreto N 1406 que el poder ejecutivo promulgó en el mes de diciembre de 1998, en el cual se declara el día 25 de marzo de cada año como "Día del niño por nacer". No existen iniciativas serias en materia de despenalización del aborto y sigue obstaculizándose en el Senado la aprobación de proyectos de leyes tendientes a promover políticas preventivas y educativas de salud sexual reproductiva tales como (i) el que establece un “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, (ii) el que establece el régimen de “Protección Integral al Niño/a y Adolescente” y (iii) el que establece un régimen de para la “Prevención de las Conductas de Alto Riesgo” enfocándose en la enseñanza en los colegios de materias preventivas de adicciones y temas afines, todos los cuales ya han recibido media sanción en la Cámara de Diputados.

2. Aborto legal

A pesar de que Argentina es uno de los países que admite la excepción del aborto terapéutico para salvar la vida o preservar la salud de la mujer, las situaciones en las cuales procede la excepción se encuentran definidas de manera ambigua y no han sido objeto de más precisa regulación. Ello hace que su aplicación en casos particulares quede condicionada a las interpretaciones estrechas y a las pautas morales y religiosas de los funcionarios públicos, y magistrados.²⁹

Así, si bien las estadísticas sobre la cantidad de abortos legales que se realizan en el país, no se han encontrado, se presume que la cifra es muy baja, dada la resistencia médica y

judicial para llevarlos a cabo o autorizarlos. Fundamentalmente en el sector público de la salud, existe un fuerte temor a practicar el aborto legal. Prueba de esto es la solicitud de autorización judicial para la práctica del aborto legal, aunque no se enuncia tal requisito en la ley. Cuando existe alguna indicación despenalizadora, la autorización de un aborto implica habitualmente un lento y tortuoso circuito que a veces origina demoras irreversibles.³⁰ Por ello, resulta imprescindible que se establezcan mecanismos legales e institucionales para que las mujeres se beneficien de las excepciones a la penalización del aborto prevista en la ley penal.³¹

G. VIH-SIDA

Las características epidemiológicas de la infección por el virus VIH pueden ser resumidas como de localización urbana, con marginación y pauperización en rápido proceso de feminización.³² Prueba del fenómeno de feminización del VIH/SIDA es el incremento en la relación de hombres a mujeres infectados: en el año 1988 era de 14:1 y en 2001 de 3:1.³³ El número total de casos registrados desde el inicio de la epidemia al 30 de setiembre de 2001 es de 20.713. Sin embargo, calculando el retardo existente en la llegada de la información, se estima en 23.000 casos.³⁴

Argentina es el país de América Latina que posee el porcentaje más alto de niñas y niños enfermos de SIDA y casi 90% de ellos se infectaron por transmisión madre-hijo/a, lo cual es un indicador de la alta incidencia del VIH en las mujeres jóvenes en edad reproductiva. Frente a ello, el MSAS elaboró en 1997 una propuesta normativa perinatal sobre el SIDA que recomienda "ofrecer serología voluntaria como parte del control prenatal de rutina a todas las embarazadas en la primera consulta".³⁵ Sin embargo, la solución de este problema requiere de la existencia de un marco integral de educación sexual y promoción de la salud sexual y reproductiva, que como ya se ha señalado, no existe a nivel nacional.

B) Violencia contra la mujer (Art. 5 y 16(c) de la Convención sobre la mujer)

CEDAW contiene varias provisiones que requieren de la intervención del estado para prevenir la violencia basada en el sexo. El artículo 5 exige a los estados "Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres" con miras a alcanzar la eliminación de prácticas basadas en la idea de la inferioridad de la mujer. Además, la violencia contra la mujer dentro del matrimonio y la familia está condenada por el artículo 16(c) que asegura a mujeres y hombres los "mismos derechos y responsabilidades durante el matrimonio..."

