

ARGENTINA

INFORME NACIONAL SOBRE EL AVANCE DE LA IMPLEMETACIÓN DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO (CIPD) A 15 AÑOS DE SU FIRMA¹

Este informe presenta una selección de acciones claves desarrolladas en el período 2004-2009 dirigidas a avanzar en el cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD. Las mismas corresponden a tres campos temáticos: 1) Migración internacional, 2) Derechos reproductivos y acceso universal a la salud reproductiva y 3) Igualdad de género y empoderamiento de las mujeres².

1) MIGRACIÓN INTERNACIONAL

Política migratoria en la Argentina

Desde hace medio siglo la Argentina es destino de abundantes flujos inmigratorios provenientes de los países de la región³. Históricamente, amplios sectores de la población migrante han sido objeto de explotación, abuso y violación de sus derechos básicos. Atento a esta realidad, en los últimos años, el gobierno argentino ha implementado una política migratoria basada en la integración clara y concreta del migrante en un marco de igualdad y reconocimiento de derechos.

La Ley de Migraciones N° 25.871⁴, vigente desde 2004, fija los lineamientos fundamentales de la política migratoria de la República Argentina y da cumplimiento a los compromisos asumidos por el país en materia de derechos humanos, integración y movilidad de los migrantes. Esta ley marca un punto de inflexión con respecto a la legislación anterior, y deja sin efecto a la antigua ley de política migratoria (N° 22.439) sancionada en 1981 durante la última dictadura militar y conocida como la “Ley Videla”, sumamente represiva y discriminatoria en su concepción, que consideraba al inmigrante como un peligro para la seguridad nacional y el orden público, establecía mecanismos de control al margen del derecho y negaba el acceso a los derechos fundamentales garantizados por la Constitución Nacional a todos los habitantes del país.

“Se insta a los gobiernos de los países de acogida a considerar la posibilidad de hacer extensivos a los migrantes documentados que satisfagan requisitos de estadía apropiados y a sus familiares cuya situación en cuanto a residencia y empleo con el país de acogida sea conforme a la ley un tratamiento igual al que reciben los propios nacionales en lo que respecta al disfrute de los derechos humanos básicos, incluida la igualdad de oportunidades y de trato en las condiciones de trabajo, la seguridad social, la participación en sindicatos, el acceso a servicios de salud, educación, cultura y otros servicios sociales, así como la igualdad de acceso al sistema judicial y la igualdad de tratamiento ante la ley ...” (Párrafo 10.11 Programa de Acción de la CIPD).

La ley vigente modifica la relación entre Estado y los migrantes, garantiza el derecho a migrar, a la igualdad de trato entre nativos y extranjeros, a la reunificación familiar y a un tratamiento libre de discriminaciones. Además, ya no se permite que la Dirección de Migraciones pueda detener y expulsar a los indocumentados, lo que ahora requiere la intervención del Poder Judicial. A su vez, asegura el acceso a la salud, la educación y a la asistencia social de la población extranjera independientemente de su situación migratoria⁵. Esta ley refuerza el reconocimiento de la integración regional y establece que todas aquellas personas nativas de cualquier país miembro o asociado al MERCOSUR pueden acceder a una residencia legal en la Argentina. Con ello aporta

una solución al problema de la migración irregular. Un aspecto fundamental de esta política es que revierte la lógica de las medidas de excepción y establece una política de Estado sin una vigencia acotada que rige tanto para todos aquellos nacionales MERCOSUR que se encuentren residiendo en el país como para aquellos que ingresen en el futuro.

Una iniciativa importante que responde a los derechos creados en la ley 25.871 es el Programa Nacional de Normalización Documentaria Migratoria Patria Grande⁶ creado en 2005 por la Dirección Nacional de Migraciones (Disposición 53.253/2005)⁷. Este programa está orientado a la ejecución de medidas encaminadas a la inserción e integración de la población migrante a través de la facilitación de acceso a la residencia de todos los migrantes del MERCOSUR y países asociados (Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela).

Para facilitar el proceso de integración de las distintas colectividades de inmigrantes la Dirección Nacional de Migraciones estableció en el diseño del Programa la intervención directa de los distintos niveles de gobierno, provincias y municipios a partir de la toma de trámites, y convocó la participación de la sociedad civil para lograr un mayor alcance y aproximación a la población migrante.

Al 31 de diciembre del 2007 se regularizaron bajo el amparo del Programa Patria Grande 441.710 individuos que se encontraban en territorio argentino con anterioridad a la fecha de inicio del programa. Prácticamente seis de cada diez personas que iniciaron el trámite son de origen paraguayo, que junto con los de origen boliviano y peruano concentran al 94,7% del total. La proporción de mujeres que iniciaron el trámite supera a la de los varones en todos los grupos de edad, a partir de los 30 años en adelante. Entre niños/as y adolescentes de hasta 19 años, la proporción de ambos sexos es muy similar. Sólo entre los jóvenes de 20 a 29 años que iniciaron el trámite la proporción de varones supera a la de las mujeres⁸.

Con respecto a la protección de refugiados, hoy la Argentina define su política migratoria en el marco de los instrumentos internacionales suscriptos en la materia, los cuales aplica cumpliendo con el compromiso ético del respeto irrestricto de los derechos humanos de los migrantes, en particular el derecho de toda persona de solicitar asilo previsto en el art. 14 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y en la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y su Protocolo de 1967. En ese marco se sancionó en el año 2006 la Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado (Ley N° 26.165)⁹. Esta ley otorga a los solicitantes de asilo garantías en cuanto al procedimiento para evaluar sus peticiones en un plazo de tiempo razonable, facilitar los trámites de documentación y el acceso a derechos como salud y educación.

También cabe señalar el trabajo que desarrolla la Secretaria de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia a través de la Dirección Nacional de Asistencia Directa a Personas y Grupos Vulnerables que se ocupa de planificar y coordinar acciones específicas de asistencia directa, observación activa y defensa de los derechos humanos de las personas y de los grupos vulnerables, incluyendo a los migrantes.

