

UNIVERSIDAD TORCUATO DI TELLA

Departamento de Ciencia Política y Estudios Internacionales

De Ginebra a Clorinda

El efecto del federalismo argentino en la implementación de tratados internacionales:

el caso de la aplicación de la CEDAW en la Argentina

Alumna: Nadia Rozental

Tutor: Catalina Smulovitz

Firma del tutor

Junio 2009

1. Introducción

“El tratado internacional lleva una doble vida. De día es una criatura de ley internacional que establece reglas sustantivas y procedimentales sobre las cuales los estados deben operar. De noche sin embargo el tratado lleva una vida más doméstica. En su encarnación doméstica el tratado es una criatura de la ley nacional obteniendo su fuerza de la orden constitucional que el estado nación le otorgó.” Duncan Hollis¹

En los últimos años Argentina ha participado en las principales conferencias referidas a temáticas de población desarrollo y protección de los derechos de las mujeres. En 1994 participó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo y en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer llevada a cabo en Beijing, de donde surgieron documentos tales como el Programa de Acción de la CIPD Plataforma de Beijing, que apuntan al respeto y promoción de los derechos de las mujeres. En 1994 el Estado Argentino también adhirió a la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés).² La ratificación de este tratado implicaba que el Estado Argentino se comprometía a ajustar sus políticas públicas domésticas a las directivas globales establecidas por las Naciones Unidas en la CEDAW y a la Plataforma de Beijing (1995).³

¹ Hollis D. B. , “Executive Federalism: Forging New Federalist Constraints on the Treaty Power” California Law Revue, California, 2005-2006, págs. 1327-8

² Tratado que luego de la reforma Constitucional de 1994 adquirió rango constitucional

³ Lopreite, D. “Transnational activism and the Argentinean women’s movement: Challenging the gender regime?” texto no publicado, pág. 1

¿Cuál ha sido la vida de este tratado en la Argentina? ¿Fue adoptado y adaptado a la legislación doméstica? ¿Se adaptaron o crearon políticas en virtud de su incorporación al plexo normativo nacional? ¿Produjo algún resultado mensurable? La literatura jurídica manifiesta que los tratados internacionales verifican importantes modificaciones al momento de ser incorporados a la legislación doméstica. Hollis señala que este proceso pone en evidencia la existencia de una doble vida de los tratados, una que se manifiesta en legislación internacional y otra que se despliega en la adaptación que los mismos sufren al ser incorporados a la legislación doméstica.

El objetivo de esta tesis es analizar qué sucede con estos procesos de traducción cuando los tratados son adoptados en países federales, en los cuales las jurisdicciones provinciales también tienen atribuciones para legislar los contenidos y las formas de su implementación. En otras palabras, el objetivo es analizar si en países federales los tratados internacionales adquieren una tercera vida producto de las traducciones que realizan las jurisdicciones provinciales. Y, si ese fuera el caso, qué consecuencias tiene este doble proceso de traducción en la realización de los derechos que los mismos protegen.

A fin de estudiar este doble proceso de traducción, esta tesis analiza las distintas vidas que adquirió el acuerdo CEDAW, al que Argentina adhirió en 1996. El trabajo estudia la forma en que dicho tratado fue interpretado primero en la legislación y política pública federal y luego las formas que adquirieron sus traducciones en la legislación y política pública provincial. En particular, analiza las consecuencias de este largo recorrido en las políticas de salud sexual y reproductiva de cuatro provincias argentinas (Formosa, Río Negro, Santa Fé y Jujuy) y evalúa el impacto de estas traducciones locales en las tasas de mortalidad materna provinciales.

2. Sobre la Triple Vida de los Tratados: federalismo, tratados internacionales y políticas públicas nacionales

En esta sección consideraremos algunos de los rasgos salientes de la CEDAW, así como algunas de las características que presenta la incorporación de esta convención al cuerpo legal doméstico de Argentina. Antes de ello, es necesario hacer algunos comentarios introductorios en relación a los tratados que, en general, afectan a los derechos de género.

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994 se estableció que los derechos reproductivos no constituían un derecho humano internacional nuevo sino que estos eran un derecho humano ya universalmente acordado y se exhortó a los Estados participantes a garantizar la salud reproductiva⁴ de sus ciudadanos.⁵ La CEDAW fue recién adoptada y abierta a la firma y ratificación o adhesión por la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1979 y entró en vigor en septiembre de 1981. Desde entonces se ha constituido como uno de los documentos principales que velan por los derechos de la mujer, instando a los Estados parte a “[tomar] en todas las esferas, y en particular en las esferas política social, económica y cultural todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer con el objeto de garantizarle el

⁴ Se definió “salud reproductiva” en el Párrafo 7.2 como “un estado general de bienestar físico mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos. Ello lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros eficaces aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia así como a otros métodos de su elección para la regulación de su fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a tener acceso a los servicios de atención de la salud que propicien los embarazos y los partos sin riesgos. La atención de la salud reproductiva incluye la salud sexual cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales.” Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979

⁵ En el marco de esta conferencia el representante argentino declaró que respecto a lo expresado en el Párrafo 7.2 y fundándose en el carácter universal del derecho a la vida la República Argentina “no puede admitir que en el concepto de "salud reproductiva" se incluya el aborto ni como servicio ni como método de regulación de la fecundidad. CONF.171/13: Informe de la CIPD, 1994

ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre.”⁶

En relación a los derechos reproductivos y sexuales, el artículo 12 de la Convención estipula que “los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.” De este modo se asigna al Estado la responsabilidad de garantizar los derechos reproductivos de sus ciudadanos. La Convención también establece que se “garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”⁷ y el acceso a “servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia”⁸ Asimismo, se insta a los Estados Parte a presentar informes regulares al Comité conformado a partir de la Convención⁹ a fin de mostrar de qué manera lo establecido en este documento está siendo implementado. Durante sus sesiones, el Comité considera los reportes presentados por cada Estado parte y presenta sus preocupaciones y recomendaciones a modo de observaciones.¹⁰ En 1999 el conjunto

⁶ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979, artículo 3

⁷ *Ibidem* arts. 1 2 y 12

⁸ *Ibidem* arts. 1 y 14

⁹ “Con el fin de examinar los progresos realizados en la aplicación de la presente Convención se establecerá un Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (denominado en adelante el Comité) compuesto en el momento de la entrada en vigor de la Convención de dieciocho y después de su ratificación o adhesión por el trigésimo quinto Estado Parte de veintitrés expertos de gran prestigio moral y competencia en la esfera abarcada por la Convención. Los expertos serán elegidos por los Estados Partes entre sus nacionales y ejercerán sus funciones a título personal; se tendrán en cuenta una distribución geográfica equitativa y la representación de las diferentes formas de civilización así como los principales sistemas jurídicos.” *Ibidem*, art. 17, inciso 1

¹⁰ Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights
<http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/index.htm>

de países que componen las Naciones Unidas adoptaron el Protocolo de la CEDAW, el cual permite a las mujeres en forma individual recurrir a este organismo ante la violación de cualquiera de los derechos reconocidos por la Convención.