El Comité de CEDAW, en sus Recomendación General 19 sobre "La violencia contra la mujer", reconoce que la violencia basada en el sexo discrimina a la mujer y por lo tanto impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre.³⁶ El Comité define "violencia basada en el sexo" como "violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada."³⁷ Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole sexual.³⁸ El Comité pone énfasis en que CEDAW no se limita a los actos cometidos por los gobiernos o en su nombre, sino también por aquellos practicados por terceros. Los gobiernos

tienen la obligación de adoptar medidas con la diligencia debida para prevenir tales actos entre individuos que vivan bajo sus jurisdicciones.³⁹

A. Violencia doméstica

En Argentina, en una de cada cinco parejas se presentan situaciones de violencia doméstica. En 42% de los casos de mujeres asesinadas, el crimen lo realiza su pareja. Treinta y siete por ciento de las mujeres golpeadas por sus esposos lleva 20 años o más soportando abusos de ese tipo. Según información del BID se estima que 25% de las mujeres argentinas es víctima de violencia y que 50% pasará por alguna situación violenta en algún momento de su vida.⁴⁰

Según datos del gobierno de la ciudad de Buenos Aires, los casos de violencia familiar denunciados por mujeres golpeadas –sólo en la Capital Federal– han aumentado. En 1999 hubo 25.530 denuncias de mujeres golpeadas, dos mil más que en el año 1998 y diez mil más que en el año 1996.⁴¹ En 82% de los casos, los agresores son la propia pareja; y en 45% de las denuncias, las mujeres golpeadas superan los seis años de convivencia violenta. La edad del grupo más afectado es de 25 a 34 años.⁴²

A pesar de que en Argentina existen leyes tanto en el ámbito nacional como provincial que se ocupan de la violencia domestica, en general los mecanismos legales e institucionales no son efectivos. Las defensoras en casos de violencia familiar identifican como problemas de aplicación de la ley las dificultades probatorias⁴³ y la permanente reedición de juicios para sostener en el tiempo las medidas de protección; y el hecho de que los procesos no concluyan en sentencias cuando se declare a alguien autor de los hechos que se le atribuyen con el fin de aplicarle las sanciones correspondientes, ordenar y garantizar la reparación de daños.⁴⁴ Aunque la ley facilita a la víctima la denuncia, al mismo tiempo sólo da a los jueces un escaso margen de acción.⁴⁵ Si el agresor no acata a las medidas protectoras, sólo queda la denuncia penal, que es de escasa eficacia y deja a las mujeres sin otro recurso.⁴⁶

B. Violencia sexual

Según el Centro de Encuentros Cultura y Mujer (CECYM), entre el período de 1970 y 1996 se denunciaron, en promedio, aproximadamente seis mil denuncias policiales anuales por delitos sexuales (violaciones, estupro, abuso deshonesto y otras). Aunque no todas se adecuen a la figura jurídica de la violación, se trata en todos los casos de prácticas sexuales coercitivas.⁴⁷

Sin embargo, el promedio de sentencias condenatorias por estos delitos en el mismo período es de 622 sentencias por año. Es evidente la desproporción entre las denuncias y las condenas.⁴⁸ Muchas denuncias no llegan a la etapa del juicio y cuando llegan, no siempre terminan en condenas. En ambos casos la explicación más común frente a la impunidad es la falta de pruebas o la insuficiencia de las mismas.⁴⁹

Los programas de rehabilitación para hombres, sólo existen para los que maltratan, no para los violadores. Hay pocas instituciones que tienen grupos de rehabilitación. En cuanto a los albergues, son escasísimos; hay uno en la ciudad de Buenos Aires y uno en el gran Buenos Aires. Existen por otra parte, lugares de derivación (hogares de religiosas u otras instituciones) que funcionan como albergues transitorios pero no tienen los recursos ni funcionan con las condiciones de un albergue.⁵⁰

Esperamos que el Comité considere hacer las siguientes preguntas al gobierno argentino:

- ¿Qué legislación y políticas se han creado para eliminar las barreras y desigualdades con las cuales las mujeres se enfrentan al momento de acceder a salud reproductiva y servicios e información sobre planificación familiar completos y al alcance de cada cual? ¿Ha tomado el Gobierno alguna medida con el fin de promover la aprobación de leyes estratégicas en materia de salud reproductiva que han sido bloqueadas por algunos sectores en el Senado?
- ¿Qué medidas se han tomado para institucionalizar los programas de educación sexual más allá de simplemente reconocer la importancia de estos programas en la Ley federal de educación?
- ¿Ha presentado el Gobierno algún tipo de medidas para garantizar la disponibilidad de anticoncepción de emergencia (principalmente después de la decisión por parte de la Corte Suprema de impedir la venta de la marca IMEDIAT)?
- ¿Qué medidas se están tomando para reducir la mortalidad materna? ¿Ha tomado el Gobierno alguna iniciativa para encarar el tema del aborto inseguro? ¿Ha tomado el Gobierno alguna medida para ampliar las excepciones de la penalización del aborto (dado que representa la segunda causa de muerte materna)?
- ¿En qué modo se ha implementado la iniciativa por parte del MSAS de 1997 para tratar el problema de transmisión madre a hijo del VIH? ¿Existe algún tipo de indicadores para medir su éxito o fracaso? ¿Existen otras políticas en funcionamiento para reducir la alta tasa de transmisión madre a hijo del VIH?
- ¿Ha tomado el Gobierno algún tipo de medida para corregir la práctica de exigir a proveedores de obtener una autorización judicial para los abortos?
- ¿En qué modo ha reaccionado el Gobierno para terminar con la marcada diferencia entre el número de abusos sexuales denunciados y el número de condenas por estos crímenes?
- ¿En materia de violencia doméstica, con qué opciones legales cuentan las mujeres cuyos abusadores no respetan las medidas de protección?

Existe una brecha importante entre lo establecido en la Convención sobre la mujer y la realidad en la vida y salud reproductiva de estas mismas. Apreciamos el constante interés que el Comité

ha mostrado en materia de salud y derechos reproductivos de los adolescentes así como las observaciones finales y recomendaciones que ha emitido en el pasado, recalando la necesidad de los gobiernos de tomar medidas para asegurar la realización de estos derechos.

Esperamos que esta información sea útil durante la sesión de revisión del informe que será presentado por el gobierno de Argentina con el fin de asegurar el cumplimiento por parte del gobierno argentino con lo establecido en la Convención sobre la mujer. En caso que tuviesen cualquier duda o necesitaran mayor información, por favor no duden en ponerse en contacto con las abajo firmantes.

Atentamente,

Luisa Cabal
Asesora legal
para Latinoamérica y el Caribe

Laura Katzive
Asesora legal
para proyectos globales

¹ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), adoptada el 18 de diciembre, 1979, Asamblea General, Res.34/180, U.N.GAOR, Sesión 34, Supp. No.46. at 193, U.N. Doc. A/34/46 (1979), entrada en vigor el 3 de septiembre, 1981, art.12(2),

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/sconvention.htm>>, visitada el 2 de agosto de 2002.

² *Ibid.*

³ COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (COMITÉ DE CEDAW), *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*, art.12, párr. 31(b)(c), U.N.Doc A/54/38Rev.1(1999),

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/sngenrec.htm>>, visitada el 2 de agosto de 2002.

⁴ COMITÉ DE CEDAW, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*, art.12, párr. 31(a).

⁵ COMITÉ DE CEDAW, *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Argentina*, 12/08/97. A/52/38/Rev. 1, PartII paras. 273-321, Naciones Unidas, Nueva York, 1997.

⁶ “La pobreza en la Argentina”, *Cambio Cultural*, 10 de mayo de 2002,

<<http://www.cambiocultural.com.ar/actualidad/pobreza.htm>>, visitada el 13 de junio de 2002. Informe especial de cambio cultural realizado de acuerdo a datos difundidos por el titular del INDEC.

⁷ ISMAEL BERMÚDEZ, “La desocupación llegaría al 25,2%”, *Clarín*, 1º de junio, 2002,

<www.old.clarin.com/diario/2002/06/01/e-00701.htm>, visitada el 10 de junio de 2002.