Otro avance importante es la reciente conformación de la Comisión Nacional para los Refugiados (CONARE), un organismo interministerial establecido por la Ley N° 26.165, cuya finalidad es determinar la condición de refugiado y facilitar su integración en la República Argentina. La misma está integrada por representantes de los ministerios de Interior, Relaciones Exteriores, Justicia y Derechos Humanos, Desarrollo Social, y del Instituto Nacional contra la Discriminación (INADI). Participan con voz y sin voto un representante de la sociedad civil, así como el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) para asesorar a los miembros de la Comisión en la aplicación de los términos de la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y otros instrumentos internacionales relativos al derecho de los refugiados.

“... Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que estén legalmente permitidos. El objetivo sería ayudar a las parejas y a los individuos a alcanzar sus objetivos de procreación y brindarles todas las oportunidades de ejercer su derecho a tener hijos por elección” (Párrafo 7.16 Programa de Acción de la CIPD).

Las funciones principales de la CONARE incluyen resolver las solicitudes de la condición de refugiado y, consecuentemente, reconocer o no dicha condición, así como promover el diseño de políticas públicas que faciliten la asistencia social y soluciones duraderas para los refugiados, tales como la integración local y el reasentamiento.

En la actualidad, la política migratoria argentina propicia un contexto receptor favorable para los inmigrantes, y su inserción social y económica es entendida como fundamental y necesaria para la integración. De esta manera, el país con mayor flujo de migración regional es justamente el que aparece impulsando los cambios para facilitar el ingreso y la regularización de los inmigrantes ya establecidos procurando alcanzar un equilibrio adecuado entre sus necesidades legítimas como Estado y la protección de los derechos humanos de los individuos.

El reconocimiento formal de las nuevas leyes es fundamental pero no suficiente para la vigencia de los derechos humanos de los migrantes. Es preciso seguir avanzando en la remoción de los prejuicios contra el extranjero, el racismo y la xenofobia que obstaculizan la integración. En este sentido, el Instituto Nacional contra la Discriminación la Xenofobia y el Racismo (INADI) se ocupa de recepcionar denuncias y lleva adelante campañas de concientización y valorización de las diferencias¹⁰.

Por otro lado, a más de cinco años de la sanción de la ley 25.871, su reglamentación está aun pendiente. La Dirección Nacional de Migraciones ha trabajado fuertemente en un proyecto de reglamentación junto con el ACNUR y la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH), entre otras instituciones, y se espera que este proceso culmine a corto plazo. También está pendiente la reglamentación de la Ley General de Reconocimiento y Protección al Refugiado de 2006, un elemento importante para eliminar los obstáculos y demoras innecesarias en los procesos administrativos.

2) DERECHOS REPRODUCTIVOS Y ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD REPRODUCTIVA

Si bien el reconocimiento formal de los derechos reproductivos como responsabilidad del Estado y objeto de políticas públicas ha sido algo tardío¹¹, actualmente representa un tema central en la agenda del Estado y en los últimos años se han sancionado leyes e implementado numerosas acciones en este campo tanto a nivel nacional como provincial. Uno de los pilares fundamentales en los que se enmarcan estas acciones es la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en octubre de 2002, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)

El PNSSyPR tiene por objetivo garantizar y facilitar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva¹². Es una política pública nacional delineada a partir de una ley federal, cuyos ejecutores finales son los efectores del sistema público de salud de las distintas jurisdicciones, sean estos provinciales o municipales. Actualmente todas las provincias cuentan con programas de salud reproductiva alineados con el Programa Nacional que muestran grados de avance muy disímiles en su implementación y consolidación.

En el período 2004-2009 el PNSSyPR creció en términos de capacidad técnica y política, fortaleció su estructura institucional y mejoró su articulación con las provincias¹³. Por otro lado, se ampliaron las prestaciones al incorporarse nuevas prácticas (anticoncepción quirúrgica¹⁴) y métodos (anticoncepción hormonal de emergencia¹⁵). También se consideró estratégico dar un lugar prioritario a la sociedad civil y se crearon canales de monitoreo social y espacios de asesoramiento que resultaron clave para orientar al Programa y sustentar su planificación y sus decisiones¹⁶. Las prioridades de gestión del PNSSyPR en este período estuvieron enfocadas en disminuir las brechas en salud sexual y reproductiva y en los problemas de accesibilidad y de calidad de la atención, y se avanzó en tratar de incluir de manera orgánica la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y el abordaje integral de la temática¹⁷.

La provisión de insumos anticonceptivos a las provincias ha sido desde el inicio el eje central del PNSSyPR, de tal manera que su funcionamiento ha estado estrechamente ligado a la compra, transferencia y distribución de los insumos. Sin embargo, comprar y distribuir insumos a todo el país es al mismo tiempo uno de los logros más destacados del Programa y una de sus dificultades centrales. Durante el 2008 el PNSSyPR atravesó serias dificultades de gestión y una situación extremadamente crítica en relación al abastecimiento y distribución de los insumos anticonceptivos a partir de dificultades surgidas en los mecanismos de compras. Esto imposibilitó responder adecuadamente a las demandas de las provincias y de la sociedad civil durante varios meses de ese año. Actualmente la disponibilidad de insumos tiende a regularizarse y se han diseñado estrategias de manejo de logística y distribución y aseguramiento de los insumos para evitar interrupciones en el suministro, sin embargo aún se registran dificultades en el abastecimiento y la distribución de anticonceptivos a nivel nacional.

La disponibilidad de datos sobre comportamiento sexual y reproductivo de la población argentina ha sido históricamente escasa. La Argentina no ha aplicado ninguna Encuesta de Demografía y Salud, relevamiento que se realiza en muchos países de la región, así como tampoco se relevó de manera sistemática esta información en los censos nacionales o encuestas de hogares. Recién en 1994 y en el 2001 se incluyeron

algunas preguntas sobre uso de métodos anticonceptivos en módulos especiales adosados a las encuestas de hogares realizadas de rutina en nuestro país¹⁸. Para saldar este vacío de información, en el año 2005 el Ministerio de Salud realizó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) que recabó información sobre salud sexual y reproductiva sobre una muestra representativa de la población femenina de 10 a 49 años residente en hogares ubicados en localidades de 5.000 y más habitantes, es decir del 84 % de la población del país¹⁹.

Este fue el primer relevamiento exhaustivo a nivel nacional que aporta datos sobre pautas de comportamiento y conocimiento de las mujeres en cuestiones de salud sexual y reproductiva, así como sobre los principales hitos de su historia reproductiva.

