
“Líneas estratégicas de acción para la implementación de políticas de salud reproductiva y procreación responsable”

I. Introducción

La hipótesis central de este trabajo se basa en evidenciar los impactos que la falta de información genera en los sectores más vulnerables de la sociedad civil. Concretamente se parte de un análisis de las políticas de salud aplicadas desde el Estado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A modo de medir los efectos de las políticas públicas se realizó una serie de entrevistas en profundidad a mujeres de entre 28 y 60 años, todas ellas residentes de zonas bajas del barrio porteño de La Boca. La hipótesis central atravesó la elaboración de las entrevistas y se mantuvo durante los primeros encuentros, sin embargo, a medida que crecía el número de mujeres entrevistadas ésta iba siendo refutada parcialmente, a saber: las mujeres¹ pertenecientes a los sectores más vulnerables de la Ciudad, reciben la información necesaria acerca de VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, etc. Así como también, se les reparten preservativos y otros métodos anticonceptivos. En este sentido, la hipótesis acerca de la ineficacia de las políticas públicas para solucionar la problemática de salud en La Ciudad se centra en la falta de información de los sectores más vulnerables de la sociedad queda refutada. Lo cierto es que la campaña de información que complementa el programa estatal debería ampliar su llegada a nivel demográfico, pero ésta no se constituye como un único obstáculo a la hora de aplicar el plan. Existen falencias en la aplicación del Programa de Salud Reproductiva y procreación Responsable, pero éstas bien pueden estar relacionadas con el breve período en cual han sido llevadas a cabo las medidas². Este factor es relevante al momento de aplicar una política pública, ya que aquí entran en juego aspectos culturales, económicos y sociales fuertemente arraigados y transmitidos generacionalmente.

¹ Las entrevistas fueron realizadas a mujeres, en una primera instancia, debido a que las políticas de salud y procreación responsable se centran en la comprensión y atención de los ciclos evolutivos y psicosexuales de las mujeres, un inminente androcentrismo en la ciencia genera las consecuencias de que la mayoría de los métodos anticonceptivos actúen indefectiblemente sobre el cuerpo de la mujer. Sin embargo, ésta es una hipótesis que debería ser tratada en otro trabajo.

² Teniendo en cuenta que la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable fue sancionada en junio de 2000 en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Y la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Nación fue sancionada en el año 2002.

A partir de este trabajo se pretende describir, en una primera instancia, cómo repercute la problemática de la salud reproductiva en nuestro país y al mismo tiempo presentar los argumentos que permitieron refutar parcialmente la hipótesis inicial. Para ello, se citarán datos recientes así como también se plantearán las dificultades que giran en torno al mencionado conflicto. En una segunda instancia, se hará un recorrido por los antecedentes en materia legislativa que tuvieron en cuenta la temática de salud reproductiva; contemplando normas nacionales como tratados internacionales con jerarquía constitucional. En este marco se analizará el contenido de la Ley 418/2000 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En una tercera instancia, se especificarán las políticas de salud aplicadas en el ámbito del Gobierno de la Ciudad y su impacto en la sociedad civil. Por último, a partir del diagnóstico expuesto y la información de los programas de salud aplicados, se expondrán las conclusiones de las entrevistas en profundidad realizadas a las mujeres del barrio de La Boca³.

II. Situación actual y consecuencias de la problemática de Salud Reproductiva en la sociedad

En todas las sociedades, el género es el medio primario para determinar la división del trabajo y las responsabilidades de sus miembros. Ser de género masculino o femenino es un hecho biológico, pero convertirse en un hombre o en una mujer es un proceso cultural y social. En este marco, el análisis de género es crítico ya que considera los guiones sociales a los que varones y mujeres se encuentran expuestos, el tipo de opciones que ven como viables y legítimas, y el costo y los beneficios asociados con dichas opciones. Así, la conducta reproductiva se ve afectada por múltiples factores, incluyendo el desarrollo de la identidad de género, definida por las actividades y roles que desempeñan las mujeres en el contexto de sus tareas sociales de producción y reproducción. De esta manera la identidad de las mujeres no

³ Cabe aclarar que las conclusiones expuestas en este trabajo corresponden a una primera etapa dentro de una investigación que se basa en entrevistas en profundidad. Se trata de una primera tanda de 10 entrevistas realizadas consecutivamente dos veces por semana (una hora y media, aprox. cada visita). El objetivo es continuar entrevistando mujeres y varones del barrio de La Boca y zonas aledañas para realizar un análisis comparativo entre zonas de la Ciudad Autónoma. Por razones de tiempo, aquí se exponen las conclusiones arribadas hasta el momento.

puede dissociarse de los temas de equidad, derechos reproductivos, género, educación u oportunidades económicas; así como tampoco la salud reproductiva puede dissociarse de los conceptos básicos de seguridad, dignidad, equidad y derechos humanos. En este sentido cabe destacar la noción de trascendencia inherente al concepto de salud reproductiva, en tanto que además de los beneficios para la actual generación, la salud reproductiva también tiene un efecto significativo sobre la salud y productividad de la siguiente generación. Al contribuir al desarrollo sustentable mediante la mejora de la equidad, la calidad de vida y el potencial económico, la inversión en salud reproductiva confiere beneficios no sólo a las mujeres – quienes se ven afectadas de manera directa- sino a la sociedad toda.

