

# Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable Argentina: ¿Una Política de Género?

*Griselda Meng, Foro por los Derechos Reproductivos y  
Foro Nacional de Salud*

## INTRODUCCIÓN

Después de casi dieciséis años desde el primer programa de salud reproductiva implementado en una ciudad de Argentina y tras seis años transcurridos desde la presentación y tratamiento del primer proyecto en La Honorable Cámara de Diputados de la Nación, el 30 de octubre de 2002 la Honorable Cámara de Senadores de la Nación, aprobó por amplísima mayoría del cuerpo, la ley Nro. 25.673 que crea un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyPR).

El presente trabajo se propone analizar el proceso de sanción de la ley Nacional de SSyPR desde la perspectiva de género.

El análisis aborda cómo se plantea la cuestión de género en las leyes y programas provinciales y en el proceso histórico de formulación y sanción de la ley nacional Argentina.

En un primer título se describen los modos de intervención estatal en el ámbito de la reproducción en Argentina Siglo XX: las motivaciones y los estilos de toma de decisión, las ideologías y las cosmovisiones que las inspiran, los intereses o conflictos que expresan.

El siguiente bloque se refiere a los antecedentes del proceso. Por un lado, se sistematiza y analiza los acuerdos internacionales referidos a las políticas de género. Por otro, se reconstruye y analiza los programas, leyes, decretos de Salud Reproductiva en las provincias. Por último, se reconstruye el proceso de trámite parlamentario de debate y sanción de la ley.

A continuación, se aborda el análisis del debate parlamentario referido a la sanción, y se describe y analiza el texto de la ley de SSyPR.

Finalmente se esbozan algunas conclusiones sobre alcances y limitaciones de la ley en cuantos posibles caminos de intervenciones desde la perspectiva de género.

## **1. POLÍTICAS DE POBLACIÓN**

### **Regulando la fecundidad: una recorrida por el Siglo XX**

Tradicionalmente las políticas públicas dirigidas a la mujer en Argentina han respondido a criterios en los que la población femenina no era sujeto de derechos sino a través de la familia o la pareja. Fundamentalmente las intervenciones iban dirigidas a regular el uso del cuerpo en lo que se refiere a la maternidad y a las conductas atribuibles a sus contenidos. Así, las intervenciones crearon ciertas condiciones necesarias para mejorar y estimular la función maternal de la mujer. Las leyes sanitarias y laborales fueron parte de las medidas que permitieron intervenir en este ámbito: el de la procreación. En suma, las intervenciones iban dirigidas a la mujer construyéndola como pilar básico de la organización familiar y reproducción de la fuerza de trabajo en el ámbito doméstico.

Diversos trabajos de reconstrucción histórica demuestran que las políticas dirigidas a la mujer desde principio de siglo pasado (Grassi, 1989; Torrado, 1993; Novick, 1993; Birgin, 1995) estaban enmarcadas en el área de la salud y de educación. En el área de educación el objetivo era la moralización y control de la familia popular frente a la migración externa. En el área de la salud se centraban en la mujer como la principal responsable de la reproducción biológica y material de los miembros de la familia. El binomio madre – hija/o era el objetivo principal de las intervenciones, y la receptora de esas políticas era la madre - ama de casa. La mujer era la principal responsable en la socialización de los hijos y portadora natural de la maternidad, en este sentido la sociedad debía motivar, exigir, cuidar, velar porque la mujer cumpla esa función de gran matriz del país. Su desempeño se circunscribía al ámbito privado-doméstico y a su rol de esposa/ madre y ama de casa.

Estas intervenciones en el ámbito de la reproducción formaban parte de una política económica - social nacional general, en las cuales las políticas de población eran un medio para generar el crecimiento económico de la nación. Estas políticas demográficas tenían en cuenta la particular relación entre los comportamientos individuales de población y las metas gubernamentales. Estas metas estaban relacionadas con motivos geopolíticos, es decir una mejor relación entre la población y el territorio. Así las intervenciones enmarcadas en políticas de población estimulaban la natalidad o la controlaban y su receptora era la mujer.

En este sentido, las intervenciones en el ámbito de la procreación y como parte de políticas de población no eran vistos como un derecho de la mujer a la salud sexual ni a la salud reproductiva. La mujer fue objeto de las intervenciones en cuanto y en tanto cumpliera con su función maternal, su derecho pasaba por ser asistida en los centros maternos, y el Estado además de estimular esta condición debía garantizar el servicio de salud materno - infantil.

Sucintamente, si se recorre estas intervenciones observamos que a principios de siglo pasado las cuestiones centrales giraron en torno al rol del estado en el control de la disminución de la natalidad y el bajo crecimiento poblacional. En esta dirección se vehiculizan acciones tendientes primero, al fomento del crecimiento interno en 1930 y luego, a la protección a la maternidad entre 1934 y 1937. En 1940 se cristalizan las primeras ideas del fomento a la fecundidad, plasmadas en el Primer Congreso de Población que se realiza en Buenos Aires.

Así, las políticas de población y dentro de ellas las dirigidas a la reproducción fueron explícitas: “asignaciones familiares para parejas prolíficas, sobre-salarios a los casados, gravámenes progresivos para los solteros, preferencia de los padres de familia en los puestos de trabajo, impuestos a matrimonios sin hijos, premios y estímulos bancarios a las madres multíparas.” (Torrado, 1993:264)

A partir de 1947 las políticas de población aumentan cuantitativa y cualitativamente, las intervenciones del Estado estaban dirigidas a reponer y reproducir la fuerza de trabajo, por cuanto “trataban de "regenerar" la raza argentina lo que implicó políticas de salud dirigidas a la mujer en cuanto portadora simbólica del patrimonio humano de la nación” (Ramaciotti, 2001). De ahí la importancia que adquiere el cuidado de la mujer embarazada y la implementación de centros maternos - infantiles. Asimismo se establecen subsidios y préstamos por casamiento, vivienda, se fomenta la natalidad con campañas de protección a la mujer embarazada y se condena severamente el aborto.

A diferencia, en la década del '60 bajo la política para Latinoamérica de lo que se llamó “desarrollismo” se fomenta la familia moderna, como opuesta a la familia tradicional, con lo que se estimula la reducción del número de miembros. Las funciones asignadas a la familia eran básicamente afectivas y de socialización primaria, además de las reproductivas. “... la posibilidad de modernizar a la familia,

pasaba por incentivar a las mujeres al cambio, sacarlas de los límites de lo privado y hacerlas participar en el desarrollo” (Grassi, 1986:117) Esto se traducía en la preparación para el matrimonio y la paternidad responsable, entendidas como disminución del madre-solterismo, el abandono paterno, la vagancia, la delincuencia. Éstas fueron las estrategias del "modernismo" en su primera época para enfrentarse al "tradicionalismo", que en las clases bajas se tradujo en un mayor control tendiente a evitar la promiscuidad. Sin embargo, en cuanto al tema poblacional los gobiernos entre 1955 hasta 1969 no sostienen ideas precisas acerca de esta cuestión, o, como expresa Susana Torrado (1993: 270), no aparecen plasmados en políticas específicas.

En 1974<sup>1</sup> se promulga el Decreto 659, que establece el control de la comercialización de los anticonceptivos (se exigían recetas por triplicado) y prohíbe las actividades directas o indirectas dirigidas al control de la natalidad en los establecimientos públicos de salud. Esta medida coercitiva no fue eficaz en el primer punto, ya que los anticonceptivos continuaron vendiéndose sin las recetas, sí fue muy efectivo en desmantelar alrededor de 60 consultorios de planificación familiar. Ello implicó fundamentalmente un perjuicio para las mujeres de sectores populares ya que quienes contaban con ingresos suficientes accedían a la compra de anticonceptivos.

En suma, la mujer como receptora de políticas de población pasó de ser protegida para ser madre y reproducir la clase obrera, a ser controlada por la alta natalidad - signo de tradicionalismo y atraso - para luego ser controlada por medios coercitivos para fomentar el crecimiento poblacional. Según el objetivo político de los gobiernos, el cuerpo de la mujer fue unos de los ejes privilegiados de las políticas demográficas.

El escenario de fines de siglo XX para la mujer fue variando. Durante las dos últimas décadas Argentina vivió transformaciones sociales importantes, y éstas tuvieron gran influencia en la situación, condición de vida y rol social de la mujer. Con grandes contradicciones y diferencias entre estratos socio-económicos y entre regiones las mujeres se volvieron más visibles en su actividad económica y por ende se visibilizaron en la esfera pública. En materia de legislación, educación formal, participación en la fuerza de trabajo y participación en el quehacer social los logros han sido importantes, (Harper, 1992; Messina, 1998; PNUD, 1999).