Los resultados muestran que el 93% de las mujeres argentinas sexualmente iniciadas usaron alguna vez métodos anticonceptivos (MAC) y poco más del 78% de éstas iniciaron el uso antes de tener su primer hijo. De las sexualmente activas al momento de la encuesta²⁰ algo más del 78% estaba utilizando un MAC. Se trata evidentemente de una población que usa, en alta proporción, métodos anticonceptivos, pero se desconoce la frecuencia, consistencia y efectividad de su uso. El preservativo es el método más usado, seguido de la píldora y finalmente el DIU. Con respecto a los motivos por los cuales las mujeres sexualmente activas no utilizan métodos anticonceptivos, cabe destacar que el desconocimiento y los problemas de acceso representan porcentajes mínimos, mientras que una quinta parte expresa desear embarazarse²¹. Sin duda los altos niveles de uso de métodos anticonceptivos están estrechamente relacionados con la implementación del PNSSyPR y los programas provinciales de salud reproductiva en todo el país²².

La anticoncepción quirúrgica

El 28 de agosto de 2006 se promulgó la ley nacional 26.130²³ para regular el acceso y los procedimientos para las intervenciones de contracepción quirúrgica. Esta ley determina que todas las personas capaces y mayores de edad²⁴ tienen derecho a acceder a estas prácticas de anticoncepción quirúrgica, previo consentimiento informado. El médico tratante debe informar de manera clara, completa y adaptada a las necesidades del/la solicitante, las características y efectos de la intervención y las posibilidades de acceder a otros métodos anticonceptivos no quirúrgicos²⁵. Asimismo debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la persona concerniente. No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto en los casos de personas declaradas judicialmente incapaces y la intervención quirúrgica debe realizarse sin costo alguno para el/la requirente tanto en el sector público como en el privado²⁶.

La sanción de esta ley buscó armonizar la legislación vigente en el país y garantizar el derecho a la igualdad en todo el territorio, ya algunas provincias habían legislado sobre los métodos de anticoncepción quirúrgica (Neuquén, Chaco, Santa Fe, La Pampa, Río Negro, Tierra del Fuego, Mendoza y Ciudad de Buenos Aires) y otras no lo habían hecho. En este sentido, las leyes provinciales preexistentes que establecieran más requisitos para acceder a las prácticas de anticoncepción quirúrgica deben ajustarse a la ley nacional, no pudiendo en ningún caso restringir los derechos que garantiza la norma nacional.

A más de dos años de la sanción de la ley 26.130 existen aun barreras de acceso a las prácticas de contracepción quirúrgica en el sistema público de salud. Algunas

jurisdicciones no respetan la ley nacional argumentando que en tanto no está reglamentada, no tiene vigencia. Al mismo tiempo, algunos hospitales públicos, tanto provinciales como municipales, se niegan a practicar estas intervenciones, ya sea porque sus profesionales la rechazan por objeción de conciencia o por temor a juicios de mala praxis²⁷.

Frente a este escenario de desigual acceso, en octubre del 2006 el PNSSyPR elaboró un documento para fundamentar la validez nacional de la ley 26.130 y aclarar las obligaciones de los gobiernos provinciales en relación al cumplimiento de los derechos que esa ley reconoce y garantiza. También se elaboraron guías técnicas sobre ligadura tubaria²⁸ y vasectomía²⁹ que, además de incluir aspectos médicos sobre los procedimientos, incluyen un modelo de consentimiento informado y pautas para la consejería. A pesar de estas acciones, las dificultades persisten en algunas jurisdicciones. En virtud de ello, la gestión actual del PNSSyPR se ha propuesto reglamentar la ley 26.130 para eliminar las dudas acerca de su vigencia y validez.

Mortalidad materna

La reducción de la mortalidad materna constituye un tema fundamental para avanzar en el cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos y uno de los desafíos más importantes que enfrenta el Estado argentino. En los últimos 20 años la razón de mortalidad materna (RMM) tuvo un comportamiento general descendente, aunque con oscilaciones. De un nivel de 7,0 muertes por cada 10.000 nacidos vivos en 1980 llegó a un mínimo de 3,8 en 1997 y 1998 y 3,5 en el 2000, para luego ascender y mantenerse en valores nunca inferiores a 4,0 hasta el presente (la RMM del 2007 fue 4,4). Si esta tendencia se mantiene, la Argentina difícilmente cumplirá con lo establecido en los objetivos de milenio que contemplan la disminución para el año 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna del año 1990 (es decir alcanzar una RMM de $1,3 \times 10.000 \text{ N.V}$)³⁰.

La estructura de causas de las muertes maternas también se ha mantenido invariable en los pasados 15 años, con las complicaciones derivadas del aborto como principal causa. Cabe destacar además, que la proporción de muertes maternas por aborto (24%)³¹ es más del doble de la estimación de la Organización Mundial de la Salud para toda la región³².

La situación de la mortalidad materna en las diferentes provincias es sumamente desigual. Las provincias con peores indicadores socioeconómicos presentan una razón de mortalidad materna tres veces superiores al promedio nacional.

En el período que reporta este informe se desarrollaron e implementaron diferentes acciones en este campo. En primer lugar, el Plan Federal de Salud 2004-2007³³ definió la salud materna y la salud sexual y procreación responsable como dos de sus áreas prioritarias e incluyó un conjunto de metas estrechamente ligadas con la reducción de la mortalidad materna³⁴. Sin embargo estas no se lograron lo que generó un nuevo programa adoptado en mayo 2009³⁵.

En octubre de 2004 se firmó el Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna en la Argentina en el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) que reúne a las máximas autoridades sanitarias nacionales y provinciales. Este documento reconoce que la mortalidad materna es el indicador más negativo del proceso reproductivo, y que la gran mayoría de estas muertes podrían ser evitadas si los

derechos de las mujeres y de los niños estuvieran debidamente garantizados. Los compromisos asumidos en ese acuerdo incluyen, entre otros:

- Promover acciones para garantizar a la población el derecho a adoptar decisiones libres de discriminación o violencia en salud sexual y procreación responsable, con énfasis en la prevención del embarazo no deseado, logrando una amplia cobertura en acciones de información y accesibilidad a insumos anticonceptivos.
- Que la mujer en situación de aborto no sea discriminada y reciba una atención humanizada, rápida y efectiva y con asesoramiento e insumos anticonceptivos.
- Garantizar una asistencia segura del parto, evitando intervenciones innecesarias en el parto normal, pero con la capacidad resolutoria suficiente frente a las emergencias obstétricas, lo que incluye el suministro oportuno de sangre.
- Asegurar el derecho al acompañamiento en el parto, parto y puerperio.