Los tratados internacionales de protección de la salud sexual y reproductiva a los que ha adherido la Argentina son de orden *declarativo*. Es decir, no es posible penalizarla en caso de no cumplir con los mismos. Sin embargo, dichos tratados implican un compromiso de implementación que debería evidenciarse en la instrumentación de políticas públicas o programas, así como en resultados concretos.

Al inicio de la restauración democrática la República Argentina dio los primeros pasos para alejarse de las prohibiciones que existían en relación a los controles de natalidad (establecidas por el decreto 659/74). Así, en 1985, el Congreso Argentino adhirió a la Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, en su denominación inglesa) y en 1986 aprobó el Decreto N°2274 que derogaba el mencionado decreto 659/74. En dicho decreto se estableció también que se promoverían políticas públicas para mejorar la salud de la madre y el niño, y en 1987 se creó la Subsecretaría de la Mujer. Finalmente, en el año 2006, y luego de años de intensos debates, el Estado argentino ratificó el protocolo opcional de la CEDAW.

La interpretación de lo acordado en la CEDAW a la legislación doméstica argentina puede encontrarse en la Ley Nacional de Salud Reproductiva aprobada en el 2002. Dicha ley creó el Programa Nacional de Educación Sexual y Reproductiva. Entre sus objetivos se encuentra:

- 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
- disminuir la morbi mortalidad materno-infantil
- prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes

- garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable
- potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.¹¹

Sin embargo, y dado que las leyes nacionales requieren de la adhesión de cada gobierno provincial, cada provincia ha elaborado también una interpretación de la Ley Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos. Como veremos el texto de las leyes refleja interpretaciones diferentes de la ley nacional lo cual a resultado a su vez en la desigual aplicación de lo establecido para la política pública nacional. Si bien la disminución en la tasa de mortalidad materna no es atribuible al impacto de una única política ni a la mera ratificación de un tratado, en este trabajo analizaremos si la ratificación del tratado y las políticas locales instrumentadas produjeron algún cambio en las tasas de mortalidad materna provincial.

Antes de considerar el impacto y los resultados de estos tratados en la política pública nacional y provincial, resulta oportuno considerar algunas cuestiones relacionadas con la traducción de los acuerdos internacionales a la legislación doméstica.

Al respecto, Germán Bidart Campos señaló que la “cuestión de derechos humanos ha dejado de ser – y ya no es más – una cuestión que se recluya en la jurisdicción reservada y exclusiva del Estado. Es una cuestión de jurisdicción concurrente y compartida entre la interna de cada estado (bien que no reservada ni exclusiva) y la internacional.”¹² Esta intersección entre el derecho interno y el derecho internacional supone imponerle a los Estados parte “que tales derechos se hagan efectivos en su jurisdicción interna.” La intersección aparece en tanto en el derecho interno debe hacerse efectivo aquello que el Estado se comprometió en el derecho internacional. Sin embargo,

¹¹ Ley 25.673: Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 2002

¹² Bidart Campos, G., “La interpretación de los derechos humanos en la jurisdicción internacional y en la jurisdicción interna” en Actas del V Congreso Iberoamericano de Derecho constitucional D.F., México, 2001, págs. 90-95

el problema aparece porque la decisión respecto de los parámetros según los cuales el tratado internacional se aplicará queda en el ámbito local.¹³ Argumentos similares a los avanzados por Bidart Campos pueden encontrarse en Raúl González Schmal quien sostiene que los tratados de derechos humanos son “un instrumento que, penetrando en el derecho interno, tienen como finalidad:

- a) lograr efectividad y aplicación de la jurisdicción interna
- b) investir dentro de ella de titularidad de derechos a cuantas personas forman parte de la población de esos estados o están sometidas a su jurisdicción
- c) crear obligación y responsabilidad internas – además de las internacionales concomitantes – en orden a la aludida efectividad y aplicación de sus normas y a la recíproca necesidad de ajustar las internas y las internacionales.”¹⁴

Cabe preguntarse, sin embargo, ¿cómo se crean obligaciones y responsabilidades internas cuando aquellos encargados de implementarlas tienen también autonomía normativa? ¿En otras palabras, cómo se crean obligaciones y responsabilidades locales en Estados federales?

La literatura referida a los procesos de descentralización ha estudiado los dilemas referidos a las formas en que las políticas públicas nacionales se traducen al ámbito provincial. Tulia Falleti, por ejemplo, ha analizado el impacto del federalismo en los procesos de descentralización fiscal y la forma en que esto afecta las relaciones entre las provincias.¹⁵ En su análisis de las políticas sociales urbanas Magdalena Chiara también hace hincapié en las consecuencias que en estas tuvo el *proceso* de descentralización. Su texto señala que “la reducción del Estado nacional implicó un replanteo de sus campos de actuación con la consecuente transferencia de funciones a los niveles subnacionales

¹³ *Ibidem*

¹⁴ González Schmal R. “Federalismo, democracia y el derecho internacional de los derechos humanos. Una Propuesta de integración” D.F., México, 2007. Disponible en <http://www.bibliojuridica.org>

¹⁵ Falleti, Tulia G., “Federalismo y Descentralización Educativa en Argentina”, *El Federalismo electoral argentino: sobrerrepresentación, reforma política y gobierno dividido en Argentina*, Ed. Ernesto Calvo y Juan Manuel Medina, Buenos Aires, Argentina, EUDEBA, 2001, p. 207

(*descentralización*) y el desplazamiento hacia el mercado de funciones relativas a la provisión de bienes y prestación de servicios, antes en manos del Estado (*privatización*). Desde aproximadamente mediados de la década de los 90, la reforma del Estado se ha ido desplazando a los niveles subnacionales (provincias y municipios), los que cuentan con una menor tradición de reforma administrativa aunque son instancias críticas para el ejercicio de las funciones transferidas y para la reconstrucción de la legitimidad del Estado reformado.”¹⁶

Estos trabajos analizan el impacto que tuvo la descentralización fiscal de los años 90 sobre la creación e implementación de políticas públicas. En este apartado queremos observar, en cambio, el impacto del modelo federal en el proceso de incorporación de estos tratados a la legislación doméstica. Consideremos entonces lo argumentado por varios autores que han investigado el tema.

