

Derechos sexuales y reproductivos en la Argentina 2003-2006: agenda pública y ciudadanía.

Mónica Petracci.

Cita:

Mónica Petracci (2007). *Derechos sexuales y reproductivos en la Argentina 2003-2006: agenda pública y ciudadanía*. VII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-106/352>

Derechos sexuales y reproductivos en la Argentina 2003-2006: agenda pública y ciudadanía

Mónica Petracci

Dra. Universidad de Buenos Aires en Ciencias Sociales. Investigadora Instituto Gino Germani (FCS-UBA) e Investigadora Asociada Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES.

petracci@cedes.org

INTRODUCCIÓN

La decisión de analizar el estado de la opinión pública sobre derechos sexuales y reproductivos obedece a motivos de diversa índole. En primer lugar, ambos campos comenzaron a expandirse ininterrumpidamente desde la restauración de la democracia. El segundo motivo está ligado a mi historia profesional y académica, ya que el relevamiento sistemático de información y el análisis de la opinión pública sobre los derechos sexuales y reproductivos forma parte de una línea de trabajo –primero con énfasis en VIH/sida– que vengo desarrollando desde los años noventa, y con mayor fuerza a partir de 2000 en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

El objetivo del artículo es describir y comparar la opinión pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires en 2003, 2004 y 2006. La determinación del alcance geográfico y temporal se debió, por un lado y desde lo metodológico, a la disponibilidad de datos comparables en cuanto al fraseo de las preguntas y, por otro, a la expansión de la presencia del tema en las agendas pública y política.

A esta introducción sigue una parte destinada al escenario político y social de la política pública. Si bien el ámbito del estudio es la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos, la comprensión del proceso político remite permanentemente al nivel nacional. Luego se presentan los lineamientos metodológicos, el análisis de los datos, las conclusiones y la discusión. El propósito es reflexionar sobre los hallazgos en el marco de la investigación social.

LA POLÍTICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN LA ARGENTINA 1983-2006

El proceso político y social que desembocó en la política llamada de derechos sexuales y reproductivos se desarrollará haciendo énfasis en la sanción de la ley nacional y de las leyes provinciales, y en los actores sociales que participaron en esos procesos.

La ley nacional 25673/02 y las leyes provinciales

La política pública actualmente llamada de salud y derechos sexuales y reproductivos se inició con la restauración de la democracia. En 1986, tres años después de esa apertura, se derogaron los decretos pronatalistas del gobierno de Isabel Perón¹ y de la dictadura militar² –cuyos argumentos se basaban en el bajo índice de crecimiento poblacional y la necesidad de cubrir

espacios despoblados respectivamente— al tiempo que en la Ciudad de Buenos Aires en 1987 se formalizaba como política pública una iniciativa pionera, el Programa de Procreación Responsable.³

Paulatinamente, desde 1986 a la fecha, se pasó desde un monolítico contexto de restricciones y silencios, como consecuencia de la histórica actitud refractaria del Estado y la fuerte presión de la Iglesia Católica, a otro en el cual los derechos sexuales y reproductivos adquirieron una creciente visibilidad pública, se los reconoció como derechos humanos, y fueron incorporados a la agenda política de las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales. También guiaron cambios institucionales y programáticos orientados por el principio de autodeterminación en las decisiones sobre sexualidad y reproducción en diversos niveles de la política pública, y tanto su promoción como la garantía de su ejercicio fueron demandados al Estado.

El recorrido para alcanzar esa situación no fue lineal. Hubo avances y retrocesos, períodos de quietud por las conquistas logradas, seguidos de zozobra, y otros de movilización muy activa y propositiva. Tuvieron que transcurrir siete años, desde 1995 a 2002, hasta contar con una ley nacional, la ley 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. El primer proyecto de ley tuvo media sanción en la Cámara de Diputados en 1995, perdió estado parlamentario en 1997, logró una nueva media sanción de la Cámara de Diputados en 2001 y, finalmente, con la aprobación de la Cámara de Senadores fue sancionada el 30 de octubre de 2002. La publicación de la reglamentación de la ley en el Boletín Oficial requirió siete meses más.⁴

Las leyes provinciales, algunas inclusive sancionadas antes que la nacional, tuvieron otros recorridos marcados por sus historias y culturas políticas. El impulso más contundente para la sanción de esas leyes provino de la reforma de la Constitución Nacional en 1994. Todas las leyes provinciales, excepto la de La Pampa, son posteriores a esa fecha. Cabe recordar que durante el debate por la reforma, un tema sexual y reproductivo ocupó un lugar en la agenda pública como consecuencia del intento del ex Presidente Carlos Menem de introducir en la futura Constitución un artículo que garantizara “el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural”, que finalmente no fue aceptado por los constituyentes. Pero también la ley nacional 25673/02 propició la sanción de leyes provinciales ya que invita a adherir a sus disposiciones a las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.⁵

La Pampa en 1991 sancionó la primera normativa cuyo contenido corresponde al concepto de derechos sexuales y reproductivos. Córdoba en 1996, ley que fue vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo con el argumento de una deficiente técnica legislativa, luego fue derogada y se sancionó una nueva ley en 2003. Mendoza en 1996. Corrientes en 1996, ley muy restringida en sus objetivos y acciones, que fue ampliada en 2004 a través de otra que incorporó el suministro de anticoncepción. Chaco en 1996, ley que recibió el veto del Poder Ejecutivo y finalmente, fue aprobada con modificaciones ese año. Río Negro en 1996, norma sustituida en 2000 por la ley 3450/00. Neuquén en 1997. Jujuy en 1999. Chubut en 1999. Ciudad de Buenos Aires en 2000. Tres fueron los puntos principales de conflicto en el debate parlamentario: la objeción de

conciencia, los derechos de los adolescentes, y el listado de métodos anticonceptivos. La Rioja en 2000, la ley tuvo veto parcial del Poder Ejecutivo y finalmente fue derogada en 2003. Tierra del Fuego en 2000. Santa Fe en 2001. San Luis en 2002. Buenos Aires en 2003, ley vetada por el Poder Ejecutivo a través del decreto 938/03 que derogó tres artículos: el que facultaba a la autoridad de aplicación a “...dictar los reglamentos necesarios para hacer efectivos cada uno de los objetivos” (Art.5 d); el que disponía que las autoridades educativas de gestión privada, confesionales o no, debían dar cumplimiento al programa (Art.7), y el de invitación a las municipalidades de la provincia a adherir a la ley (Art.9). Entre Ríos en 2003. Santa Cruz también en 2003. Salta en 2004. Santiago del Estero en 2005.