A continuación se describen 3 acciones clave implementadas en el período 2004-2009 para avanzar en el cumplimiento de estos compromisos y alineadas con el Programa de Acción de la CIPD y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

*“... las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto, a fin de impedir la repetición de los abortos.”
(Programa de Acción de la CIPD, párrafo 8.25)*

Atención posaborto

En la Argentina, las estimaciones realizadas con las dos metodologías validadas internacionalmente indican que se producirían entre 372.000 y 447.000, y entre 486.000 y 522.000 abortos anualmente, lo que arroja una razón de algo más de 1 aborto inducido cada 2 nacidos vivos³⁶. En el año 2000, se registraron 78.894 egresos por aborto en las instituciones públicas de salud, que representan el 32% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas (excluyendo el parto normal)³⁷. Entre 1995 y 2000 el total de egresos por aborto aumentó un 46%, y luego se mantuvo sin variaciones importantes en el año 2005³⁸. Esta situación indica que la atención de los abortos no punibles todavía no está garantizada a pesar de que durante la primera evaluación del Programa de Acción de la CIPD, el gobierno refrendó su compromiso de mejorar la atención a las mujeres con complicaciones del aborto y de garantizar el acceso a servicios seguros para la interrupción del embarazo en las circunstancias amparadas por las leyes³⁹.

Desde el año 2006, el Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante el Programa de Mejoramiento de la Atención Posaborto cuyo objetivo es reducir la morbilidad atribuible a los abortos inseguros y prevenir la repetición de un embarazo no deseado, mediante tecnologías beneficiosas y costo-efectivas y un abordaje preventivo centrado en la mujer. Las acciones realizadas en el marco de este programa incluyen la capacitación a los equipos de salud sobre el modelo integral de atención posaborto que comprende atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos. Asimismo, incorpora la aspiración manual endouterina (AMEU) como una alternativa al legrado tradicional que los profesionales de la salud pueden elegir. La Guía de Mejoramiento de la Atención Posaborto elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación (aprobada por resolución ministerial N° 989/2005) protocoliza este modelo para su aplicación en los servicios de salud.

Algunos de los principales logros observados a raíz de la implementación de este programa incluyen:

- Administración de analgésicos antes del procedimiento de evacuación si la mujer lo requiriere.
- Administración de anestesia (local o general) a todas las mujeres que requieren una evacuación uterina.
- Implementación de la AMEU como técnica alternativa.
- Disminución en los tiempos de espera y en tiempo total de internación de las mujeres.
- Oferta de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva.
- Entrega de método anticonceptivo antes del alta hospitalaria, incluyendo la inserción de DIU postaborto (práctica que en muchos servicios no se realizaba previo a la capacitación).
- Valoración del secreto médico y la confidencialidad (no realización sistemática de la denuncia policial).

Tal vez el logro más importante de este programa sea haber instalado la atención posaborto como un tema relevante que merece especial atención, y desarrollado en los profesionales de la salud la percepción de que cada uno de ellos puede aportar a mejorar la calidad de la atención y amortiguar el impacto físico y emocional del aborto, siendo su responsabilidad ética y profesional la aplicación de las medidas necesarias para evitar su repitencia.

Ley de derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento

La ley 25.929⁴⁰, conocida como la “ley de parto humanizado” fue sancionada en septiembre 2004 y es de aplicación tanto a nivel del sector público como del privado en todo el territorio nacional. Define un conjunto de derechos de los padres y las madres en relación al embarazo, el parto y el postparto, así como los derechos de los recién nacidos. Entre otras cosas establece la obligación de los servicios de salud de informar sobre los procedimientos médicos a realizar y sus alternativas, y el derecho de la mujer a elegir libremente cuando existieran opciones. También rescata el rol protagónico de la mujer durante el parto y su derecho al parto natural evitando prácticas invasivas que no estén justificadas. A su vez, otorga a la mujer el derecho a estar acompañada por una persona de su elección durante el trabajo de parto, el parto y el postparto.

Los derechos y principios enunciados en esta ley se encuentran estrechamente ligados al concepto de “maternidades centradas en la familia” que presupone un proceso de empoderamiento de la familia en la atención obstétrica y neonatal que resulta fundamental para el cuidado de la mujer y del recién nacido. Una maternidad centrada en la familia es respetuosa la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres y promueve la idea de que la mujer y su entorno deben tomar un rol activo en el cuidado de su embarazo y participar en el desarrollo del mismo⁴¹.

Si bien los beneficios de este tipo de abordaje están extensamente probados y documentados, en la práctica las condiciones básicas para que sea posible no siempre están presentes. A modo de ejemplo, podemos señalar que la infraestructura de muchos centros asistenciales no permite la presencia del acompañante durante el trabajo de parto y el parto por ser salas colectivas donde se atiende a varias mujeres en forma simultánea. En otros casos, los obstáculos tienen que ver con la falta de voluntad institucional o individual y resistencias internas a la innovación y a cambiar modelos de atención profundamente arraigados.

Educación sexual

En octubre de 2006 se sancionó la ley nacional 26.150 de educación sexual integral que fija la obligación de las escuelas de todo el país, de gestión privada y estatal, confesionales y no confesionales, de impartir un Programa de Educación Sexual Integral desde el nivel inicial hasta el superior de formación docente y educación técnica no universitaria⁴².

La ley establece que las jurisdicciones nacional, provincial y municipal deberán garantizar la realización obligatoria de acciones sistemáticas en educación sexual en los establecimientos educativos. En segundo lugar introduce la participación de toda la comunidad educativa, y contempla la formación de docentes y la conformación de espacios de discusión con los padres y madres.

El Ministerio de Educación es el responsable de garantizar el cumplimiento de la ley 26.150 y desarrollar un plan para su implementación, incluyendo los contenidos básicos obligatorios a transmitir a los alumnos. La construcción de consenso acerca de los contenidos ha sido un proceso arduo y prolongado que culminó recién en mayo de 2008 cuando el Consejo Federal de Educación aprobó mediante la Resolución N° 45/08⁴³ los Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral, que definen el piso común de contenidos curriculares válidos para todos los niveles del sistema educativo para todas las escuelas del país⁴⁴.