En su clásico libro sobre federalismo en América Latina, “*Federalism and Democracy in Latin America*”, Edward Gibson destacaba que “la *federalización* como descentralización política ha dado mayor protagonismo a los gobiernos subnacionales y actores políticos ha exacerbado la importancia de la representación territorial en instituciones políticas nacionales y ha distribuido poder y recursos entre los diferentes niveles de gobierno”¹⁷. Y en relación a la implementación de políticas públicas establecidas en tratados internacionales, Ariel Dulitzky ha argumentado que las características del federalismo han jugado en contra del cumplimiento de obligaciones por parte de los estados. En particular ha señalado que “varios países han intentado ampararse en su estructura federal para limitar los efectos internos de la ratificación de tratados de derechos humanos o para restringir el alcance de sus responsabilidades internacionales. Paralelamente, autoridades locales han pretendido desatenderse de las obligaciones que les corresponden argumentando que los tratados han sido ratificados por el gobierno federal y no por el estadual y por ende no deben cumplir con los mismos. Por supuesto que no puede excluirse que existan circunstancias en las que la estructura federal permite que la protección de los

¹⁶ Chiara, M. “Políticas Sociales Urbanas”, Buenos Aires, Argentina, 2008

¹⁷ Gibson E., *Federalism and democracy in Latin America*, JHU Press, Baltimore, Maryland USA, 2004, p. 2

derechos humanos sea mayor o mejor a nivel local que a nivel federal.”¹⁸ Se desprende entonces, que según este autor, la estructura federal del Estado es uno de los obstáculos para la distribución pareja de los derechos establecidos en tratados internacionales.¹⁹

Por su parte, la Asociación de Derechos Civiles (ADC) sostiene en un trabajo sobre la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina que los programas de salud sexual y reproductiva se aplican de manera desigual. A partir de entrevistas a integrantes del Programa Nacional y a los responsables de la implementación del mismo en las Provincias y la Ciudad de Buenos Aires, la ADC pudo verificar que no se han firmado los convenios indicados por la norma y que tampoco se han realizado las transferencias de fondos del tesoro nacional hacia las jurisdicciones locales.”²⁰ Asimismo, un documento elaborado por el CoNDeRS (Consortio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos), indica que “tanto particularismos culturales y religión, como contexto socioeconómico, prácticas políticas arcaicas e incluso dificultades geográficas, afectan diametralmente la posibilidad de encaminar en forma unificada e igualitaria el mencionado programa nacional” y concluye que “la implementación de todos los aspectos contemplados en la norma federal, no parece resultar tan simple.”²¹

Con el antecedente de estas dificultades consideremos a continuación cual ha sido el proceso de implementación de estos tratados en la legislación provincial argentina.

¹⁸ Dulitzky, A., “Federalismo y derechos humanos. El caso de la Convención Americana sobre derechos humanos y la República Argentina”, Anuario Mexicano de Derecho Internacional, Vol. VI, D.F., México, 2006, págs. 210-212

¹⁹ *Ibidem*

²⁰ Kohen, B., Alonso, E.; Aisenstein, M.; Finoli, M.; Segarra, A., “Derechos sexuales y reproductivos en Argentina: La exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos”, CoNDers, Buenos Aires, Argentina, 2008, p.50

²¹ *Ibidem*

3. Análisis comparativo entre provincias

¿Cuál es el estado de situación de los programas de salud reproductiva en las provincias argentinas? La tabla que sigue especifica qué provincias crearon algún programa referido a la salud reproductiva y el año en el que lo hicieron.

Tabla 1. Programas de salud reproductiva según provincia y año de sanción de ley

	Provincia	Sanción	Ley que crea el Programa de:
1	Ciudad de Buenos Aires	1986 2000	Procreación Responsable Salud Reproductiva y Procreación Responsable
2	Río Negro	1987-1996	Salud Reproductiva y Sexualidad Humana
3	La Pampa	1991	Procreación Responsable
4	Tucumán	1994	Salud Reproductiva
5	San Juan	1996	Salud Reproductiva
6	Mendoza	1996	Salud Reproductiva
7	Chaco	1996	Salud Reproductiva y Salud Sexual
8	Córdoba	1996	Procreación Responsable
9	Corrientes	1996	Salud Reproductiva y Sexual
10	Neuquén	1997	Salud Sexual y Reproductiva
11	Misiones	1998	Planificación Familiar Integral ¹
12	Jujuy	1999	Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual
13	Chubut	1999	Salud Sexual y Reproductiva
14	Provincia de Buenos Aires	1999	Sexualidad Responsable-componente salud ²
15	La Rioja	2000	Salud Reproductiva
16	Tierra del Fuego	2000	Salud Sexual y Reproductiva
17	Santa Fe	2001	Maternidad y Paternidad Responsable

Fuente: Meng, G., “Ley de salud sexual y procreación responsable argentina: ¿una política de género?”, en Petracci M. y Ramos S. “La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia” Buenos Aires, Argentina CEDES, 2006, pág.97

El “Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva” elaborado por Gloria Schuster y Mariana García Jurado muestra que “de las veinticuatro provincias argentinas diecisiete han sancionado leyes de salud reproductiva dos cuentan únicamente con una adhesión a la ley nacional y cinco no tienen

norma en la materia. Las provincias que sólo han sancionado una ley de adhesión al programa nacional son Santa Cruz y La Rioja, mientras que Catamarca, Formosa Santiago del Estero, Tucumán y San Juan²² carecen de norma específica. Dado que la provincia de Salta sancionó su Ley de Sexualidad Responsable en el año 2003, la misma no fue incluida en el estudio realizado por estas autoras.