Las jurisdicciones con una legislación más completa se encuentran en las regiones pampeana y patagónica. A esas regiones pertenecen distritos pioneros en el trabajo sobre estos temas, como Ciudad de Buenos Aires y Río Negro, respectivamente. Por otro lado, aún hoy hay provincias que continúan sin ley. Si bien es cierto que algunas disponen de decretos u otro tipo de disposiciones, o bien de programas con una implementación exitosa, carecen de ley las provincias de San Juan, Catamarca, Tucumán, Formosa y Misiones.

Las leyes de salud reproductiva a nivel nacional y provincial, así como disposiciones similares a nivel municipal pueden contribuir a garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, en tanto constituyen marcos normativos que orientan las prácticas de los prestadores públicos y privados, consagran derechos y establecen responsabilidades del Estado y de la sociedad civil. No obstante, el grado de implementación de cada una de estas disposiciones es muy disímil debido a que en muchas ocasiones los programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar recursos humanos asignados a los servicios, compra de anticonceptivos y actividades de promoción, así como también obstáculos institucionales e ideológicos para llevar adelante acciones de este tipo (Cesilini y Gherardi 2002). Tanto la nación como las provincias sancionaron otras leyes acerca de esta temática como las referidas a alumnas embarazadas, adolescentes embarazadas, violencia, derechos de niños y niñas, etc. Aún así, como ejemplo de la persistencia de posiciones ideológicas contrapuestas, tres provincias sancionaron, continuando con una medida inaugurada por el presidente Menem en 1998, leyes de defensa del niño por nacer: Mendoza (ley 7349/05), Salta (ley 7357/05) y San Juan (ley 7593/05).

Durante todo ese período, los científicos sociales estuvieron presentes e hicieron un aporte mediante el análisis de debates parlamentarios y del contenido de leyes en particular y comparadas, de las opiniones de los actores involucrados, de los monitoreos y evaluaciones de políticas (Petracci y Ramos 2006).

Los actores sociales

La legislación, las políticas públicas y la jurisprudencia que afectan los derechos sexuales y reproductivos de la población son el resultado de las orientaciones y los conflictos políticos e ideológicos, las negociaciones y los

acuerdos entre los legisladores, los funcionarios públicos y los jueces. Pero también en ese escenario confluyen las acciones de otros actores sociales y políticos: los organismos regionales e internacionales; los partidos políticos; las instituciones y los profesionales de la salud; las organizaciones de la sociedad civil; la academia y los investigadores.

Sin embargo, es al movimiento de mujeres al que le cabe haber colocado en la escena pública, en consonancia con la movilización internacional producida en el marco de las Conferencias de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Mujer (Beijing, 1995), la discusión de los derechos sexuales y reproductivos. El énfasis de esas conferencias estuvo puesto –en lugar de las metas demográficas del paradigma biomédico– en el derecho de las personas a la información y los servicios de salud reproductiva, y la igualdad de género en el control autónomo del cuerpo. Las estrategias y las acciones del movimiento de mujeres se constituyeron, en términos de Fraser (1993), en un “contra-público” subalterno y activo, que operó como un espacio de repliegue contradiscursivo para preparar actividades públicas dirigidas a la ciudadanía. Por formar parte, siguiendo a Fraser, de los “públicos débiles” cuyas prácticas deliberativas consisten exclusivamente en la formación de opiniones, y no en la toma de decisiones, su incidencia sustantiva en el debate público se vio demorada, cuando no relegada, hasta que fue considerada “de interés” por algún sector integrante de los “públicos fuertes”, más asociados a la representación parlamentaria. No obstante, las integrantes de ese colectivo trabajaron para dar luz y contenido a leyes, declaraciones, solicitadas, consensos de expertos, programas, materiales de difusión, manifestaciones públicas en apoyo de cambios legales y programáticos, campañas y presentaciones judiciales, cuyos objetivos fueron promover la autodeterminación sexual y reproductiva. Desde esa perspectiva, el movimiento de mujeres trazó un recorrido que facilitó crear el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS),⁶ que nuclea un conjunto de organizaciones dedicadas al monitoreo de la ley nacional 25673/02.

La comunidad médica ejerce un papel central en el debate público sobre estos temas. A semejanza de otros actores mencionados, también sus actitudes y comportamientos resultan clave en tanto mediadores entre las decisiones de la población sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud del Estado. En nuestro país, sin embargo, el papel de la comunidad médica tuvo ribetes difusos en la esfera pública y un perfil más bajo del que cabría esperar, sobre todo, en aquellas coyunturas en las que el discurso médico podría haber adquirido un peso decisivo como en el debate sobre aborto en ocasión de la reforma de la Constitución Nacional. El bajo involucramiento de ese sector profesional en los debates sociales así como en el diseño de normativas –sean éstas legislativas o programáticas– ha sido una constante. Ese comportamiento político contrasta fuertemente con las opiniones de los médicos ginecólogos y obstetras sobre el alto grado de relevancia de la salud reproductiva para la salud pública que relevaron las investigaciones sociales (Ramos *et al* 2001). Un ligero cambio se produjo respecto de la implementación de los contenidos de la ley nacional. El 20 de junio de 2003 doce sociedades profesionales y científicas expresaron públicamente, a través de una solicitada publicada en los diarios

