



---

# Beijing + 15

---

**IGUALDAD DE GÉNERO:  
DE LAS PALABRAS A LOS HECHOS.**

Avances, retos, desafíos y recomendaciones  
para la efectiva implementación.

---



FUNDACIÓN  
PARA ESTUDIO  
E INVESTIGACIÓN  
DE LA MUJER



Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad  
de Género y el Empoderamiento de las Mujeres

Igualdad de género: de las palabras a los hechos / compilado por Mabel Bianco.  
1ra. ed. - Buenos Aires : Fund. para el Estudio e Investigación de la Mujer, 2012.  
56 p. : il. ; 21x14 cm.

ISBN 978-987-9414-07-1

1. Estudios de Género. 2. Violencia. 3. Políticas Públicas. I. Bianco, Mabel, comp.  
CDD 305.42

**Fecha de catalogación:**

02/07/2012

Hecho el depósito que marca la Ley Nº11.723

© FEIM – Fundación para Estudio  
e Investigación de la Mujer

**Representante Legal**

**FEIM – Fundación para Estudio e Investigación  
de la Mujer**

Paraná 135, piso 3, dpto 13  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina (C1017AAC)  
Tel./Fax: +54-11-4372-2763

**Responsable de la edición**

Mabel Bianco

**Diseño de tapa y diagramación**

Bernardo + Celis

**Impresión**

Altuna Impresores S.R.L.  
[www.altunaimpresores.com.ar](http://www.altunaimpresores.com.ar)  
Buenos Aires, Argentina

Impreso en Argentina  
Se terminó de imprimir en Julio 2012

Permitida la reproducción parcial de los textos incluidos  
en esta obra, hasta 1000 palabras, según la ley 11.723,  
art. 10, colocando el apartado consultado entre comillas  
y citando la fuente: si este excediera la extensión  
mencionada deberá solicitarse autorización a FEIM.

---

# Beijing + 15

---

## **IGUALDAD DE GÉNERO: DE LAS PALABRAS A LOS HECHOS.**

Avances, retos, desafíos y recomendaciones para la efectiva implementación.

---



---

# Índice

---

---

---

---

**6 Presentación**

---

**8 Salud**  
Análisis del cumplimiento de las metas

---

**20 Violencia contra la mujer**  
Análisis del cumplimiento de las metas

---

**32 Participación Política**  
Análisis del cumplimiento de las metas

---

**38 Consideraciones Finales**

---

**40 Anexo I**  
Grupos Participantes

---

**41 Anexo II**  
Matriz de las metas en Salud

---

**46 Anexo III**  
Matriz de las metas en Violencia contra la mujer

---

**48 Anexo IV**  
Matriz de las metas en Participación Política

---

---

# Presentación

---

En septiembre de 1995 en la 4ª Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing, los países de todo el mundo aprobaron una Plataforma de Acción -PoA- para lograr la Igualdad de las Mujeres. Dicha plataforma estableció metas en los 12 temas centrales considerados, incluyendo además un capítulo respecto a las adecuaciones institucionales a nivel nacional, subregional y regional e internacional, así como otro capítulo sobre los arreglos financieros. Se esperaba que las metas establecidas en esta PoA fueran logradas en los cinco años siguientes, o sea en el 2000. Esto no ocurrió, extendiéndose el periodo para su cumplimiento y adoptándose una revisión cada cinco años a fin de evaluar los logros y obstáculos, proponiendo las rectificaciones y la eliminación de los obstáculos, así como el sostenimiento y profundizaciones de los logros.

Se realizaron tres evaluaciones cada cinco años en 2000, 2005 y 2010, conocidas comúnmente como Beijing+5, Beijing+10 y Beijing+15, restando solo menos de cuatro años para alcanzar los 20 años. Estos 20 años, son considerados un periodo en el que se deberían haber cumplido la totalidad o la mayoría de las metas planteadas en la Plataforma de Acción. A los 10 años (2005) y a los 15 años (2010), si bien no hubo un balance formal de los logros y obstáculos, sin embargo los países y especialmente las organizaciones de mujeres hicimos y continuamos haciendo balances y evaluaciones periódicas, porque creemos estas son fundamentales para evidenciar el estado de implementación y promover avances.

Este informe realizado con el apoyo de ONU Mujeres, se basa en una evaluación de tres áreas de las 12 que abarca la PoA: **salud, violencia y participación política**. Para esta evaluación elaboramos una guía de análisis con indicadores según las metas para cada objetivo estratégico considerado, e invitamos a un grupo de organizaciones de mujeres con trabajo a nivel provincial/local y nacional a participar en la misma. De esta forma, **se realizó una evaluación participativa en la que las organizaciones participantes efectuaron aportes según sus ámbitos y temas de trabajo**. La información enviada se recopiló, compatibilizó y analizó, resultado de ello es este informe.

El presente trabajo consta de tres capítulos, cada uno dedicado al análisis de un tema sectorial: salud, violencia y participación política. En cada capítulo se seleccionaron los principales objetivos estratégicos de acuerdo a nuestra realidad, los otros objetivos se unificaron por ser similares o no se consideraron cuando se consideró en Argentina no son prioritarios.

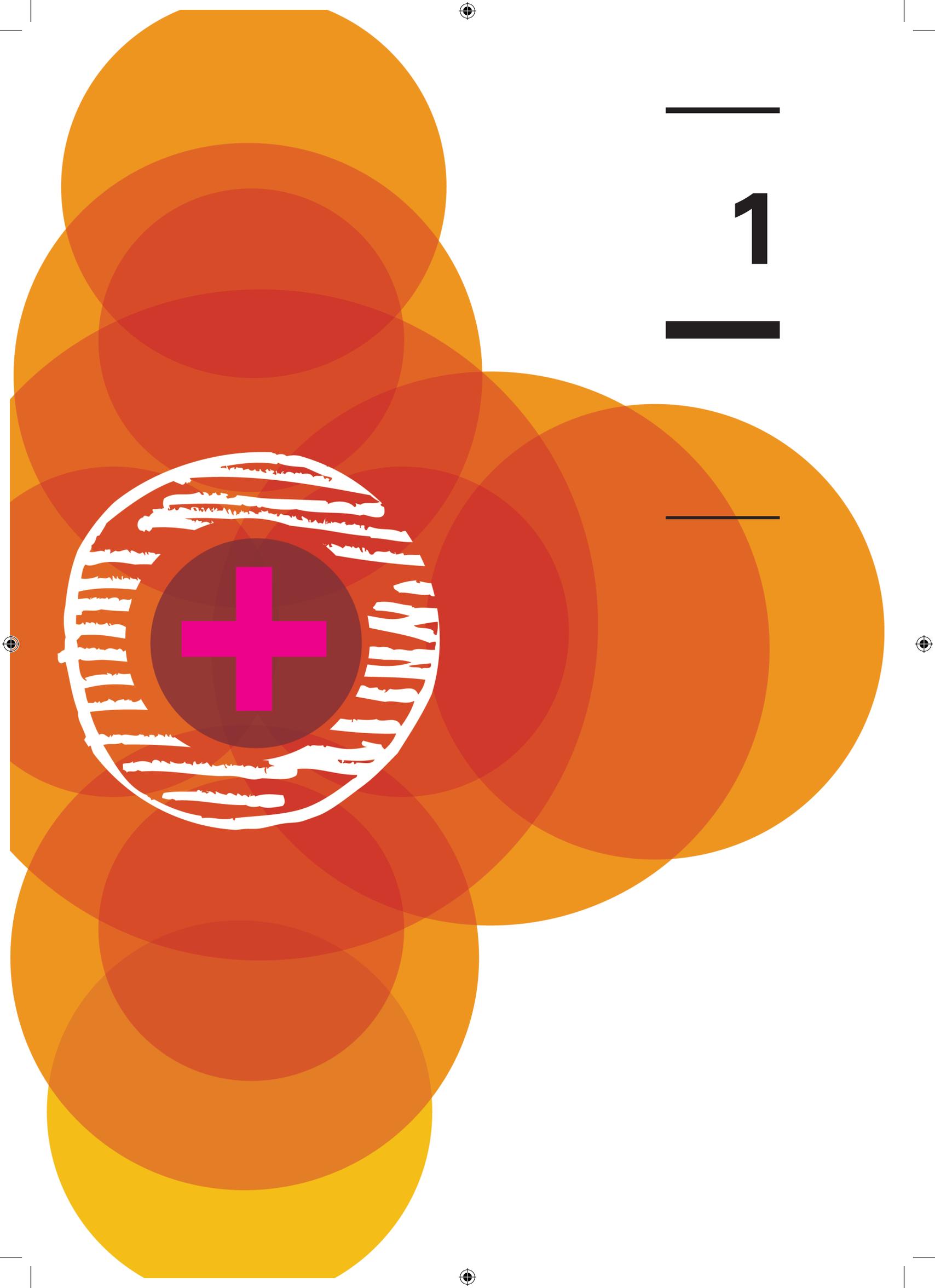
La riqueza del trabajo se basó en incorporar datos y ejemplos no solo a nivel nacional, sino también provinciales y locales, constituyendo esto una forma de superar el análisis en base a promedios generales de país, como se realiza habitualmente. El análisis en base a estos promedios nacionales no permite visualizar las diferencias existentes entre regiones y provincias, e incluso dentro de cada provincia. Diferencias basadas en la condición económica, el lugar de residencia y otras características, que implican discriminación y menor vigencia de los derechos para mujeres y niñas. Por el contrario el método usado permitió el análisis y evaluación de las metas a nivel nacional y también provincial y local. A su vez en este trabajo, el diagnóstico participativo fue muy enriquecedor para los distintos grupos de mujeres participantes, permitiendo intercambiar experiencias diferentes, conjugar visiones distintas, enriqueciendo a unas y a otras.

Además, puso en evidencia cómo los logros y obstáculos se caracterizan por no ser homogéneos o parejos en todo el país, requiriendo soluciones diversificadas y específicas según cada aspecto estudiado y acorde al área geográfico/administrativa y grupo poblacional específico.

Algo que se evidenció en esta evaluación es **la falta de prioridad en todo el país del cumplimiento de las metas de la PoA de Beijing. Si bien la igualdad de género es algo que hoy nadie se anima a negar, tampoco es una prioridad clara ni para el gobierno nacional ni para los provinciales/municipales, ni para la sociedad en su conjunto**. Si bien algunas acciones fueron y son jerarquizadas, no se pueden considerar íntegramente prioritarios ni siquiera en estos tres campos que parecen, a primera vista, los más fáciles de visibilizar en un marco de una política nacional que priorice la igualdad entre mujeres y hombres.