Por otra parte, reducir los temas de salud reproductiva a una pura dimensión físico-médica implicaría ignorar el hecho de que los roles de género se corresponden con cierto orden económico, social, cultural que ayuda a asegurar el mantenimiento de las relaciones sociales y la reproducción de las unidades sociales (Ramos; 1997). El proceso reproductivo se encuentra, entonces, condicionado por factores de tipo social, cultural, político y económico, por la condición social de la mujer, por acciones dependientes de otros sectores sociales (educación, vivienda, alimentación), y por factores afectivos y relacionales. De esta manera, sobre la mujer recae la mayor parte de los problemas relacionados con la reproducción: complicaciones del embarazo y parto; aborto en condiciones de riesgo, uso de métodos anticonceptivos, mayor riesgo de infecciones del tracto reproductivo –en especial enfermedades de transmisión sexual- incluido el SIDA⁴. Cada embarazo implica un riesgo de morbilidad y mortalidad para la madre y para su hija/o. En este marco, puede argumentarse que en el proceso de la sexualidad humana existen dos aspectos básicos: uno, relacionado con

⁴ Según datos de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la infección de VIH/SIDA ha aumentado de manera alarmante entre la población femenina, especialmente las jóvenes y pobres. La edad media es de 28 años y el 45.6% tiene solo escolaridad primaria. Las relaciones sexuales desprotegidas son la principal vía de infección para las mujeres de todas las edades (59.5%). La relación hombre-mujer es de 3.25; el 7.6% de las mujeres embarazadas son seropositivas.

la información y el conocimiento sobre lo sexual⁵; y el otro, conformado por factores externos que inciden en actitudes y las prácticas sexuales. (Ministerio de Salud; 2005)

Embarazo adolescente y mortalidad materna

Ahora bien, al momento de analizar las consecuencias que genera sobre el cuerpo de las mujeres la problemática de la salud reproductiva, se distinguen profundas desigualdades sociales y regionales. Por consiguiente, las diferencias en los comportamientos demográficos así como en el acceso a los servicios sociales (educación, salud) de la población, según su ubicación en la distribución de los ingresos, se plasman en niveles diferenciales de fecundidad, fecundidad adolescente⁶ y mortalidad materna. Un ejemplo de ello es la problemática del embarazo adolescente. Si bien es cierto que se trata de una etapa de la vida humana que implica una mayor vulnerabilidad, se trata de una vulnerabilidad que varía de acuerdo a las condiciones sociales y el género. Es necesario considerar el embarazo en la adolescencia desde la perspectiva psicosocial, política, económica, cultural y de género, ya que el embarazo adolescente no implica en sí mismo un riesgo para la salud de las mujeres, las consecuencias que afectan a los cuerpos están ligadas a factores contextuales como la pobreza, la desnutrición, la falta de servicios higiénicos y sanitarios, la interrupción de los estudios y la expulsión de los hogares. Estas condiciones anteceden la situación de embarazo, pero la maternidad precoz los acentúa. Y la consulta tardía, así como también la falta de acceso a los servicios públicos dificultan la detección de alguna patología y la adecuada preparación para el parto.

⁵ El vínculo que existe entre salud/enfermedad, sexualidad y género se manifiesta en las creencias con respecto a las ETS y el riesgo de infección, éstas se encuentran impregnadas por ideas profundamente enraizadas con respecto a las identidades de género, las relaciones de género y las relaciones sexuales. A su vez las ETS tienen un significado social y cultural muy especial que afecta severamente la conducta de prevención y tratamiento. Para algunas mujeres, el riesgo eventual de ser golpeadas o abandonadas, o de perder una fuente de sostén emocional o financiero, supera ampliamente el riesgo percibido de una ETS.

⁶ En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el 15, 5% de los nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años. Estudios indicativos muestran que, en el caso de las "niñas-madres" de 9 a 13 años, han tenido hijos con varones que las superan en al menos 10 años (80% de los casos) lo que hace pensar en la fuerte posibilidad de abusos, violaciones o inclusive incesto. Muchas adolescentes embarazadas padecen discriminación y abandono por parte de sus familias. Fuente: Centro de Documentación y estadística de la Ciudad de Buenos Aires

Los síntomas psicológicos y orgánicos que se observan en las jóvenes son los siguientes:

- Ocultamiento del embarazo. A partir de las consecuencias sociales que ello implica.
- Alteraciones en el ciclo menstrual propios de la edad que lleva a las jóvenes a enterarse tardíamente de su estado. Esto se encuentra estrechamente relacionado con el desconocimiento del propio cuerpo.
- Falta de recursos económicos propios.
- No conocer el derecho a la salud.

A la cuestión del embarazo adolescente se encuentra fuertemente ligada la problemática de la mortalidad materna que en la mayoría de los casos se debe a la ilegalidad del aborto, a pesar de que algunos profesionales registran las muertes como consecuencia de otras causas para evitar derivaciones penales. (GOGNA; 2004)

El aborto está tipificado como un “delito contra la vida” en el Código penal, que reprime con un mínimo de 1 a 4 años de reclusión o prisión a quien los cause con consentimiento de la mujer, y un máximo que podría elevarse a 15 años si el hecho tuviese lugar sin ese consentimiento y fuera seguido de la muerte de la mujer. Por su parte, la mujer que causase su propio aborto o consintiese que otro se lo cause es acreedora a la pena de prisión de 1 a 4 años. Sin embargo, el código penal establece dos circunstancias en las cuales “el aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible” en los siguientes casos: “si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”; o, “si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”, requiriéndose el consentimiento de su representante legal (Código Penal Libro segundo, Título I, Capítulo I)

En la práctica la situación es muy distinta: estos supuestos despenalizadores no se aplican y se conocen pocos casos de solicitudes de autorización judicial a su amparo, las que en su mayoría son denegadas ⁷(GOGNA; 2004)

⁷ En junio de 2005 La Suprema Corte bonaerense confirmó la autorización para realizar un aborto terapéutico a una mujer de 35 años embarazada de 20 semanas. El fallo también habilitaba a los médicos a realizar una ligadura de trompas para evitar futuras concepciones. En este caso la paciente estaba afectada por hipertensión, enfermedad coronaria severa y trastornos de obesidad, entre otros síntomas que complican seriamente un embarazo a término. En la Maternidad del Hospital "Evita", los especialistas hicieron un diagnóstico unánime: llegar al parto constituía "serio riesgo para la vida" de esta mujer. Por eso, prescribieron un aborto terapéutico, aunque pidieron a la familia una autorización judicial para realizar la práctica en ese centro asistencial público. Finalmente, en el Tribunal de Familia de Lomas de Zamora, a cargo de Liliana Vicente, habilitaron la práctica quirúrgica.