Clarín y *La Nación*, su apoyo a la Ley Nacional y a los objetivos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.⁷

El contexto de fondo del debate social y las negociaciones políticas sigue siendo la lucha entre concepciones restrictivas, ligadas a la Iglesia Católica, y las que defienden la libre elección sexual y reproductiva como derecho humano básico, y promueven el compromiso indelegable del Estado de respetar, proteger y hacer cumplir ese derecho. Los sectores conservadores y la Iglesia Católica han sido históricamente refractarios a cualquier cambio en este terreno. Las presiones que ejercieron han condicionado el debate legislativo, y también, más recientemente han intervenido en el campo judicial a través de la promoción de amparos tendientes a impedir la implementación de estas políticas, tanto a nivel nacional como provincial. Del mismo modo, esas presiones se manifestaron en casos judiciales referentes al acceso a la ligadura tubaria,⁸ la interrupción del embarazo en casos de fetos anencefálicos,⁹ y casos de violación.¹⁰

Durante el período mostrado en el cual la temática sexual y reproductiva se soltó de las riendas que la mantenían sujeta y en silencio, y actores sociales, como los mencionados, comenzaron a alzar su voz, también estuvo presente en tapas, notas, suplementos y entrevistas en los medios de comunicación. En esos ámbitos, un conjunto de periodistas –principalmente mujeres– adquirió un sólido compromiso político, no necesariamente sostenido por los medios en los que se desempeñan, y se capacitó a través de un intercambio permanente con los investigadores. Estrechamente vinculado a la presencia de estos derechos en los medios masivos se encuentra el crecimiento de la investigación de opinión pública, la publicación de los sondeos, y la difusión de sus hallazgos. Desde el primero realizado en 1994, los datos evidenciaron un consenso contundente de la ciudadanía (Petracci 2004). En ese año, el Consejo de la Mujer, como parte de un programa de medición sistemática de la opinión de las mujeres bajo el supuesto de que los hallazgos favorecerían la formulación de políticas basadas en el conocimiento de las necesidades de la ciudadanía, y guiarían el diseño de una estrategia comunicacional con perspectiva de género, realizó una encuesta de opinión sobre salud reproductiva en general y aborto voluntario a doscientas mujeres residentes en el Área Metropolitana.¹¹ Son interesantes las reflexiones de una integrante de ese Consejo sobre las dificultades que acarrearón los intentos de cambio: “La propuesta que el Consejo [...] abrió en 1991 dejó asentado un precedente no sólo del tipo de política sino también del grado de coherencia y autonomía que requiere un espacio en el Estado, aún cuando eso implique enfrentar a otros sectores de gobierno y ponga en riesgo su propia sobrevivencia” (Sanchís 1998: 85).

La experiencia política en el escenario descrito conformó una red de solidaridades, sin duda no exenta de diferencias, que permitió construir el actual, sensiblemente mejor del que disponíamos a mediados de los años ochenta. No obstante, permanece el desafío de eliminar las brechas de clase en el acceso y la calidad de la atención ofrecida, y entre la formulación de los derechos y su apropiación subjetiva.

METODOLOGÍA

En esta sección se presentan los lineamientos metodológicos generales (diseño; tipo de datos analizados; unidades de análisis) y específicos (fichas técnicas de cada estudio).

Lineamientos generales

Diseño: descriptivo. De acuerdo a la clasificación de Babbie (1996:132-133) de las investigaciones según la dimensión temporal, se trata de un estudio longitudinal formado por tres estudios transversales. Para el autor, es posible extraer conclusiones aproximadas sobre procesos que tienen lugar a lo largo del tiempo, incluso cuando sólo se dispone de datos transversales. Las inferencias pueden hacerse de varias maneras: “por lógica”, “siempre que el orden temporal de las variables esté claro” o bien “pidiendo a la gente que recuerde su pasado”. La opción más adecuada para este trabajo es la segunda. Por ende, las conclusiones acerca de las posturas de la opinión pública durante el período considerado se justifican porque, en lo que a la dimensión temporal respecta, es claro el orden de las variables expuestas.

Tipo de datos: secundarios.

Unidades de análisis y observación: individuos e investigaciones de base utilizadas respectivamente (Babbie 1996: 118).

Lineamientos específicos:

2003: Estudio de tres organizaciones no gubernamentales: CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad); CELS (Centro de Estudios Legales y Sociales); (Fundación Estudios e Investigación sobre la Mujer).

Ámbito: Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Técnica de relevamiento: encuesta domiciliaria cara a cara, con consentimiento informado.

Universo: población de 18 años y más. Muestra: 303 casos. Muestreo: representativo, polietápica con probabilidad proporcional al tamaño en la selección de los hogares. El entrevistado final fue seleccionado según cuotas de sexo y edad.

Márgenes de error: entre +/- 5.67% para un nivel de confianza del 95% y $p=q=50\%$ en estimaciones globales.

Trabajo de campo: 31 julio al 6 agosto 2003. Consultora: kNACK – Nun, Adrogué, Caruso S.A.

2004: CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Ámbito: Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Técnica de relevamiento: encuesta domiciliaria cara a cara, con consentimiento informado.

Universo: población de 18 años y más. Muestra: 300 casos.

Muestreo: representativo, polietápica con probabilidad proporcional al tamaño en la selección de los hogares. El entrevistado final fue seleccionado según cuotas de sexo y edad.

Márgenes de error: +/-% 4.9 para distribuciones de máxima varianza, para un nivel de confianza del 95% y $p=q=50\%$ en estimaciones globales.

Trabajo de campo: 14 al 21 de julio de 2004. Consultora: kNACK – Nun, Adrogué, Caruso S.A.

2006: CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Ámbito: Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires (Área Metropolitana de Buenos Aires) y principales centros urbanos (Córdoba, Rosario y Mendoza). A los fines de este artículo se tomó Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires.