Esta pérdida de prioridad y falta de interés constatados, así como la falta de decisión política para lograrla, es algo que nos parece muy preocupante. A través de este informe esperamos contribuir a difundir esta falta de prioridad e interés, promoviendo poner en el centro de la atención pública la igualdad entre mujeres y hombres. Daremos a este informe la más amplia difusión posible para que toda la sociedad se apropie de él, y la ciudadanía en su conjunto recupere **el interés por la igualdad de las mujeres, como una prioridad nacional a fin de garantizar los derechos humanos y la vigencia plena de la democracia**.

Mabel Bianco  
Buenos Aires, marzo de 2012



# Salud

## Análisis del cumplimiento de las metas

Argentina cuenta con un marco normativo apropiado en virtud de cumplir el derecho de las personas a un acceso al sistema de salud. Sin embargo, el país no logra garantizar en los hechos la provisión de atención universal y adecuada a las personas y especialmente a mujeres y niñas. El resultado general del análisis de los datos recopilados a nivel, local, provincial y nacional, evidencia la segmentación del sistema de salud y su ineficacia para atender las necesidades de salud de las mujeres y niñas. En lo relativo a la integración y articulación entre la legislación nacional, y las políticas públicas, y los servicios provinciales y municipales vigentes en la Argentina en materia de salud y, la implementación de esas leyes en políticas y acciones concretas en los servicios de salud, se registra una importante brecha. Los distintos niveles gubernamentales que participan en la planificación y ejecución de las políticas no coordinan sus acciones unos con otros, dificultando la resolución de las necesidades acuciantes de las mujeres en distintos lugares del país y proveyendo servicios de muy diferente tipo. La heterogeneidad característica entre jurisdicciones evidencia la diferencia en garantía de su derecho a la salud que experimentan las mujeres y niñas según donde viven y atienden sus necesidades de salud.

En la Argentina, en el año 2002 se promulgó la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, N°25.673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – PNSSyPR, garantizando el acceso libre y gratuito a información y servicios de salud sexual y reproductiva para toda la población en los servicios de salud públicos. La ley establece la provisión gratuita de métodos anticonceptivos, el acceso a información e incluye la posibilidad de prevenir los embarazos no planificados, atender el parto y el control del embarazo,

prevenir y atender las ITS y el VIH<sup>1</sup>, así como los cánceres genitales y la violencia contra las mujeres y niñas. Esta ley fomenta la autodeterminación de las mujeres a decidir sobre su sexualidad y planificación familiar, así como el cuidado de su cuerpo y salud de manera integral.

El Ministerio de Salud de la Nación como autoridad de aplicación de la Ley 25.673 debe orientar y asesorar técnicamente a los programas provinciales que adhieran al programa nacional. Atento la existencia en muchas provincias de leyes de salud sexual y reproductiva previamente sancionadas a la ley nacional, genera obstáculos para la implementación plena y correcta de la mencionada ley nacional. Además por la estructura de los servicios de salud, hay diferencias muy marcadas en la cantidad y calidad de los servicios que se brindan a la población.

La población Argentina asciende a 39.745.613 habitantes según el último censo del año 2010. La distribución según sexo y edad en base a estimaciones del INDEC para el año 2008; con una distribución de 20.280.308 mujeres, 51% y 19.465.305 de varones, 49%. La estructura de edades, resultante del Censo 2001, revela que las personas menores de 15 años alcanzan el 28,3% del total de habitantes, la franja poblacional entre los 15 y 64 años condensa el 61,8%, y los grupos de 65 años y más años totalizan el 9,9%. El 89,5% de los habitantes del país reside en áreas urbanas. Esto determina necesidades específicas según sexo y grupo de edad.

### Análisis de algunas de las recomendaciones de la PoA de Beijing respecto a la salud y su situación en el país.

**106 b)** *“Reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, proteger y promover el respeto de ese derecho de la mujer y de la niña, por ejemplo, incorporándolo en las legislaciones nacionales; examinar las leyes en vigor, incluidas las relativas a la atención de salud, y las políticas conexas,*

1. Conders 2010, La exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos, documento elaborado por ADC.

*cuando sea oportuno, para poner de manifiesto el interés por la salud de la mujer y asegurarse de que responden a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer, dondequiera que vivan;”*

Si bien la salud está garantizada en la constitución nacional, no existe ninguna previsión especial respecto a la salud de la mujer, excepto en lo relativo a la protección de la gestación según la reforma constitucional de 1994, en la cual el movimiento de mujeres tuvo un papel importante para evitar cualquier mención a la protección solo del por nacer. Un avance importante lo constituyó la incorporación a la Constitución de la Convención de Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer –CEDAW– por sus siglas en inglés y de la Convención de los Derechos del Niño. La CEDAW incorpora el derecho a la salud de mujeres y niñas, por lo tanto al tener rango constitucional dicha convención está priorizada esta atención. Sin embargo no hay ninguna legislación especial que lo establezca. Respecto a la Convención de los Derechos del Niño, sí existe legislación específica.

**106 c)** *Concebir y ejecutar, en colaboración con mujeres y organizaciones locales, programas de salud con orientación de género que prevean, por ej., servicios de salud descentralizados, presten atención a las necesidades de la mujer durante toda su vida y a sus múltiples funciones y responsabilidades, su limitada disponibilidad de tiempo, las necesidades especiales de la mujer de los medios rurales y la mujer con discapacidades y las diversas necesidades de la mujer según su edad y su condición socioeconómica y cultural, entre otras cosas; hacer participar a la mujer, especialmente la mujer indígena y la mujer de las comunidades locales, en la determinación de las prioridades y la preparación de programas de atención de salud; y suprimir todos los obstáculos que impiden el acceso de la mujer a los servicios de salud y ofrecer toda una serie de servicios de asistencia sanitaria.*

En general en todo el país los servicios de salud públicos carecen de programas con un abordaje de género en los que se contemple la participación y colaboración de grupos de mujeres de la sociedad civil. Un caso paradigmático al respecto tuvo lugar en Santiago del Estero donde un grupo de mujeres del ámbito rural solicitó apoyo para llevar a cabo acciones de prevención, promoción, atención de la salud en su zona, así como demanda de atención ginecológica y colocación de DIU. La solicitud de estas mujeres fue negada por el Ministerio de Salud provincial. Las ONGs encuentran limitaciones e impedimentos a la hora de solicitar apoyo para trabajar en conjunto con los ministerios de salud provinciales y con los servicios de salud. El acceso a la información pública de los ministerios y autoridades provinciales y locales es restringido y limitado. No existe una ley nacional de acceso a la información pública. El proyecto existente en el Congreso no fue tratado. Hay algunas leyes provinciales y también ordenanzas en municipios, pero en general, no hay tradición en el país por parte de

los gobiernos nacionales, provinciales y municipales a transparentar la información.

El sistema de atención primaria de la salud es deficitario en la mayor parte del país. Esto se agrava debido a la desarticulación existente entre el ámbito municipal y provincial que se presenta como uno de los mayores obstáculos para proporcionar una APS accesible y de calidad. En general los servicios de APS son municipales y los hospitales dependen de las autoridades provinciales, generándose dificultades por esa diferente dependencia en la articulación de la atención brindada en el nivel primario y el secundario. Esto se observa por ejemplo en el control prenatal que se realiza en los centros de APS, pero luego la atención del parto se concreta en los hospitales. En el Municipio de San Fernando, por ejemplo, encontramos centros de salud municipales y un hospital dependiente de la provincia, la comunicación entre ambos es deficiente imposibilitando lograr una atención apropiada a las mujeres, se conocen varios casos de mujeres que son derivadas del centro de salud al hospital y no llegan a atenderse en el hospital por ser rechazadas. En la provincia de Santiago del Estero, por ejemplo, es más problemático debido a que la APS no tiene cobertura para todo el territorio siendo el único servicio de atención obstétrica de calidad el Hospital Regional ubicado en el centro de la capital, inaccesible para gran parte de la población. Esto se repite en varias provincias.

Los gobiernos nacional, provincial y municipal con el objetivo de lograr una atención de calidad a las mujeres deberían articular sus políticas elaborando acciones coordinadas, algo que en general no ocurre, salvo en casos excepcionales.

Respecto a la atención de poblaciones originarias esto se encuentra contemplado en El *Plan Nacer*. Ésta último es un proyecto de inversión en salud materno infantil que brinda cobertura de salud a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social. Tiene como finalidad disminuir los índices de morbi-mortalidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud. El Plan Nacer funciona en los hospitales, maternidades y centros de atención primaria a partir de un esfuerzo conjunto entre la Nación y las provincias en el marco estratégico del Plan Federal de Salud buscando lograr mayor equidad en el acceso a los sistemas de salud, favorecer la inclusión social y mejorar la calidad de vida de nuestra gente. Cuenta con financiamiento de un préstamo del Banco Mundial. En Santiago del Estero, fue implementado en el año 2005 a partir de un Convenio entre la Nación y el Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia.<sup>2</sup> En el marco del Plan Nacer se establecieron diez metas sanitarias definidas como objetivos a cumplir las cuales orientan sus acciones. Estas metas permiten a la provincia recibir la transferencia de fondos, y monitorear y evaluar la ejecución del plan. Entre los objetivos (metas) se encuentra la inclusión de las poblaciones originarias

2. Ministerio de Salud de la Nación. En web: [http://plannacer.msaldsgo.gov.ar/institucional/tp\\_queEsPlanNacer.php](http://plannacer.msaldsgo.gov.ar/institucional/tp_queEsPlanNacer.php)

quienes son atendidas por profesionales capacitados para el trabajo con estas poblaciones vulnerables. Si bien el Plan Nacer se está desarrollando en la mayoría de las provincias del Noroeste y Nordeste del país, donde existe la mayor cantidad de población de pueblos originarios, no existen evaluaciones de la medida en que se ha logrado atención por parte de profesionales capacitados para ello. En Jujuy, un estudio de la atención de población de origen boliviano con predominio de población de pueblos originarios evidenció un alto grado de discriminación<sup>3</sup>.

---

**106 e)** Preparar y difundir información accesible, mediante campañas de salud pública, los medios de comunicación, buenos servicios de asesoramiento y el sistema educacional, con el objeto de garantizar que las mujeres y los hombres, en particular las jóvenes y los jóvenes, puedan adquirir conocimientos sobre su salud, especialmente información sobre la sexualidad y la reproducción, teniendo en cuenta los derechos del niño de acceso a la información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, así como los derechos, deberes y responsabilidades de los padres y de otras personas jurídicamente responsables de los niños de facilitar, con arreglo a las capacidades que vaya adquiriendo el niño, orientación apropiada en el ejercicio por el niño de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En todas las medidas que afecten a los niños, una de las consideraciones primordiales será el bienestar del propio niño;

---

En año 2003, bajo dependencia del Ministerio de Salud de la Nación, se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) Ley 25673/02. Este marco legislativo, significa terminar con la tradición pronatalista fuertemente instalada en el país<sup>4</sup>. En este sentido, se empiezan a incorporar intervenciones previas al embarazo y acciones vinculadas con la salud sexual y reproductiva: consejería sobre planificación familiar, provisión gratuita de métodos anticonceptivos, entre otras. Estas acciones previstas por la ley, significan un gran logro ya que permiten el acceso de todas las personas a información y provisión de métodos anticonceptivos gratuitos, lo cual debería garantizar una adecuada prevención contra enfermedades de transmisión sexual así como permitir la planificación familiar y embarazos no deseados o no planeados.