La elaboración de los lineamientos curriculares contó con el asesoramiento de una comisión interdisciplinaria de especialistas y se tomaron en cuenta las experiencias desarrolladas en las diferentes jurisdicciones en materia de educación sexual así como los aportes de las máximas autoridades educativas de las provincias y de la Ciudad de Buenos Aires. La resolución del Consejo propone un abordaje transversal de la temática en los niveles inicial y primario, y en el primer ciclo del secundario. Para el resto de los años del nivel medio, cada jurisdicción definirá la modalidad de abordaje de la educación sexual integral.

El enfoque integral que se desarrolla en los lineamientos curriculares tiene como propósito que la educación sexual brindada en las escuelas supere el mero estudio de la anatomía y la fisiología de la sexualidad así como cualquier otro reduccionismo biológico, psicológico, jurídico, filosófico, religioso o sociológico. Supone un abordaje que debe abarcar las mediaciones socio-históricas y culturales, los valores compartidos y las emociones y sentimientos que intervienen en los modos de vivir, cuidar, disfrutar, vincularse con el otro y respetar el propio cuerpo y el cuerpo de otras personas. Asimismo, se sustenta en una concepción integral de la educación sexual, con una clara perspectiva de derechos humanos y respeto a las diferencias, una atenta disposición a impartir conocimientos rigurosamente validados por los avances científicos y una especial consideración de las particularidades que conlleva el hecho educativo -por ejemplo, que los conocimientos se brinden en forma gradual y pertinente para cada momento evolutivo. En este sentido, los lineamientos curriculares, sus propósitos formativos y los contenidos que prescriben están en estrecha relación con las metas del Programa de Acción de la CIPD ya que enfatizan la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la promoción de la igualdad de derechos entre varones y mujeres, y la necesidad de abordar las especificidades de la población de niños, niñas y adolescentes en materia de sexualidad.

Desde el 2007 el Ministerio de Educación ha implementado una variedad de acciones incluyendo el fortalecimiento de docentes y equipos técnicos, la producción y distribución de materiales conceptuales y didácticos, el relevamiento de información sobre la comunidad docente, y acciones de articulación intersectorial e interjurisdiccional. Algunas de las acciones de trabajo intersectorial incluyen el Programa Armonización de Políticas Públicas de Promoción de los Derechos, la Salud, la Educación Sexual y la Prevención de VIH/Sida en la Escuela, y el Programa de Prevención de VIH/Sida en la Escuela donde intervienen el Ministerio de Salud y el de Educación. Asimismo, algunas jurisdicciones cuentan con experiencias muy auspiciosas de articulación entre el sector salud y educación para la implementación de educación sexual entre las que se destacan La Rioja y Catamarca. Las lecciones aprendidas de este proceso señalan la necesidad de enfatizar el abordaje integral de la educación sexual más allá de enfoque médico biologicista y la genitalidad, trabajar sobre los prejuicios existentes en torno al ejercicio de la sexualidad en la adolescencia, y focalizar especialmente en la formación y capacitación de los equipos docentes, que en su mayoría se reconocen como inadecuadamente capacitados para impartir educación sexual⁴⁵.

Los avances alcanzados proveen un marco normativo e institucional adecuado para que la educación sexual se constituya como un elemento fundamental del proceso educativo, y tenga un impacto positivo en el desarrollo, el bienestar y la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes. El desafío actual es lograr una implementación homogénea de la normativa en todo el país, superando obstáculos e instalando la educación sexual como un derecho de la población y una responsabilidad y obligación del sistema educativo.

3) IGUALDAD DE GÉNERO Y EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES

Una importante cantidad de acciones clave se implementaron para avanzar en el logro de la equidad de género y fomentar el empoderamiento de las mujeres. Entre las más importantes se incluyen:

Aprobación del Protocolo Facultativo de la CEDAW (ley 26.171 sancionada el 15 noviembre de 2006)

Por medio de esta ley se aprobó el Protocolo Facultativo de la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptado por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 6 de octubre de 1999.

El Protocolo Facultativo de la CEDAW es un mecanismo jurídico que no agrega nuevos derechos sino que establece procedimientos que permiten presentar quejas, y solicitar investigaciones sobre violaciones a los derechos establecidos en la Convención. De esta manera se facilita el acceso de las mujeres a la justicia internacional cuando el sistema nacional omite proteger sus derechos humanos o lo hace de manera parcial. El Estado argentino, luego de largas dilaciones, ratificó el Protocolo mediante la sanción de la Ley 26.171, saldando de esta manera, una deuda pendiente con las mujeres argentinas.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer previsto en los artículos 17 a 22 de la CEDAW, es el encargado de examinar los progresos realizados por los Estados Parte en la aplicación de la Convención, a través de los siguientes mecanismos o procedimientos: examen de los informes iniciales o periódicos presentados por los Estados parte, observaciones o comentarios finales a

dichos informes y recomendaciones generales. A partir de 1999 el Comité cuenta con dos mecanismos adicionales, incluidos en el Protocolo Facultativo de la Convención: el procedimiento de comunicación y el procedimiento de investigación. El Protocolo, que entró en vigencia el 22/12/2000 instauró la posibilidad para las mujeres víctimas de violaciones de los derechos humanos reconocidos en la Convención, de plantear denuncias en forma individual ante los órganos de protección internacional de derechos humanos frente a situaciones de discriminación que no puedan resolverse localmente, siempre que se hayan agotado previamente los recursos judiciales nacionales. El Protocolo prevé también la posibilidad de investigar violaciones graves o sistemáticas en Estados parte que hayan aceptado esta competencia.

En la Argentina, el proyecto de aprobación del Protocolo Facultativo de la CEDAW fue enviado al Congreso Nacional en el año 2001 y gracias a una persistente movilización social y el apoyo de legisladoras favorables a la protección de los derechos de las mujeres logró ser aprobado en el año 2006.

Regularización de empleadas domésticas

Según datos del Instituto para el Desarrollo Social Argentino (Idesa), el servicio doméstico representa el 17 % del empleo femenino total, pero entre las mujeres que no terminaron la educación media, representa el 32 %. En tanto, el 28 % de las mujeres que trabajan son jefas de hogar pero en el caso del servicio doméstico este porcentaje asciende al 34 %.