Técnica de relevamiento: encuesta domiciliaria cara a cara, con consentimiento informado.

Universo: población de 18 años y más. Muestra: 500 casos. Muestreo: representativo, polietápica con probabilidad proporcional al tamaño en la selección de los hogares. Selección aleatoria de radios censales y de hogares y por cuotas de edad y sexo en la selección del entrevistado. Una vez obtenida la muestra final, para evitar sesgos debidos al N muestral y lograr una representatividad que refleje el universo considerado, se calculó el factor de ponderación correspondiente a cada localidad.

Márgenes de error: +/-% 4.38 para distribuciones de máxima varianza, para un nivel de confianza del 95% y p=q=50% en estimaciones globales.

Trabajo de campo: 29 julio al 16 agosto 2006. Consultora: Equipos MORI Argentina.

ANÁLISIS

Composición de la muestra

En el cuadro I se presentan los datos sociodemográficos de cada estudio:

G01 Cuadro I. Sexo, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y religión. 2003, 2004, 2006

A continuación se analizan los estados de la opinión pública frente a temas cuya puesta en leyes, políticas y programas fue –y sigue siendo– objeto de profunda controversia y difícil negociación: la autodeterminación sexual y reproductiva; el acceso de los adolescentes a información y provisión de anticonceptivos en los servicios de salud sin autorización de los padres; la interrupción voluntaria del embarazo y la despenalización del aborto. En cada sección, después de explicar brevemente el contenido de la controversia se presentan los datos sobre la opinión de la ciudadanía. En todos los casos se trata de la respuesta a una frase cuyas alternativas de respuesta eran *muy de acuerdo*, *bastante de acuerdo*, *ni de acuerdo ni en desacuerdo*, *bastante en desacuerdo*, *muy en desacuerdo*. Cabe señalar que la opción intermedia figuraba en el instrumento pero no era leída a los entrevistados, sólo se anotaba si la mención era espontánea.

Autodeterminación sexual y reproductiva: opinión sobre un principio

Que las mujeres y los varones tengan la posibilidad de decidir libremente cuántos hijos tener y cuándo es la frase que mejor expresa los contenidos de la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing 1995) firmado por ciento ochenta y nueve países. Para los sectores conservadores, ese principio es criticado porque entienden que abre las puertas a la despenalización del aborto y las prácticas no heterosexuales.

La opinión pública de la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires está en sintonía con ese derecho (Véase Cuadro II). Durante el período considerado, prácticamente la totalidad de la muestra –96% en 2003, 94% en 2004 y 96% en 2006– se mostró muy o bastante de acuerdo. No se registraron diferencias significativas entre las mediciones. En cuanto a la composición del acuerdo, en las tres mediciones el 50% o más de los entrevistados optó por el mayor acuerdo: 51% en 2003, 61% en 2004 y 59% en 2006 estuvo muy de acuerdo con la frase sobre autodeterminación sexual y reproductiva. Se trata de un acuerdo estable, muy fuerte y sólido: en las tres mediciones casi la totalidad de la muestra aprobó, a través de la elección del extremo más sólido del acuerdo, que las mujeres y los varones tengan la posibilidad de decidir cuántos hijos tener y cuándo.

Adolescentes y anticoncepción

Las leyes que garantizan la información y la provisión de anticonceptivos a los adolescentes recibieron una embestida de los sectores conservadores. Las respuestas de la justicia fueron de diferente tipo. En la Ciudad de Buenos Aires, el 4 de marzo de 2002 la jueza civil Graciela González Echeverría se expidió sobre la cuestión de fondo respecto de un amparo presentado un año y medio atrás por tres abogados alineados en el Movimiento Pro Vida, que solicitaba la inconstitucionalidad de la ley 418/00 de Salud Sexual y Paternidad Responsable por ser violatoria del libre ejercicio de la patria potestad, al pretender “imponer pautas sobre la sexualidad y sobre la educación de los menores sin la anuencia de los padres”. La jueza dio lugar a la medida cautelar, que posteriormente fue apelada por el gobierno, y revocada. La resolución sobre la cuestión de fondo limitó su alcance a las familias de los tres abogados que habían presentado el amparo (*Carbajal Página/12*: 05/03/02). Otra fue la respuesta de la justicia en la Provincia de Buenos Aires. La Sala I de la Cámara Civil de San Isidro declaró, por primera vez de manera expresa, que una norma de salud reproductiva respetaba la Constitución Nacional. El fallo tuvo lugar en relación con una ordenanza –14843/00 Salud Sexual y Reproductiva– que rige en la Municipalidad de Vicente López para que los menores de edad reciban información sobre educación sexual y reproductiva. La sentencia, dictada a raíz de una acción de amparo presentada por un grupo de matrimonios católicos, señaló que “una política estadual que busque preservar la salud sexual y reproductiva de los menores no parece irrazonable ni violatoria de los derechos de los padres en el ejercicio de la patria potestad”. En ese fallo ejemplar se sostuvo que “es inadmisibles tacharla de inconstitucional cuando lo que se busca es prevenir mediante la información. Máxime cuando los medios adoptados son razonables y no importan prácticas eugenésicas, abortivas ni coactivas”. Los camaristas ratificaron que las normas, como el caso de la ordenanza, no imponen una educación determinada, en la medida en que no excluyen a los padres de la educación sexual y en tanto son ellos quienes tienen que prestar su consentimiento para que sus hijos reciban esta información. Insiste la sentencia: “el Estado busca actuar coordinadamente con la familia” (*Abiad Clarín*: 05/06/02).