La Tabla 2 muestra que existe una importante variabilidad en las tasas de mortalidad materna entre provincias

Tabla 2. Tasas de mortalidad materna según jurisdicción de residencia de la madre

JURISDICCIÓN DE RESIDENCIA DE LA MADRE	Nacidos Vivos	Muertes maternas	Tasa de mortalidad materna
REPÚBLICA ARGENTINA	700.792	336	4,4
Ciud. Aut. de Buenos Aires	42.737	14	3,3
Buenos Aires	263.343	98	3,7
Catamarca	6.969	5	7,2
Córdoba	53.963	8	1,5
Corrientes	18.982	14	4,7
Chaco	19.173	18	6,3
Chubut	9.213	2	2,2
Entre Ríos	20.985	12	3,3
Formosa	11.241	18	13,3
Jujuy	12.469	6	4,8
La Pampa	5.336	6	11,2
La Rioja	6.138	8	13,0
Mendoza	33.000	15	3,9
Misiones	21.639	18	8,3
Neuquén	11.022	7	5,4
Río Negro	11.214	4	3,6
Salta	24.808	18	7,3
San Juan	14.254	15	7,0
San Luis	8.265	5	4,8
Santa Cruz	5.276	1	1,9
Santa Fe	50.644	17	3,2
Santiago del Estero	16.634	7	4,2
Tucumán	28.765	19	6,6
Tierra del Fuego	2.551	0	-

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Anuario Estadísticas Vitales. Diciembre 2008.

Es importante mencionar que las tasas de mortalidad materna publicadas por los

²² Schuster G. García Jurado M. “Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva en Petracci M. y Ramos S. “La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia” Buenos Aires Argentina CEDES 2006 p. 19

organismos oficiales reflejan en general tasas inferiores a las reales, pues son producto de un subregistro que, según expertos, puede variar entre el 30% y el 50%, en especial cuando las muertes corresponden a ingresos hospitalarios por complicaciones atribuibles a abortos.²³

A fin de analizar si las diferencias en la aplicación de lo acordado en la CEDAW impactan sobre los niveles de mortalidad materna, hemos decidido concentrar el análisis en cuatro provincias: Río Negro, Santa Fe, Salta y Formosa. La selección de las mismas esta basada en el siguiente criterio: una provincia cuyo programa es avanzado, una que presenta un programa intermedio, una cuyo programa es limitado y finalmente una provincia que no ha reglamentado tratado. Río Negro presenta un *programa avanzado*, ya que la política provincial tiene un abordaje integral del problema que reconoce la incidencia de la historia personal, las creencias particulares y la perspectiva de género en la provisión de información y asesoramiento. La política trata conceptos amplios que permiten abordar aspectos psico-sociales de la salud reproductiva, regula con carácter facultativo la educación sexual, y apunta a garantizar a todas las personas el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Santa fe cuenta con un *programa intermedio*, puesto que presenta una política orientada hacia la protección de los grupos más desprotegidos y de riesgo, ha sancionado leyes específicas para acceder a la contracepción quirúrgica y ha dejado sin efecto la asignación del arzobispado como miembro del Consejo Asesor. Sin embargo la política desarrollada en Santa Fe es más restrictiva que la de Río Negro a la hora de tratar la protección de los derechos de los incapaces, ya que requiere la intervención de su representante legal. Jujuy cuenta con un *programa limitado* que se caracteriza por no proveer detalles sobre cómo se llevarán a cabo las acciones de promoción de la salud sexual y reproductiva y se encuentra restringida a la planificación de nacimientos en el ámbito de la familia. Como veremos con mayor detalle, la provincia establece que el obispado es el coordinador del programa y plantea que la educación sexual es “optativa”. Finalmente, Formosa no presenta política alguna.

²³ “Derechos humanos de las mujeres: asignaturas pendientes del estado argentino” Contra informe presentado por un grupo de ONGs al Comité de la CEDAW para la sesión de agosto 2002, p.20

Consideraremos a continuación las características principales de estos programas en cada una de las provincias seleccionadas:

Río Negro

La ley de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana de Río Negro fue sancionada en 1996. Es por lo tanto una ley sancionada con anterioridad a la creación de la Ley Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de 2002. La ley de Río Negro asegura a los habitantes “(...) el ejercicio de manera libre, igualitaria, informada y responsable de los derechos reproductivos (...)” incluida “(...) la realización plena de la vida sexual (...) la libre opción de la maternidad y paternidad (...) la planificación familiar voluntaria y responsable (...)” entre sus objetivos (artículo 2º).²⁴ Asimismo, Río Negro es una de las tres provincias²⁵ que incluye dentro de los objetivos de su programa la “aplicación de métodos de contracepción quirúrgica tales como ligadura de trompas de Falopio y vasectomía (...)”²⁶ con el objetivo de prevenir embarazos no deseados. De acuerdo a la ley estos métodos de contracepción se deben ofrecer de manera gratuita en los establecimientos médico-asistenciales públicos y privados.

Además, la ley de Río Negro hace múltiples referencias a la comunicación, educación y programas de difusión, incorporando al Ministerio de Educación en la implementación de esta ley. La Secretaría de Comunicación de la provincia de Río Negro presenta también información diaria sobre ciclos, talleres y jornadas de capacitación sobre esta temática. En 1997 se creó dentro del Ministerio de Familia de Río Negro el Consejo Provincial de la Mujer. Este consejo se enmarca dentro de lo planteado en la CEDAW, pues se “establece entre sus metas principales eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer asegurar la igualdad de oportunidades erradicar la violencia contra la mujer e incorporar la perspectiva de género en las políticas

²⁴ *Ibidem*

²⁵ Junto con Neuquén y Tierra del Fuego

²⁶ Pcia. de Río Negro, Ley número 3059, artículo 3º, inciso “c”

públicas.”²⁷ Este Consejo lleva a cabo talleres de reflexión y capacitación en Sexualidad Humana.