Las intervenciones dirigidas a la mujer mejoraron su condición, ello implicó una presencia continua y ascendente en el mundo laboral, reforzada por el mayor acceso a la educación y la prolongación del promedio de vida.

Sin embargo, desde las intervenciones dirigidas a aliviar la pobreza, es pos de mejorar su condición refuerzan su posición en la división sexual del trabajo. La mujer se encuentra con una agenda sobrecargada de actividades: “se apela a mejorar la condición de madre (nutrición, cuidado infantil, lactancia, etc.), cuando se apela a su rol productivo se circunscribe a tareas asociadas a su rol doméstico (talleres de costura, cocina, cuidadora de ancianos o niños), o a su función como organizadora de su comunidad (comedores escolares, salitas primarias sanitarias, cooperadoras escolares)”. (Cardarelli y Rosenfeld, 2000)

Pareciera que en cierto punto los sucesos demuestran que se ha superado el hecho de que las mujeres sigan siendo incluidas en políticas (Birgin, 1995), solo como “una variable demográfica”, pero, el interrogante es hacia dónde se ha dirigido la intervención en el ámbito de la reproducción, y en este sentido qué condición y posición le posibilita a la mujer.

---

<sup>1</sup> En 1973 asume el tercer gobierno peronista -con elecciones-, hasta 1976. sus presidentes fueron: Héctor Cámpora, Raúl Lastiri, Juan D. Perón y Estela M. De Perón. Fue derrocado por un golpe militar denominado Proceso de Reorganización Nacional.

## **2. LA LEY SSSYPR: SALUD, DERECHOS Y GÉNERO**

“Con la recuperación de las instituciones democráticas en 1983 se abrió el juego para el tema de los derechos...” (Virgen, 1995:165), y entre ellos adquiere status el de derechos reproductivos y salud reproductiva.

Por y desde orientaciones internacionales se lograron avances que abrieron caminos en dirección a los derechos sexuales de las mujeres, sin embargo, estos avances plasmados en convenciones, tratados y acuerdos lejos estaban de lograr una legitimación social y una universalidad jurídica en Argentina. Ya que desde 1986 se comienza a intervenir en la cuestión en forma despereja en el país.

La sanción de la ley de SIPI significa un hito en la historia de las intervenciones en este campo; por un lado, porque no se enmarca en políticas de población, por otro porque se inscribe en los derechos a la salud sexual y reproductiva, por último tiene estatus de ley, con lo cual su no aplicación es plausible de sanción. Un punto de inflexión por cuanto el Estado resignifica su concepción histórica de las intervenciones en este ámbito para atribuirle otros contenidos, el de los derechos universales a la salud sexual y reproductiva.

Este marco jurídico de inscripción en los derechos universales a la salud es fundamental, ya que concebir el derecho a la salud sexual de la mujer posibilita un camino hacia su autonomía, poniendo el acento ya no en su capacidad reproductora sino en el libre uso sexual de su cuerpo. Asimismo permite el cuestionamiento de la responsabilidad –casi exclusiva- que se le ha asignado a la mujer en cuanto encargada principal de la reproducción –tanto biológica como material- de la familia. Esta responsabilidad que en el ámbito privado expresa una subordinación de género se cristaliza con la naturalización de la división sexual de trabajo. En el marco de los derechos, la mirada debe ser – indiscutiblemente - desde la perspectiva de género.

Abordar una intervención pública en el ámbito de la salud sexual y salud reproductiva desde la perspectiva de género nos remite inicialmente a mirar el conjunto de normas y prescripciones que son condicionadas por la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino en cuanto a competencias reproductivas. Los roles asignados en el tema de salud sexual y procreación y el vínculo existente entre los géneros a la hora de compartir responsabilidades maternas/ paternas y conductas sexuales. Implica considerar la salud sexual y salud reproductiva como un proceso continuo a lo largo de la vida de un hombre y de una mujer, que se inicie en la niñez, se refuerce en la adolescencia y se continúe a lo largo de la vida fértil e incluso en la etapa de declinación de la fertilidad. Implica asimismo integrar el punto de vista de la mujer como una persona con necesidades específicas de salud.

En este sentido, se debe tener en cuenta que existe una sustancial diferencia entre políticas públicas dirigidas a la mujer y políticas públicas que contribuyen a institucionalizar la perspectiva de género, particularmente en el terreno de la Salud sexual y Reproductiva. Las políticas de salud reproductiva en nuestro país estuvieron dirigidas a la mujer, las cuales estaban enmarcadas en políticas de población y dentro de éstas en las políticas tendientes a regular la tasa de fecundidad. Estas intervenciones mejoraron las condiciones de salud de las mujeres en cierto aspecto: la protección de su cuerpo en función a su capacidad de procreación y del cuidado de los niños. Sin embargo, concebir políticas de salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género implica posibilitar un cambio de posición de la mujer, poniendo el acento en el libre uso de su cuerpo y sexualidad y en la responsabilidad reproductiva compartida.

Cuanto más cerca se esté de considerar desde una política pública la igualdad en las relaciones entre géneros, más se puede pensar en otra construcción posible, en transformar y redefinir las relaciones de roles entre la mujer y el hombre en el ámbito de la sexualidad y la procreación; en repartir equitativamente los contenidos inherentes a la maternidad/ paternidad, como así también la responsabilidad de la salud sexual compartida.

En suma, cambiar la posición de la mujer implica una ley que propicie el libre uso de su cuerpo y promueva el desarrollo de su sexualidad en términos de comunicación y encuentro placentero y que apunte a una salud integral involucrando a toda la población en ello.

Cuando hablamos de derechos sexuales y del ejercicio de una sexualidad plena también hablamos de decisiones personales libres y responsables. Al expresar responsabilidad se está pensando en lo que cada persona conciente considera lo mejor como miembro de una sociedad que valora la vida propia y la del otro, que valora las ventajas de un bienestar integral, en una cultura dada y en un tiempo determinado. Ejercer la libertad implica el ejercicio del derecho mismo, implica combatir la discriminación, la coerción, las acciones violentas en lo que respecta a la vida sexual, implica la información que guía al conocimiento, e implica la demanda de igualdad en su práctica.

Para facilitar un contexto que propicie el ejercicio de los derechos, se debe tener conocimiento de la tensión entre derechos y sexualidad versus reproducción biológica y planificación familiar. Ello está muy asociado a las viejas concepciones que en el ámbito de la reproducción se implementaron en el país y muy asociado a las políticas dirigidas a la mujer que mejoran su condición. La libre elección supone la recuperación del derecho sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción como ejercicio de libertad y garantía del desarrollo humano

### **3. ACERCA DEL DERECHO HUMANO A LA SALUD SEXUAL Y A LA SALUD REPRODUCTIVA: los acuerdos internacionales y las normas nacionales**

Desde el preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas (1945) que reafirma: "la fe en los derechos humanos fundamentales, en la igualdad de los derechos de hombres y mujeres" y hasta la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer en Beijing en 1995 "la condición de la mujer" fue adquiriendo relevancia al instalarse en el debate público y lograr la consiguiente aprobación de diversos documentos.

A nivel internacional hay dos períodos que marcan las orientaciones de las recomendaciones en torno al tema de la condición de la mujer en general y en particular con respecto a la salud sexual y la procreación.

Un primer momento corresponde al período desde 1975, en la cual la ONU comienza activamente a propiciar encuentros, conferencias, declaraciones que alertan e intervienen sobre la condición de la mujer en el mundo. Este período se extiende hasta la Tercera Conferencia sobre la Mujer en Nairobi en 1985, en la cual se establecen las bases de una acción programada hacia el año 2000 tendientes a eliminar la discriminación de que es víctima la mujer en el mundo.

Un segundo período se puede ubicar posterior a esta Conferencia en 1985. A partir de ese momento se suman una serie de encuentros que colocan en la agenda la consideración de derecho y género en las intervenciones gubernamentales, asimismo y de suma importancia es la ratificación y legitimación de la CEDAW (Convención de los Derechos Humanos de las Mujeres) en todos los países, como principal organismo que se pre-ocupa de toda la cuestión de las desigualdades que padecen las mujeres. Este

período culmina con el momento en que se llevan a cabo las Cumbres del Cairo (1994) y Beijing (1995), en donde se establecen las bases para lograr la vigencia de los derechos reproductivos de las mujeres, y donde se incorpora la perspectiva de la relación entre los sexos desde la exigencia de una equidad entre ambos, es decir se considera y se insta a los gobiernos a considerar en las intervenciones la perspectiva de género.