⁸ PAULA ANDALÓ, “Las deudas históricas que tiene el sistema de salud en la Argentina”, *Clarín*, 8 de abril, 2002,

<<http://old.clarin.com/diario/2002/04/08/s-03601.htm>>, visitada el 7 de junio de 2002.

⁹ MABEL BIANCO, “Qué servicios y para quienes?”, en *Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres (o el poder de decidir)*, Centro de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) *et al.*, Buenos Aires, 1998, p. 77.

¹⁰ SIBILA CAMPS, “De cada 100 bebés, 15 son de madres niñas o adolescentes”, *Clarín*, 18 de abril, 2001,

<<http://old.clarin.com/diario/2001/04/18/s-03904.htm>>, visitada el 7 de junio, 2002.

¹¹ MINISTERIO DE SALUD, PROGRAMA NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD, *Anuario de Estadísticas Vitales*, 1999, p. 24, <http://www.unicef.org/argentina/datos_estadistica.php3>, visitada el 7 de junio, 2002.

¹² *Ibid.*, p. 23, <http://www.unicef.org/argentina/datos_estadistica.php3>, visitada el 7 de junio, 2002.

¹³ THE WORLD BANK, *World Development Indicators 2000*, Washington D.C., marzo de 2000, p. 98.

¹⁴ MÓNICA GOGNA, *et al.*, “Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social”, en *La Argentina que viene. Análisis y propuestas para una sociedad en transición.*, Aldo Isuani y Daniel Filmus (eds.), Grupo editorial, Buenos Aires, 1998, p. 336. Por ejemplo, en 1995 la tasa de fecundidad precoz (10-14 años) oscilaba de 0.7 por mil en la capital federal a 4.6 por mil en Chaco; mientras que la tardía (15-19 años), de 25 por mil en la Capital Federal, a 102 por mil en Formosa.

¹⁵ GOGNA, p. 345. “Están publicados los datos correspondientes a los aglomerados del Gran Buenos Aires, Gran Rosario, Gran Mendoza, Paraná, Salta, Neuquén y Río Gallegos.” Este relevamiento, además de cubrir unos pocos centros urbanos del país no produjo información sobre tipo de métodos utilizados ni sobre motivaciones para el uso.

¹⁶ *Ibid.*, pp. 345-346. Paraná es el aglomerado con menor prevalencia (53,2%) y el Gran Buenos Aires con la mayor, 64,6% (corresponde 72,8% a Capital Federal y 62% al cono urbano bonaerense).

¹⁷ TERESA DURAND y MARÍA ALICIA GUTIÉRREZ, “Cuerpo de mujer: Consideraciones sobre los derechos sociales, sexuales y reproductivos en la Argentina”, en *Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)*, Centro de América Latina y Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) *et al.*, Buenos Aires, enero de 1998, p. 27. En todos los casos se advierten diferencias significativas según la edad: en el grupo de 15 a 19 años (adolescentes) la proporción varía entre 31% y 45%, mientras que en el resto de las mujeres en edad fértil, la proporción fluctúa entre 53% y 68%.¹⁷ Una situación atípica son las adolescentes de la ciudad de Buenos Aires, que reportan una prevalencia del uso de métodos anticonceptivos de 86%. Este alto porcentaje podría ser debido a la existencia del Programa de Procreación Responsable que posibilita el acceso a los métodos anticonceptivos.

¹⁸ GOGNA, pp. 346-347. SILVINA RAMOS, “Qué son los derechos reproductivos y sexuales?” en *Tribunal permanente por los derechos de las mujeres a la salud*, Foro Permanente por los Derechos de las Mujeres, Argentina, 8 de septiembre, 1997, p. 103.

¹⁹ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Emergency Contracepción, A Guide for Service Delivery 20*, WHO/FRH/FPP/98.19, 1998. Cabe señalar que con esta decisión el máximo tribunal argentino ha desconocido la posición imperante en la comunidad médica internacional, incluyendo a la Organización Mundial de la Salud para quien la anticoncepción de emergencia no interrumpe el embarazo sino que lo previene y por lo tanto no es una

forma de aborto sino de anticoncepción.). La OMS describe a la anticoncepción de emergencia como un método que puede ser usado por las mujeres dentro de los primeros días siguientes a haber tenido una relación sexual sin protección para prevenir un embarazo no deseado.