El aumento de los egresos a establecimientos públicos por complicaciones de aborto es notable. La crisis económica empuja a los sectores de clase media -que anteriormente podían acceder a realizarse abortos seguros- a realizarlos en condiciones sórdidas. Las mujeres ingresan a los servicios con un estado físico clínico que no compromete irreversiblemente su supervivencia, lo cual evidencia la inadecuada capacidad resolutive y la deficiente calidad de los servicios públicos para atender a estas mujeres y evitar su muerte. Por otra parte, los servicios tampoco aplican una estrategia dirigida a estas mujeres para ofrecerles asesoramiento anticonceptivo postaborto, a los fines de ayudarlas a evitar el embarazo no deseado y un aborto repetido en el futuro inmediato. En este marco, el proceso asistencial de las mujeres internadas en hospitales por complicaciones de abortos inseguros está fuertemente condicionado por la situación de ilegalidad y clandestinidad en la cual se encuentra inmersa esta práctica. Al respecto cabe destacar que tanto las condiciones físicas como las psíquicas de las pacientes que han abortado son malas, ya que el trato que reciben está basado en sacar a la mujer de la situación de riesgo en los casos más graves y para esto, es necesario saber si hubo maniobras abortivas y cuáles fueron, pues en función de ello se aplica determinada acción terapéutica. A ello se agrega que si existieron maniobras y la mujer corre cierto peligro, se ven obligados a dar intervención policial. En general, aunque la paciente reconozca que tiene un aborto inducido, no delata quién se realizó y la intervención no pasa de la presencia de un policía en el hospital y un interrogatorio a la mujer, ínterin en cual entran en juego las condiciones psicológicas de la paciente.

Por otra parte, existen otras causas de mortalidad materna además del aborto, tales como sepsis, hemorragia, enfermedades del embarazo, etc. Las causas de mortalidad materna pueden ser enfocadas desde dos ángulos: el de la etiología clínica y el de los condicionamientos sociales y culturales. También existen situaciones económicas, sociales, geográficas y de calidad de los servicios médicos que condicionan los diversos aspectos de la salud materna, y son fuente de la variabilidad en el riesgo de enfermar y morir durante el embarazo, parto o pauperio. Dentro del grupo de las mujeres pertenecientes a los sectores más vulnerables de la sociedad la combinación de actividades domésticas con responsabilidades

productivas y una actividad militante, aumenta considerablemente el desgaste de energía y actúa en detrimento de la salud física y psíquica.

Ahora bien, es cierto que dentro de las causas determinantes de las muertes maternas se encuentran principalmente el estado de salud previo de la mujer, su conducta reproductiva anterior, y el acceso a los servicios de salud. En este último aspecto, la inaccesibilidad a los servicios públicos condicionada geográfica y económicamente, es una de las causas principales pero se ve agravada por prácticas culturales. Entre las más importantes figura la interpretación de las mujeres sobre las necesidades y riesgos asociados al embarazo, como la percepción de que el embarazo es un hecho natural que no requiere atención previa especial, y el conflicto psico-social entre algunas características de la atención dispensadas en los servicios de salud, como la imposición de ciertos procedimientos médico-tecnológicos sobre las necesidades y expectativas de las mujeres.

Para entender los motivos de las muertes maternas es necesario echar una breve mirada a los dos tipos de causas:

-Muertes obstétricas directas. Son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado de embarazo, del trabajo de parto o pauperio, de intervenciones de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas. Las más frecuentes son: el aborto inducido, la hemorragia, las infecciones, el parto obstruido y la eclampsia.

-Muertes obstétricas indirectas. Son las que resultan de una enfermedad existente o de una enfermedad que evoluciona durante el embarazo; no se deben a causas directas pero son agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo. Entre las más frecuentes se encuentran aquellas enfermedades concomitantes con las anemias, malaria, hepatitis y tuberculosis, éstas se empeoran con el embarazo y el parto cuando las pacientes no reciben adecuada y oportuna atención médica. (Ministerio de Salud; 2005)

Las condiciones precedentemente descriptas se ven recrudecidas por la extrema pobreza y la situación de la mujer. Muchas veces las embarazadas entran en situaciones de riesgo debido a su deficiente estado físico, fundamentalmente nutricional, y a la carencia o insuficiencia de cuidados prenatales a los que se accede con poca frecuencia o tardíamente. A esto se suma que los procesos de desgaste del organismo y una débil salud reproductiva pueden comenzar

aún antes de nacer, continuar en la niñez y la adolescencia y persistir y agravarse durante los años reproductivos. Los problemas van desde las deficiencias vitamínicas y minerales hasta dificultades derivadas de embarazos a edades extremas, o de embarazos múltiples con intervalos intergenésicos muy breves. La falta de nutrición, las parasitosis intestinales, diversas infecciones, y trabajo físico excesivo potencian sus efectos y producen mujeres anémicas y desnutridas. En estas condiciones, los embarazos (especialmente los frecuentes) causan stress físico excesivo y psicológico que frecuentemente conducen al llamado síndrome de agotamiento materno (Asamblea por los DDHH; 1995). La condición sociocultural de la mujer de vivir en función de los demás, influye en la postergación de la búsqueda de ayuda en el cuidado de sí misma. La mujer se encuentra en último lugar para atender su salud.

Dentro de los obstáculos que encuentran las mujeres a la hora de cuidar su cuerpo cabe mencionar los siguientes:

-Económicos. Se deben a las desigualdades de orden económico y laboral de la mujer que disminuyen aún más su poder económico impidiendo el acceso a una atención de calidad.

-De género. Producto de la subordinación femenina que revierte en múltiples dificultades para que las mujeres se vean incentivadas a reclamar su derecho a la salud y a poder tomar decisiones informadas sobre la atención de su salud.

-Culturales. Los mismos se encuentran expresados en prejuicios y actitudes transmitidas generacionalmente.