La prescripción de anticonceptivos a menores de edad también fue objeto de decisiones judiciales trascendentes en el período. En marzo de 2002, un fallo

judicial autorizó a una joven de 18 años a utilizar un método anticonceptivo. La Cámara Civil y Comercial de La Matanza dispuso que a la joven le fuera colocado un dispositivo intrauterino (DIU). Esta joven, víctima de violación e internada junto a su hijo de dos años en un instituto de menores, había solicitado autorización al juez de primera instancia encargado de su tutela, quien había rechazado su pedido. La decisión fue apelada por la asesora de menores, quien en su presentación sostuvo que la justicia tenía que considerar el pedido sobre la base del derecho de la mujer menor de edad a criar al hijo que ya tenía y a acceder a oportunidades para desarrollar otras expectativas de vida, como trabajar o estudiar. En los fundamentos de su fallo, los camaristas señalaron que la petición importaba el ejercicio de un derecho personalísimo en orden a la procreación responsable, a su propia salud y al bienestar de su familia. Los jueces subrayaron la jerarquía constitucional de la Convención de los Derechos del Niño, que establece que a los menores de edad les corresponden los mismos derechos básicos que a los mayores. Igualmente, hicieron hincapié en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y en el Pacto de San José de Costa Rica. Uno de los aspectos más relevantes de este fallo es la invocación a la vigencia de los Tratados de Derechos Humanos incorporados a la Constitución Nacional, de jerarquía superior a las leyes, debiendo los jueces adecuar la interpretación de las normas particulares a estos principios superiores. El fallo fue apelado por una jueza de menores y se anuló.

La opinión pública de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires aprueba ese derecho de los adolescentes en las tres mediciones (Véase Cuadro II). Se formuló una pregunta para los de 12 a 14 y otra para los de 15 a 17 a los efectos de conocer si la ciudadanía pensaba diferente en uno y otro caso sobre la consulta a los servicios de salud reproductiva de la red asistencial pública sin autorización de los padres , y cuán fuerte era esa diferencia. Si bien una mayoría de entrevistados está de acuerdo en ambas situaciones, el acuerdo crece –tal como se esperaba– cuando se trata de los y las adolescentes de más edad. En ambos casos, la tendencia del acuerdo es decreciente.

Respecto de la consulta de los adolescentes de 12 a 14 años a los servicios de salud reproductiva sin autorización de los padres, 69% en 2003, 68% en 2004 y 52% en 2006 estuvo muy o bastante de acuerdo. No se registraron diferencias significativas entre 2003 y 2004, sí en cada uno de esos años respecto de 2006 en que el acuerdo es significativamente menor que en los anteriores. Se trata de un acuerdo estable y fuerte: en las tres mediciones entre cinco y siete de cada diez entrevistados aprobó la consulta de los adolescentes de 12 a 14 años a los servicios de salud reproductiva sin autorización de los padres. En la última medición se registró una disminución significativa del acuerdo.

Respecto de la consulta de los adolescentes de 15 a 17 años a los servicios de salud reproductiva sin autorización de los padres, 85% en 2003, 78% en 2004 y 75% en 2006 estuvo muy o bastante de acuerdo. El acuerdo en 2003 es significativamente mayor que en 2004 y 2006. Se trata de un acuerdo estable y fuerte: en las tres mediciones entre ocho y nueve de cada diez entrevistados aprobó la consulta de los adolescentes de 15 a 18 años a los servicios de salud reproductiva sin autorización de los padres.

La relación entre adolescencia y anticoncepción para ambas edades fue medida también a través de dos indicadores, uno referido a la información sobre métodos anticonceptivos y otro a su provisión. Los resultados obtenidos –no mostrados en este artículo cuyo propósito es reflexionar sobre la relevancia de la opinión pública respecto de las políticas públicas más que ahondar en las especificidades de los derechos sexuales y reproductivos– muestran mayores niveles de acuerdo en esos indicadores que en el expuesto. Dicho en otros términos, el “hueso más duro de roer” para la ciudadanía entrevistada no es la anticoncepción sino reconocer una autonomía sexual en los jóvenes que resigne “la presencia de los padres”.

Aborto voluntario

En la Argentina, el Estado no reconoce el derecho de las mujeres a interrumpir voluntariamente un embarazo. El aborto es ilegal y está tipificado en el Código Penal¹² como un delito contra la vida, con sanciones para quien lo practica y para la mujer que lo cause o consienta, aunque se contemplan excepciones a la punición “si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios” y “si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”.

En la Ciudad de Buenos Aires, en 2003, se sancionó la ley 1044 de Embarazos Incompatibles con la Vida.¹³ Busca resguardar los derechos de las mujeres embarazadas cuando el feto presenta malformaciones, irreversibles e incurables, que producirán su muerte intrauterina o a las pocas horas de nacer. El procedimiento regulado, en el marco de la ley 153 Básica de Salud de esa jurisdicción, establece que al llegar a las veinticuatro semanas se puede interrumpir la gestación –previa autorización del médico tratante– en cualquier hospital público o privado de la ciudad, el que además brindará tratamiento psicoterapéutico a la gestante y a su grupo familiar desde que recibe el diagnóstico hasta su rehabilitación. La ley también estipula el respeto por la objeción de conciencia de los médicos e integrantes del equipo de salud.

En 2005, el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación aprobó la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto. La redacción de la resolución contó con el aval de organizaciones sanitarias, académicas y científicas.¹⁴

Las discusiones públicas sobre aborto tienen un carácter discontinuo, fragmentario y atravesado por posiciones que se presentan como irreconciliables (Dinardi, Gogna y Ramos 1997; Pecheny 2001, 2005; Petracci 2004; Cosoy y Lois 2005). Esa aparición periódica en los medios de comunicación tuvo características diferentes en el pasado reciente respecto de la situación actual, si bien ambas coexisten. Por un lado, la aparición del aborto en los medios de comunicación estaba asociada a un hecho externo. En 1994, cuando por primera vez participaron mujeres en la Convención Constituyente por aplicación de la ley 24012/91 de Cupos, en el debate de las leyes de salud sexual y reproductiva, en las campañas electorales, en la nominación, por primera vez en un gobierno democrático, a una candidata mujer para la Corte

Suprema de Justicia. En 2005, las declaraciones del Ministro de Salud Dr. Ginés González García del año 2005 instalaron el tema por la iniciativa de un funcionario público. Un debate en la sección Opinión de *Clarín* es anunciado en tapa (*Clarín* 30/6/2005) como debate sobre el tema del aborto. Dos hechos que ocuparon la agenda de los medios durante 2006 sobre el tema del aborto fue la discusión a propósito de dos casos de mujeres con una discapacidad mental y violadas –casos considerados no punibles– pero que trataron de ser impedidos por la acción de grupos conservadores a través de la justicia.