²⁰ BIANCO, p. 2.

²¹ MINISTERIO DE SALUD, *Anuario*, p. 53, <http://www.unicef.org/argentina/datos_estadistica.php3>, visitada el 7 de junio de 2002.

²² PRESIDENCIA DE LA NACIÓN, CONSEJO NACIONAL DE COORDINACIÓN DE POLÍTICAS SOCIALES, SISTEMA DE INFORMACIÓN, MONITOREO Y EVALUACIÓN DE PROGRAMAS SOCIALES (SIEMPRO), *Informe Día Internacional de la Mujer, Serie Informes de Situación Social, Marzo 2001*, <http://www.siempro.gov.ar/banner/INF_MUJER.doc>, visitada el 10 de junio, 2002.

²³ “Olivera va a proponer cambios a la Ley de Salud Reproductiva”, *Clarín*, 11 de julio, 2000, <<http://old.clarin.com/diario/2000/07/11/s-04001.htm>>, visitada el 12 de junio de 2002.

²⁴ MABEL BIANCO, *Aportes para salud*, mayo del 2002, (mimeo en archivos del CRLP), p. 2.

²⁵ COMITÉ DE LA MUJER, *Observaciones Finales*.

²⁶ COMITÉ PARA LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS, *Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos: Argentina.3/11/2000.CCPR/CO/70/ARG*, , p. 14. Cabe agregar asimismo que el Comité para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en su Comentario General 19(39) consideró que el deber de los Estados de proteger y asegurar el derecho a la vida incluye el deber de proteger a las mujeres que interrumpen un embarazo y ha pedido a los Estados que tomen medidas “para garantizar que la vida de las mujeres no corra riesgo a causa de disposiciones legales restrictivas sobre aborto”, es decir, que se vean forzadas a procurarse abortos en condiciones clandestinas e inseguras. En ese sentido, ese Comité ha recomendado la liberalización de las leyes que criminalizan el aborto. En el caso de Argentina el mismo Comité expresó su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado.

²⁷ BIANCO, *Aportes para salud*, p. 2; SILVINA RAMOS, “Aportes de la investigación social a las actividades de advoca en el campo del aborto inducido en América Latina” en *La Promoción y Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Región* (Relatoría final), seminario del 14 al 16 de junio, 1999, Santiago, Chile, p. 55.

²⁸ GABY ORÉ AGUILAR, “Introducción”, en *La Promoción y Protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos en la Región*,” seminario del 14 al 16 de junio, 1999, Santiago, Chile, p. 3.

²⁹ Estrechas y contradictorias decisiones judiciales en la argentina en torno a la necesidad de requerir autorización judicial para realizar un aborto y a su otorgamiento son ilustrativas de los obstáculos y complicaciones que deben enfrentar las mujeres que desean que se les realice un aborto legal. En este sentido cabe mencionar una sentencia del juez de Misiones que en el caso de una adolescente de 15 años violada por el padre, no autorizó la realización del aborto, señalando que “si la vida de la madre no corre peligro, hay que dar prioridad a la vida que se está gestando” (IGDD, *Informe borrador Mujeres del mundo*, p. 29, citando página 12, 13, diciembre, 1996).- y las sentencias dictadas por la Corte Suprema de la Nación y la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires que en dos casos similares donde se solicitaba autorización judicial respecto a la posibilidad de llevar a cabo la inducción del parto de un feto con viabilidad nula en la vida extrauterina dictaron sentencias contradictorias (Véase Corte Suprema de Justicia de la Nación, sent., 11 de enero, 2001 y Corte Suprema de Justicia de Buenos Aires, Ac. 82.058, “B.A. Autorización Judicial”, 22 de junio, 2001). Asimismo es ilustrativo al respecto el “caso Paulina” actualmente siendo litigado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en contra del gobierno mexicano. Paulina fue víctima de violación a los 13 años de edad y a pesar de que la legislación le permitía tener derecho a un aborto, éste le fue negado. El caso se presentó ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 8 de marzo del 2002 y se está en espera de la respuesta por parte del Gobierno Mexicano.