-Políticos. Están identificados como la falta de voluntad política de garantizar servicios de salud que incluyan la perspectiva de género y la falta de una legislación adecuada respecto a temas como el del aborto, responsable de un elevado número de muertes de las mujeres en esas fértil. Sin embargo, también existen barreras referidas a mitos asociados a la sexualidad de la mujer que impiden que ésta goce de una sexualidad plena independientemente de sus consecuencias procreativas, así como de elegir sin coacciones preferencias sexuales. A éstas, se suman por último las barreras físicas e informativas, aquellas que impiden el acceso físico a los centros de atención en los horarios adecuados, así como la información acerca de su sexualidad. (Ramos; 1997)

De esta manera se enmarca la condición social de las mujeres, como producto de la confluencia de diversos factores. Sin embargo, la pertenencia de clase o sector social, la

subordinación y discriminación de las cuales son objeto en función de su género, determinan las probabilidades de enfermar y morir a causa de los episodios reproductivos. Las mujeres también se ven limitadas en cuanto a las oportunidades diferenciales al momento de cuidar, atender y rehabilitar su salud. Esto se debe a que existen actos discriminatorios en el área laboral, a saber: la división sexual del trabajo y su contracara, la doble jornada laboral, la desocupación y precarización laboral y sus efectos tales como la pérdida de cobertura, la ausencia de servicios integrales de salud reproductiva (en particular servicios de asistencia en anticoncepción, prevención de cáncer genito-mamario), la escasez de servicios públicos de guardería y cuidado de niños. La suma de estos factores mencionados configura una situación de alta gravedad para las mujeres de los sectores más vulnerables de la sociedad.

A modo de finalizar este breve diagnóstico cabe mencionar que las medidas implementadas desde el Estado en cuanto a de salud reproductiva son relativamente recientes. Y la desatención del Estado respecto a las demandas de anticoncepción es alarmante tanto en términos de salud pública como de respeto de los derechos humanos básicos. A pesar de que el Estado Argentino suscribió acuerdos internacionales por los cuales se comprometió a atender la salud reproductiva y la Constitución Nacional reconoce la obligación del Estado a proveer los medios necesarios para ejercer el derecho a garantizar la fecundidad, estos compromisos no han sido incluidos como prioridades en las políticas y programas de salud hasta el presente. De hecho, la misma prescindencia del Estado se observa respecto de la educación sexual y la prevención del VIH/SIDA. Las iniciativas políticas que en esa dirección intentaron desarrollarse durante los últimos años fueron desarticuladas como efecto de los reclamos y presiones de distintos grupos de la sociedad civil.

Si entendemos como omisión del Estado la tardanza con la que se sancionó la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, podríamos afirmar que esta desatención en las obligaciones del Estado significa una violación a los derechos reproductivos de la población ya que todos/as los/as ciudadanos/as tienen derecho a cuidar y atender su salud sin distinciones de ningún tipo. Sin perjuicio de ello, es necesario reconocer que tanto la tardanza de en la sanción de la ley como las falencias que aparecieron al momento de la aplicación de la misma se deben a factores culturales que difícilmente puedan cambiarse en una década, se

trata de un proceso lento, de interacciones y concientización que si bien ya ha empezado aún resta toda una cultura por modificar.

III. Antecedentes en materia de Derechos Humanos que impusieron el tema de Salud Sexual en la Agenda Estatal

A mediados del siglo XX, surgió el derecho humano a la planificación familiar, este derecho se amplió en 1974 a las parejas y los individuos en particular. La Organización Mundial de la Salud define el derecho a la planificación familiar como: *“...un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objetivo de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo social del país.”*.

De esta manera, si bien esta definición no hacía alusión a la condición de las mujeres y su sexualidad como fin en sí misma (contraria a una condición ineludible para continuar con el mandato biológico de la reproducción), sirvió de disparador, desde el punto de vista del derecho internacional de los derechos humanos, para aclarar y definir dos componentes:

- El derecho de todas las personas a un fácil acceso a la información, educación y servicios para la regulación de la fecundidad,
- El derecho de todas las personas a tomar decisiones acerca de su salud sexual y su comportamiento reproductivo.

Sin embargo, el Estado Argentino mantuvo durante el siglo XX actitudes contrarias al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer. Debido a que, al igual que otras temáticas de la agenda social del Estado Argentino, la problemática de la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos siempre estuvo profundamente marcada por desigualdades de género, sociales y generacionales. En este sentido, el silencio de las autoridades sobre salud reproductiva se debió a las restricciones normativas con relación a la planificación familiar vigentes en la Argentina desde mediados de la década del '70 hasta mediados de los '80. Por otra parte, hasta 1990 aproximadamente no hubo un debate en la sociedad que ubique en el centro de la agenda pública los intereses y los derechos de las mujeres respecto de la sexualidad y reproducción. Consecuentemente en la actualidad, la

problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se encuentra en el pasaje desde una situación homogéneamente restrictiva a otra caracterizada por cambios institucionales y aperturas ideológicas, que no siguen una trayectoria lineal.

Demos una breve mirada al recorrido histórico. En 1974 respondiendo a una general política represiva, el gobierno de Isabel Perón promulgó el decreto 659 que prohibía las actividades destinadas al control de la natalidad, control de la venta de anticonceptivos y la realización de una campaña de educación sanitaria para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas.

La Dictadura militar que le siguió usó como argumentos para perpetuar esa política que la Argentina era un país con espacios despoblados, y en 1977 promulga el decreto 3938 que aprueba los objetivos políticos de la Comisión Nacional de política Demográfica. Esta Comisión señalaba la necesidad de “eliminar las actividades de control de natalidad” pues “el cumplimiento de los objetivos de crecimiento y razones fundamentales de seguridad nacional requieren una mejor relación entre población y territorio”.(CEDES; 2002)