Desde que el Gobierno lanzó en 2006 una campaña de regularización del empleo doméstico, la formalización del sector creció un 620% (de 58.000 empleadas "en blanco" en 2005 a 418.000 en la actualidad). Esto permite a las trabajadoras domésticas elegir entre más de 200 obras sociales y acceder a un futuro beneficio provisional.

El rubro personal doméstico abarca a quienes realizan actividades de mucamas, niñeras, cocineras, jardineros, caseros, amas de llaves, damas de compañía, mayordomos, institutrices o gobernantas; siempre y cuando trabajen para un mismo dador de trabajo, como mínimo 6 horas semanales.

La campaña se centró en generar conciencia sobre los beneficios del empleo en blanco, y además incluyó como incentivo para el empleador la posibilidad de deducir el gasto del impuesto a las ganancias

A pesar de estos importantes avances, más de la mitad de las empleadas domésticas, unas 582.000 trabajadoras mil en todo el país aun se encuentran en situación irregular

Ley de trata de personas N° 26.364 (aprobada el 9 de mayo de 2008)

Esta ley establece el delito de trata como un delito federal, una medida que facilita la persecución de los perpetradores. Además esta ley refleja los compromisos asumidos por la Argentina en el protocolo de Palermo de lucha contra las mafias de la inmigración.

La nueva figura castiga con entre 3 y 15 años de prisión a los responsables de trata de personas ya sea para la explotación sexual, las prácticas de esclavitud, los trabajos forzados y la extracción ilegal de órganos y tejidos.

La ley diferencia a las víctimas mayores de las menores de 18 años. En el primer caso se deberá demostrar que hubo algún método de coerción para que se configure el hecho ilícito. El delito es castigado con penas de 3 a 6 años de prisión, que puede elevarse a 10 si el culpable fuese familiar directo o cónyuge de la víctima. En el caso de que las víctimas sean menores de edad, la escala penal se eleva de 4 a 10 años de prisión. Y si se trata de menores de 13 años, será 6 a 15 años de prisión efectiva.

Con esta ley, entrará en funcionamiento el Programa Nacional de Prevención y Erradicación de la Trata de Personas y de Asistencia a sus Víctimas, que fue creado por decreto durante la presidencia de Néstor Kirchner.

Ley de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollan sus relaciones interpersonales (Nº 26.485)

Esta ley, sancionada en marzo de 2009 reconoce cinco tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, y simbólica, bajo seis modalidades que van desde el plano intrafamiliar hasta el institucional. Su objeto es promover y garantizar la eliminación de la discriminación entre mujeres y varones entendiendo y definiendo, por primera vez, la violencia contra las mujeres como violencia de género. Cabe señalar que esta ley es de orden público, de aplicación en todo el territorio nacional. Requiere la articulación de todo el Estado, a través los distintos organismos y ministerios y todas las jurisdicciones, para dar respuesta a la problemática de la violencia de género.

Con esta ley se da cumplimiento a los compromisos asumidos por el Estado Argentino en la Convención Internacionales Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar todas las formas de Violencia contra la Mujer (Belem Do Pará). El Consejo Nacional de la Mujer es la autoridad de aplicación de la ley, y tiene entre otras atribuciones, el diseño, planificación y monitoreo de un plan nacional contra la violencia hacia las mujeres.

Por su parte, la Corte Suprema de Justicia de la Nación inauguró la Oficina de Violencia Doméstica con el fin de asegurar un más efectivo acceso a la justicia. Allí se atienden demandas las 24 horas y se asiste a las personas solicitantes a llevar adelante sus demandas.

Campaña argentina por la equidad de género y contra la violencia.

Esta campaña, cuyo lema es “Otra vida es posible. Tenemos derecho a una vida sin violencia” es una iniciativa conjunta en la que participan diversas instituciones y áreas de gobierno como el Consejo Nacional de la Mujer, organismos internacionales y una organización no gubernamental, cuyo objetivo es la sensibilización de la población sobre el problema de las violencias contra las mujeres. La campaña está compuesta por micros de radio y televisión, una página web y un concurso en el que se propone la participación de toda la ciudadanía. Este proyecto conjuga la acción de instituciones de atención a mujeres que sufren violencia, con otras del ámbito de la educación y los medios de comunicación.

Mujeres en cargos de decisión

Es de público conocimiento que actualmente la presidencia de la nación es ejercida por una mujer. Asimismo, distintos cargos ejecutivos tradicionalmente ocupados por varones están hoy en manos de mujeres como el ministerio de salud, defensa, producción) y una gobernación provincial. Asimismo se han logrado importantes avances en la aplicación de la ley 24.012 de cupo femenino que busca garantizar la igualdad de género y ampliar el espacio de decisión política, promoviendo la participación efectiva de la mujer en las listas de candidatos a cargos electivos (con un mínimo de 30% de representación). Actualmente 39% de las bancas del Senado y 41% de la Cámara de Diputados están ocupadas por legisladoras mujeres.

Jujuy es la única provincia que no cuenta con una ley de cupo femenino que adhiera a la norma nacional. En la Cámara de Diputados de la Provincia, más allá de la voluntad de legisladoras y legisladores que presentaron proyectos de cuotas, no se ha construido consenso político en tal sentido, lo cual ha ubicado a Jujuy como la única provincia que tiene un déficit de adecuación de su normativa a disposiciones constitucionales y a los tratados internacionales de derechos humanos, en lo que respecta a la participación política de las mujeres.

Creación de la Banca de la Mujer

El 9 de abril de 2008 el Senado votó en forma unánime el proyecto que crea la espacio que estará integrado por todas las senadoras de la Nación. Entre los objetivos que plantean la Banca de la Mujer, se destacan el asesoramiento, la consulta, el control y monitoreo de las leyes relacionadas con la igualdad de derechos, oportunidades y trato entre mujeres y varones, en virtud a lo establecido en el artículo 75, incisos 19 y 23 de la Constitución Nacional.

La Banca de la Mujer es un espacio plural que se crea en consonancia con los objetivos del milenio para promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer y se enmarca en el consenso de Quito -recientemente establecido en la cumbre de la CEPAL– para cumplir con la recomendación realizada a los estados para adoptar los mecanismos necesarios, incluidas las reformas legislativas, que permitan, faciliten y garanticen la participación de las mujeres.