³⁰ IGDD, *Informe borrador Mujeres del mundo*, pp. 29-30 (citando Juzgado de Instrucción 7a Nominación, 1o Instancia firme, 4 de noviembre, 1988, P.M.B. *La Ley*, 1988-E, 375). Existen algunos fallos aislados que, sin pronunciarse acerca de la petición, han establecido que no corresponde la solicitud de autorización ante el órgano judicial, porque la ley no la prevé.

³¹ COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS, *Observaciones Finales*, p. 14. Cabe recordar la preocupación expresada por el Comité de Derechos Humanos en sus Observaciones Finales de que “la criminalización del aborto disuade a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite como cuando existe un grave riesgo para la salud de la madre o cuando el embarazo resulta de la violación de una mujer con

discapacidad mental”. Asimismo el Comité observo que “en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención” y que se debe modificar la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación”.

³² MABEL BIANCO *et al.*, Serie, Estudio de casos sobre Derechos Humanos, “Derechos Humanos y acceso a tratamiento para VIH/SIDA en Argentina”, Buenos Aires, julio de 1999, p. 20 (citando Boletín Oficial sobre el SIDA en Argentina).

³³ MINISTERIO DE SALUD, *Informe El Sida en la Argentina, situación al 30 de setiembre de 2001*, separata, septiembre, 2001, p. 1, www.msal.gov.ar/htm/sita/lusida/separatas/separata092001/separata092001.htm, visitada el 11 de junio de 2002.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ MSAS, PROGRAMA NACIONAL DE LUCHA CONTRA LOS RETROVIRUS DEL HUMANO Y SIDA, julio de 1997, citado en FUNDAMIND, *SIDA*, p. 88.

³⁶ COMITÉ DE CEDAW, *Recomendación General 24, La violencia contra la mujer*, pár.1, U.N. Doc. No. A/47/38 (1992), <<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recomm.htm>>, visitada el 2 de agosto de 2002.

³⁷ *Ibid.*, pár.6.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ *Ibid.*, pár.9.

⁴⁰ IGDD, *Informe sombra preliminar*, p. 15 citando el CONSEJO NACIONAL DE LA MUJER, *Estadística/ Violencia*, <<http://www.cnm.gov.ar>> visitada el 1 de julio de 1999 (citado por el Instituto Social y Político de la Mujer).

⁴¹ ALBA PIOTTO, “Capital: cada vez hay más mujeres golpeadas”, *Clarín*, 1 de marzo, 2000, <<http://www.ar.clarin.com/diario/2000-03-01/e-03601d.htm>>, visitada el 9 de noviembre, 2000.

⁴² *Ibid.*

⁴³ Debates de la Comisión de Reforma a la Ley de Violencia Doméstica. Convocatoria del Programa Mujer del Ministerio de Justicia de la Nación. IGDD, *Informe sombra preliminar*, p. 15, citando CLADEM, *Cuestión de vida*, p. 117.

⁴⁴ *Ibid.*

⁴⁵ EQUIPO DE SEGUIMIENTO, INVESTIGACIÓN Y PROPUESTA DE POLÍTICAS (ESIPP), *Construyendo Ciudadanía, Estrategias de Seguimiento de los compromisos de El Cairo, Copenhagen y Beijing*, Argentina, 1997, p. 24.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ CENTRO DE ENCUENTROS CULTURA Y MUJER (CECYM), *La consulta médica en los casos de violación*, Buenos Aires, 1997, p. 11.

⁴⁸ *Ibid.*, teniendo en cuenta que se calcula que sólo se denuncian 10% de los casos, habría 60 mil casos de delitos sexuales al año, o sea 16 casos diarios.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ IGDD, *Informe*, p. 14, citando entrevista por correo electrónico con Gloria Schuster, Instituto Social y Político de la Mujer (ISPM) y con CECYM, realizada el 10 de julio, 2000.