Las acciones planificadas dentro del PNSSyPR, son desarrolladas de manera diferencial en las distintas jurisdicciones del país. La provisión de MAC (métodos anticonceptivos) aún encuentra trabas en algunas

provincias dada a veces la discontinuidad de provisión de estos métodos por parte del PNSSyPR en los servicios, así como por la falta de una orientación programática clara que unifique la conducta de los profesionales, por ejemplo: no existe un criterio único al interior de cada programa provincial o municipal, y la eliminación de prejuicios y/o mala información ante algunos MAC por parte de los profesionales, el negar el uso del dispositivo intrauterino o la anticoncepción hormonal de emergencia por considerarlos “abortivos”, por ejemplo a partir de qué edad se ofrecen MAC y en qué condiciones. Respecto a la edad de provisión de MAC, algunos entrevistados señalaron que la entrega sin restricciones es a partir de los 14 años (por ejemplo, en el municipio de Ituzaingó y en la provincia de Córdoba) mientras otros efectores de las mismas jurisdicciones no hicieron esta aclaración<sup>5</sup>. Así, las posibilidades de atención de los usuarios adolescentes dependen del servicio y el profesional que los atiende.

Esto afecta fundamentalmente a jóvenes de 15-24 años y de los sectores de menores recursos que no tienen capacidad de compra. La proporción de niños nacidos de madres menores de 20 años (embarazo adolescente) registra aumentos: mientras que en el 2001 era del 14,6% en el 2008 fue del 15,4%.<sup>6</sup> Esta tendencia es diferente al interior del país evidenciando los valores más altos en las zonas indicadas anteriormente como de mayor vulnerabilidad, Noreste y Noroeste del país. La encuesta permanente de hogares realizada por el INDEC en el cuarto trimestre de 2009 refleja que, de las 32.000 mujeres adolescentes de entre 14-20 años que viven en centros urbanos y tienen por lo menos un hijo, el 40% corresponde al quintil más pobre y el 34% al siguiente<sup>7</sup>. La omisión gubernamental en la implementación efectiva del Programa de Educación Sexual Integral<sup>8</sup> –ESI– creado en el 2006 por la ley nacional 26.150 excluye del acceso a información y formación en un tema prioritario a niñas, niños y jóvenes vulnerando sus derechos<sup>9</sup>. El mayor obstáculo para implementar los programas de ESI en las provincias en forma integral, plena y homogénea en todo el país, se debe principalmente a falta de voluntad política de las autoridades provinciales y locales así como a oposición de sectores religiosos y confesionales. En este sentido, es destacable que las provincias de Salta, Tucumán y San Juan no adhieren a la ley 26.150. Incluso en Salta se sancionó una ley de educación religiosa que se implementó rápidamente mientras el Ministerio de

3. CoNDeRS 2009. Informe de Monitoreo Social 2009 Provincia de Jujuy. En línea: [http://www.conders.org.ar/pdf/Informe-Monitoreo\\_JUJUY.pdf](http://www.conders.org.ar/pdf/Informe-Monitoreo_JUJUY.pdf) (Acceso: 16/2/2012)

4. UNGASS, Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva. “Sociedad civil luchando por derechos”, pág.11. Coordinado por GESTOS (Brasil) con el apoyo de la fundación FORD. Informe Argentina, Febrero 2010.

5. CoNDeRS 2010. informe de Monitoreo 2010. La pregunta en la entrevista se encuentra formulada del siguiente modo: “Las personas adolescentes (10-19 años), ¿pueden acceder a todos los MACs (excepto anticoncepción quirúrgica) sin restricciones?”.

6. Bianco, Mabel. Informe de los objetivos de desarrollo del milenio. Argentina 2000-2010. Logros y obstáculos en su cumplimiento. ODM5B. Septiembre 2010.

7. UNGASS, Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva. “sociedad civil luchando por derechos”. Coordinado por GESTOS (Brasil) con el apoyo de la fundación FORD. Informe Argentina, Febrero 2010.

8. En el año 2006 se sancionó la Ley 26.150 de Salud Sexual Integral, por la que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos.

9. UNGASS, Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva. “sociedad civil luchando por derechos”. Coordinado por GESTOS (Brasil) con el apoyo de la fundación FORD. Informe Argentina, Febrero 2010.

Educación de esa provincia se negó a utilizar las guías y el material de educación sexual integral en base a los lineamientos curriculares del Ministerio de Educación de la Nación. Recientemente la justicia prohibió la implementación abusiva de la enseñanza religiosa en esta provincia.

En este contexto de falta de educación sexual integral, y la no atención y provisión de MAC a adolescentes en los servicios de salud, es lógico el aumento de la tasa de embarazos no planificados, y una mayor probabilidad de interrupción de embarazos en forma insegura en los adolescentes. Se vulnera el derecho de acceso a la información y de esta manera, no se respeta el derecho de mujeres y niñas a decidir y a disfrutar del más alto nivel de salud física y mental. Estas consecuencias conducen a los efectos contrarios a los delineados teóricamente en los programas públicos destinados a la salud sexual y reproductiva.

Argentina cuenta con legislaciones y programas para avanzar en el cumplimiento de estos objetivos: la ley 26.150 que crea el Programa de Educación Sexual Integral –ESI– (2006) y la ley 25.673, que dio inicio al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002). Si bien el marco legislativo existe, la implementación de estos programas nacionales creados por ley, la escasa articulación entre los distintos programas, la dificultad para alcanzar una ejecución efectiva por parte del personal médico y del personal docente, el desigual acceso a los servicios públicos en las distintas jurisdicciones del país, así como la falta de monitoreo de los programas provinciales por parte del gobierno nacional, hacen que los resultados de estas políticas sean muy heterogéneos y no se traduzcan en resultados significativos que impacten, mejorando la salud y la vida de mujeres y niñas.

---

**106 g)** *“Asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respetan los derechos humanos y siguen normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética orientados por los códigos internacionales de ética médica al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud”*

---

Si bien la ley 25673 se basa en los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, en la práctica los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva en la mayoría del país no se centran en el respeto de estos derechos humanos. Persisten prácticas sexistas en la prestación de servicios de salud a las mujeres. En Argentina no se trabajó en la elaboración de códigos de ética en base a los códigos internacionales. En la CABA se sancionó una ley que reconoce los derechos de los pacientes pero esta no se ha traducido en normas y protocolos que faciliten su implementación en los servicios de salud. A nivel nacional en los años recientes se sancionó una ley de derechos de los

pacientes, que incluso en el año 2011 fue modificada al incorporarse el “derecho a la muerte digna”. Esta ley nacional tampoco originó aún códigos o protocolos que permitan su aplicación en los servicios de salud, excepto la reciente modificación de muerte digna. Esto que se expresa y afecta a toda la población tampoco ha tenido una especificación en el caso de la atención de mujeres y niñas.

Diversos estudios han dado cuenta de la vulneración de los derechos de las mujeres que acuden a los centros de salud por complicaciones de abortos inseguros. Estas vulneraciones incluyen maltratos de diverso tipo por parte del personal que pueden ser entendidos como tratos crueles, inhumanos y degradantes, en diferentes grados. Las pacientes son infantilizadas, insultadas y humilladas en los servicios, mientras atraviesan una situación de vulnerabilidad física y emocional.<sup>10</sup> Aunque se trate de prácticas cada vez menos extendidas, aún existen situaciones en las que se realizan legados sin anestesia. Por su parte, el manejo del dolor no es habitualmente tenido en cuenta y la atención de estos casos suele demorarse, así como también la dación de analgésicos.<sup>11</sup>

En la actualidad, si bien la denuncia policial es una práctica poco frecuente, las mujeres suelen estar expuestas a interrogatorios innecesarios por parte del personal de salud.<sup>12</sup> También se ha observado la vulneración del derecho a la intimidad y privacidad, en tanto las mujeres son expuestas a la revisión médica frente a practicantes, sin solicitar su consentimiento. La información ofrecida sobre los procedimientos que se realizan y las opciones de tratamiento es escasa, vulnerando también el derecho a la información.<sup>13</sup>

Las características del escenario descrito muestran la discriminación basada en el género que enfrentan las mujeres que sufren complicaciones de abortos inseguros cuando recurren a los servicios de salud.<sup>14</sup>

En Santiago del Estero y en el municipio de San Fernando las mujeres son víctimas de violencia institucional ejercida por el personal responsable de la atención a las mujeres y se han denunciado casos de violencia obstétrica. Diversas investigaciones demuestran la vulneración de los derechos de las mujeres que acuden por complicaciones por aborto y otras causas a los centros de salud que son sometidas a tratos crueles, inhumanos, degradantes y en varios casos cuestionadas al solicitar prácticas como la ligadura tubaria. Los profesionales encargados del cuidado de la salud las mujeres condicionados por sus representaciones sociales sexistas cuestionan

10. INSGENAR y CLADEM. 2008. Con Todo al Aire II. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Rosario: INSGENAR.

11. INSGENAR y CLADEM. Op. cit.

12. Checa, S. et. al. 2006. “Seguimiento de la calidad de la atención de complicaciones post-abortivas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires”. En Checa, S. (comp.) Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad. Buenos Aires: Paidós. Capítulo 14.

13. Steele, C. y Chiarotti, S. 2004. “With Everything Exposed: Cruelty in Post-Abortion Care in Rosario, Argentina”. En Reproductive Health Matters, Vol. 12, No. 24, Supplement: Abortion Law, Policy and Practice in Transition (Nov. 2004) pp. 39-46.

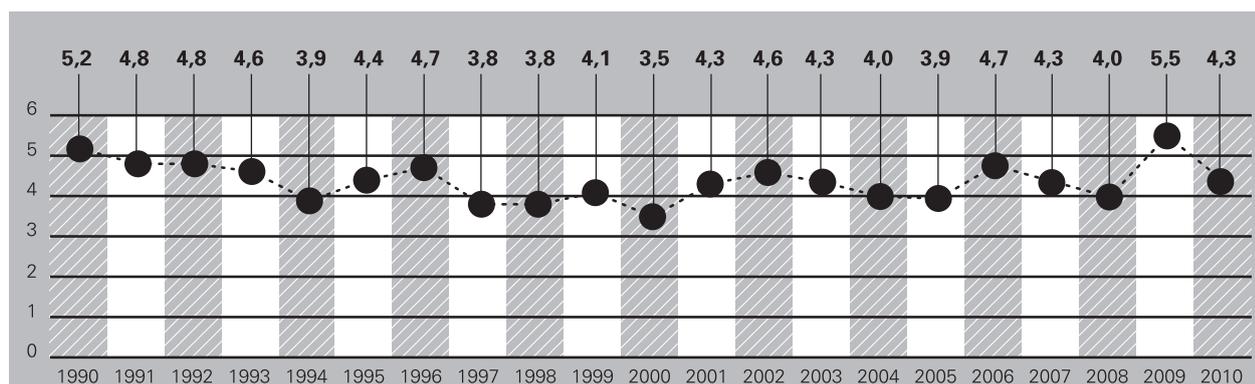
14. INSGENAR y CLADEM. Op. cit.

a las mujeres en el momento en que se encuentran atravesando una situación de gran vulnerabilidad física y emocional, y no les brinda la información ni atención de calidad que le corresponde.