Desde 1975 hasta Beijing en 1995 pasaron veinte años de evolución en la problemática de la mujer, veinte años en que se instrumentaron acciones tendientes a eliminar las desigualdades de las que es objeto la mujer. Veinte años de avances en garantizar los derechos humanos de las mujeres.

Algunas de las líneas de acción producto de estos encuentros se preocuparon por precisar conceptos tales como derechos, salud reproductiva y salud sexual. Así la definición que goza de consenso internacional dice que se debe entender la Salud Reproductiva como *“el estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es un derecho humano básico de varones y mujeres en edad fértil, que integra el derecho a la salud y que comprende la consolidación, respeto y efectiva concreción de principios, derechos y garantías esenciales que aseguren a las personas el ejercicio de una sexualidad sana.”* (Programa de Acción, resultado de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo, 1994)

Asimismo este Programa de Acción deja expreso que la atención de la salud reproductiva debe considerar al conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Así, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos entre ellos: el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones.

Argentina no estuvo ausente en sus intervenciones a este avance internacional en el tema mujer y salud sexual y reproductiva, hace dieciséis años se cristalizaron las primeras intervenciones tendientes a mejorar la calidad de vida sexual de la población. En nuestro país con la reforma constitucional de 1994 adquirieron rango constitucional once tratados de derechos humanos<sup>2</sup>: entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), La Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (1978), Convención Internacional sobre eliminación de todas las formas de Discriminación Social (1969), Convención contra toda forma de Discriminación contra la Mujer (redactada en 1967-aprobada por la ONU en 1979-ratificada en 1985).

En la Constitución Argentina en los arts. 41, 42 y en el art. 75 en los puntos 22, 23 y 24 se establece la jerarquía constitucional del derecho a la salud.

“...todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado...”(art.41) “...los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho a la protección de su salud” (art.42) “...los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes: la Declaración universal de los derechos humanos tiene jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta

---

<sup>2</sup> Constitución Argentina. Capítulo 4, art. 75, punto 22

constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos.” (art.75, inc.22)

“...legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, mujeres...” (art.75, inc.23)

Las intervenciones en el ámbito de la reproducción en Argentina tuvieron sus primeros antecedentes en la legislación a nivel provincial o local. Posterior a Nairobi (1985), desde 1986 y hasta el 2000, existió el programa de Planificación Familiar de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y desde 1987 y hasta 1996 hubo un Programa de Salud Reproductiva en la provincia de Río Negro. Si bien estas intervenciones no eran nacionales señalaron un cambio incipiente en el pensamiento de algunas/os legisladoras/es y funcionarias/os en lo que respecta a derechos humanos, salud sexual y salud reproductiva.

Estas acciones tendientes a instalar el tema fueron incrementándose, aunque en forma despareja en el país hasta finalmente colocarse en la agenda pública nacional desde el año 2000 y hasta el año 2002, fecha en que finalmente fue aprobada la Ley Nacional que crea el programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Despareja en cuanto a las posiciones que se adoptaron con respecto a los contenidos de la salud sexual. De esta manera, se planifican programas enmarcados en salud reproductiva, planificación familiar, o salud sexual. No había una dirección unívoca en cuanto a dimensiones a considerar. Sin embargo, todas las leyes provinciales coinciden en poner el eje en dos objetivos: la reducción de la morbi-mortalidad materno-infantil y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Y despareja en cuanto a criterios jurídicos, ya que en algunas provincias los programas implementados tenían estatus de ley, otros eran decretos, y muchos solo programas locales.

Se puede observar en el siguiente cuadro las provincias y ciudades en donde existía legislación al respecto, el año de su implementación y el marco en dónde sus títulos las inscribían.

**Cuadro 1:** Legislación provincial.

	PROVINCIA	Sanción	Ley que crea el Programa de ...
1	Ciudad de Buenos Aires	1986 2000	Programa de procreación responsable ...Salud Reproductiva y Procreación responsable
2	Río Negro	1987 1996	Programa Permanente de Promoción de la Mujer ...Salud Reproductiva y Sexualidad Humana
3	La Pampa	1991	...procreación responsable
4	Tucumán	1994	...salud reproductiva
5	San Juan	1996	...salud reproductiva
6	Mendoza	1996	...salud reproductiva
7	Chaco	1996	...salud Reproductiva y Salud Sexual
8	Córdoba	1996	...Procreación Responsable
9	Corrientes	1996	...salud reproductiva y sexual
10	Neuquen	1997	...salud sexual y reproductiva
11	Misiones	1998	...planificación familiar integral ♦
12	Jujuy	1999	...Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual
13	Chubut	1999	...Salud sexual y reproductiva
14	Provincia de Buenos Aires	1999	...sexualidad responsable-componente salud ♦
15	La Rioja	2000	...Salud reproductiva
16	Tierra del Fuego	2000	.... Salud Sexual y Reproductiva
17	Santa Fe	2001	...maternidad y paternidad responsable

Fuente: elaboración propia (2003)

Esta revisión muestra que desde 1986 en distintas ciudades y/o provincias del país se comenzaron a implementar diversas acciones en el tema de salud y reproducción. Las provincias de Misiones y Buenos Aires no sancionaron leyes para implementar políticas públicas en el área de salud sexual y reproductiva. Misiones creó un programa por decreto del Poder Ejecutivo y la provincia de Buenos Aires instrumentó su programa a través de una Resolución Ministerial.

♦ por decreto

♦ por resolución ministerial

El año 1996 se presenta como paradigmático ante el incremento de legislación en el tema, seis de las diecisiete localidades sancionan leyes de salud reproductiva (16 provincias y La ciudad de Buenos Aires, de un total de 23 provincias). Estos acontecimientos tienen su paralelo a nivel internacional con las cumbres de El Cairo (1994) y de Beijing (1995). A nivel nacional con un proyecto de ley presentado en noviembre de 1995 por las diputadas Elisa Carca y Marcela Durrieu sobre Salud Reproductiva, el cual obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación, pasando al Senado para su discusión. Obsérvese que los programas de este período en las provincias citadas se refieren a Salud Reproductiva coincidentemente con el contenido presentado a nivel nacional por las diputadas.

El significativo incremento de leyes provinciales y municipales en contraste con la ausencia de una ley nacional, y el hecho de que en dos provincias: Misiones y Buenos Aires no se llegara a sancionar una ley evidenciaba cierta dificultad en llegar a decisiones unívocas en el tema de salud sexual y salud reproductiva.

Las definiciones del título de los programas que crean las leyes en las provincias nos remiten a un análisis de sus conceptualizaciones. No es lo mismo inscribir un programa en salud sexual que inscribirlo solo en salud reproductiva. El ámbito de competencia y la definición del problema se plasman en el concepto que trasmite su título, el cual quizás anticipa su contenido.

Enmarcar un programa en salud reproductiva implica atender la salud de las mujeres en edad fértil, considerar la sexualidad solo reproductiva y las patologías derivadas de tal función. En cambio planificar un programa desde el derecho a la salud sexual incluye la mirada de salud integral de hombres y mujeres en esta relación que mantienen en el ámbito de la sexualidad. Una relación que debe ser libre y justa para ambos, lo que incluye la salud reproductiva y la responsabilidad maternal/ paterna compartida. Es decir, el contenido del concepto de salud sexual es más amplio y completo que el contenido del concepto de salud reproductiva, ésta última abarca solo un aspecto de la vida sexual de hombres y mujeres, en cambio la salud sexual abarca todos los aspectos de la vida sexual de hombres y mujeres lo que incluye la reproducción.

En las provincias se puede observar cinco lineamientos que estarían definiendo el problema a resolver con las intervenciones instrumentadas por los programas:

**Cuadro Nro.2:** “Conceptos enumerados en títulos de programas”

<b>Temas definidos en los programas</b>	<b>Provincias</b>
Salud sexual	Río Negro, Chubut, Neuquén, Tierra del Fuego, Corrientes
Salud reproductiva	Ciudad de Buenos Aires, Mendoza, Chubut, Río Negro, Neuquén, Tierra del Fuego, La Rioja, Corrientes, Tucumán, San Juan, Pcia de Buenos Aires
Maternidad/ Paternidad – Procreación responsable	Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa, Chaco, Jujuy, Santa Fe
Planificación familiar integral	Misiones

Fuente: elaboración propia (2003).