Santa Fe

Como mencionamos previamente la Ley de Maternidad y Paternidad Responsable de Santa Fe se encuentra en un nivel intermedio. Su contenido incluye normas cuyas actividades se detallan ampliamente y se aseguran partidas presupuestarias para su ejecución.²⁸ El objetivo principal de la Ley de Maternidad y Paternidad Responsable de Santa Fe, sancionada en 2001 es, como su nombre lo indica, “promover la maternidad y paternidad responsables (...) en el marco del reconocimiento del derecho a la vida desde la concepción.”²⁹ La ley Santafesina establece que “previo a la implementación del método elegido las/los beneficiarias/os recibirán la información y asesoramiento sobre la opción que quedará registrada mediante el consentimiento informado. En todos los casos se respetará la autodeterminación”³⁰ Asimismo, la ley santafesina establece la creación de consejos asesores encargados de reglamentar la ley. Cabe mencionar también que “la provincia de Santa Fe dejó sin efecto el decreto que nombraba dos representantes (uno por el arzobispado de Santa Fe y otro por Rosario) para conformar el Consejo Asesor.”³¹

Además se ha aprobado recientemente la posibilidad de acceso a métodos de anticoncepción quirúrgicos (ligadura de trompas de Falopio y vasectomía.)³² En cuanto a sus aspectos negativos debe notarse que si bien la ley de Santa Fe promueve la participación de los padres en la medida de lo posible la ley establece restricciones cuando se trata de pacientes con deficiencias mentales quienes requieren de la

²⁷ <http://www.familia.rionegro.gov.ar/> visitada el 20/4/2009

²⁸ Schuster G., García Jurado M. *op.cit.* p.41

²⁹ Ley de Maternidad y Paternidad Responsable de Santa Fe 2001 Artículo 2º inciso a

³⁰ *Ibidem* art. 6

³¹ Schuster G. García Jurado M. *op.cit.* p. 32

³² *Ibidem* p. 37

intervención de un representante legal.³³

En los últimos años han trascendido varios casos de muertes maternas como resultado de abortos clandestinos en dicha provincia. Esta temática se hizo presente en la escena pública cuando el 1° de marzo de 2009, ante la muerte de dos mujeres como resultado del aborto clandestino, el diario “La Capital” de Rosario publicó un artículo titulado “Es polémico e ilegal pero en Rosario se aborta por 4 mil pesos.”³⁴ Este noticia muestra historias individuales de mujeres en Rosario que revelan las consecuencias de la falta de aplicación de las políticas de salud sexual y reproductiva contempladas en el programa provincial.

Jujuy

El Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual de Jujuy fue sancionado en 1999. En comparación con programas de otras provincias este programa es el más escueto y menos detallado. Excluye programas relacionados con la sexualidad y se restringe a la planificación de nacimientos en el ámbito de la familia.³⁵

Es importante mencionar que el programa convoca al obispado para asesorar y coordinar las acciones a desarrollar. Si bien plantea como parte de sus objetivos “educar a la comunidad en general, en particular a las familias, los jóvenes hombres y mujeres sobre maternidad y paternidad responsable, el autocuidado de la salud integral y el cuidado de la salud de los niños desde su concepción”³⁶ la ley jujeña estipula al mismo tiempo que “los padres o representantes legales de los menores podrán mediante nota dirigida a la autoridad escolar excusarse de enviar a los mismos a las clases donde se

³³ Ley de Maternidad y Paternidad Responsable de Santa Fe 2001 artículo 7°

³⁴ Vilche L. y Langone E. “Es polémico e ilegal pero en Rosario se aborta por 4 mil pesos” Diario La Capital 1/3/2009

³⁵ Schuster G. García Jurado M. *op.cit.* p. 21

³⁶ Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual de Jujuy 1999 art. 2 inciso a

desarrollen temas de educación sexual.³⁷” La cláusula tiene por objeto privar el acceso a una educación igualitaria y dando lugar a ciudadanos que no cuentan con el conocimiento básico sobre por ejemplo cómo prevenir embarazos no deseados. La ley jujeña asigna al Ministerio de Bienestar Social en conjunto con el Ministerio de Educación y Cultura de la provincia la responsabilidad por “la capacitación de educadores y profesores a los efectos de que se incorpore al currículum a través de los contenidos disciplinarios y transversales temáticas referidas a la educación para la salud y la sexualidad.” Sin embargo, el portal online del Ministerio de Salud jujeño no da cuenta de ningún proyecto llevado a cabo en el marco de esta ley y no incluye entre sus “temas de salud” alguno vinculado con la mujer la sexualidad o la reproducción.³⁸ El sitio Web del Ministerio de Educación no se encuentra habilitado a la fecha de esta investigación.³⁹

En un artículo publicado en el diario “Página 12” el 26 de Enero de 2007 titulado “Jujuy: el aborto como una ruleta rusa”⁴⁰ se señala que la mortalidad materna de la provincia triplica el promedio nacional y que la principal causa de la misma son los abortos clandestinos. El artículo caracteriza a la muerte materna por causa del aborto como “un problema que no se detiene –porque en el norte del país no se termina de aplicar, igual que en otras provincias, también de raigambre conservadora, el reparto eficaz, gratuito y consecuente de anticonceptivos - o porque hacen falta medidas más drásticas para garantizar la salud de las mujeres que quieren –y, de hecho, lo realizan hoy en día aun poniendo en riesgo su propia vida– interrumpir un embarazo.” En ese mismo artículo la socióloga Susana Checa, integrante del Comité del Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (Conders), declara que “Lo que sucede en Jujuy es un fuerte llamado de atención a las autoridades nacionales y provinciales para generar políticas más activas” Checa, quien visitó Jujuy a fin de verificar el cumplimiento de la ley que tiene que hacer llegar los anticonceptivos a las mujeres de todo el país señaló que

³⁷ *Ibidem* art. 4

³⁸ <http://www.msaludjujuy.gov.ar/> visitada el 24/4/2009

³⁹ <http://www.mejujuy.gov.ar/> visitada el 22/4/2009

⁴⁰ Peker, L., “Jujuy: el aborto como una ruleta rusa” *Página 12*, 26/1/07

“En Jujuy la pobreza es muy alta y eso influye en la falta de recursos educativos y simbólicos. En las áreas rurales se tiene poco acceso a la información y a los anticonceptivos. También influye una cultura patriarcal muy arraigada en donde difícilmente las mujeres tomen decisiones autónomas y la oposición de los sectores católicos y conservadores al reparto de anticonceptivos”. El artículo también describe que en el hospital de la Capital de Jujuy se internan a 2800 mujeres por año debido a abortos incompletos. El jefe de la Unidad de Obstetricia del Hospital Soria, Ricardo Cuevas alertó que “la mayoría muere en la sala de terapia intensiva”. La utilización de sondas intrauterinas, tallos de perejil o permanganato de potasio (una pastilla que es utilizada como desinfectante) son los métodos clandestinos e inseguros que generan infecciones y hemorragias en las mujeres. “Muchas no sobreviven. En algunos casos no podemos ni operarlas porque llegan en un estado en el que no se puede hacerles ni una anestesia”, declaró Cuevas. Por su parte, Eugenia Trumper, integrante del Comité Científico de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción, afirmó que: “Hubo una disminución, a nivel país, de la mortalidad materna. Pero, en algunos lugares, persisten altos niveles de desinformación y prejuicios culturales que atentan contra la anticoncepción. Igualmente, si tenemos la ley y los insumos es desconcertante e inexplicable que sigan creciendo las muertes de mujeres”.⁴¹