**106 i) Fortalecer y reorientar los servicios de salud, en particular la atención primaria de salud, con el fin de dar acceso universal a servicios de salud de calidad para niñas y mujeres y de reducir las enfermedades y la morbilidad derivada de la maternidad y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad derivada de la maternidad como mínimo en un 50% de los valores de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015; garantizar que cada sector del sistema de salud ofrezca los servicios necesarios; y tomar las medidas oportunas para que se ofrezcan servicios de salud reproductiva, a través del sistema de atención primaria de salud, a todas las personas en edad de recibirla lo antes posible y no más tarde del año 2015;**

La tasa de mortalidad materna en Argentina muestra una tendencia amesetada en el período 1990–2010 y un estancamiento de su descenso<sup>15</sup>. Para el año 2009, se verifica un aumento significativo en la tasa de mortalidad materna (TMM) (5,5 x 10.000 nacidos vivos) respecto del año 2008 (4,4 x 10.000 nacidos vivos) a expensas no sólo de las mujeres embarazadas fallecidas por la epidemia de H1N1 sino también por un aumento en todas las otras causas de muertes maternas. La tasa reportada para el año 2010, es de 4,4 x 10.000 nacidos vivos continuando una tendencia refractaria al descenso.<sup>16</sup>

**Evolución de la Tasa de Mortalidad Materna por 10.000 nacidos vivos. Total País. Años 1990-2010**



Fuente: Dirección de Estadística e Información de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas Vitales. Información básica 2010.

Los datos mortalidad materna del año 2009 muestran un aumento del número absoluto de las muertes maternas (MM): 410 mujeres murieron de muerte materna versus 296 que lo habían hecho el año anterior. Aun cuando se quitaran las 95 mujeres embarazadas que murieron por enfermedades del aparato respiratorio, el número total de MM aumentó y este aumento fue a expensas de varias de las causas pero principalmente del aborto (87 mujeres por complicaciones de abortos versus 62 que se habían muerto en el año anterior).<sup>17</sup> La tasa de mortalidad materna es un indicador sensible de la accesibilidad y calidad de los servicios de salud. Como se observa, la TMM en Argentina presenta una persistencia en valores relativamente altos sin lograr su descenso. Esto es difícil de explicar en relación a la cantidad, calidad y accesibilidad de los servicios de salud del país: casi la totalidad de los partos son institucionales (99%) y atendidos por personal calificado (99%).

Las principales causas de muerte materna en Argentina son debidas a complicaciones por abortos inseguros (20,5%), trastornos hipertensivos (11,2%), infecciones (10,9%), hemorragias (12,7%) y otras causas directas (15,7%), causas mayoritariamente reducibles mediante acciones de prevención y un adecuado y oportuno manejo de la emergencia obstétrica.<sup>18</sup> Desde hace 20 años, la estructura de causas de las muertes maternas en la Argentina ha variado poco y las complicaciones de abortos inseguros han sido la primera causa de muerte materna (25-30% de las MM).<sup>19</sup>

La situación de la mortalidad materna muestra fuertes desigualdades dentro del país: para el año 2010, 16 jurisdicciones presentan una TMM menor que la nacional y 8 por encima de la nacional, encontrándose los valores más altos en el Noreste (NEA) y Noroeste

15. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Rendición de cuentas 2010. Objetivos del Milenio. En línea: <http://www.undp.org.ar/docs/odm/odm2010.pdf> (Acceso: 18/12/2011).  
 16. Tasa Anual de mortalidad materna por 10.000 nacidos vivos: es el número de defunciones por causa maternas acaecidas en la población femenina de un área geográfica dada durante un año por cada 10.000 nacidos vivos en la población de esa área geográfica durante el mismo año. En línea: <http://www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros/7/sesd-definiciones-salud.pdf> (Acceso: 20/12/2011)

17. "La situación de enfermedad y muertes maternas en Argentina", FEIM, Mayo 2011. <http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/MM-Datos-2011.pdf>  
 18. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud: Estadísticas Vitales. Información básica 2010, Serie 5, nº 5, Buenos Aires, diciembre de 2011.  
 19. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Intervenciones destinadas a reducir la mortalidad maternal. Hojas Informativas, 1. [En línea] Disponible en: <http://ossyr.org.ar/gpc.asp>. Acceso: 20/08/2011.

(NOA) argentinos. Para ese mismo año, la TMM de la provincia de Formosa (16,2) es 18 veces más alta que la de la Ciudad de Buenos Aires (0,9).<sup>20</sup>

Una acentuada característica del país es la inequidad social, evidenciada en los valores de los indicadores en el campo de la salud sexual y reproductiva de las distintas jurisdicciones, mostrando altos niveles de desigualdad en el acceso a bienes y servicios sociales. Como se indicó en párrafos anteriores, las regiones del noreste y noroeste son las que presentan indicadores más críticos y muestran un escenario de gran vulnerabilidad.

Las intervenciones para la prevención y el tratamiento de las causas de muerte materna están probadas y disponibles.<sup>21,22</sup> Sin embargo, en los servicios de salud de nuestro país se pierden diariamente oportunidades para implementar esas intervenciones costo-efectivas y basadas en la evidencia. Un ejemplo es el manejo activo del alumbramiento para el tratamiento de la hemorragia postparto, que se utiliza con baja frecuencia en los servicios de salud a pesar de su comprobada eficacia.<sup>23,24</sup> Si bien existen guías de práctica clínica dirigidas a los profesionales de la salud que presentan de modo claro y comprensible conjuntos de medidas para intervenir sobre los determinantes clínicos, su uso es poco frecuente en los servicios de salud.<sup>25,26</sup>

Uno de los elementos esenciales en la mejora de la salud materna es la disponibilidad de servicios que garanticen una atención oportuna y adecuada de las emergencias obstétricas. Nuestro país cuenta desde 2003 con Normas de organización y funcionamiento de servicios de maternidad, producidas por el Ministerio de salud (resolución N°348/2003) que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones necesarias: capacidad quirúrgica y anestésica, disponibilidad de sangre segura, tratamiento de la emergencia, evaluación del riesgo materno y neonatal y transporte oportuno a servicios de alta complejidad.<sup>27</sup> Sin embargo,

un reciente estudio de evaluación de las maternidades públicas del país encontró que 6 de cada 10 no cumplen con los requisitos necesarios para el manejo oportuno de las emergencias obstétricas.<sup>28</sup>

La vigilancia activa de las muertes maternas para prevenir muertes evitables y mejorar la calidad de la atención obstétrica es también una estrategia altamente efectiva.<sup>29</sup> En nuestro país, la mortalidad materna es un evento de notificación obligatoria desde 2007.<sup>30</sup> Sin embargo, el objetivo de mejorar la información sobre las muertes maternas de forma continua está lejos de alcanzarse pues los comités de análisis de muerte materna provinciales no han sido normatizados ni evaluados y la Comisión Nacional de Vigilancia y Control de la Morbimortalidad Materna y la Mortalidad Infantil no funciona regularmente.<sup>31</sup>

Las intervenciones para reducir las muertes por complicaciones de abortos también son ampliamente conocidas y costo-efectivas.<sup>32</sup> Para esto es necesario reducir el número de embarazos no planeados, aumentar las posibilidades de las mujeres de acceder a un aborto seguro y mejorar la calidad de la atención posaborto.<sup>33,34</sup> Argentina cuenta con legislaciones y programas para avanzar en el cumplimiento de estos tres objetivos: la ley 26.150 y el Programa de educación sexual integral (2006), la ley 25.673 y el Programa nacional de salud sexual y procreación responsable (2002) y el Programa de mejoramiento de la atención posaborto (2006).<sup>35,36,37</sup> Sin embargo, la incipiente implementación de estos programas,

20. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información en Salud: Estadísticas Vitales. Información básica 2010, Serie 5, n° 5, Buenos Aires, diciembre de 2011.

21. World Health Organization (WHO). Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva: WHO, 2010. [En línea] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf). Acceso: 17/08/2011

22. Campbell, O.M. y Graham, W.J., on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group. "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works". *Lancet*. 2006 Oct. 7; 368 (9543):1.

23. Karolinski A. et al. "Lost opportunities for effective management of obstetric conditions to reduce maternal mortality and severe maternal morbidity in Argentina and Uruguay". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 110 (2010) 175-18

24. Karolinski, A., et al. AMBA Perinatal Network Research Group. "Evidence-based maternal and perinatal healthcare practices in public hospitals in Argentina". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2009 May;105(2):118-22

25. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Intervenciones destinadas a reducir la mortalidad materna. Hojas Informativas, 1. [En línea] Disponible en: <http://ossyr.org.ar/gpc.asp>. Acceso: 20/08/2011.

26. Karolinski, A. et al. "Diseño de políticas en salud pública basadas en la evidencia para mejorar la calidad de la atención materno-perinatal en el Área Metropolitana de Buenos Aires. La morbilidad materna severa como nuevo campo de intervención. Estudio cuasi-experimental, de tipo serie temporal, con un componente cualitativo." En prensa: enviado para publicar a *Revista Argentina de salud Pública*. Agosto 2011.

27. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de calidad de los servicios de salud. Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.

Resolución 348/2003. Normas de organización y funcionamiento de servicios de maternidad. [En línea] Disponible en: [http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres348\\_2003.pdf](http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres348_2003.pdf). Acceso 24/08/2011.

28. Lomuto, C. y Nigri, C. Dirección Nacional de Maternidad e Infancia Ministerio de Salud de la Nación. "Evaluación de Maternidades públicas Argentina 2009-2010. Análisis Preliminar al 11 de noviembre 2010". Presentado en el "Primer Foro de debate, consenso y compromiso para la disminución de la morbilidad materna en Argentina". Santa Fe: 1 y 2 de diciembre de 2010. [En línea] Disponible en: [http://ossyr.org.ar/pdf/foro\\_sta\\_fe2010/Lomuto\\_Eval\\_Maternidades\\_publicas.pdf](http://ossyr.org.ar/pdf/foro_sta_fe2010/Lomuto_Eval_Maternidades_publicas.pdf). Acceso: 20/08/2011.

29. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. La vigilancia de las muertes maternas como herramienta para el logro del ODM 5. Hojas Informativas, 4. Buenos Aires: CEDES; CREP; IIE/ANM, 2010. [En línea] Disponible en: [http://www.ossyr.org.ar/hojas\\_informativas.html](http://www.ossyr.org.ar/hojas_informativas.html). Acceso: 20/08/2011.

30. Ministerio de Salud de la Nación. Resolución ministerial n° 640/2007. Incorpora el sistema centinela de la mortalidad materna al sistema de vigilancia epidemiológica. [En línea] Disponible en: [http://www.erroren-medicina.anm.edu.ar/pdf/reso\\_ministerial.pdf](http://www.erroren-medicina.anm.edu.ar/pdf/reso_ministerial.pdf). Acceso: 24/08/2011.

31. Ortiz, Z. y Fernández, S. La vigilancia de muerte materna. Estudio Colaborativo Multicéntrico 2005. CEDES-CONAPRIS-Ministerio de Salud de la Nación

32. World Health Organization (WHO). Packages of Interventions for Family Planning, Safe Abortion care, Maternal, Newborn and Child Health. Geneva: WHO, 2010. [En línea] Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_FCH\\_10.06\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_FCH_10.06_eng.pdf). Acceso: 17/08/2011

33. World Health Organization (WHO). Women and health: today's evidence tomorrow's agenda. Geneva: WHO, 2009.

34. World Health Organization (WHO). Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality 2008. Department of Reproductive Health and Research. Geneva: World Health Organization, 2011.

35. Ley 26.150. Programa nacional de educación sexual integral. [En línea] Disponible en: <http://portal.educacion.gov.ar/files/2009/12/ley26150.pdf>. Acceso: 24/08/2011.

36. Ley 25.673/2003. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. [En línea] Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/salud-sexual/ley.asp>. Acceso: 24/08/2011.

37. Romero, M. et. al. 2010. "La calidad de la atención posaborto: un desafío para la salud pública y los derechos humanos" en *Revista Salud Colectiva*, Buenos Aires, 6(1):21.35, Enero-Abril, 2010.

la escasa articulación entre los mismos y la falta de monitoreo de los programas provinciales hacen que los resultados positivos de estas políticas sean débiles, muy heterogéneos y no se traduzcan en reducciones significativas de las muertes maternas.<sup>38</sup>

En América latina y el Caribe, más de 500.000 mujeres padecen problemas crónicos de salud como consecuencia de una inadecuada atención del embarazo, parto y puerperio. Los factores que contribuyen a las muertes maternas son múltiples y en su gran mayoría evitables. La prevención de las muertes maternas se reconoce como una prioridad internacional, y su reducción en 3/4 para el 2015 es un compromiso asumido por la Argentina en Naciones Unidas en el 2000 al ratificar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En las últimas dos décadas se observa un estancamiento del descenso del RMM en Argentina, como ya se mencionó, por tanto para cumplir con los compromisos asumidos para alcanzar la 5ta meta de los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM), la RMM debería llegar a 13 X 100.000 mil nacidos vivos en 2015 y el ritmo de disminución debería acelerarse un 14,8%. Si la tendencia evidenciada hasta el presente se mantuviera constante, la RMM que se alcanzaría para el 2015 sería de 38,2 X 100.000 mil NV, tres veces más alta que la comprometida<sup>39</sup>.

Respecto a la morbilidad, los datos existentes en el país provienen de los egresos hospitalarios los cuales contemplan los egresos de las personas internadas en hospitales públicos de todo el país que se registran y analizan por los Ministerios de Salud provinciales y de la Nación. La información de las personas atendidas en servicios provistos por obras sociales y el sector privado no se registran. En consecuencia, se pierden los datos de alrededor de la mitad de los partos atendidos en el país. El registro de muertes maternas presenta un alto nivel de subregistro, o sea de muertes que se deben a causas vinculadas al embarazo, parto o puerperio pero que no se las clasificó así en el certificado de defunción<sup>40</sup>. Un estudio del Ministerio de Salud de la Nación en 1985 evidenció que en la Ciudad de Buenos Aires por cada muerte registrada como MM había una no registrada<sup>41</sup>. La actualización de ese estudio realizado en el 2010 por la Sociedad de Ginecología de Buenos Aires –SOGIBA– con el Ministerio de Salud de la Ciudad reveló que el subregistro aumentó a 2 muertes maternas no registradas por cada muerte registrada<sup>42</sup>.

En marzo del 2009 se sancionó la ley 26.465 de Prevención y atención de todas las formas de

violencia contra mujeres y niñas. Esta ley responde al compromiso de Argentina de adecuar su legislación a la Convención Americana de Belén do Pará de violencia de género. Reconoce todas las formas de violencia contra mujeres y niñas y establece las responsabilidades de los distintos ministerios, incluido el Ministerio de Salud respecto a establecer las normas para la atención. Lamentablemente a pesar de hacerse sancionado hace 2 años aún esta ley no se ha implementado totalmente. Si bien el Consejo Nacional de las Mujeres es el órgano de ejecución de la ley, el mismo no tiene un presupuesto acorde y carece de una estructura funcional con personal capacitado. Los otros ministerios tampoco han cumplido lo que la ley señala. Recién a fines del 2011 se aprobó y difundió el Protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación. Sin embargo, el mismo no es difundido por el Ministerio de Salud de la Nación en su página web, ni fue aprobado por resolución ministerial.

En la provincia de Santiago del Estero se ha creado la Dirección de Género como órgano executor de la Ley integral de protección a las mujeres (Nº 26.485). En el marco de la ley han creado un protocolo de atención a víctimas de violencia sexual y han desarrollado una campaña vinculada a la problemática. El alcance y aplicación de la campaña es limitada. La misma dirección de género, planificó un programa de asistencia integral a mujeres víctimas de distintas formas de violencia, creándose en el Poder Judicial la Oficina de Violencia Doméstica –OVD– de la Corte Suprema provincial de atención permanente las 24 horas del día. Esta Oficina sigue el modelo de la OVD de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, creada hace 3 años y que si bien limitada a la Ciudad de Buenos Aires, es un adelanto importante. Entre el 2010 y el 2011 se crearon oficinas dependientes de la Corte Suprema de las provincias de Tucumán y Salta. Esto es un avance pero aún no se llegó a todo el país.

En el municipio de San Fernando se desarrolla un programa de asistencia a víctimas de violencia familiar del cual no se cuenta con información acerca de su funcionamiento y se desconocen los logros alcanzados. En la ciudad de Buenos Aires a la OVD de la Corte, se agregan las Brigadas de Atención a víctimas de violencia del Ministerio de Justicia de la Nación, que atienden a las víctimas en forma integral con brigadas integradas por policía, asistente social y psicólogo, y que le dan cobertura la primera semana, pasando luego a ser atendidas por las autoridades del gobierno de CABA. La Dirección General de la Mujer del gobierno de la CABA tiene la línea telefónica, varios centros de atención y un refugio, el único existente en la Ciudad. Las prestaciones de la Dirección General de la Ciudad han disminuido su capacidad de atención aunque continua brindando servicios, por tanto el seguimiento y la atención confirmada de las mujeres víctimas de violencia es muy dispar e inadecuada.

En Provincia de Buenos Aires desde hace varios años existe el Protocolo de atención a las víctimas de violencia sexual y la línea 911 que atiende las emergencias en general, incluida la violencia de

38. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. Editorial. Las muertes maternas en Argentina: sin buenas noticias. [En línea] Disponible en: <http://www.ossyr.org.ar/editorial.html>. Acceso: 24/08/2011.

39. Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva. La situación de la mortalidad materna en la Argentina. Hojas Informativas, 1. Buenos Aires: CEDES; CREP; IIE/ANM, 2010. [En línea] Disponible en: [http://www.ossyr.org.ar/hojas\\_informativas/hoja1.asp](http://www.ossyr.org.ar/hojas_informativas/hoja1.asp). Acceso 15/03/2012

40. "La situación de enfermedad y muertes maternas en Argentina", FEIM, Mayo 2011. <http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/MM-Datos-2011.pdf>

41. Bianco, M.: "Por una maternidad sin riesgos", FEIM, 1992

42. Mazzeo, V., & Vinacur, J. (2010). La omisión del registro de la causa de muerte materna en los establecimientos de salud de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2008. Población de Buenos Aires, 59-65. En línea: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=74015656006>(Acceso: 16/2/2012)

género. La violencia contra mujeres y niñas es una de las principales demandas de atención. A su vez las comisarias de la mujer son ámbitos de atención a las víctimas de violencia que tienen vínculo con los servicios de salud. Sin embargo, esto aún es muy incompleto según lo que establece la ley de violencia sancionada en el 2009, e incluso las comisarias existentes carecen de personal bien capacitado. Si bien la violencia obstétrica se ha incorporado en la ley 26.415/09, aún no está bien identificada ni existen registros de su frecuencia.

---

**107 g)** Reconocer las necesidades específicas de los adolescentes y aplicar programas adecuados concretos, por ejemplo de educación e información sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, teniendo en cuenta los derechos del niño y los derechos, deberes y responsabilidades de los padres tal y como se afirma en el párrafo 107 e) supra;

**110 b)** Elaborar planteamientos innovadores para la financiación de los servicios de salud mediante la promoción de la participación de la comunidad y la financiación local; aumentar, cuando sea necesario, las consignaciones presupuestarias para los centros de salud de las comunidades y los programas y servicios basados en la comunidad que se ocupan de necesidades en materia de salud específicas de las mujeres;

---

Respecto a la atención dirigida específicamente a la población adolescente, existen pocos servicios especializados. El Ministerio de Salud de la Nación informó en el 2011 la existencia de 353 servicios especializados de adolescentes, lo que implica solo un 33% de los hospitales del país tienen esta atención. Recientemente en las provincias de Santiago del Estero y Misiones, se crearon el primer servicio especializado en salud adolescente en esas provincias. En ambas provincias se realizaron encuentros con jóvenes residentes en la capital, en Santiago del Estero también en La Banda, con quienes se abordaron temas referidos a sus derechos sexuales y reproductivos. En base a las necesidades expresadas por adolescentes y jóvenes se crearon los servicios.

Respecto a la educación e información sobre salud sexual y reproductiva y VIH/sida a niños y adolescentes, si bien en el 2006 se aprobó la ley de Educación Sexual Integral que estableció la obligación de esta educación en todo el ciclo escolar desde el inicial. Aún dicha ley no se ha implementado totalmente. El Ministerio de Educación de la Nación elaboró el currículum a incorporar en los distintos niveles y está capacitando al personal docente, pero aún hay escasa voluntad política por parte de los gobiernos provinciales para su implementación. La provincia de Santa Fe es una de las que más ha avanzado en la capacitación docente y en la implementación de esta educación. Este es un desafío importante y una deuda de los gobiernos en relación a los compromisos internacionales asumidos por el país respecto a la PoA de la 4ª Conferencia Internacional de la Mujer .Beijing 1995- como otros posteriores.