Se buscó conocer la opinión de la ciudadanía sobre la interrupción voluntaria del embarazo en diferentes situaciones (Véase Cuadro II): si una mujer/ una mujer demente o discapacitada quedó embarazada debido a una violación; si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina; si la vida de la mujer corre peligro debido al embarazo o el parto; si la salud física de la mujer corre peligro debido al embarazo o al parto; si la salud mental de la mujer corre peligro debido al embarazo o al parto; si la mujer y su familia carecen de recursos económicos para criar a un hijo/a; si la mujer no quiere tener un hijo en ese momento de su vida; si la mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo.

La opinión pública de la Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires está de acuerdo, si bien con diferentes grados de acuerdo, con la mayoría de esas situaciones excepto cuando se plantea una situación económica adversa, la falla del método anticonceptivo y la decisión de no querer tener un hijo en un determinado momento de la vida por priorizar otros aspectos como, por ejemplo, la carrera profesional (Véase Cuadro II). Otros estudios realizados en el país arribaron a resultados similares (Telesurvey 1994; Analogías 2004; Knack 2004, 2006).

Entre ocho y nueve de cada diez entrevistados se encuentra de acuerdo con la interrupción voluntaria si la mujer embarazada o idiota o demente fue violada. No se registraron diferencias significativas en las tres mediciones. Se trata de un acuerdo fuerte y estable, con cierto grado de solidez.

Ocho de cada diez entrevistados se encuentra de acuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo si el feto tiene una malformación congénita o si la vida de la mujer corre peligro. No se registraron diferencias significativas en las tres mediciones. Se trata de un acuerdo fuerte y estable.

Entre siete y ocho de cada diez entrevistados se encuentra de acuerdo con la interrupción voluntaria del embarazo si la salud física de la mujer corre peligro. El acuerdo crece en 2006 respecto de los años anteriores, especialmente respecto de 2003. Se trata de un acuerdo fuerte y estable.

Entre seis y siete de cada diez entrevistados se encuentra de acuerdo con la interrupción del embarazo si la salud mental de la mujer corre peligro. El acuerdo crece en 2004 y 2006 respecto de 2003. Se trata de un acuerdo fuerte y estable. En todas las mediciones realizadas, ya sea que las muestras sean probabilísticas o no y cambiando el orden de las alternativas para evitar repetir en la estructura del instrumento la tendencia observada, se mantiene una

tendencia similar siendo la salud mental el punto de corte entre los acuerdos y los desacuerdos.

Si la mujer y su familia carecen de recursos económicos para criar a un hijo/a es una situación en la que los desacuerdos sobre la interrupción del embarazo superan a los acuerdos. Estuvo de acuerdo el 30% en 2003, el 39% en 2004 y el 49% en 2006 registrándose en 2006 un crecimiento significativo respecto de los años anteriores.

Si la mujer, sea por el motivo que sea, no quiere tener un hijo es una situación en la que los desacuerdos sobre la interrupción del embarazo superan a los acuerdos. Estuvo de acuerdo el 28% en 2003, el 34% en 2004 y el 39% en 2006. En ese último año se registró un ligero crecimiento, significativo respecto de 2003.

Si la mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo es una situación en la que los desacuerdos sobre la interrupción del embarazo superan a los acuerdos. Estuvo de acuerdo el 25% en 2003, el 31% en 2004 y el 40% en 2006 registrándose en 2006 un crecimiento significativo respecto de los años anteriores. Si bien los desacuerdos superan a los acuerdos, en los tres últimos casos se registró un aumento del acuerdo. Probablemente en ello haya incidido la presencia en la agenda pública del debate sobre aborto sobre los casos de dos mujeres con retraso mental y violadas mencionados previamente.

G02 (partes 1 y 2). Cuadro II. % entrevistados muy + bastante acuerdo¹⁵ en cada frase, Ciudad Bs. As. y GBA

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Esta sección ha sido organizada en tres niveles. Respecto de la política pública seleccionada, los hallazgos de los sondeos y la investigación social.

La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos

Los cambios en la salud y los derechos sexuales y reproductivos comenzaron con la restauración de la democracia y se extendieron durante la década de los años noventa en plena aplicación del modelo neoliberal. Esos avances no fueron siempre el producto de una decisión política de favorecer la participación. Un ejemplo claro de las múltiples y a veces contradictorias razones que permitieron los nuevos mecanismos de participación es la reforma constitucional de 1994: impulsada con el único objetivo de habilitar la reelección presidencial, dejó algunos beneficios colaterales, e impidió un retroceso en la legislación sobre aborto, producto de la aparición y acción colectiva de nuevos actores justamente por su oposición a la reforma.

La construcción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos atraviesa un proceso similar al ya vivido por otras generaciones de derechos –debate público y voluntad política, cambio cultural, y empoderamiento de los grupos más perjudicados por una realidad–, en una época en que la búsqueda de

igualdad en el plano jurídico formal está acompañada por una creciente desigualdad en el plano material.