Los nombres de los programas que fueron implementados en las provincias antes de la sanción de la ley nacional evidencian las concepciones que con respecto al tema de reproducción tienen tanto las comunidades como las/os decisoras/es de políticas. Como ya se señaló, se considera una jerarquización de contenidos en lo que respecta a las distintas concepciones que en el tema de sexualidad aparecen plasmados en las leyes provinciales. La salud sexual enmarcada como un derecho humano, sería la gran dimensión que abarca y contempla a la salud reproductiva lo que incluye paternidad, maternidad y planificación familiar.

Cuando se contempla los derechos a la salud sexual de las mujeres y de los hombres se está considerando la salud desde un punto de vista integral en todas las etapas de la vida de una persona. Cuando se concibe los derechos a la salud sexual se está incluyendo el derecho a la salud reproductiva que implica el reconocimiento a la capacidad de la mujer de decidir en condiciones libres y en un contexto habilitante sobre su deseo de procrear o no.

Algunos programas provinciales se enmarcan en planificación familiar o en salud reproductiva lo que constituiría una pseudo- política de población, que se ocupa de la mujer solo en función de la calidad de la maternidad sin pre-ocuparse de su bienestar general, sin considerar el ejercicio de sus derechos a la salud sexual.

No obstante, las leyes de Río Negro, Chubut, Neuquen y Tierra del Fuego podrían ser consideradas en comparación con otras leyes provinciales, más cerca de construir ciudadanos con derechos, libres y sanos en lo que respecta a su sexualidad.<sup>3</sup>

Otra cuestión relevante a considerar es el contenido de las leyes. Este contenido temático puede o no tener correlación directa con sus títulos, sin embargo terminarían por definir en qué marco conceptual están concebidas estas intervenciones. Se debe tener en cuenta que esta mirada es parcial, se refiere a un sentido del texto y no se considera la implementación material de la norma.

Se observan en el cuadro 3 cinco temas recurrentes en los textos de los programas:

**Cuadro Nro.3:** “contenidos en los textos de los programas”

Contenidos	Provincias
Prevención de enfermedades de transmisión sexual	Todas (excepto Pcia. De Buenos Aires)
Disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil	Todas
Consideración de la Perspectiva de género	Río Negro, Neuquen
Enumeración de métodos anticonceptivos	Río Negro, La Pampa, Tierra del Fuego
Inclusión de educación sexual en educación formal	Chubut, Jujuy (con autorización de padres), Río Negro, Chaco, Neuquen

Fuente: elaboración propia (2003)

<sup>3</sup> La provincia de Corrientes no incluye de modo expreso a la salud reproductiva y sexual como componentes de sus respectivos programas, sino que son mencionadas entre ciertos objetivos particulares, con lo cual no se considera en este grupo.

La pluralidad de proyectos y/o planes de acción impulsados desde la esfera provincial denotan el debate producido. Con respecto a los dos primeros temas hay lógicamente una dirección unívoca en lo que respecta a mejorar la salud reproductiva de la población que es objetivo de todos los programas. La prevención de enfermedades de transmisión sexual y la disminución de la morbilidad materno-infantil, se refieren a una preocupación creciente frente al hecho de las deficiencias en cuanto al tema de planificación familiar, educación, información en materia de salud reproductiva y prácticas sexuales asociados a tres problemas: las muertes maternas provocadas por abortos, embarazos adolescentes y la propagación del SIDA y otras Enfermedades de Transmisión Sexual.

Sin embargo, no todas las provincias incorporan en sus legislaciones la perspectiva de género y la educación sexual formal y no formal desde la niñez, los cuales se pueden considerar los medios infaltables para afrontar la problemática de la población en cuestión de salud sexual y reproductiva. Incorporar la perspectiva de género implica promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer. En este sentido, se debería disponer de los recursos que propicien tal ejercicio: amplia oferta de servicios de salud, accesibilidad material, información, asesoramiento y una gama disponible y accesible lo más amplia posible de métodos anticonceptivos.

Aquí abordamos otro contenido divergente en las legislaciones provinciales: la enumeración de métodos anticonceptivos. El hecho de enumerar los métodos anticonceptivos no es un dato menor: enumerarlos significa que el uso de anticonceptivos está circunscrito al listado de medios permitidos. Esta acotación en principio no ocasionaría ninguna “desviación” en cuanto a suministro de métodos. Es decir, quedaría a criterio médico la prescripción según ese listado. Sin embargo, su enumeración permite incluir por ejemplo métodos cuestionados – por ser considerados abortivos por algunos sectores - como el dispositivo intrauterino (DIU), la anticoncepción de emergencia o la pastilla del día después. Al generalizar esta disposición sin enumerar los métodos, quedaría la elección o la recomendación de dichos métodos a criterio del consejo del profesional, negando la información de la gama disponible a la mujer. Con lo cual la autonomía y la libertad de elección quedarían sesgadas por la visión del tema que en salud sexual y reproductiva tenga el profesional que intervenga.

Se puede concluir que las legislaciones de Río Negro, Tierra del Fuego y Neuquén en materia de Salud sexual y reproductiva, son planificadas desde la perspectiva de género, atendiendo a las problemáticas actuales de salud sexual disponiendo de una amplia gama de recursos para que la mujer pueda elegir libremente sobre el uso de su cuerpo. Estas legislaciones<sup>4</sup> contribuyen a eliminar toda forma de discriminación contra la mujer, el acceso a la información que instrumenta en sus legislaciones contribuye a asegurar el bienestar de los individuos en la toma de decisiones sobre procreación.

#### **4. ACERCA DEL RECORRIDO EN LA LEGISLATURA NACIONAL**

La actividad parlamentaria en las provincias no significó pasividad a nivel nacional. Concomitantemente a las sanciones de las leyes provinciales se presentaban proyectos para su tratamiento a nivel nacional.

Sin embargo, largo fue el recorrido, desde presentaciones de proyectos hasta medias sanciones y olvidos obligados, el tratamiento de la ley en salud reproductiva fue colocado en la agenda pública en forma alternada durante dieciséis años y en forma continua durante los últimos dos años. Obsérvese este recorrido:

---

<sup>4</sup> Ver textos de las leyes.

“En 1986 se presentó el primer proyecto de ley sobre salud reproductiva ante la Cámara de diputados<sup>5</sup> y en 1988 se propuso en el Senado la creación de un amplio programa de planificación familiar con la sola reserva de la prohibición de los procedimientos de esterilización<sup>6</sup>. Casi simultáneamente se presentó en el Senado otro proyecto de Ley, en virtud de la cual se establecía la “prohibición del uso de métodos de control de la natalidad que sean clara y presumiblemente abortivos<sup>7</sup>.” Estos proyectos nunca fueron debatidos. En los años '90, se presentaron diez nuevos proyectos al Congreso aunque nunca fueron considerados<sup>8</sup>”(Cesilini- Gherardi, 2003: 35).

A partir de 1995 empezaron a debatirse distintos proyectos en la Cámara de Diputados. Obsérvese que coincide con las cumbres del Cairo (1994) y Beijing (1995).

En noviembre de 1995<sup>9</sup> se elaboró un proyecto presentado por Elisa Carca y Marcela Durrieu, que sistematizaba argumentos y propuestas para los derechos sexuales y reproductivos. En el documento los derechos sexuales tenían relación con la posibilidad de tomar decisiones informadas y libres de coacción sobre sexualidad y procreación, con la protección de la integridad física, psicológica y sexual, el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud y educación en esta materia. Como ya se señaló este proyecto de ley, obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación, pasando al Senado para su discusión.

Ya en el Senado, durante mayo de 1997 y con la intención de acercar posiciones, la Comisión de Salud de la Cámara alta realizó gestiones y logró consenso para incluir dentro del proyecto algunas de las sugerencias realizadas por los obispos. Las sugerencias consistían en: el reconocimiento de la objeción de conciencia<sup>10</sup>, que podía ser esgrimido por cualquier profesional para evitar prestar servicios de anticoncepción; que los adolescentes concurren a la consulta médica acompañados de sus padres y que la autorización a recibir información sobre sexualidad y anticoncepción debía ser autorizada por sus tutores. Una última sugerencia se refería a la exclusión de la enumeración de los métodos anticonceptivos.

Poco después, en el mes de julio de 1997, se realiza una reunión convocada por el bloque de Senadores de la Unión Cívica Radical, a la que se invita a participar a organizaciones de mujeres y profesionales pertenecientes a instituciones de reconocido prestigio en el mundo académico<sup>11</sup>.