Esta situación real y legal se modifica en 1986 año en que el decreto 2274 del gobierno democrático de Raúl Alfonsín. El Decreto levantaba la prohibición de ofrecer servicios anticonceptivos en hospitales públicos, basándose en el reconocimiento del derecho de las parejas a decidir “con creciente libertad y responsabilidad” acerca de la reproducción y en razones de salud pública, conteniendo el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos e hijas. Así por este Decreto se estableció que, el por entonces, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación promovería acciones para mejorar la salud de la madre y el niño para fortalecer y desarrollar la familia. Asimismo, destacaba la importancia de la difusión y asesoramiento en materia de anticoncepción, a los fines de preservar la calidad de vida de la madre y el hijo/a, una familia cuidada en su salud por el Estado. Aquí se observa el reconocimiento de la salud de la mujer, pero en tanto madre, todavía en esta etapa la sexualidad de la mujer es reconocida en tanto condición procreativa, en tanto hecho meramente biológico, pero nada se menciona aún acerca de su condición de mujer desligada de la idea de familia. (CEDES; 2002)

En 1988, la Cámara de Diputados de la Nación ratificó por ley la Convención sobre todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), incorporada al texto de la Constitución Nacional en la Reforma de 1994. En el art. N° 10 de esta Convención los

Estados se comprometen a asegurar condiciones de igualdad en la educación entre hombres y mujeres, especialmente en el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia incluida la información y el asesoramiento sobre la planificación de la familia”. La primera experiencia de política pública fue llevada adelante por la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, al poner en marcha en 1988 su Programa de Procreación Responsable, dirigido a suministrar información y asistencia en anticoncepción. La Convención, que es una declaración universal de los derechos de la mujer, propone a su vez la eliminación de todas las formas de discriminación en el campo de la salud. El rol protagónico de la mujer en la reproducción, la colocan en uno de los grupos vulnerables en cuanto a salud, teniendo en cuenta además, que esa misma función es a veces causa de discriminación en muchos órdenes de su vida, tanto social, como política laboral y familiar. De una interpretación de las cláusulas de este Tratado de derechos Humanos, se concluye que el derecho a la buena salud, incluye la salud reproductiva y la atención sanitaria y el respeto al derecho a la plena participación de la mujer en el proceso de toma de decisiones tanto en su grupo familiar como social. A su vez, este acuerdo, como los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional sobre población y Desarrollo (CIPD) en 1994, contribuyeron a instalar en la agenda local la consideración de los derechos a la salud reproductiva como derechos humanos.

Años más tarde, durante los gobiernos consecutivos de Carlos Menem (1989/95-1995/99) la mencionada norma se topa con los primeros obstáculos al momento de su aplicación. El contexto del momento mostraba la falta de oferta de servicios accesibles (desde el punto de vista tanto geográfico como económico) su eficiencia y fundamentalmente el uso preventivo de los factores que aseguran la buena salud de la sociedad se deterioraron provocando el aumento de muertes materno-infantiles.

En noviembre de 1995 la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley por el cual se creaba el Programa Nacional de Procreación Responsable, uno de cuyos principales objetivos es “asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente” (art. N° 1). Sin embargo, este proyecto de ley caducó a fines de 1997 cuando la Cámara de Senadores de la Nación no le dio tratamiento.

En abril de 2001, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción al proyecto de ley que crearía el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud. Finalmente, en el año 2002, fue sancionada la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito nacional.

Ahora bien, en lo que a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires respecta, existe una Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable N°418, sancionada el 22 de junio de 2000. La misma fue, a su vez, precedida por el Decreto N° 1772/92 del Poder Ejecutivo Nacional y la ordenanza N° 47.731, los cuales establecen la financiación específica para implementar en la CABSAS el Programa de Procreación Responsable. El 13 de julio del mismo año la Ley 418 fue modificada por la Ley 439. Las modificaciones realizadas consistieron en:

- 1) Incorporar como segundo párrafo del art. 5° de la Ley 418 el texto: “Se deberán respetar sus creencias y valores”. Este párrafo especifica quiénes serán las destinatarias/os de las acciones de la Ley.
- 2) Se modifica el primer párrafo del inc. C) del art. 7° de la Ley 418, el mismo detalla los métodos anticonceptivos que serán prescriptos. La modificación corresponde a una aclaración en la redacción: se suma la categoría de “no abortivos” a la lista de anticonceptivos.
- 3) Se modifica el art. 8° de la Ley 418, éste especifica cuáles serán los nuevos métodos que aplicará la autoridad en el marco de la presente ley. El cambio consistió en agregar la aclaración de que esos “nuevos métodos” serán de “carácter reversible, transitorio, no abortivos”.

Por otra parte, la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable fue sancionada siguiendo con los postulados de las Naciones Unidas, de la Organización Mundial de la Salud, de las Convenciones Internacionales, de la Constitución Nacional y de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Y, a su vez, se corresponde con los siguientes antecedentes legales:

-Art. 39 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el mismo se reconoce expresamente la personalidad jurídica de los menores de edad, estipulando la adopción de un régimen de protección especial en lo concerniente al ejercicio de sus libertades. Al respecto dispone: “La Ciudad reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de sus derechos, les garantiza su protección integral y deben ser informados, consultados y

escuchados. Se respecta su intimidad y privacidad. Cuando se hallen afectados o amenazados pueden por sí requerir intervención de los organismos competentes...”

-En cuanto al derecho a la salud integral: Derecho a la salud sexual y reproductiva. Art. 21 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el mismo dice: “Inc. 4. Promueve la maternidad y paternidad responsables. Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos, y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos; Inc. 5. Garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio...”

-La Constitución Nacional reformada en 1994: Art. 75, Inc. 2º, del Capítulo cuarto establece la adhesión e incorporación de los tratados Internacionales de Derechos Humanos en especial en lo atinente a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación de la Mujer.

En el art. 4º inc n) de la Ley Básica de Salud N° 153 están contenidos los derechos de las personas en cuanto al ejercicio de la función reproductiva, y es en su art. 48 inc. K) donde preanuncia la necesidad de sanción de una ley de salud reproductiva y procreación responsable.