La Asociación Civil Mujeres al Oeste obtuvo datos mediante los cuales observaron serias dificultades en la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral Nº 26.150 de alcance nacional. Encontraron que aunque el Ministerio de Educación de la Nación ha publicado un cuadernillo de "Educación Sexual Integral" para facilitar el diálogo entre padres e hijos/as y para poner en su conocimiento los contenidos serán tratados en la escuela. La distribución del mismo es despareja ya que depende de los ministerios de educación provinciales que no siempre facilitan la llegada de los mismos a las escuelas, de la que también depende su distribución de acuerdo a la voluntad y compromiso de los directivos de las escuelas. Esto se registra también en provincias como Salta y otras.

Respecto a la atención en materia de salud materno infantil de población de pueblos originarios se encuentra contemplado en El *Plan Nacer*, como se mencionó anteriormente. Ésta último es un proyecto de inversión en salud materno infantil que brinda cobertura de salud a embarazadas, puérperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social, que desarrolla el Ministerio de Salud de la Nación con apoyo de un préstamo del Banco Mundial y con acuerdo con los ministerios de salud de las provincias. Tiene como finalidad disminuir los índices de morbi-mortalidad materno infantil fortaleciendo la red pública de atención primaria de la salud. Como ya se mencionó, no se cuenta con información acerca de en qué medida se cuenta con un personal capacitado. Información de Jujuy y Tucumán evidencia que esto no existe y que las mujeres de pueblos originarios son discriminadas en los servicios de salud.

---

**107 m)** Establecer y/o fortalecer programas y servicios, incluidas campañas en los medios de comunicación, que se ocupen de la prevención, la detección precoz y el tratamiento del cáncer de mama, el cáncer cervicouterino y otros cánceres del sistema reproductivo;

---

El cáncer cérvico-uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres entre 35 y 64 años. Se diagnostican aproximadamente 3000 casos nuevos por año, y mueren 2000 mujeres a causa de la enfermedad. Las provincias más afectadas son las provincias del NEA y NOA, que tienen tasas de mortalidad que duplican la tasa nacional.

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino trabaja desde el año 2008 en la implementación de una estrategia organizada de tamizaje, para garantizar el acceso al Papanicolaou (PAP) y el seguimiento y tratamiento de las mujeres con lesiones precancerosas y cáncer. El objetivo de la incorporación de la vacuna contra el HPV es disminuir la morbi-mortalidad por cáncer cérvico uterino en Argentina con un enfoque de equidad para que puedan tener acceso aquellas mujeres más vulnerables. Desde fines del 2010 se incorporó la vacuna contra el HPV al calendario oficial de vacunación, lo que constituye una oportunidad para el desarrollo de una estrategia integral de prevención, enfocada en la vacunación para las niñas de 11 años, y en el tamizaje por medio del PAP para las mujeres a partir de los 25

años<sup>43</sup>. Sin embargo, no existe una campaña nacional que informe acerca de la necesidad de continuar el tamizaje con el PAP a todas las mujeres, incluso las vacunadas, ni siquiera que se difunda en las áreas de mayor riesgo y vulnerabilidad como se previene.

Una investigación realizada por CEDES que aborda el tema entorno al conocimiento y actitudes en relación al HPV (2009-2010) entrevistó a mujeres en edad reproductiva y a médicos/as ginecólogos/as. La misma refleja: que existe un importante desconocimiento de la población de mujeres sobre el HPV y su relación directa causal con el cáncer de cuello uterino; las mujeres cuentan con información e ideas distorsionadas sobre los modos de prevenirlo y tratarlo, en este sentido con una sobremedicalización de la infección. El acceso a información por parte de los sectores de la población de menores recursos continúa representando una dificultad, ya que el estudio relevó que es el grupo que más desconocimiento presenta sobre el tema<sup>44</sup>.

Por su parte, la Asociación Civil Mujeres al Oeste desarrolló un estudio en diversos Centros de Salud del Conurbano Bonaerense y reveló que en los centros de salud investigados se presentan demoras para la asignación de turnos para realizarse chequeos como el Papanicolaou, con la posterior demora en la entrega de los resultados. A esto último, hay que añadir la desorganización de los laboratorios (demora en la lectura de los estudios) que terminan muchas veces sin responder los resultados de los estudios. Las observaciones recolectadas por miembros de la Asociación Civil Mujeres al Oeste, así como testimonios revelados de usuarias de centros de salud del conurbano bonaerense como parte del mismo estudio de investigación reflejaron que existe una creencia entre mujeres y profesionales de la salud de que los controles ginecológicos para prevenir el cáncer cervico-uterino y de mama son efectivas para mujeres que tienen relaciones heterosexuales (con penetración) o ante un embarazo, por lo cual muchas mujeres lesbianas tienen un acercamiento tardío al sistema de salud (cuando el cáncer cervico-uterino o de mama se encuentra en estado avanzado) ya que asisten al mismo recién ante la presencia de síntomas agudos. Diferentes mujeres que declararon su opción sexual por personas de su mismo sexo, comentaron que al concurrir a una consulta ginecológica y manifestar su orientación sexual, no fueron orientadas por el ginecólogo o no recibieron la atención adecuada para la realización de estudios para la prevención del cáncer cervicouterino (papanicolaou o colposcopia u otros). Se desprende de este estudio, que el accionar de los profesionales de la salud está guiado, orientado y sesgado por creencias simbólicas y subjetivas que no contemplan la diversidad sexual y de género excluyendo, de esta manera, del sistema de

43. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil. Estrategia de Prevención de Cáncer Cérvico-uterino: Introducción de la Vacuna para HPV al Calendario Nacional de Inmunizaciones. En línea: <http://www.sagij.org.ar/ginecologia-infanto-juvenil/documento-base-estrategia-integral-de-prevencion-de-cancer-cervico-uterino-introduccion-de-la-vacuna-para-hpv-al-calendario-nacional-de-inmunizaciones>.

44. CEDES 2010, en colaboración con: CEDOP, Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, SOGIBA y SAP. "Conocimientos y actitudes en relación al HPV y la vacuna contra el HPV en Argentina (2009-2010)".

salud a un grupo de mujeres por su orientación sexual. Es alarmante la falta de información de los profesionales de la salud y de la población en general, sobre los criterios de realización de los estudios ginecológicos, que se convierten en una barrera para el logro del goce pleno a la salud de las mujeres y para conseguir un cuidado y atención de calidad.

Por último, la Asociación Civil Mujeres al Oeste destaca la importancia de realizar acciones para la prevención del cáncer cervico-uterino a fin de reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cuello de útero, teniendo en cuenta que de los 300 casos diagnosticados por año 2000 mujeres mueren por esta enfermedad prevenible, siendo estas mujeres en su mayoría mujeres pobres con menor posibilidad de acceder a la realización del Pap, confirmación del diagnóstico y tratamiento si fuera necesario.

---

*106 q) Integrar los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria de la salud u otros sistemas pertinentes, elaborar programas de apoyo y capacitar a los trabajadores atención primaria de la salud para que puedan reconocer y tratar a las niñas y a las mujeres de todas las edades que hayan sido víctimas de cualquier tipo de violencia, especialmente violencia en el hogar, abusos sexuales u otro tipo de abuso durante conflictos armados y de otra índole;*

---

*107 q) Adoptar medidas específicas preventivas para proteger a las mujeres, los jóvenes y los niños de todo maltrato, abuso sexual, explotación, tráfico y violencia, por ejemplo en la formulación y la aplicación de las leyes, y prestar protección jurídica y médica y otro tipo de asistencia.*

---

La accesibilidad a los servicios de salud, sus condiciones, y la necesidad de que las mujeres y niñas víctimas de violencia reciban un trato respetuoso de sus derechos humanos e integral en el que se les brinde toda la información pertinente para el caso de ser víctimas de violencia, es fundamental. El rechazo de la atención en los servicios públicos a mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, embarazadas que han solicitado interrumpir el embarazo refleja que la calidad y oportunidad de la atención no es la adecuada. Un reciente estudio de evaluación de las maternidades públicas del país encontró que 6 de cada 10 maternidades no cumplen con los requisitos necesarios para el manejo oportuno de las emergencias obstétricas.<sup>45</sup> Según los datos recabados a nivel local, provincial y nacional no existen protocolos de atención a víctimas de violencia en los servicios de salud. En general son tratados por las lesiones físicas pero no reciben asistencia psicológica y legal. En casos de violencia o abuso sexual existen protocolos en algunas localidades o provincias. En el 2011 se elaboró el protocolo universal por parte del Ministerio de Salud,

45. Lomuto, C. y Nigri, C. Dirección Nacional de maternidad e Infancia Ministerio de Salud de la Nación. "Evaluación de Maternidades públicas Argentina 2009-2010. Análisis preliminar 11 de noviembre 2010". Presentado en el primer foro de debate, consenso y compromiso para la disminución de la morbimortalidad materna en Argentina". Sante Fe: 1 y 2 de diciembre de 2010. En línea: [http://www.ossyr.org.ar/hojas\\_informativas.html](http://www.ossyr.org.ar/hojas_informativas.html) (acceso: 18/12/2011)

pero no fue ratificado por resolución ministerial, lo que limita la aplicación en todos los servicios públicos nacionales. Si bien la ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, n°26485/09 establece la responsabilidad del Ministerio de Salud de establecer los protocolos para atención de las distintas formas de violencia, aún no se han elaborado excepto el de violencia sexual que tampoco se aprobó por resolución. Además no se están realizando acciones de prevención ni de promoción de salud y de discriminación de la violencia como campañas publicitarias, ni la incorporación en la currícula de los distintos niveles escolares.

---

**108 a)** *Garantizar la participación de las mujeres, en particular de las infectadas con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual o afectadas por la pandemia del VIH/SIDA, en todas las decisiones relativas al desarrollo, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;*

---

**108 g)** *Apoyar y fortalecer la capacidad nacional de crear y mejorar políticas y programas sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual que tengan en cuenta el género, incluido el suministro de recursos y facilidades a las mujeres que tienen a su cargo la responsabilidad principal del cuidado, o el apoyo económico de personas infectadas por el VIH/SIDA o que están afectadas por la pandemia, y a los sobrevivientes, en particular niños o ancianos;*

---

En Argentina se observa un aumento del VIH/sida en las mujeres. La relación hombre/mujeres con sida pasó de 84,1 hombres por cada mujer en 1984 a 2 hombres por cada mujer en el 2010. Esta disminución de la relación de mujeres por hombres es más evidente si se consideran las personas infectadas o que viven con el VIH. El registro de infectados en Argentina se inició en el 2001, según este la relación hombres/mujeres infectados con VIH era de 1,7 en el 2010. En el grupo de 15 a 24 años es el único grupo en que las mujeres predominan respecto a los varones infectados, 9 hombres por cada 10 mujeres, y esta diferencia aumenta en el grupo de 15 a 19 años: 0,8:1, o sea 8 hombres por cada 10 mujeres. Estos datos dan cuenta de la feminización del VIH en el país<sup>46</sup>.