La opinión pública sobre salud y derechos sexuales y reproductivos

En general la ciudadanía acuerda con las temáticas que integran la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Las encuestas de opinión pública contribuyeron a mostrar los “consensos extrapolíticos” (Muraro 1997) generados en la sociedad, que los sectores opuestos a ese punto de vista buscaron desconocer sistemáticamente. Respecto del debate de las propiedades de la opinión pública, los hallazgos corroboran las conclusiones de Adrogué. Es “estable y si cambia o fluctúa lo hace en forma predecible; [...] también es racional, en el sentido de que sus preferencias responden a un sistema de valores y creencias y a la evaluación de la información disponible; y, [...] si bien no dicta cursos de acción, sí provee pautas o líneas generales que sirven de orientación a los gobernantes” (Adrogué 1998: 404-405). Los hallazgos de los sondeos de opinión sobre temas referidos a métodos controvertidos, educación sexual, VIH, etc. fueron mencionados en editoriales, notas de opinión y en programas de televisión; también fueron tenidos en cuenta por los profesionales de la salud de la red asistencial pública para plantear problemas a los jefes de los servicios; y permanentemente consultados tanto por legisladores que presentaron proyectos sobre esos temas como por funcionarios públicos nacionales y provinciales.

Los acuerdos difieren según temas, intensidad y solidez. El acuerdo que concentra una proporción de entrevistados cercana a la totalidad de la muestra a lo largo del período y una mayoritaria opción por el extremo más sólido de la escala: la autodeterminación sexual y reproductiva. En cuanto a la fortaleza de los acuerdo, siguen en orden de importancia las siguientes temáticas: la posibilidad de concurrencia de adolescentes de 15 a 17 años a los servicios de salud de la red asistencial pública sin la presencia de los padres; la interrupción del embarazo en casos de violación ya sea que se trate de una mujer o del caso no punible (mujer idiota o demente); la interrupción del embarazo por problemas del feto con la vida extrauterina, y si la vida, la salud física y la mental de la mujer corriesen peligro debido al embarazo y el parto.

El menor acuerdo, que concentra entre cinco y siete de cada diez entrevistados a lo largo del período, se registró respecto de la posibilidad de concurrencia de adolescentes de 12 a 14 años a los servicios de salud sin la presencia de los padres. Además de la diferente aceptación según se trate de uno u otro grupo de edad, la tendencia es decreciente en ambos casos. A diferencia de los acuerdos anteriores, tres son los únicos temas en los cuales el desacuerdo supera al acuerdo: la interrupción del embarazo si falla el método anticonceptivo, si la situación económica es adversa; y si la mujer, sea por el motivo que sea, opta por no tener un hijo en ese momento de la vida.

Aunque predomine el desacuerdo, en los tres casos se registró un acuerdo significativamente mayor en 2006 respecto de los otros dos años. Un motivo de sensibilización de la ciudadanía, que pudo haber orientado las respuestas, fue el debate sobre los casos de mujeres idiotas o dementes violadas en los que

hubo una fuerte presión para evitar la realización de los abortos por parte de los sectores que se oponen a esta práctica frente a un escenario mediático claramente a favor. También puede incidir una cuestión metodológica. A los efectos de evitar la construcción de un listado de frases similar al ordenamiento que mostraban los hallazgos, en el estudio de 2006 se decidió separar dos bloques de frases sobre aborto, el primero incluyó el conjunto de las situaciones denominadas “electivas” mientras que el segundo incluyó las situaciones de violación, problemas con el feto, y riesgos de vida y/o de salud.

A mi entender, en las opiniones sobre aborto actúan diferentes representaciones centradas en un eje moral que rechaza el aborto, otro eje volitivo-afectivo que remite a las experiencias personales y, finalmente, en un eje que enfatiza los derechos, típico de personas con alto nivel educativo. Tanto la primera como la tercera refieren, ya sea como rechazo o aceptación, a lo público social en tanto que la segunda coloca la cuestión en el plano privado individual, en las circunstancias atravesadas por las personas cuando enfrentan un embarazo no deseado y la decisión de interrumpirlo.

La investigación social

La visión colectiva de las distribuciones de frecuencias de un estudio por encuestas atesoran el conflicto simbólico que atraviesa a una sociedad, su trama de representaciones sociales, valores y cultura política a partir de los cuales se construye el discurso público y en el que forman las opiniones. Mi interpretación de los resultados es esperanzada, sin llegar a ser optimista.

Del análisis de la información se desprende la necesidad de construir metodologías de consenso para el fraseo de las preguntas, que permitan diseñar encuestas cuyos resultados sean comparables conforme el más alto nivel de rigurosidad. Íntimamente vinculado a este aspecto, se desprende la necesidad de realizar mediciones sistemáticas a los efectos de dar cuenta de las tendencias de la opinión pública. Por otro lado, del análisis de la distribución de frecuencias de las escalas de acuerdo/ desacuerdo –que evidencia la presencia de una gran proporción de entrevistados en las categorías muy/ bastante de acuerdo–, se desprende la necesidad de mejorar su construcción a través de la apertura de las categorías referidas al acuerdo frente a las referidas al desacuerdo. De ese modo, se alcanzará una mejor comprensión de la estructura del acuerdo en cada temática y a lo largo del tiempo. También, para mejor comprender y, básicamente, para mejor preguntar la diferencia existente entre la "opinión" y la "decisión individual" se torna imperiosa la realización de diseños cualitativos.

Finalmente, quisiera reflexionar sobre dos cuestiones centrales en el contexto *massmediático* de la sociedad actual: el fuerte peso de la opinión pública en la voz de la ciudadanía y su lugar como espectadora o audiencia. No quiero con esto decir que los estados de opinión que muestran los *surveys* sean la mejor expresión de "la ciudadanía". Tampoco estoy hablando de la manipulación de un receptor pasivo. El lenguaje, y ahí está el punto, es también resbaladizo para quien lo emite. En ese sentido, me parece que la presencia de los

hallazgos de los estudios de opinión pública en la discusión pública sobre el aborto contribuirá a que sea definido y defendido como un derecho.

BIBLIOGRAFÍA

Abiad, P. 2002. "La Justicia convalida por primera vez una ley de salud reproductiva"; *Clarín*: 05/06/02.