<sup>5</sup> Presentado por el Diputado Hortazar de la Unión Cívica Radical

<sup>6</sup> Presentados por los senadores Gass y Malharro, de la Unión Cívica Radical

<sup>7</sup> El proyecto presentado por los senadores Sánchez y Menem expresamente disponía en su artículo 3 que “los métodos de control de la natalidad que son clara o presumiblemente abortivos se consideran atentatorios del derecho establecido en el artículo 1...” el artículo 4 establecía además que ciertos anticonceptivos, incluyendo los orales postcoitales y DIU quedarían comprendidos en las disposiciones del artículo 3.

<sup>8</sup> En el año 1990, presentaron proyectos de ley la Sra. Florentina Gómez Miranda (UCR), Carlos Álvarez (PJ) y Parente (UCR). En 1992, presentó un proyecto Martelli (UCR) y en 1993 lo hizo Zamora (Movimiento socialista de los Trabajadores). En 1994 nuevos proyectos fueron presentados por Carlos Álvarez y Cristina Zucardi del Frente Grande, Elisa Carca de la UCR y Marcela Durrieu del PJ. Sobre la base de estas propuestas, la Cámara de Diputados elaboró y aprobó un dictamen conjunto. Tras el fracaso de este proyecto de ley en el Senado, en el año 1997 se planteó el tema una vez más y los diputados Zucardi y Fernández Meijide presentaron nuevos proyectos de ley. Elisa Carrió continuó con el proyecto presentado por Elisa Carca. Los diputados Martínez, Giannestasio y Duhalde del PJ presentaron, respectivamente otros tres proyectos.

<sup>9</sup> Elisa Carca de la UCR y Marcela Durrieu de PJ.

<sup>10</sup> “la objeción de conciencia sanitaria incluye una declaración específica acerca del carácter intrínsecamente ético de los profesionales de la salud. En el profesional íntegro, existe un vínculo indisoluble que entrelaza su habilidad técnica con sus convicciones morales. El objetor no solo se niega a ser marioneta, moral accionada por quienes legislan o mandan, sino que mientras objeta proclama que la ética es el corazón de su trabajo.” Dr. Gonzalo Herranz “La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias” citado en Diario de sesiones de diputados.18/10/2001

<sup>11</sup> Para ampliar ver versión de la reunión en archivos de CLADEM-Argentina

En esa reunión las organizaciones presentes rechazaron por unanimidad las modificaciones que pretendían incluirse al proyecto aprobado en la Cámara de Diputados, sosteniendo en cambio la necesidad de respetar los acuerdos internacionales firmados por el gobierno en el tema. Asimismo los senadores del bloque de la Unión Cívica Radical denunciaron que quienes sostenían las modificaciones sugeridas por la iglesia católica eran senadores fundamentalmente del Partido Justicialista.

No hubo consenso en cuanto a las modificaciones solicitadas por la Iglesia con lo cual la versión de esta iniciativa quedó “congelada”. A los treinta días de esta reunión el proyecto perdió estado parlamentario y quedó retenido en el Senado durante dos años.

En 1999 la insistencia de un grupo de legisladores<sup>12</sup> vuelve a instalar el debate en el recinto parlamentario, sin embargo al no haber quórum su tratamiento fue postergado tres veces. (Cesilini – Gherardi, op.cit)

El principal opositor de la ley era el entonces presidente Carlos Menem, que llevó incluso su firme postura antiabortista al calendario: instituyó el 25 de marzo en la Argentina como el Día del Niño por Nacer. Durante este período Argentina acompañó de manera militante las posiciones del Vaticano sobre aborto y familia en los foros internacionales.

“Tras aquel fracaso, en el año 2000 algunos diputados actualizaron los proyectos que habían caducado, algunos otros nuevos obtuvieron estado parlamentario y se formó un consenso desde diversos sectores políticos a fin de avalar una opinión común que fue aprobada por la Honorable Cámara de Diputados en abril de 2001. Una vez más el Proyecto fue remitido al Senado para su consideración. Sin embargo la composición del Senado no había variado y estaba mayoritariamente en contra de la aprobación de métodos anticonceptivos rechazados por la Iglesia Católica.” (Cesilini –Gherardi, op.cit)

Durante cuatro años de tratamiento en la H. Cámara de Diputados de la Nación, las Comisiones de Acción Social y Salud Pública; la comisión de Familia, Mujer y Minoridad; y la Comisión de Presupuesto y Hacienda, consideraron un total de ocho proyectos de diferentes legisladores.

El 18 de octubre de 2001, con presencia de 129 diputados y por amplia mayoría obtuvo media sanción la actual ley 25.673, que crea el Programa de Salud sexual y Procreación Responsable, en base a un solo proyecto consensuado entre todos los bloques en un solo texto que fue remitido al Honorable Senado de la Nación para su consideración.

El 30 de octubre de 2002 la Honorable Cámara de Senadores de la Nación después de casi cinco horas de tratamiento del proyecto de ley recibido, aprobó por amplísima mayoría del cuerpo, el dictamen único expedido por la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública. Se constató en la votación general y particular sólo la negativa de un ínfimo número de Senadores Nacionales que invocaron “estrictas convicciones personales” (Diario de sesiones 31 Reunión 16 Sesión ordinaria- 30/10/02)

Haciendo una lectura de los acontecimientos que rodearon la sucesiva tomas de posición de los actores, surge el interrogante de qué fenómenos propiciaron finalmente la sanción de la ley. Una cuestión que pareciera cambiar el mapa de actores que definen la cuestión es el aumento de la presencia de mujeres en lugares de toma de decisión.

---

<sup>12</sup> Carrió y Curletti, Gonzalez de Duhalde y otros, Bordenave y otros, García de Cano y Guevara. Margarita Stolbizer (Bloque UCR), Laura Musa, Norma Parentella

Un primer antecedente y fundamental en este sentido es la Ley de cupo femenino de 1991, que establece la obligación de incluir el 30% de mujeres en la lista de cargos electivos a nivel nacional, provincial, municipal y que por lo tanto supone protege y alienta su participación política. La presencia de mujeres en instancias institucionales no necesariamente garantiza una labor defensiva y reactiva frente a la posición de la mujer, sin embargo la evidencia muestra las alianzas Inter-partidarias de mujeres al momento de presentar los proyectos y defenderlos. La interlocución que ejercen las mujeres desde estos espacios fue estratégica a la hora de persistir en la presentación de los proyectos en la Cámara de Diputados.

De suma y decisiva importancia es la firma del decreto Nro. 1246/2000 el 28 de diciembre de 2000, con este decreto el Presidente de la Nación Dr. Fernando de la Rúa, amplía la aplicación de la Ley de Cupo 24012 de 1991, ley Malharro, e instituye la incorporación efectiva de candidatas mujeres al Senado de la Nación. Esto significó que en las elecciones legislativas del 2001 se logró una integración efectiva de las mujeres a la actividad política y toma de decisiones, al consagrar la representación femenina en ambas Cámaras del Poder Legislativo Nacional. Por disposición de la reforma constitucional de 1994, la elección de senadores se realizó, por primera vez, en forma directa.

Al momento de la sanción de la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Consejo Nacional de la Mujer<sup>13</sup> dependía de la Presidencia del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Sociales, del área de Presidencia de la Nación, que era presidido por la Sra. Hilda González de Duhalde, esposa del entonces señor Presidente de la Nación. Como diputada la Sra. Duhalde en 1997 y 1999 había presentado con otras diputadas del Partido Justicialista, Unión Cívica Radical y Alianza para una República de Iguales proyectos de Salud Sexual y Procreación Responsable. Asimismo la diputada participó en la redacción del texto definitivo de la ley. Finalmente cuando su marido llega a la Presidencia de la Nación (2002) en un gobierno de transición y se debilita el poder del ex presidente Menem en el recinto parlamentario y cambia la composición del Senado, se logra impulsar la sanción de esta norma, que no era emergente del conflicto social imperante.

## **5. ACERCA DEL DEBATE PARLAMENTARIO<sup>14</sup>**

Con respecto a los debates de los diputados a la hora de sancionar la ley se pueden observar tres ejes de discusión. El primer eje del debate giró en torno al suministro y prescripción de los métodos anticonceptivos expresados en la ley. “Se consensó una fórmula sintética”, como dijo la Diputada Guevara por Ciudad de Buenos Aires, “enunciando métodos, reversibles, transitorios y no abortivos sin precisar cuales”. Los recursos para el libre uso del cuerpo de la mujer que pusieron en discusión fueron solo aquellos que tienen que ver con el control de la fecundidad. Y es con respecto a la función que estos métodos debieran cumplir en donde los presentes expresaban posiciones bien opuestas.