La epidemia del VIH/sida es cada vez más joven y más femenina, pero las opiniones y experiencia de las organizaciones de mujeres y de jóvenes son generalmente excluidas del diseño, la planificación y el monitoreo de las políticas y acciones en VIH/sida. Y la perspectiva de género está ausente como eje transversal.

Argentina cuenta con legislación sobre el VIH/sida que protege los derechos de las personas que viven con VIH/sida (Ley 23.798) y también garantiza el acceso a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. El virus del Sida merece un trato integral y completo

46. UNGASS, Monitoreo de los compromisos asumidos frente al Sida en Salud Sexual y Reproductiva. "sociedad civil luchando por derechos". Coordinado por GESTOS (Brasil) con el apoyo de la fundación FORD. Informe Argentina, Febrero 2010.

abarcando todos los aspectos que requieren atención para esta enfermedad, por lo tanto es crucial trabajar de manera conjunta entre los diversos programas de salud existentes que abordan distintos aspectos de la infección y/o enfermedad. En general, cuando una mujer es diagnosticada con el VIH, su asistencia pasa a ser responsabilidad del Servicio de SIDA, con un enfoque eminentemente infectológico<sup>47</sup>.

De acuerdo con datos proporcionados por la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, en el 2009, la Dirección Nacional de Sida envió a organizaciones de PVVS y con trabajo en VIH, un proyecto de normativa para la formación de una comisión interministerial e intersectorial sobre VIH. En un apartado de ese proyecto mencionaban los grupos con representatividad dentro de esa comisión: mujeres y jóvenes eran los principales ausentes. Aun cuando diversas organizaciones de la sociedad civil manifestaron la relevancia de incorporar a estos dos grupos, éstos no fueron incluidos. Asegurar la participación de las mujeres viviendo con VIH/SIDA – MVVS- en las instancias de decisión a nivel local, provincial y nacional, supone un avance en la lucha contra la discriminación que sufren las MVVS en los servicios de salud, y otros espacios de la estructura social, que aún persisten basados en mitos y estereotipos socialmente contruidos, y sugiere la posibilidad de abordar la problemática de la enfermedad no solo desde un enfoque estrictamente infectológico, teniendo en forma integral, especialmente incluyendo los aspectos socio-culturales.

Desde el año 1996 en Argentina se promueve la oferta del testeo a mujeres embarazadas y su tratamiento preventivo en caso de ser positivo para disminuir la transmisión al hijo desde el embarazo. El Porcentaje de embarazadas con VIH entre 15 y 24 años con respecto al total de embarazadas testeadas entre 15 y 24 años de edad ha venido descendiendo sistemáticamente a lo largo de la década, Este indicador se ubicaba en 0,36% en el año 2006, último año para el que se tiene información desagregada por edad. Como se observa en la tabla siguiente, dicho indicador ha disminuido entre 2000 y 2006 de 0,64% a 0,36%<sup>48</sup>.

En Argentina el acceso al tratamiento de las personas que viven con VIH está garantizado desde 1998 cuando se sustanció un juicio al Ministerio de Salud por la no provisión del tratamiento.<sup>49</sup> Las mujeres no tienen diferencias en el acceso, sin embargo es habitual que tengan más problemas de adherencia al tratamiento por priorizar la atención de sus esposos o compañeros y/o hijos. Otro problema es que las dosis y los tratamientos de drogas antirretrovirales -ARV-están normalizados para el tratamiento de hombres, es por ello que a veces las mujeres sufren más frecuentemente complicaciones como lipodistrofia y otros problemas asociados al tratamiento con ARV.

47. Observatorio de Salud sexual y reproductiva 2010. Dos caras de una misma realidad: Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/SIDA en el Mercosur. En línea: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/104.pdf> (Acceso: 17/12/2011).

48. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Rendición de cuentas 2010. Objetivos del Milenio. En línea: <http://www.undp.org.ar/docs/odm/odm2010.pdf> (Acceso: 18/12/2011).

49. Bianco, M., Re, M., Pagani, L. y Barone, E. "Derechos Humanos y acceso a tratamiento para VIH/Sida. Estudios de Caso sobre Derechos Humanos". FEIM, LACASSO y ONUSIDA. 1999.

**Tasa de prevalencia del VIH en embarazadas entre 15 y 24 años.** Total País Años 1990 1995 2000 2006.

Años									
1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
-	-	0,64	0,64	0,39	0,39	0,38	0,37	0,36	

Porcentaje de embarazadas con VIH entre 15 y 24 años con respecto al total de embarazadas testeadas entre 15 y 24 años

Fuente: Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual. Ministerio de Salud de la Nación.

Una importante deuda que el Estado argentino tiene es la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH/SIDA. En general si en los servicios de salud sexual y reproductiva las personas mencionan su condición de VIH positivas suelen ser discriminadas y en muchas oportunidades se les niega atención. Por otra parte, suele considerarse que sólo deben usar el preservativo en todas sus relaciones sexuales y no se aconseja regularmente el uso de MAC, incluyendo la doble protección. Ejemplos de esta situación se vislumbran a partir de estudios realizados por la Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/SIDA donde mujeres de entre 30 y 50 años quisieron ser atendidas en los servicios de salud sexual y reproductiva y se enfrentaron a situaciones de discriminación y maltrato por parte del equipo de profesionales de la salud.

Respecto de la situación de las mujeres que viven con sida se desarrolló un estudio a mujeres mayores de 18 años, de diferentes zonas de la provincia de Buenos Aires (Haedo, Merlo y 3 de febrero). En la encuesta aplicada, entre noviembre de 2010 y febrero de 2011, a 158 mujeres varias manifestaron haber sufrido algún tipo de discriminación en centros de salud: Nélida (40 años) servicio de ginecología del Hospital Güemes de Haedo (provincia de Buenos Aires). *"cuando la ginecóloga me mando a hacer una biopsia de cuello de útero, pedí turno, me dieron el primero, pero cuando llegó el día y me presenté, al ver la orden con el diagnóstico de VIH, me dijeron que en esos casos se hacían en el último turno, así que me dejaron ahí hasta las 14 hs, es así..."*. Valeria R. (35 años), Hospital Bocalandro, Tres de Febrero, Buenos Aires. Cuando se le pregunta por qué esperó tanto (3 años después de recibir diagnóstico) para consultar con un infectólogo, refiere *"porque me asusté, nadie me explicó nada y yo me hice el análisis, dentro de la rutina ginecológica y me llamaron por teléfono del laboratorio y me dijeron que había dado positivo el test del Sida, que pase a buscarlo y consulte con un infectólogo. Lo fui a buscar, pero no pisé más el hospital hasta ahora, la consulta la hace a una infectóloga de un centro de APS"*.

La misma entrevista tuvo el objetivo de explorar la situación laboral de las PVVS, los datos relevados dieron como resultado que la frecuencia de mujeres con trabajo remunerado disminuyó considerablemente.

El 40,5% de las encuestadas no trabaja en forma remunerada, se encuentra desempleada, en el momento en el que se les aplicó la encuesta (solo el 14% de las encuestadas trabaja en condiciones de legalidad y formalidad). Al indagar acerca de los motivos por el cual se encuentran en su condición de desempleados, manifestaron: falta de capacitación (15,4%), 6,3% discriminación por su condición de enfermo de VIH y un 5,7% señaló la dificultad de compatibilizar el horario habitual de trabajo con el de atención de los servicios de salud. De las entrevistas se desprende la insuficiente contención, el poco asesoramiento y acompañamiento que sufren las mujeres desde el momento en que se les da a conocer el diagnóstico de VIH. Esto demuestra que los efectores de salud no están capacitados para acompañar a las mujeres, a partir de lo que viven en relación con su diagnóstico, ni para guiarlas en lo que implica aceptar una nueva situación de salud en sus vidas. Los datos obtenidos de la investigación realizada por la Red de Mujeres de la Red Bonaerense da cuenta de la urgencia de identificar las necesidades psico-sociales y culturales de las MVVS, para encaminar los proyectos y guiar las intervenciones de salud pública.

La misma entrevista desarrollada por las Mujeres de la Red Bonaerense MVVS tuvo el objetivo de explorar la situación laboral de las PVVS, los datos relevados dieron como resultado que la frecuencia de mujeres con trabajo remunerado disminuyó considerablemente. El 40,5% de las encuestadas no trabaja de forma remunerada, se encuentra desempleada, en el momento que se les aplicó la encuesta (solo el 14 % de las encuestadas trabaja en condiciones de legalidad y formalidad). Al indagar acerca de los motivos por el cual se encuentran desempleadas, manifestaron: falta de capacitación (15,4 %), 6,3% discriminación por su condición de personas viviendo con VIH y un 5,7% señaló la dificultad de compatibilizar el horario habitual de trabajo con el de atención de los servicios de salud.

Los datos señalan la desprotección que padecen las personas que viven con VIH/sida, especialmente las mujeres siendo discriminados por su condición y vulnerados sus derechos, y denota la ausencia de políticas activas de empleo para las mujeres que viven con el VIH; basadas en el cumplimiento de normas antidiscriminatorias, de derechos humanos y de género.

Es necesario que los gobiernos definan y adopten estrategias para enfrentar la violencia que padecen las mujeres que viven con el VIH/sida, ya sea como causa o efecto. Esto debe incluir el tratamiento integral de la violencia, o sea, no sólo los aspectos médicos biológicos, sino también los psicológicos, sociales, legales y económicos, para superar el ciclo de la violencia<sup>50</sup>. En Argentina un estudio realizado en el 2010 evidencia el aumento de la vulnerabilidad de las mujeres víctimas de violencia a infectarse con el VIH. Todas las formas de violencia contra las mujeres aumentan esta vulnerabilidad<sup>51</sup>.

50. Observatorio de Salud sexual y reproductiva 2010. VIH/sida más violencia, dos caras de una misma moneda- página 30. Cap I. En línea: <http://www.ossyr.org.ar/pdf/bibliografia/104.pdf> (Acceso: 17/12/2011)

51. "Dos Caras de una misma realidad: Violencia contra las mujeres y feminización del VIH/sida" <http://doscarasdeunamismarealidad.blogspot.com/>

—  
**2**  
—  
—



# Violencia

## Análisis del cumplimiento de las metas

### INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres y niñas es un problema muy importante que afecta cada día más mujeres. Sin embargo, si bien en marzo de 2009 se aprobó una ley integral para prevenir, atender y sancionar la violencia contra las mujeres, aún su implementación es muy incompleta.