Formosa

Como vimos en la tabla 2, las tasas de mortalidad materna en Formosa se encuentran entre las más elevadas del país. El jefe del sector Ginecología y Obstetricia del gobierno de esta provincia Oscar Federico señaló que “en Formosa tenemos doce distritos con igual número de hospitales pero tenemos un solo hospital –de la Madre y el Niño– que puede atender una complicación de aborto”.⁴² El portal provincial del Ministerio de Salud no hace mención de tema alguno relacionado con la salud

⁴¹ Ibídem

⁴² Ibídem

reproductiva y sexual y sólo pueden encontrarse en el datos del 2003 de mortalidad materna según departamentos para el 2003.⁴³

La provincia no ha aplicado ninguna ley o programa que adhiera a lo establecido en el Programa Nacional. Y si bien el Plan de Inversión de la Provincia declara que en el 2009 se llevará a cabo una inversión en el área de salud de 20 millones de pesos argentinos monto que se multiplicaría en los próximos años, el plan no especifica los medios por los que se completará el objetivo declarado de “reducir en 3 cuartas partes la mortalidad materna hasta ubicarse en 3,55 por mil por nacidos vivos.”⁴⁴

Respecto de la mortalidad materna, la documentación sostiene que “en principio, el 100% de esas muertes son evitables dado que sus dos causas principales - abortos provocados y condiciones adversas de parto y post-parto – pueden ser resueltas con un manejo médico adecuado. Las condiciones sanitarias que ayudan a reducir la mortalidad materna son la realización del parto en establecimientos asistenciales, los que a su vez deben estar concentrados para que allí se produzca un número significativo de nacimientos”. Esta situación no siempre es posible en Formosa, donde, en 2004, el 92,6% de los nacimientos se produjeron en establecimientos asistenciales. Este constituye el menor porcentaje de nacimientos en establecimientos asistenciales del país, que registra una media de 97,5%. El documento también señala una relación entre las mayores tasas de mortalidad materna y los distritos con menor cantidad de partos atendidos. Situación que parece difícilmente abordable, dada la distribución y densidad poblacional.”⁴⁵

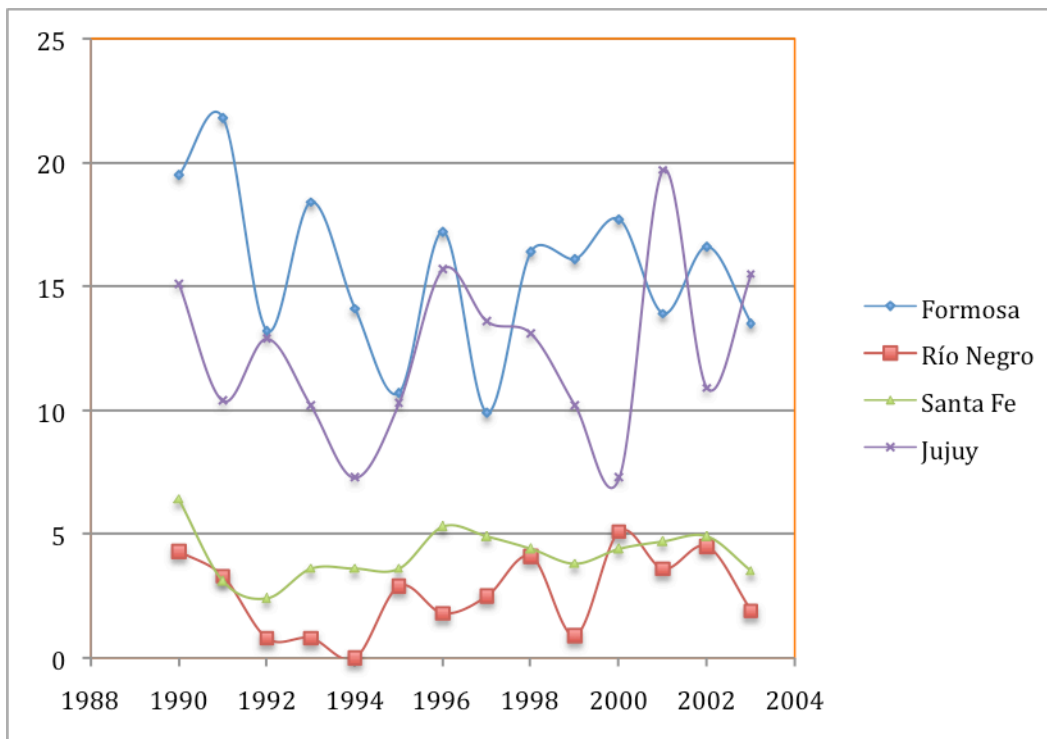
Consideremos a continuación la evolución que ha tenido la mortalidad materna en las provincias seleccionadas (Tabla 3)

⁴³ <http://www.formosa.gov.ar/> visitada el 30/3/2009

⁴⁴ Plan de inversiones Formosa 2015 www.formosa.gov.ar/formosa2015/

⁴⁵ *Ibíd*em

Tabla 3. Evolución de las tasas de mortalidad materna cada 10.000 nacidos vivos en provincias seleccionadas (años 1990-2003)



Fuente: Elaboración propia sobre la base de Anuario 2003 de Estadísticas Vitales presentado por el Ministerio de Salud de la Nación

El gráfico permite observar que las tasas de mortalidad materna en las provincias seleccionadas han sido muy erráticas. Si bien Río Negro y Santa Fe muestran tasas de mortalidad consistentemente más bajas que Formosa y Jujuy, todas las provincias muestran variaciones en sus tasas. Estos datos permiten constatar entonces que si bien existe una desigualdad significativa en las políticas orientadas al cuidado de la salud de las mujeres en las provincias seleccionadas la existencia de las mismas no parece tener efectos visibles en la modificación de las tasas de mortalidad materna. Las provincias que tenían tasas más bajas ya las tenían antes de la implementación de políticas orientadas al cuidado de la salud materna y reproductiva y las provincias que presentaban tasas más altas antes de la instrumentación de dichas políticas continúan mostrando tasas altas y mejoras imperceptibles. Y si bien las tasas más bajas de mortalidad materna

corresponden a aquellas provincias que tienen programas mas avanzados, y las provincias que tienen tasas mas altas a aquellas con legislación y política mas incompleta. El grafico también muestra que no se registran cambios relevantes en ningún caso a partir de la fecha en que se empezaron a aplicar los programas.