El Programa de Salud Reproductiva y Procreación responsable en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se enmarca en la Constitución Nacional Argentina, específicamente en su art. 75º, Inciso 22º, que incorpora la Convención por la Eliminación de todo tipo de Discriminación contra la Mujer y el Derecho a Salud. A partir de este postulado, el derecho a la salud que el Estado está obligado a garantizar, se basa fundamentalmente en asegurar la igualdad en el acceso a los servicios de atención primaria de la salud. Y esto importa, no sólo la cercanía física sino también la disponibilidad de provisiones, cuándo y dónde se los necesite, información sobre los métodos de anticoncepción autorizados y conocimiento de su uso eficaz, así como la información necesaria para su elección. El objetivo del Programa de La Ciudad apunta, en primer lugar, a disminuir la mortalidad materno-infantil; en segundo lugar, a prevenir embarazos no deseados, a través de la información; por último, promover la salud sexual de los adolescentes y garantizar su información y métodos anticonceptivos a todos los sectores de la población, en ello se incluye la distribución gratuita de anticonceptivos no abortivos en hospitales públicos, obras sociales,

prepagas, previa elección consensuada con el profesional. (Dirección General de la Mujer; 2000).

Así, tanto la sexualidad reproductiva como la posibilidad de que cada persona planifique su núcleo familiar se encuentran contempladas en la mencionada ley. Y si bien es cierto que la sexualidad de las mujeres, independientemente del mandato biológico, se encuentra indirectamente contemplada en el concepto de Salud Reproductiva, cabe considerar que la ausencia de una alusión específica responde no sólo a desigualdades de género sino a prejuicios sociales que tienden a estereotipar a las mujeres. Esto se evidencia en el texto de la ley, donde no se menciona explícitamente a la salud sexual de la mujer y su derecho al placer y goce de su cuerpo más allá de la condición de madre.



IV. Políticas de Salud aplicadas desde el Estado

Tomando la legislación como punto de partida y acorde con las estrategias que fueron ganando consenso en el campo de las políticas sociales, desde el Estado se propuso finalmente atender la problemática de los sectores más postergados de la sociedad y de ciertos grupos de la población particular en riesgo. La estrategia parece haberse desarrollado en el marco de la perspectiva que intentaba incluir criterios de equidad en la agenda de las reformas sectoriales en América Latina, mediante la prioridad en salud pública y la focalización de beneficios y servicios para los sectores más necesitados.

Las medidas de reforma del sector salud argentino consistieron en una serie de estrategias tendientes a la institucionalización de la salud sexual y reproductiva y la inclusión de la problemática de la mujer en las agendas públicas. En este proceso se combinó la actividad de las organizaciones no gubernamentales en la promoción de los derechos sexuales y reproductivos con la decisión de sectores de la administración pública para la sanción y promulgación de la ley. Y si bien esta ley no ha avanzado en cuanto a problemáticas como la despenalización del aborto inducido⁸, cabe destacar que ha instituido la preocupación por la salud reproductiva como una de las áreas prioritarias del sistema de salud.

⁸ Queda aún pendiente sancionar la Ley de Educación Sexual Curricular, un complemento indispensable a los fines de efectivizar las políticas de salud que apuntan a la prevención a partir del conocimiento y cuidado del propio cuerpo desde edades tempranas.

La intervención del Estado para dar solución a la problemática de la salud reproductiva, se da en un marco de inequidad social en el acceso a los métodos anticonceptivos, que se asocia a la edad y la condición social y educativa de las mujeres. En el terreno de la salud, se reconoce en el Estado la capacidad de intervención en la seguridad social, y se sostiene colectivamente la vigencia de su responsabilidad en la prestación de servicios de salud pública, especialmente en un momento en el que se observan graves procesos de deterioro social, producto de sucesivas y continuadas crisis económicas. (XAVIER; 2001).

El programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad se aplica en los sectores de ginecología, obstetricia y gabinete de adolescencia infanto-juvenil de los 20 hospitales de La Ciudad Autónoma; en el año 2003 se agregaron el Hospital Muñiz, la Maternidad Sardá y los hospitales psiquiátricos Borda, Moyano, Tobar García y Alvear. A su vez, se incluye a los médicos de cabecera y todos los centros de salud barriales, en los cuales trabajan de manera interdisciplinaria ginecólogos, trabajadores sociales, psicólogos y médicos generalizados.

Tanto en los hospitales como en los centros de salud los efectores entregan anticonceptivos hormonales, anticoncepción de emergencia, tests de embarazo y preservativos. Además, aplican DIU (Dispositivo Intrauterino) y anticonceptivos inyectables. Con respecto a estos insumos, los pedidos se realizan bimensualmente a través de dos pasantes administrativos por hospital (y encargadas y encargados administrativos en cada centro de salud) que son quienes confeccionan una planilla con el detalle de los insumos faltantes. Los materiales son entregados en la farmacia de cada hospital o centro de salud y son recibidos por una coordinadora o coordinador general. Todos los primeros jueves de cada mes se realiza una reunión con las/os efectores con el objeto de evaluar la marcha del programa en cada área.

Otro de los ejes del programa consiste en la capacitación a profesionales y la sociedad civil (delegadas y delegados de los Centros de Gestión y Participación, comedores populares, villas, etc.). Se trata de jornadas de capacitación para médicas y médicos, en base a las complicaciones que van surgiendo del contacto con las destinatarias y destinatarios del Plan. En la actualidad se está capacitando a las recepcionistas de la línea gratuita 0-800, a los fines de que puedan asistir telefónicamente a quienes se comuniquen.