Adrogué, G. 1996. "El debate sobre las propiedades de la opinión pública en los Estados Unidos", *Sociedad*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, 10.

Adrogué, G. 1998. "Estudiar la opinión pública. Teoría y datos sobre la opinión pública argentina", *Desarrollo Económico*, nº 149, Vol. 38.

Analogías 2004 – Instituto Social y Político de la Mujer. Estudio nacional Actitudes y Expectativas acerca del Aborto en Argentina.

Babbie, E. 1996. *Manual para la práctica de la investigación social*. España: Desclée de Brouwer.

Carbajal, M. 2002. "Más que un fallo, un salto atrás". *Página 12*: 05/03/02.

Clarín: 30/06/05. Ramos, S., Romero, M. y Petracci, M. 2005. "El derecho a tomar decisiones".

Cosoy, N. y Lois, M. 2006. "La problemática del aborto en Argentina: las luchas por la hegemonía discursiva (1994-2004)". Tesina de graduación Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

Dinardi, G., Gogna, M. y Ramos, S. 1997. "La cuestión del aborto en la Argentina: proceso desencadenado por la reforma constitucional de 1994", II Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario sobre Salud y Población, Buenos Aires, Instituto Gino Germani.

Habermas, J. 1981. *Historia y crítica de la opinión pública*. Barcelona: Gustavo Gilli.

Habermas, J. 1998. *Facticidad y validez*. Madrid: Trotta.

Knack 2004 - Fundación F. Ebert. Estudio Nacional de Opinión Pública: Derechos Reproductivos, Aborto y Violencia Sexual.

Knack 2006. Estudio nacional de opinión pública.

MORI 2004. Encuesta realizada por Equipos MORI en abril de 2004. Campaña televisiva de información a la población realizada por la Coordinación de Organizaciones Sociales por la Defensa de la Salud Reproductiva, 3 y 4 de mayo de 2004.

Muraro, H. 1997. *Políticos, periodistas y ciudadanos*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Noelle-Neumann, E. 1984/1993. *La espiral del silencio. Opinión pública: nuestra piel social*. Buenos Aires: Paidós Comunicación.

Pecheny, M. 2001. *La construction de l'avortement et du sida en tant que questions politiques: le cas de l'Argentine*. Lille : Presses Universitaires du Septentrion.

Pecheny, M. 2005. "Yo no soy progre, soy peronista: Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?". VI Jornadas de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, Buenos Aires, 25, 26 y 27 de julio de 2005.

Petracci, M. 2004. *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Editorial Norma. ISBN 987-545-178-9.

Petracci, M., y Ramos, S. (Compiladoras). 2006. *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires: CEDES-UNFPA. ISBN-10: 987-21844-5-3. ISBN- 13: 978-987-21844-5-2.

Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M. y Szulik, D. 2001. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿ Una transición ideológica?* . Buenos Aires: CEDES.

Sanchís, N. 1998. "El género en el debate político. Algunas reflexiones sobre actoras, espacios institucionales y políticas públicas entre 1990-1995". En Adeuem. 1998. *Relaciones de género y exclusión en la Argentina de los noventa*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Telesurvey 1994, Consejo Nacional de la Mujer. Encuesta de opinión pública en Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires.

¹. Decreto 659/74.

². Decreto 3938/77.

³. Decreto 2274/86. El Programa de Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires, conocido como PPR, es anterior a la ley 418/00 de Salud Sexual y Paternidad Responsable que dio lugar al Programa vigente.

⁴. BO: 26/05/03.

⁵. Artículo 13.

⁶. Está formado por el Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM; Fundación para la Investigación y Estudio sobre la Mujer, FEIM; Foro por los Derechos Reproductivos y Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva.

⁷. Firman: FASGO, AAGOP, ASAPER, AMADA, SAP, ASAIGO, SAEGRE, SAGIJ, AASER, SAEF, SOGIBA, y SOGBA.

⁸. Finalmente el año pasado se sancionó la ley nacional 26130/06 sobre el Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica.

⁹. En Ciudad de Buenos Aires se sancionó la ley 1044/03 Embarazos no compatibles con la vida.

¹⁰. Si bien no hubo cambios legales como los mencionados en las dos notas previas, el 24 de agosto de 2006 los Ministros de Salud de Formosa, Chubut, Chaco, Mendoza, Neuquén, Buenos Aires, Córdoba, Corrientes, Catamarca, Misiones, Jujuy, Ciudad de Buenos Aires, Entre Ríos, La Rioja, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Río Negro, La Pampa y Tucumán y el Ministro de Salud de la Nación, reunidos en el Consejo Federal de Salud, ante los problemas surgidos para practicar el aborto a dos jóvenes discapacitadas mentales violadas y embarazadas según lo establecido por las Cortes Supremas de las provincias de Buenos Aires y Mendoza, emitieron una Declaración de apoyo a las familias involucradas, a las autoridades y a los actores del sector de la Salud. Nótese que si bien la declaración no fue firmada por los Ministros de Salud de todas las provincias, sí lo fue por los de algunas provincias que no tienen ley de salud sexual y reproductiva.

¹¹. Realizado por la consultora *Telesurvey*.

¹². Aprobado como ley 11179 en 1921.

¹³. Sanción: 26/06/2003. Promulgación: decreto 999 del 17/07/2003. Publicación: BOCBA N° 1736 del 21/07/2003.

¹⁴. Resolución 989/2005. La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA), el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), el Centro Latinoamericano de Salud Sexual y Reproductiva (CELSAM), la Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva (ASSER), la Asociación de Médicos Generalistas, la Sociedad de Obstetricia Psicosomática, el Departamento Materno Infantil del Hospital Nacional "Profesor Alejandro Posadas", y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires.

¹⁵. El complemento a 100% corresponde a las categorías "ni de acuerdo ni en desacuerdo", "bastante en desacuerdo", "muy en desacuerdo" y "no sabe/ no contesta".