Algunos diputadas/os expresaron que el suministro, orientación e información de métodos anticonceptivos son importantes para evitar embarazos no deseados (Sra. Dip. Biglieri por Santa Fe, Sr. Dip. Valdovinos por Misiones) Quienes avanzan en el derecho reproductivo, ven en este recurso la llave de la libre decisión de la mujer en cuanto a la maternidad, planificando cuándo y cuántos hijos tener (Sr. Dip. Soñez, Martínez por Entre Ríos) Por otro lado, están las posiciones de quienes como en el siglo pasado ven en esta ley una política de población, con lo cual la inscriben en una política antinatalista al prescribir, informar y orientar sobre anticonceptivos (Sra. Dip. Drisaldi por Santa Cruz, Sr. Lix Klett por Tucumán)

<sup>13</sup> El CNM ha dependido de Presidencia de la Nación hasta el año 1999, en que pasó a depender del Jefe del Gabinete de Ministros, que ejerce la administración general del país y coordina las acciones con los demás Ministerios.

<sup>14</sup> Orden del día Nro. 1147 y 1000- 18/10/2001

La posición, si se quiere, más extremista fue la del Dip. Sr. Cafiero por Provincia de Buenos Aires, que además trae al debate un tema que estuvo ausente en esta discusión " el derecho pleno de la mujer para participar en la actividad sexual"; nótese la ausencia en el debate de la contemplación del derecho de la mujer en esta cuestión del uso de su cuerpo. Sin embargo, el diputado Cafiero lo hace refiriéndose a lo negativo que sería "si la mujer ejerciera la libertad de disponer de su cuerpo", ....ya que "si las mujeres son libres de decidir sobre el uso de su cuerpo, llegará incluso a tomar decisiones hasta moralmente criminales."

Ningún diputada/o consideró la dimensión integral de lo que significaría salud sexual en un sentido amplio. Los diputadas/os se refieren a la libertad con respecto a la elección ante el hecho de la maternidad. Lo que incluye la prevención de embarazos no deseados para evitar los abortos y prevención de embarazos adolescentes<sup>15</sup>. Asimismo en sus argumentaciones no contemplan la posibilidad que permitiría el uso adecuado de métodos anticonceptivos en cuanto a prácticas sexuales placenteras, saludables y compartidas por hombres y mujeres.

Asimismo, el hecho de habilitar recursos es en función casi exclusiva de que la mujer controle libremente la fecundidad. Pareciera que continúa la tendencia de los políticos a legislar en el ámbito de la reproducción, asimismo parece que la responsabilidad de evitar embarazos no deseados sigue siendo casi exclusiva de la mujer. Ningún legisladora/or señala la responsabilidad del hombre, excepto el que declara "la decisión de las parejas" en esta nueva "...posición ética de nuestra sociedad..." (Sr. Dip. Soñez por Entre Ríos) sin embargo, solo queda en una declaración ya que no explica su posición.

Para algunos diputadas/os el derecho a la salud se circunscribe a la libertad de la mujer para regular la fecundidad y disminuir los riesgos asociados al comportamiento reproductivo. Lejos están de considerar la cuestión de salud sexual y reproductiva como un derecho a la salud. Esto se evidencia por el reduccionismo del debate, se limitan a discutir solo un aspecto, el suministro de métodos anticonceptivos en vez de centrarse en cómo propiciar recursos donde se puedan ejercer los derechos sexuales y reproductivos que impliquen un aumento en la calidad de vida sexual de toda la población. Esto es lo verdaderamente inquietante, porque con el mismo discurso de derecho a legislar sobre los cuerpos de las mujeres, también se emiten juicios como que "...la pobreza agrava la promiscuidad..." ( Sr. Dip. Valdovinos, por Misiones), (como si la promiscuidad fuera atributo solo de los pobres).

El tema de moralizar está muy presente en el debate y constituye el segundo eje de discusión, sin embargo nadie define moral, ni que se entiende por moralizar, se la utiliza como un término por demás entendido. Por ejemplo, se declara que "esta propuesta se entromete con la moral de los argentinos" (Dip. Sr. Soñez por Entre Ríos). Y los diputados autodefinidos "con profundas convicciones católicas" hablan de "verdad moral" asociado a la naturaleza de la procreación; los demás diputados parecieran que cuando se refieren a moral lo hacen para referirse a las conductas responsables, decisiones tomadas en libertad y que la ley en este caso vendrá a propiciar el ejercicio de una sexualidad sana y preventiva.

Asimismo y asociado con conductas moralmente aceptables, los diputados se refieren a la mala sexualidad, la cual tampoco definen. En este sentido, un tema pendiente es responder y conceptualizar cuál es la buena sexualidad o por lo menos en qué se está pensando al enunciarla, están hablando de calidad o de valoraciones éticas, en fin, el trabajar estas definiciones conceptuales exceden los límites de este trabajo, por lo cual se deja enunciado.

---

<sup>15</sup> Estos temas están muy presentes cuando se argumentan que la ley vendría a atacar el problema de los altos índices de muertes por abortos hechos en malas condiciones y las altas cifras de embarazos adolescentes. Ver diario de sesiones.

El tercer eje del debate está puesto en el rol de la mujer. Algunos diputados continúan la línea de discusión sobre el rol asignado a la función “natural” de la mujer ligada a la maternidad y lo inconveniente de regular esta función con una ley. (Sra. Dip. Ferrero, por Ciudad de Bs.As., Sr. Dip. Lix Klett por Tucumán). Sin embargo el debate comienza a abrirse cuando la Sra. Dip. Carrió (Por Chaco) manifiesta que: “Esta es una ley que incumbe a las mujeres de este país no es una ley de hombres”, con lo cual se manifiesta un sesgo en la construcción de una relación igualitaria entre géneros. A partir de aquí las declaraciones evidencian cierta apertura al fomento del “ejercicio de una ciudadanía y de derechos sociales dirigidos a lograr la equidad social” y hacia la “consolidación del derecho a la salud”, (Sra. Dip. Milesi por Río Negro, Sra. Dip. Barbagaleta por Ciudad de Bs. As.) Como así también la responsabilidad compartida en la vida social, política y cultural del país (Sras. Dip. Espínola y Di Leo ambas por Provincia de Buenos Aires). Se estaría legitimando entre las legisladoras la necesidad del cuestionamiento de la división sexual del trabajo y la necesidad de un cambio en las concepciones históricas de los roles asignados a lo femenino y a lo masculino. “En esta oportunidad la postura de las legisladoras es que la salud sexual y la salud reproductiva expresan debe ser compartida.” (Sras. Dip. Espínola, Di Leo ambas por Pcia. De Bs. As.) Más allá de que esta opinión no sea mayoritaria en el recinto hace pública dos cuestiones que posibilitan pensar políticas desde la perspectiva de género. Primero, considerar la responsabilidad de la maternidad y de una sexualidad sana no exclusiva de la mujer y segundo, considerar la salud sexual integral de hombres y mujeres. La primera cuestión posibilita un cambio en las concepciones históricas atribuidas a los roles femenino y masculino. La segunda cuestión permite desde la niñez educar para la valoración de la libertad de elección, respetando la valoración del otro, el bienestar propio y ajeno, contribuyendo a la igualdad entre géneros.

Así encontraríamos viejas concepciones –higienistas quizás- sobre el derecho a legislar sobre el cuerpo de la mujer para la maternidad, asociando este rol de la mujer a la buena moral, a la verdad moral asociado a la naturaleza maternal de la mujer y al deber ser, subsumiendo esta relación al ámbito doméstico /privado. Sin embargo, también encontramos voluntad y apoyo político ejerciendo presión para que estos pre-juicios se cuestionen. Es esta oportunidad – aunque con sesgos- se impuso el cuestionamiento y un planteo distinto. Se abre el juego en el tema de derechos individuales.

## **6. ACERCA DE LA LEY QUE CREA EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE**

Este apartado se basa exclusivamente en la descripción y análisis del texto de la ley de SSyPR que finalmente fue aprobado y sancionado por los legisladoras/es.

Se refiere a los alcances y a las limitaciones de la ley, en cuanto política planificada desde la perspectiva de género.