Es necesario reconocer que desde el Estado están dadas las condiciones para solucionar la problemática de la salud reproductiva: la sanción de la legislación, por un lado, y los profesionales y los insumos que efectivizan su aplicación. Sin embargo, aún falta abarcar más sectores de la población, así como también concientizar tanto a profesionales como destinatarias y destinatarios del programa de que la salud reproductiva es un derecho de todas las ciudadanas y ciudadanos. Un ejemplo de ello es el hecho de que aún no haya anticonceptivos de emergencia en las guardias de los hospitales. Éstos sólo se entregan a las pacientes los días semana. Pero, al tratarse de un medicamento cuya efectividad depende de la rápida aplicación, resulta indispensable la posibilidad de poder contar con el mencionado insumo en las guardias de los hospitales. A pesar de la obviedad, las guardias no cuentan con este anticonceptivo. Esto da cuenta de que el personal de los hospitales aún no tiene internalizada la idea de que la salud sexual es un derecho y una obligación. Existen prejuicios, resquemores y fantasías en el imaginario de toda la sociedad en su conjunto, incluso los profesionales, que pueden constituirse en un importante obstáculo si se los subestima; se trata de conductas culturales que requieren ineludiblemente un cambio gradual con resultados a largo plazo, si el objetivo consiste en generar una modificación profunda y duradera.⁹

V. El impacto de las políticas de salud en la sociedad civil

(Entrevistas en profundidad a mujeres de entre 28 y 60 años del barrio de La Boca)

La instalación de la temática de salud reproductiva como tema de agenda estatal no data de mucho tiempo, con lo cual la puesta en práctica de aquellas consignas plasmadas en la Constitución pueden verse modificadas una vez que se enfrentan a la compleja red social de cada contexto. Así, las políticas de salud aplicadas desde el Estado repercuten de diversas maneras en la población, para conocer estas diversas manifestaciones decidí acercarme a las mujeres, establecer un contacto directo con las destinatarias y los destinatarios de las medidas aplicadas. El método consistió en la realización de entrevistas en profundidad con mujeres de entre 28 y 60 años, todas residentes de una zona de bajos recursos en el barrio porteño de

⁹ La información detallada es esta sección del trabajo pertenece a una elaboración propia en base a los datos proporcionados en una entrevista a la Coordinadora del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Doctora Eugenia Cualli de Trumper.

La Boca. Las entrevistas fueron ejecutadas en un lapso de diez encuentros distribuidos en dos veces por semana, una hora y media de duración cada visita aproximadamente.

Asimismo, para la elaboración de las preguntas se partió de la siguiente hipótesis: las políticas de salud aplicadas desde el Estado tienen menor impacto en los sectores vulnerables de la sociedad, debido a que la información llega de manera deficiente.

A medida que las entrevistas avanzaban, el clima de intimidad se iba asentando y las entrevistadas sentían la confianza suficiente como para contar su historia. El primer concepto que apareció con claridad entre charla y charla fue el de la información, en este sentido la hipótesis que había guiado el cuestionario en su etapa de elaboración fue refutada: todas las mujeres entrevistadas conocían las variedades de anticonceptivos, ante lo cual nombraron casi de memoria una lista de métodos y la metodología de aplicación de los mismos. La misma situación se dio con respecto al VIH/ SIDA, las formas de prevención y contagio. También estaban informadas acerca de cómo prevenir un embarazo –aquí explicaron que un **hombre** fue quien les explicó cómo cuidarse- y sabían que es conveniente acudir regularmente al médico para realizarse controles ginecológicos pertinentes. Dos de ellas tenían DIU colocado y comentaron que se realizan controles médicos cada tres meses. Cabe aclarar que a pesar de la información con la que contaban, ninguna de ellas tenía menos de 6 hijos. Una de ellas esperó hasta tener su quinto hijo para ponerse el DIU.

Ahora bien, las entrevistadas conocían los métodos anticonceptivos, la enfermedad del SIDA y sus formas de contagio, al igual que todas concurrían a las/os profesionales del centro de salud del Hospital Argerich para realizarse los controles ginecológicos necesarios. Sin embargo, en ningún momento reconocieron su sexualidad, la sexualidad femenina, como una instancia de placer, desligada totalmente del mandato biológico, es decir, reconociéndose por fuera de la condición de madres que nos atraviesa a todas las mujeres.

Otro de los temas que transversalizó la entrevista fue el miedo. Algunas chicas no acuden al hospital o al centro de salud porque temen a la figura de autoridad que representa la/el profesional, los prejuicios se transmiten de boca en boca, así como también una imaginativa variedad de mitos acerca de cómo son los análisis. La experiencia de una de las entrevistadas ilustra este hecho: “Yo estaba en la fila esperando para que me hagan análisis y las chicas de

la cola decían que te ponían un tubo por ahí abajo y que dolía un montón. Di media vuelta y me fui a mi casa y nunca más volví”.

Existen rumores, sí, pero aún así cuando las pacientes acuden a los centros de salud y se les informa, persisten las conductas de no cuidado del propio cuerpo. “Le conté a la psicología que había ido por fin a atenderme al hospital. Ella me dijo que por fin me había ocupado de mi. Cuando le dije que había por que me dolía el brazo se enojó”, contó entre risas la más joven de las entrevistadas (28 años).

Si bien las entrevistas realizadas forman parte de una primera etapa en el marco de un trabajo de campo, que culminará con la comparación entre distintos sectores de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se pudo arribar a las siguientes conclusiones:

-Las medidas tendientes a solucionar la problemática de salud son relativamente tempranas. Llevan un tiempo breve de implementación, con lo cual es factible toparse con falencias propias de la complejidad social y la corta experiencia estatal en este tipo de políticas de salud. Por otra parte, muchas/os profesionales no transmiten en un lenguaje simple, sencillo y comprensible las patologías a las/os pacientes. Imponen distancia y no escapan a los prejuicios y resquemores que aún se encuentran arraigados en la sociedad. Consecuentemente, las personas se sienten inhibidas y no se atreven a pedir una explicación de la enfermedad que presentan o el medicamento que deben comprar. Finalmente, terminan consultando a vecinas/os, familiares, amigas/os, etc., realimentando la cadena de desinformación. Aquí entra en juego quiénes son los agentes que informan acerca de la prevención de embarazo, ETS, SIDA. Por ejemplo, en el caso de que sea un varón quien les explique a las mujeres, es claro que no tendrá la misma repercusión que una charla de “mujer a mujer”.