La Banca de la Mujer tiene las siguientes facultades y atribuciones:

- * Incluir la dimensión de género en la elaboración y sanción de los proyectos legislativos.
- * Monitorear el cumplimiento de la normativa vigente de conformidad a los principios consagrados por la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer y por los tratados internacionales de derechos humanos firmados por la República Argentina, así como por los tratados que en el futuro se ratifiquen.
- * Proveer las acciones conducentes al desarrollo humano de las mujeres, en cumplimiento por lo dispuesto en el art. 75 inc. 19 de la Constitución Nacional.
- * Promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce de los derechos reconocidos por la Constitución y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos (Constitución Nacional, art. 75. inc. 23)

- * Elaborar una Agenda Parlamentaria que promueva iniciativas relacionadas con la igualdad de género.
- * Armonizar y adecuar la normativa vigente a los principios de la Convención.
- * Coordinar acciones con los parlamentos de los países integrantes del MERCOSUR para avanzar en la adecuación normativa entre los países miembros y países asociados.
- * Promover espacios de encuentro y actividades que permitan generar un conocimiento integrado de experiencias entre parlamentarios, instituciones y organizaciones públicas y privadas y de la academia para la reflexión, el análisis, la evaluación y la realización de foros de debate necesarios sobre temas del desarrollo humano desde la perspectiva de la igualdad de género.
- * Fomentar iniciativas tendientes a mejorar el tratamiento de la igualdad y equidad de género en los medios de comunicación.
- * Difundir a la opinión pública los datos obtenidos, estudios y actividades, a través de una página propia o del portal del Senado de la Nación.

CONCLUSIONES

Las acciones desarrolladas por el Estado argentino en el período 2004-2009 están claramente alineadas con el Programa de Acción de la CIPD y los ODM. En algunos casos, el gobierno argentino ha planteado y alcanzado objetivos más exigentes que los fijados internacionalmente.

Se han registrado avances significativos en la formulación e implementación de políticas públicas en todas las áreas prioritarias. Los mayores logros se han dado a nivel legislativo por medio de la sanción de leyes que representan hitos irreversibles y constituyen herramientas de exigibilidad de los derechos que pueden ser reclamados y defendidos por la población.

Los avances en la implementación e institucionalización de los derechos consagrados en las leyes también son importantes tanto en el campo de migración como de salud sexual y reproductiva. Hace menos de una década el escenario actual resultaba difícil de imaginar. No obstante, queda mucho por avanzar especialmente en la cristalización de los derechos en acciones concretas, efectivas y sustentables, en la reducción de inequidades entre provincias y en el mejoramiento de los sistemas de información y de evaluación y monitoreo de las políticas.

¹ Este informe constituye un insumo para el informe regional que elaborará la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CELADE) que se presentará y discutirá en un seminario técnico con especialistas de los países de la región a realizarse en agosto de 2009 en Santiago de Chile.

² Las acciones claves reportadas en este informe fueron seleccionadas en una reunión en la que participaron funcionarios/as y legisladoras del gobierno nacional y representantes de la sociedad civil y de UNFPA. En base a lo discutido y consensado en esta reunión se elaboró este informe redactado por Nina Zamberlin.

³ Según el Censo Nacional de 2001 residen en el país 1.011.475 inmigrantes de países vecinos, predominantemente de origen paraguayo y boliviano.

⁴ http://www.migraciones.gov.ar/pagina4/espanol/pdf/normativas/ley_25871.pdf

⁵ Dicha ley establece que el Estado debe asegurar “el acceso igualitario de los inmigrantes a la protección y los derechos de los que gozan los nacidos en la Argentina, particularmente el acceso a los servicios sociales, de salud, de educación, de justicia, al trabajo, al empleo y a la seguridad social”.

⁶ <http://www.patriagrande.gov.ar>

⁷ <http://www.patriagrande.gov.ar/html/home.htm>

⁸ Dirección Nacional de Migraciones, 2007, *Características de la Población Regularizada bajo el amparo de “Patria Grande”*.

⁹ <http://www1.hcdn.gov.ar/dependencias/cdhygarantias/Leyes/ley26165.htm>

¹⁰ <http://www.inadi.gov.ar/inadiweb/>

¹¹ Petracci, M. (coord.) y Pecheny, M: *Argentina. Derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro y Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires: CEDES, 2007

¹² La ley 25.673 incluye los siguientes objetivos: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbilidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

¹³ En el 2006 el PNSSyPR pasó de depender de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil a ubicarse en la Secretaría de Programas Sanitarios, en el marco de los programas de atención primaria de la salud, que dependen directamente del Ministro de Salud de la Nación. Esto le otorgó mayor autonomía y visibilidad y evidenció una consonancia mayor con la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y con un abordaje integral de la salud de las personas a lo largo de toda su vida que trasciende sus experiencias reproductivas. Por otro lado, en el 2007 se conformó un consejo asesor del PNSSyPR integrado por actores de destacada trayectoria en el campo de la salud sexual y reproductiva. También cabe destacar que desde el 2007 el PNSSyPR cuenta con una asignación presupuestaria propia dentro del presupuesto nacional y es también uno de los 11 programas definidos como prioritarios e incluidos dentro del Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP) que se ejecuta con financiamiento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF).

¹⁴ A partir de la sanción de la ley 26.130 en 2006.

¹⁵ En el año 2007, por medio de la resolución ministerial N° 232/2007 se incorporó la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) a los métodos anticonceptivos provistos por el Ministerio de Salud de la Nación a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Esta normativa también dispone la incorporación de la AHE al Programa Médico Obligatorio que las entidades de la seguridad social deben brindar sin costo a sus beneficiarios/as. Disponible en <http://www.conders.org.ar/pdf/Res232-07.pdf>

¹⁶ El PNSSyPR institucionalizó canales de articulación con la sociedad civil a través de la firma de un acuerdo marco de cooperación con el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS) facilitando canales directos para notificar los problemas relativos a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos y hacer exigibles las necesarias soluciones.

¹⁷ Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: “Políticas Públicas, Derechos Sexuales y Reproductivos. Manual del Programa y Avances de Gestión, 2007”, Secretaría de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud, 2007.

¹⁸ Encuesta Permanente de Hogares, INDEC, 1994 y Encuesta de Condiciones de Vida, SIEMPRO, 2001.