La fundamentación de la ley está asentada primordialmente sobre la salud sexual, y su reglamentación se instrumenta a través de efectores primarios de salud. “...las políticas sanitarias nacionales, están orientadas a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud, y a garantizar a la población el acceso a la información sobre los métodos de anticoncepción autorizados, así como el conocimiento de su uso eficaz, a efectos de su libre elección, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos y en ese contexto a facilitar el acceso a dichos métodos e insumos.” (textual de la ley)

La ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud consta de 14 artículos. Esta ley es una política de Salud Sexual y Procreación Responsable enmarcada en el derecho humano a la salud, sus ejes -y objetivos- están puestos en

prevenir ETS, abortos provocados, embarazos adolescentes y cáncer génito mamario. En su reglamentación aclara que los medios para prevenir estos fenómenos estarían vinculados a los métodos anticonceptivos, a través de su suministro y a la información sobre salud sexual. Para ello prevén la ampliación de servicios primarios de salud que se adecuen a la demanda. Esta Ley contempla su implementación a través de programas planificados a nivel provincial, regional o local.

El tema que nos convoca es mirar cómo se plantea la perspectiva de género en la formulación de la ley. Para avanzar en construir una igualdad de género, se debe hablar de responsabilidades compartidas, lo que típicamente se expresa en el **art. 2** “Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”. Sin embargo, en la reglamentación no se explicita de qué manera, o por qué es necesario que la mujer participe activamente en la elección por ejemplo, del uso del propio cuerpo en el terreno de la sexualidad.

La responsabilidad de la salud sexual y procreación sigue recayendo con mayor peso en la mujer, la ginecología, la obstetricia y los efectores capacitados a tal fin. La ley apunta a la salud sexual que incluye la procreación, sin embargo, no explicita el cuidado del hombre y de la mujer a lo largo de toda su vida construyendo un bienestar integral asociado con la valoración de la vida propia y de los otros en lo que respecta a prácticas sexuales. La responsabilidad debe ser compartida por toda una sociedad, la cual debe asumir las inequidades que se justifican en nombre de lo que es propio de cada género. Estas inequidades comienzan por las prácticas sexuales diferenciales y lo que es “inherente” en esta relación al hombre y a la mujer. Esta relación de poder en las prácticas de salud sexual y procreación se traslada a todos los demás ámbitos de la vida de una sociedad, atravesando sus prácticas, discursos, cultura, etc.

La ley contempla los derechos a la salud sexual y reproducción, sin embargo no se identifican indicios de compromiso y responsabilidad de promover y defender la igualdad entre mujeres y hombres para ejercer esos derechos en condiciones libres y justas.

Se evidencia cierta limitación de la ley en cuanto al ejercicio de los derechos de las mujeres muy asociado con la moral o conciencia de lo que algunas personas interpretan como el “deber ser” con respecto a las conductas esperadas de la mujer y del hombre en lo concerniente a salud sexual y reproductiva.

En este sentido la Patria Potestad de los padres (art. 4) y la Objeción de Conciencia (art. 9 y 10) de los profesionales efectores estarían limitando los derechos de las mujeres.

Veamos lo referido a la Patria Potestad. El **art. 4** indica: “...las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.... debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.”

La posibilidad de que los adolescentes menores sean asistidos en hospitales públicos, recibiendo información y eventualmente anticoncepción con la expresa autorización de los padres hasta los 14 años estaría respetando la Patria Potestad de los padres y en cierta manera devaluando los derechos de los adolescentes y niñas/os. Esta situación por un lado, seguiría reproduciendo viejos patrones de roles sexuales de los padres a los hijos, por otro, impide la construcción desde la niñez de una perspectiva diferente en las relaciones entre hombres y mujeres.

Asimismo, se menciona en la ley “contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa” y “Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de

conocimientos básicos vinculados a este programa”, pareciera que estos espacios apuntan a responder a los objetivos de la ley. Estos objetivos como están explicitados no contribuyen a cambiar la perspectiva de género que en la sociedad se concibe, inclusive nada señala la responsabilidad de hombres y mujeres en este terreno.

El enunciado del **art. 6** prescribe métodos anticonceptivos reversibles, transitorios y no abortivos, sin especificar cuáles puede ser considerada una limitación de la ley, sin embargo esta ley también explicita márgenes de libertad para que en su implementación se pueda lograr equilibrar ciertas inequidades. Enmarcada en el derecho humano a la salud, la ley propone “alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”. La cuestión sería avanzar en erradicar la discriminación, violencia y coacción de que es víctima la mujer en el terreno de la sexualidad, y fomentar y propiciar el libre uso de su cuerpo y la libertad de elección con respecto a éste.

El acceso a métodos anticonceptivos pone de manifiesto la consideración y la legitimación social de la sexualidad no reproductiva, es decir el ejercicio de la sexualidad en términos de placer. Sin embargo debe recordarse que hace cuarenta años aproximadamente que existen las pastillas anticonceptivas, y que nuestro país “muestra una alta propensión de las mujeres de todas las edades a utilizar métodos anticonceptivos para regular la fecundidad, al mismo tiempo hay una fuerte desigualdad en el acceso a estos métodos conforme con la edad y la condición social de las mujeres”. (Ramos, 2000)

En suma, hay dos cuestiones a considerar: por un lado, el suministro de anticonceptivos -no enumerados- redundará en una igualdad de acceso a mujeres que padecen trabas en la adquisición, siempre y cuando los programas estén planificados de tal manera que acorten las distancia con los receptores. Por otro lado, la entrega de métodos anticonceptivos e información con respecto a salud sexual y reproductiva no actuará por sí solo para eliminar la violencia, la subordinación, la relación de poder de que es víctima la mujer en el terreno de la sexualidad, asociados con la concepción del deber ser para cada rol de género.

Con respecto a la objeción de conciencia el **art. 9 y 10** indican que “Las instituciones educativas públicas de gestión privada, confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.” Y “Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley”. Asimismo se respeta el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el programa nacional de salud sexual y procreación responsable.

Frente a los derechos a la salud de la mujer se impone en la definición de la ley considerar primero los derechos de los profesionales y de las instituciones.

Nuevamente se está invadiendo los derechos de las mujeres, ya que lejos de comenzar a crear una conciencia de igualdad de género en la sociedad, estos sectores tratarán de reproducir con más fuerza ciertas concepciones de poder asociadas a los roles “naturales” del hombre y de la mujer.

En suma, existen en la ley limitaciones reales al ejercicio de los derechos de la mujer: la restricción de métodos anticonceptivos, la consideración de la patria potestad de los padres para el acceso de los menores a servicios de salud sexual y la objeción de conciencia tanto de instituciones como de profesionales. En cuanto al objetivo de este trabajo, se debe señalar que no hay evidencia de una consideración explícita de la perspectiva de género en el texto de la ley.

## **7 CONCLUSIONES**

Como se ha observado, fue largo el recorrido en el tema de Salud Sexual y Procreación Responsable en Argentina, casi dieciséis años entre el primer programa de salud reproductiva en el país en 1986, posterior a la Conferencia de Nairobi en 1985, hasta la sanción en el 2002 de la Ley Nacional.

Inicialmente las propuestas eran moderadas y se focalizaban fundamentalmente en disminuir los efectos adversos en la salud, derivados de la maternidad y de enfermedades de transmisión sexual. Los programas y proyectos eran presentados por legisladores en forma individual y partían de inquietudes partidarias sin llegar a coaliciones Inter-partidarias en la cuestión.

Luego en 1996, ya con las Conferencias del Cairo y Beijing y sobre todo con la presencia de legisladoras en todos los ámbitos estatales, empieza lo que podría llamarse un segundo período de la cuestión. Las nuevas propuestas ya no hablan de salud reproductiva sino de derechos, salud sexual y salud reproductiva.

Un tercer y último momento en el recorrido de la cuestión puede ubicarse en el 2000 período en el cual se incorpora el tema de salud sexual y salud reproductiva a la agenda pública hasta la definitiva sanción de la ley que crea un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable enmarcada en los derechos humanos.

Al inscribir la ley en el campo de los derechos a la salud sexual y reproductiva se abre un nuevo panorama en el terreno de la sexualidad para toda la población, pero fundamentalmente para la mujer. La ley sancionada permite su encuadre y concepción dentro del derecho humano a la salud. Esta medida tiene al menos tres consideraciones: primero desvincular la maternidad del placer de la sexualidad, segundo es una política de salud que contempla el derecho a ella, no una política de población, tercero, retomando las anteriores supone la democratización de la vida íntima de las mujeres y trasladar los derechos al ámbito privado. Es decir, supone la realización de la mujer en términos de ser libres e iguales a los hombres en la determinación de las condiciones de sus propias vidas, disfrutar de iguales derechos y obligaciones que los hombres en el ámbito de la sexualidad.