-En medio de un contexto de crisis, desocupación e indigencia, donde la planificación a largo plazo se vuelve dificultosa dada la incertidumbre económica que atraviesa la sociedad, es difícil pretender una planificación de la sexualidad, menos probable aún a través de una legislación. En los sectores vulnerables, donde la crisis afectó más crudamente, la decepción es diaria así como también lo son la falta de ingresos, la desnutrición; convivir de manera constante con estas dificultades no construye una conciencia de optimismo entre las personas necesariamente. Y esa imposibilidad de representarse a futuro es la que impide la planificación en todas las áreas, no sólo en el plano de formar una familia. A su vez, en este

marco de crisis económica y exclusión social existe una determinada jerarquización de la maternidad, la cual constituye una de las causas del embarazo adolescente. En tanto ser madre simboliza una forma de inserción en la sociedad, implica una responsabilidad y un ideal de realización personal, ideales enquistados en el imaginario social.

-En la sociedad persiste, a pesar de la instalación en la agenda estatal de los temas que aquejan directamente a las mujeres, un dejo de discriminación a la mujer. Aún reciben un trato desigual en el ámbito laboral cuando son madres y deben ausentarse por período de lactancia, cuando no existen guarderías o simplemente cuando sufren acosos sexuales en un contexto de abuso de poder. Estas conductas continúan reproduciéndose en el seno de la sociedad y, si bien indudablemente se están instalando nuevos debates en la sociedad, la discriminación continúa y las mujeres siguen sin reconocerse como ciudadanas con la misma oportunidad de acceso a los derechos que los varones, aún permanece una desvalorización de nosotras mismas que es perpetrada en cada intercambio dentro de la sociedad, una cultura de descalificación compulsiva también propiciada por los medios de comunicación, creadores de consenso en las sociedades. Es necesario que las mujeres hagamos un proceso interno a modo de reconocernos como sujetos activos de esta historia, y a través de nuestros cuerpos materializar nuestra existencia, nuestra presencia y nuestra posibilidad de modificar la cultura.

VI. Conclusión

La implementación de la políticas de salud en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es reciente, no obstante cabe destacar que significa un puntapié inicial para atender desde el Estado problemáticas que anteriormente eran ignoradas. Respecto a la aplicación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el ámbito del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es necesario tener en cuenta que las condiciones para su aplicación y efectivización están dadas. Tal vez la tarea más difícil consista en concientizar a la población –tanto profesionales como pacientes- con respecto a los derechos que disponen, conocerlos y exigirlos. Asimismo, se hace imprescindible una correcta capacitación a los equipos de salud que contenga la perspectiva de género en el sentido de reconocer las

desigualdades existentes en la sociedad y las problemáticas específicas de las mujeres derivadas de ello.

De esta manera, los objetivos de las políticas de salud deberían apuntar a:

- Revalorizar la importancia del componente afectivo en la vida de varones y mujeres, así como también las relaciones más allá de la pareja.
- Favorecer un mayor conocimiento y relación con el propio cuerpo, como elemento de autoestima y autocuidado de la salud.
- Propiciar la comunicación en la pareja y en la vida familiar, promoviendo relaciones equitativas y horizontales dentro del hogar destacando el respeto a las personas cualquiera sea su género o edad.
- Promover en la pareja criterios equitativos y conductas de responsabilidad compartida, tanto en cuanto a la procreación y el cuidado de la descendencia, como frente a la decisión y empleo de métodos anticonceptivos y de prevención de ETS.

Específicamente, en el caso de las mujeres, los derechos reproductivos y sexuales deben ser entendidos como derecho a disfrutar de una sexualidad no necesariamente procreativa; decidir si se quiere tener hijas/os, su número y oportunidad; tener conocimientos que permitan decidir en forma libre e informada; no ser discriminadas social o laboralmente por tener hijas/os; y contar con protección médica, jurídica y legal contra la violencia y los abusos sexuales, médicos y tecnológicos en materia de salud reproductiva.

Ahora bien, el acceso a estos derechos depende en gran medida de las condiciones políticas, económicas y sociales en que se toman las decisiones las cuales deberían apuntar a que las mujeres desarrollen las necesidades de autonomía y elijan y decidan por y para ellas.

No obstante, reconocer socialmente ese poder de elección, basado en actividades consideradas obligatorias para la mujer, debe contar con políticas encaminadas a su bienestar y ser compartidas por varones y mujeres. Una política de género sólo puede sustentarse en estrategias de desarrollo con equidad si incluye al conjunto de la sociedad y, simultáneamente, reconoce la necesidad de generar un cambio radical en la cultura que revalorice a la mujer y su autonomía para decidir sobre su propio cuerpo. La problemática de la salud sexual y reproductiva no está referida únicamente al aspecto médico y económico sino que se

constituye en la puerta de acceso a una nueva dimensión más liberada y placentera del ejercicio de la sexualidad de las mujeres.

VI. Bibliografía

-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (2005): *El libro de la Salud Sexual y Reproductiva y la Procreación Responsable en la Argentina. Política-Programa-Herramientas*, en el marco del Plan Federal de Salud, Buenos Aires.

-Ramos, Silvina (1997): “Salud: aspectos epidemiológicos y sociodemográficos. La salud reproductiva en la Argentina: dimensiones epidemiológicas y socio-demográficas”, en *Nuestros Cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, foro por los derechos reproductivos, Buenos Aires.

-Asamblea permanente por los Derechos Humanos, comisión de la mujer y sus derechos (1995): *Los derechos Reproductivos son derechos humanos*, Fundación Ebert, Buenos Aires.

-Dirección general de la Mujer, Secretaría de Promoción Social (2000): *Salud Sexual y reproductiva. Temas de actualización Legislativa*, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

-Centro de Documentación y estadística de la Ciudad de Buenos Aires

-GOGNA, Mónica (coordinadora) (2004): *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile. Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*, editorial CEDES, BID, Buenos Aires.

-Unidad de Desarrollo medioambiental y Sociedad Sustentable. Región América Latina (2001): *Salud Reproductiva Rural en la Argentina*, Banco Mundial, Buenos Aires.

-XAVIER, Mónica (2001): “Estrategias, derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”, Partido Socialista del Uruguay-Encuentro Progresista-Frente Amplio, Montevideo, República Oriental del Uruguay.

-Centro de Estudios de Estado y Sociedad, área Salud, Economía y Sociedad (2002): “Salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: Salud pública y derechos humanos”, CEDES, Buenos Aires.