¹⁹ Las investigadoras del Centro de Estudios de Población, Dra. Edith Alejandra Pantelides, Dra. Georgina Binstock y Mg. Silvia Mario estuvieron a cargo del procesamiento y análisis de la información de salud sexual y reproductiva incluida en la ENNyS. Ver Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina 2005. Resultados de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. Secretaría de Programas Sanitarios, Ministerio de Salud, 2007.

²⁰ Si bien el cuestionario de la Encuesta no indaga específicamente sobre si la mujer es sexualmente activa, se ha definido como sexualmente inactivas a quienes reportaron no utilizar métodos anticonceptivos debido a que no tienen relaciones sexuales.

²¹ Abdala F., Bertoncello R., Binstock G., Cerrutti, M., Geldstein, R., Lattes, A., Maguid A., Moreno M., y Pantelides, E. "Informe para el análisis de la situación de la población en Argentina". Centro de Estudios de Población y UNFPA (2009)

²² Un estudio comparativo de la atención de la salud sexual y reproductiva en el país desde el punto de vista de las usuarias realizado por organizaciones de la sociedad civil, evidenció las disparidades según provincias y las áreas de mayor dificultad.

[.http://www.conders.org.ar/pdf/Informe_Situacion_de_la_Atencion_de_la_SSyR_2008_preliminar.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/Informe_Situacion_de_la_Atencion_de_la_SSyR_2008_preliminar.pdf) .

²³ <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=6627&word=>

²⁴ La mayoría de edad en la Argentina es a los 21 años.

²⁵ Si el médico tratante decide no realizar la práctica amparándose en su derecho a la objeción de conciencia, la institución, pública o privada, debe disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata de tal forma de poder brindar el servicio solicitado.

²⁶ La resolución 755/2006 de la Superintendencia del Servicio de Salud establece mecanismos de aplicación de la ley 26130 en las entidades del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Disponible en http://www.conders.org.ar/pdf/Superintendencia_Servicios_Salud_res755-06.pdf

²⁷ http://www.conders.org.ar/pdf/San_Fernando_exigibilidad_2008.pdf y http://www.conders.org.ar/pdf/Cordoba_final_2008.pdf

²⁸ http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/downloads/aqm_ligadura_trompas_falopio.pdf

²⁹ http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/downloads/aqv_vasectomia.pdf

³⁰ Abdala F., Bertoncello R., Binstock G., Cerrutti, M., Geldstein, R., Lattes, A., Maguid A., Moreno M., y Pantelides, E. "Informe para el análisis de la situación de la población en Argentina". Centro de Estudios de Población y UNFPA (2009).

³¹ Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales. Información básica 2007. Diciembre de 2008.

³² World Health Organization. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003. 5th ed. Geneva, 2007.

³³ Con el objetivo de rediseñar el modelo sanitario nacional en el 2004 se puso en marcha el Plan Federal de Salud 2004-2007 orientado al fortalecimiento de redes de atención de la salud, a la búsqueda de mayor eficacia y equidad en la prestación del servicio público y del incremento de la cobertura a toda la población. Sus bases se pueden consultar en <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Plan%20Federal%20de%20Salud.pdf>

³⁴ Las metas para el área de salud materna incluyen: 1) Lograr en 4 años que al menos el 60% de las mujeres embarazadas haya tenido un primer control precoz (durante el primer trimestre); 2) Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna del país disminuya en un 20% en relación con el valor del año 2002; 3) Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna de las jurisdicciones por encima del doble de la tasa nacional del año 2002 disminuya en un 50%; 4) Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna no mayor al doble de la tasa nacional del año 2002 se acerquen a dicho valor; 5) Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de

mortalidad materna por debajo de la media nacional del año 2002 reduzcan en un 50% su diferencia respecto a la jurisdicción con la tasa más baja; 6) Reducir en 4 años un 30% la prevalencia de anemia por déficit de hierro en la mujer embarazada.

Las metas para el área de Salud sexual y procreación responsable incluyen: 1) Implementar programas de salud sexual y procreación responsable en todas las jurisdicciones del país para 2007; 2) Lograr que al menos el 60% de los efectores de cada provincia se haya incorporado al programa y que al menos el 80% de los anteriores cuente con disponibilidad regular de insumos; 3) Lograr en cuatro años reducir en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto de los valores del año 2000/2001; 4) Lograr para el 2007 que al menos el 60% de las mujeres en situación de posparto y posaborto sean referidas a los programas de salud sexual y procreación responsable de cada jurisdicción provincial; 5) Lograr en cuatro años que en todas las jurisdicciones se apliquen las normas, en estudio, para el tratamiento posaborto y violencia; 6) Asegurar para el 2007 que todas las mujeres, bajo programa provincial, hayan realizado al menos una prueba de Papanicolau en los últimos tres años.

³⁵ Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil (2009-2011), Ministerio de Salud de la Nación, 2009.

³⁶ Pantelides E, Mario S; Fernández S; Manzelli H; Gianni C, Gaudio M. Estimación de la magnitud del aborto inducido, informe presentado a la Comisión Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, 2006.

³⁷ Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Egresos de establecimientos oficiales según variables seleccionadas Republica Argentina - año 2000. Octubre de 2003

³⁸ Dirección de Estadísticas e Información en Salud: Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. Año 2005. Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre de 2007

³⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas. Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Nueva York: ONU, 1999

⁴⁰ <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/mso3F62E.pdf>

⁴¹ Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Fundación Neonatológica para el Recién Nacido y su Familia – Ministerio de Salud de la Nación, 2006. www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/archivos/pdf/maternidades.pdf

⁴² http://www.me.gov.ar/doc_pdf/ley26150.pdf

⁴³ Disponible en http://www.conders.org.ar/pdf/res_consejo_fed_edu.pdf

⁴⁴ Disponible en http://www.conders.org.ar/pdf/lineamientos_edu_sex.pdf

⁴⁵ Un estudio realizado por la Universidad de Tres de Febrero sobre una muestra de 2000 docentes de escuelas de la Ciudad de Buenos Aires mostró que el 95% consideró necesaria la capacitación sobre educación sexual y el 60% estaba poco o nada capacitado para impartir educación sexual en las aulas. (Universidad Nacional de Tres de Febrero y Ministerio de Educación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires: "Consulta a docentes: Relevamiento de opinión sobre educación sexual en las escuelas". Encuesta realizada por el Centro de Investigaciones en Estadística Aplicada de la Universidad de Tres de Febrero, 2006).