¿Por qué los programas mencionados no han dado los resultados esperados ? No es este el lugar para abordar estos interrogantes sin embargo es posible conjeturar que

- a) los programas no han tenido el tiempo necesario para establecerse y mostrar resultados
- b) los programas no han sido puestos en practica de manera adecuada
- c) el diseño de los programas es inadecuado y poco efectivo.

En cualquier caso, solo un análisis más pormenorizado de los resultados puede llevar a obtener conclusiones que sirvan de guía para corregir los cursos de acción seguidos hasta el día de hoy.

Cap. 4: Conclusiones

Encontramos de este modo dos resultados empíricos a destacar. En primer lugar, observamos que se registra una variación en el contenido de las políticas provinciales orientadas a la atención de la salud reproductiva. Estas variaciones permiten constatar la existencia de la tercera vida de los tratados y que dichas políticas adquieren rumbos diferentes a partir de las decisiones de los gobiernos locales. Vimos que en provincias como Río Negro se contemplan en forma amplia las necesidades y servicios requeridos para garantizar los derechos reproductivos de las mujeres, mientras que en otras como Jujuy estos derechos se encuentran más constreñidos. La federalización que, según lo señalado por Gibson, da mayor protagonismo a los gobiernos subnacionales y actores políticos y exacerba la importancia de la representación territorial en instituciones políticas nacionales⁴⁶, puede tener entonces, un efecto que impide la realización de aquello que estipulan los tratados internacionales. Observamos que la legislación subnacional no garantiza de igual forma la protección de los derechos y priva a las ciudadanas de determinadas provincias el acceso a derechos que según legislación internacional ratificada por el Estado argentino les correspondería.

El segundo resultado empírico es menos claro. En el trabajo **no** pudimos establecer la existencia de una relación entre la calidad de los programas de salud sexual y reproductiva provinciales y la evolución de los niveles de mortalidad materna provincial.

¿Qué indican estos resultados acerca del impacto que pueden tener los compromisos que toman los países en el campo del derecho político internacional? Dado que como vimos el sistema político doméstico determina desigualdades en la protección de los derechos de la población, cabe preguntarse si existen estrategias que pueden mitigar los efectos del sistema federal en el cumplimiento de estos tratados.

La 11va sesión del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, llevada a cabo durante mayo y junio de 2009, dedicó una jornada entera a la discusión de los derechos de las mujeres. La preocupación principal que expresaron los oradores fue la

⁴⁶ Gibson, E., *op. cit.*, pág. 2

necesidad de encontrar métodos para expandir el cumplimiento y seguimiento lo acordado en el seno de la organización y en particular en la CEDAW. El Presidente del Consejo de Derechos Humanos, Martin Ihoeghian Uhomobhi, remarcó la necesidad de institucionalizar el seguimiento de tratados como la CEDAW en el espacio formal de este órgano de las Naciones Unidas. La Alta Comisionada de Derechos Humanos, Navanethem Pillay, señaló la necesidad de que todos los estados firmen y ratifiquen los tratados de respeto de los derechos humanos de la mujer. Y mencionó también la resolución 6/30⁴⁷ del Consejo de Derechos Humanos, que insta a todos los estados a cumplir con sus obligaciones internacionales.

En relación a la legislación nacional que debería de garantizar la implementación de los tratados, Pillay afirmó que en todas las regiones del mundo puede encontrarse legislación que genera desigualdad en la protección de los derechos humanos. Por ese motivo, introdujo un nuevo mecanismo para el seguimiento de la aplicación de los tratados en los diferentes países. Este mecanismo implica una adaptación de las revisiones periódicas universales⁴⁸ que ya cuenta la implementación de los tratados referidos a derechos de las mujeres. El mecanismo propuesto establece que los diferentes Estados Miembros deberán exhibir en ese ámbito los avances llevados a cabo en su legislación nacional. Por su parte, Yakin Ertürk, Relatora Especial sobre Violencia contra la Mujer, mencionó que los Estados tienen la responsabilidad explícita de generar legislación adecuada para el cumplimiento de los mismos. Ertürk reconoce que el no cumplimiento de estos tratados tiene que ver con el modo en que los diferentes gobiernos interpretan lo acordado en el ámbito internacional e informó acerca de las graves consecuencias que tienen las políticas públicas guiadas por principios alternativos a la protección de los derechos de las mujeres contemplados en la legislación internacional.

La Relatora Especial también planteó la posibilidad de que los estados, por medio

⁴⁷ Resolución 6/30 del Consejo de Derechos Humanos, 14 de diciembre 2007

⁴⁸ La revisión periódica universal es un proceso que implica la revisión de la situación de los 192 Estados Miembros del Consejo de Derechos Humanos una vez cada cuatro años. Se trata de un proceso llevado a cabo por los estados mismos, y provee la posibilidad para que cada uno de ellos declare qué acciones están llevando a cabo para cumplir con sus obligaciones referidas a la protección de los derechos humanos en sus territorios.

de legislaciones vagas, los estados estén mostrando sus verdaderas intenciones de no llevar a cabo lo estipulado.

¿Qué resultados puede esperar entonces la comunidad internacional de los tratados que se escriben y se presentan a adhesión y ratificación? Pramila Patten, miembro del Comité de la CEDAW, intervino en esta jornada y mostró su apoyo hacia el nuevo mecanismo de seguimiento de lo establecido por esta Convención. Mencionó que dichos reportes podrían resultar en modelos exportables de un país al otro, y generar mejores prácticas.