La ley, como ya se señaló, tiene sus limitaciones: la restricción de métodos anticonceptivos, la consideración de los derechos a la patria potestad de los padres para con los menores frente al suministro de información, servicios y asesoramiento sobre salud sexual y, la objeción de conciencia esgrimidas por los agentes involucrados en estos programas.

Sin embargo, sin ánimo de minimizar las consecuencias de estos sesgos a los derechos de las mujeres se debe considerar que finalmente la enumeración de los métodos anticonceptivos no implica la ausencia de suministro de éstos, con lo cual no se vería avasallado el derecho a disfrutar libremente de su sexualidad.

Que se privilegie la patria potestad de los padres antes que el derecho a la información y salud de los menores, se podría soslayar reforzando las campañas de educación formal y no formal que están contempladas en la ley desde la niñez. Educar menores con autonomía y sentido crítico es un deber de la sociedad.

A diferencia, la objeción de conciencia, se puede considerar la consecuencia más perniciosa de esta ley. Esto remite a dos cuestiones: primero, el verdadero instrumento son los programas enmarcados en la ley nacional que se planificarán e implementarán en cada provincia, jurisdicción o región de acuerdo con la configuración de cada sociedad. Esto permite autonomía de gestión. Sin embargo, y aquí está la

segunda cuestión, se deberá tener muy en cuenta en la planificación de estos programas provinciales o locales a los grupos que, debido a la objeción de conciencia pueden estar en cada una de esas sociedades boicoteando el derecho de las mujeres a la salud sexual. Por esta última razón se considera que esta limitación de la ley se constituye en una limitación de peso. Sobre todo considerando el poder relativo que en la sociedad ejercen distintos grupos ya sean religiosos, comunicadores, legisladores o médicos.

Desde estos programas se deberá trabajar en repartir equitativamente los contenidos inherentes a la maternidad/ paternidad, como así también la responsabilidad de la salud sexual compartida.

A partir de un marco jurídico, asumir en las sociedades y desde estos programas el compromiso y la responsabilidad de promover y defender los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de los hombres en condiciones libres y justas es la siguiente y gran cuestión.

Sin embargo formular políticas públicas desde la perspectiva de género que contribuyan a superar las diversas formas de desigualdades que sufren las mujeres demanda que se promuevan condiciones sociales y materiales adecuadas para garantizar el ejercicio de sus derechos. Entendidas estas condiciones como parte del contexto en donde se inscriben sus prácticas.

Pero sobre todas las cosas seguir asegurando la presencia de mujeres en lugares de tomas de decisiones, en la planificación de políticas públicas, y en la capacitación de agentes que promuevan, propicien y ejerzan la perspectiva de género en todas las prácticas y ámbitos de la sociedad.

En suma, con esta Ley el Estado asume la responsabilidad de garantizar el derecho y la sociedad debe asumir el compromiso, de ahora en más, de ejercerlo.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

- ADEUEM (1996): “Relaciones de género y exclusión en la Argentina en los ’90: ¿El orden del desorden y el desorden del orden? Edit. Espacio.
- AASSER (1999-2000): Revista Trimestral de la Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva. Revistas Nro. 2,3,4,5,6,7,8.
- AASSER (2003): Documento de trabajo Seminario de “Capacitación en Procreación responsable – tecnología anticonceptiva”, dictado por Dr. Spandau Enrique
- BIANCO-DURAND-GUTIERREZ-ZURUTUZA. (1998): “Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres, (o el poder para decidir)”. FEIM-CLADEM y el Foro por los Derechos Reproductivos. Material de difusión.
- BIRGIN, Haydee. (1991): “Derechos Reproductivos en la Reforma Constitucional”, en Torrado Susana (compiladora), Políticas y Población en la Argentina: claves para el debate. Buenos Aires. Ediciones La Flor.
- BIRGIN, Haydee. (1995): “Acción Pública y Sociedad. Las mujeres y el cambio estructural.” Centro de Apoyo al desarrollo local. CEADEL. Edit. Feminaria
- CARDARELLI G. ROSENFELD M. (2000): "Con las mejores intenciones :acerca de la relación entre el Estado pedagógico y los agentes sociales" en "Tutelados y asistidos. Programas sociales, Políticas Públicas y subjetividad". DUSCHATZKY S. compiladora. Buenos Aires. Edit. Paidós. Cap. 1.
- CESILINI, S. – GHERARDI N. (2003) : “Los límites de la Ley: la salud reproductiva en la Argentina”. Equipo de género- Región de América Latina y el Caribe. Banco Mundial.
- CONSTITUCIÓN NACIONAL ARGENTINA
- DIARIO DE SESIONES DE LA HONORABLE CÁMARA DE DIPUTADOS

- DOCUMENTO DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO - EL CAIRO (1994)
- DOCUMENTO CONFERENCIA DE BEIJING (1995)
- DOCUMENTO CONFERENCIA DE BEIJING + 5 (2000)
- ELIZAGA, J.(1979): “ Dinámica y Economía de la Población” Cap. VIII: “Economía de los Recursos Humanos”. CELADE.
- GRASSI, Estela. (1989): " La mujer y la profesión de asistente social, el control de la vida cotidiana." Editorial Humanitas.
- GRASSI, E.,HINTZE S.,NEUFELD, M. R. (1993): " Políticas Sociales, Crisis y ajuste estructural." Buenos Aires. Editorial Espacio.
- HARPER, Cynthia. (1992) : “ La Fecundidad y la participación femenina en la fuerza de trabajo.” En Lopez ,M. Género y mercado de Trabajo en América Latina. Cap. III. Chile. PREALC
- JAMES, D.(1988): “ Resistencia e Integración. El peronismo y la clase trabajadora argentina 1946-1976”. Editorial Sudamericana. Buenos Aires. Primera parte.
- JELIN, E., FEIJOO M. (1986) : “Del deber ser y el hacer de las mujeres (Dos estudios de caso en Argentina) ”. El Colegio de México / Pispal.
- LAMAS, Marta. (Compiladora) (1996) : "El género: la construcción cultural de la diferencia sexual" Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. Editorial Miguel Angel Porrúa.
- LAMAS, Marta. (2002) : “Cuerpo : diferencia sexual y género”. Edit. Taurus.
- LEYES PROVINCIALES DE SALUD REPRODUCTIVA
- MESSINA, Graciela.(1996): “ La oportunidad de ser mujer: una mirada desde la educación”. En Relaciones de Género y exclusión en la Argentina de los '90: ¿ el orden del desorden y el desorden del orden? ADEUEM. Editorial Espacio.
- NOVICK, Susana. (1993) : “Mujer, Estado y Políticas Sociales”. Biblioteca Política Argentina. Centro Editor de América Latina.
- OSZLAK, O. y O'DONNELL, G. ( 1995): “ El Estado y políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación” en Redes, Nro. 4, vol. 2. Buenos Aires.
- PNUD “El nuevo cálculo del Índice de Desarrollo Humano en el Informe del PNUD 1999, su impacto en América Latina y su evolución histórica secular desde 1900”. Documento (1999) César Yáñez.
- PNUD “ Informe sobre Desarrollo Humano 2000” Capítulo 6.
- RAMACIOTTI, Karina (2001): "Los conflictos, intereses e ideas que confluyeron en la política sanitaria argentina entre 1946-1954"; Tesis de Licenciatura, FFyL-UBA.
- RAMOS, Silvina. (2000) : “Situación Paradójica de la Salud Reproductiva en la Argentina : Baja prevalencia anticonceptiva y baja natalidad”. AASSER : Revista Asociación Argentina por la salud sexual y Reproductiva”. Año 2. Nro. 7
- SANCHÍS, N. (1996): El género en el debate político: algunas reflexiones sobre actoras, espacios institucionales y políticas públicas entre 1990-1995” en ADEUEM.
- TORRADO, Susana.(1993): "Procreación en la Argentina, Hechos e Ideas" Buenos Aires. Ediciones La Flor.
- TORRADO, Susana. (1991) : Población y Desarrollo : metas sociales y libertades individuales. (Reflexiones sobre el caso argentino), en Torrado Susana (compiladora), Políticas y Población en la Argentina : claves para el debate. Buenos Aires. Ediciones La Flor.
- ZURUTUZA, C. (1998): “ El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: ¿utopía o estrategia? En Documento de trabajo de CLADEM.