Sin embargo, en ninguna de las intervenciones se tuvo en cuenta que una misma legislación puede ser aplicada desigualmente en un mismo país dada la autonomía normativa de algunos distritos. En consecuencia parece necesario que futuras discusiones tengan en consideración los efectos de los sistemas políticos de cada Estado en la implementación de los acuerdos firmados.

Cabe preguntarse finalmente si para resolver estas cuestiones alcanza con extender la presión que sobre los estados ejercen organizaciones de la sociedad civil. Al respecto Débora Lopreite señala que movimientos sociales, internacionales y locales han puesto el tema de la protección de los derechos reproductivos en la agenda política. Las organizaciones locales como : Asociación de Especialistas Universitarias en Estudios de la Mujer (ADEUEM), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM Argentina), Fundación para estudio e investigación de la mujer (FEIM) , Instituto social y político de la mujer (ISPM), Feministas en Acción, Asociación Mujeres en Acción, y Centro de estudios legales y sociales (CELS) han elaborado “informes sombra”, alternativos a los presentados oficialmente por el Estado Argentino al Comité de la CEDAW desde su adhesión a la misma.⁴⁹ Estos informes analizan en detalle la situación de las mujeres en la Argentina y han puesto de manifiesto las deficiencias que se presentan en el sector de la salud y en las políticas referidas a los derechos reproductivos de las mujeres. También han mencionado la desigualdad en la protección de estos derechos en distintos sectores del territorio.

⁴⁹ Lopreite, D., *op.cit.*

En contraste con las respuestas que ha provisto el gobierno argentino, los “informes sombra” de los organizaciones de mujeres han puesto énfasis en la desigualdad que presenta el respeto de los derechos reproductivos en las provincias, y el rol que aún juegan en ellas las viejas políticas demográficas. El informe sombra presentado en la 16ma sesión del Comité de Derechos Humanos, en Octubre del 2002 en Ginebra, señala que “el gobierno de la República Argentina no difundió ni consideró las recomendaciones efectuadas por el Comité de Derechos Humanos en el año 2000, por lo que éstas siguen teniendo plena vigencia. En aquella oportunidad, el Comité de Derechos Humanos había señalado que

- ‘Preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite’, en aquellos casos en que existe un claro riesgo para la vida o la salud de la madre o cuando el embarazo resulta de la violación de una mujer con discapacidad mental.
- ‘El Comité también expresa su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado’ y recomendó que el Estado argentino tome medidas para aplicar a nivel nacional legislación similar a la sancionada en la Ciudad de Buenos Aires en julio de 2000, ‘gracias a la cual se dará asesoramiento sobre planificación familiar y se dispensarán contraceptivos con objeto de ofrecer a la mujer verdaderas alternativas’.⁵⁰

Estos grupos de activistas han llevado sus reclamos a esferas alternativas, como organismos internacionales, desde las instan al gobierno argentino, así como a los gobiernos subregionales, a incorporar aquello establecido por la CEDAW. Si la labor de estas organizaciones puede tener un rol en la realización de la tercera vida de los tratados internacionales será, sin embargo, una cuestión que merece ser analizada en un trabajo futuro.

⁵⁰ Contra informe presentado por un grupo de ONGs al Comité de la CEDAW para la sesión de agosto 2002, *op. cit.*, pág. 25

Bibliografía utilizada

Libros

- Ernesto Calvo y Juan Manuel Medina, *El Federalismo electoral argentino: sobrerrepresentación reforma política y gobierno dividido en Argentina*, Buenos Aires, Argentina, EUDEBA, 2001
- Gibson E., *Federalism and democracy in Latin America*, JHU Press, Baltimore, Maryland, USA, 2004

Artículos

- Hollis D. B. “Executive Federalism: Forging New Federalist Constraints on the Treaty Power” *California Law Revue*, California, 2005-2006
- Lopreite D. “Transnational activism and the Argentinean women’s movement: Challenging the gender regime?”, texto no publicado
- Bidart Campos G. “La interpretación de los derechos humanos en la jurisdicción internacional y en la jurisdicción interna” en *Actas del V Congreso Iberoamericano de Derecho constitucional* D.F México 2001
- González Schmal R. “Federalismo democracia y el derecho internacional de los derechos humanos. Una Propuesta de integración” D.F. México 2007
- Chiara M. “Políticas Sociales Urbanas” Buenos Aires Argentina 2008
- Dulitzky A. “Federalismo y derechos humanos. El caso de la Convención Americana sobre derechos humanos y la República Argentina” *Anuario Mexicano de Derecho Internacional* Vol. VI D.F. México 2006
- Kohen B. Alonso E.; Aisenstein M.; Finoli M.; Segarra A. “Derechos sexuales y reproductivos en Argentina: La exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos” *CoNDers* Buenos Aires Argentina 2008
- CEDES, “La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia”, Buenos Aires, Argentina, 2006
- World Health Organization (WHO), “Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems”, 2003
- Center for Reproductive Rights “Safe and Legal Abortion is a Woman’s Human Right”, 2004

Legislación

- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), 1979
- LEY 25.673: Ley nacional de salud sexual y procreación responsable Argentina 2002
- Ley número 3059 Provincia de Río Negro 1996
- Ley de Maternidad y Paternidad Responsable de Santa Fe 2001
- Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual de Jujuy 1999
- Plan de inversiones Formosa 2015
- Resolución 6/30 del Consejo de Derechos Humanos Naciones Unidas Ginebra 14 de diciembre 2007

Informes

- Conferencia 171/13: Informe de la CIPD (94/10/18)
- “Promoción y protección de todos los derechos humanos civiles políticos económicos sociales y culturales incluido el derecho al desarrollo. Reporte de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer Yakin Ertürk” A/HRC/11/6/Add.5, 27 de Mayo de 2009

Páginas web

- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cedaw/index.htm>
- <http://www.familia.rionegro.gov.ar/>
- <http://www.msaludjujuy.gov.ar/>
- <http://www.mejujuy.gov.ar/>
- <http://www.formosa.gov.ar/>

Artículos periodísticos

- Vilche L. y Langone E. “Es polémico e ilegal pero en Rosario se aborta por 4 mil pesos” *Diario La Capital* 1/3/2009
- Peker L. “Jujuy: el aborto como una ruleta rusa” *Página 12* 26/1/07

Estadísticas

- Anuario 2003 de Estadísticas Vitales presentado por el Ministerio de Salud de la Nación
- Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de salud. Anuario 2008