**Uno de los principales problemas es la existencia de múltiples instancias en los distintos ministerios y organismos nacionales, así como en las provincias y municipios, pero sin la articulación y coordinación necesaria. Esto que implica el mayor uso de recursos con menor impacto, se agrava por la baja asignación presupuestaria al órgano executor y coordinador de estas políticas –el Consejo Nacional de las Mujeres- y en general la falta de decisión política para priorizar estas políticas por parte del gobierno nacional, los provinciales y municipales.**

A continuación, se analizan las distintas medidas del PoA de la Conferencia de Beijing.

**Objetivo estratégico D.1. Adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer**

#### 124 Medidas que han de adoptar los gobiernos:

**124 a)** Condenar la violencia contra la mujer y abstenerse de invocar ninguna costumbre, tradición o consideración de carácter religioso para eludir las obligaciones con respecto a su eliminación que figuran en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer;

**124 b)** No cometer actos de violencia contra la mujer y tomar las medidas necesarias para prevenir, investigar y, de conformidad con las leyes nacionales en vigor, castigar los actos de violencia contra la mujer, ya hayan sido cometidos por el Estado o por particulares;

El Congreso de la Nación, en marzo de 2009, aprueba la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Esta nueva ley extendió la sanción a todas las formas de violencia *contra mujeres y niñas*.

Define la violencia como “toda conducta, acción u omisión que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte la vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial de las mujeres, así como su seguridad”. Además, incluye varios tipos de violencia: física, sexual, simbólica, económica, patrimonial y psicológica que, a su vez, se precisan en expresiones concretas como la violencia mediática, institucional, obstétrica, laboral, doméstica.

La norma designa al Consejo Nacional de las Mujeres –CNM- como órgano de aplicación, encargado del diseño de políticas públicas para efectivizar las disposiciones de la ley, especificando una extensa lista de funciones y acciones a su cargo. La ley asigna acciones a los distintos ministerios del gobierno nacional, al Poder Judicial, que colabore para que se garantice el acceso a la justicia con patrocinio jurídico gratuito y asegure la asistencia integral a las víctimas. Al Ministerio de Desarrollo Social, le ordena realizar convenios con bancos para facilitar líneas crediticias a las mujeres víctimas de violencia. También remover patrones socioculturales que promueven las agresiones de género, impulsa al Ministerio de Educación a implementar planes de formación docente tendientes a la detección precoz de la violencia de género en sus diferentes tipos y a la eliminación de los estereotipos de género de los libros de texto. A la Secretaría de Medios impulsar la difusión de mensajes y campañas para prevenir la violencia contra las mujeres. A Salud, la redacción de protocolos de atención. A Trabajo, promover programas para la prevención del acoso sexual en el ámbito de empresas y sindicatos. También exige que haya protocolos para la recepción de denuncias en las fuerzas de seguridad, para evitar la “re-victimización”. Para evitar demoras, la ley establece la obligación de que las denuncias en las comisarías sean remitidas dentro de las 24 horas a la autoridad judicial que corresponda. Estas se podrán hacer además en cualquier fuero y el magistrado deberá derivar la causa al que corresponda. A las administraciones municipales

y provinciales que ofrezcan grupos de autoayuda, patrocinio jurídico gratuito y asistencia psicológica, además de refugios transitorios y otras formas de apoyo a las víctimas en caso de urgencia.

La ley establece normas generales de procedimiento que deben ser adoptadas por el poder judicial en todas las jurisdicciones para los casos de violencia contra las mujeres, como la gratuidad del trámite, la amplia libertad probatoria, el trámite sumarísimo. También enumera medidas de protección urgentes para las mujeres en el momento de la denuncia y a lo largo del proceso, la prohibición de audiencias de mediación durante todo el proceso, entre otras. Pone en marcha el Observatorio de la Violencia contra las Mujeres para llevar un registro de los casos en todo el país y controlar la efectividad de las políticas que se apliquen a fin de dar cumplimiento de la propia ley que deberá estar integrado por representantes de ONGs.

El Código Penal Argentino no contiene un tipo específico para la violencia contra las mujeres, aunque muchas de las conductas tipificadas en el Código son sufridas mayoritariamente por las mujeres víctimas de violencia, tampoco contiene un tipo penal de "violencia familiar" o "violencia de género", de allí que estas entren en la incumbencia de las leyes penales por su resultado: cuando como consecuencia de un episodio de violencia familiar/de género, se configura un delito de los que enunciados en el Código, por ejemplo, lesiones o muerte.

Un avance importante en cuanto a la legislación penal se dio con la sanción de la ley 25.087 en lo atinente a los delitos contra la integridad sexual, así por ejemplo la descripción de la conducta en términos de abuso sexual de persona, independientemente del sexo y considerando al acceso carnal como una figura agravada. También es considerado un tipo agravado el abuso sexual que por su duración o por las circunstancias de su realización hubiere configurado un sometimiento sexual gravemente ultrajante para la víctima. La alusión explícita en varios de los tipos a la relación de poder entre víctima y victimario. Se incluye la posibilidad de que la víctima inste el ejercicio de la acción penal pública con el asesoramiento o representación de organizaciones públicas o privadas sin fines de lucro de protección o ayuda a las víctimas. Si bien se sancionó la ley 26.485 y su decreto reglamentario, hasta ahora los avances en su implementación son escasos. Una importante limitación es la baja asignación presupuestaria del CNM, así como la posibilidad de desempeño como órgano ejecutor de la ley 26.485 por su conformación y nivel de su personal.

---

**124 c)** *Introducir sanciones penales, civiles, laborales y administrativas en las legislaciones nacionales, o reforzar las vigentes, con el fin de castigar y reparar los daños causados a las mujeres y las niñas víctimas de cualquier tipo de violencia, ya sea en el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad o la sociedad;*

---

**124 d)** *Adoptar o aplicar las leyes pertinentes, y revisarlas y analizarlas periódicamente a fin de asegurar su eficacia para eliminar la violencia contra la mujer, haciendo hincapié en la prevención de la violencia y el enjuiciamiento de los responsables; adoptar*

*medidas para garantizar la protección de las mujeres víctimas de la violencia, el acceso a remedios justos y eficaces, inclusive la reparación de los daños causados, la indemnización y la curación de las víctimas y la rehabilitación de los agresores;*

---

Por medio de la Resolución 120/2011, se creó en el ámbito del Ministerio de Justicia de la Nación, de la **Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género** y se designó su coordinadora. La comisión está integrada por representantes de distintas áreas involucradas a nivel nacional, provincial y municipal, de los ámbitos universitarios, sindicales, empresariales, religiosos, las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres y otras de la sociedad civil con competencia en la materia. La Comisión desarrollará tareas de asesoramiento que resulte necesario para la implementación de la Ley N° 26.485, conforme la normativa nacional e internacional. Apuntará a que se profundice la lucha contra la violencia de género mediante el establecimiento de sanciones de los distintos tipos y modalidades de violencia contra las mujeres. Además implementará, conjuntamente con otros organismos nacionales, provinciales, municipales, organizaciones no gubernamentales, las tareas vinculadas con la elaboración de normas referidas a la sanción de la violencia de género. En los fundamentos recuerda que es competencia del Ministerio de Justicia la de entender en la formulación y aplicación de políticas y programas de promoción y fortalecimiento de los derechos humanos.<sup>1</sup> No existe hasta la fecha información de las actividades realizadas por la Comisión, si bien ya lleva un año de su creación. Respecto a la ley 26.485 una de las críticas radica en que establece pocas sanciones y estas no parecen suficientes para los agresores, que suelen violar las medidas dispuestas por la justicia.

---

**124 e)** *Trabajar activamente para ratificar o aplicar todas las normas e instrumentos internacionales relacionados con la violencia contra la mujer, incluidos los contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos 21/, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 13, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 13 y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes 22/;*

---

Si bien Argentina ha ratificado todos los tratados internacionales como los señalados en esta medida, esto no implica que se estén aplicando ni vinculando con la violencia contra las mujeres y niñas. Aún faltan muchos aspectos para lograr que estos derechos alcancen a las mujeres de todo el país y a las rurales de igual manera que a las urbanas. Por tanto,

1. <http://boletin.boletinoficial.gob.ar/DisplayPdf.aspx?s=BPBCF&f=20110221>, <http://www.telam.com.ar/vernota.php?tipo=N&dis=27&sec=4&idPub=232271&id=403926>, [http://www.argentina.ar/\\_es/pais/C6734-crean-comision-para-sanciones-por-la-violencia-de-genero.php](http://www.argentina.ar/_es/pais/C6734-crean-comision-para-sanciones-por-la-violencia-de-genero.php) y <http://www.e-mujeres.net/noticias/argentina-crean-comision-nacional-coordinadora-acciones-elaboracion-sanciones-violencia>. Acceso el 21/02/2011.

**muchos artículos de los tratados internacionales, todavía no están bien aplicados por el Estado.**

En este sentido ejemplificamos con el caso de Violencia Obstétrica y Tortura. La violencia obstétrica se puede enmarcar como Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes cuando se es insensible frente al dolor de las mujeres, cuando se le efectúan comentarios humillantes o se la infantiliza, especialmente en la atención en los hospitales públicos de complicaciones por abortos inseguros o que se sospecha se efectuó un aborto inseguro. En estos casos las mujeres ni se plantean la posibilidad de denunciar esta atención por temor a la denuncia penal y la criminalización del aborto. Otra forma de violencia obstétrica asociada a tratos inhumanos y tortura es la atención deshumanizada del parto que obliga al decúbito dorsal, la no autorización de la compañía de una persona de su afecto en el parto, la negación de la anestesia, la episiotomía de rutina y obligatoria, entre los aspectos más frecuentes. Esto tampoco suele ser denunciado por las mujeres por temor a represalias de los profesionales en futuras atenciones. Se han registrado casos de denuncias por familiares en casos de muertes maternas postparto inmediato. En general las acciones judiciales no prosperan por dificultades de tiempo y dinero de las personas denunciadas. Si bien la ley 25.929 de parto humanizado, se refiere a esto también hay otra legislación, pero en general es algo no incorporado en la demanda popular. Además otro ejemplo es respecto al trato de las mujeres en cárceles federales, un estudio demostró que el Servicio Penitenciario Federal aplica distintas formas de violencia física, la mayoría habituales en los casos de la represión de la última dictadura militar, pero también violencia sexual. En ambos tipos de violencia varios agentes de distinto sexo se concentran en una sola detenida y lo muestran a las otras detenidas como efecto aleccionador de sometimiento. Esto por supuesto impide toda forma de resocialización de las detenidas algo que figura como objetivo de la detención<sup>2</sup>.

---

**124 f)** *Aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, teniendo en cuenta la recomendación general 19, aprobada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 11~ período de sesiones 23/;*

---

El contenido de la CEDAW, y más específicamente de la Recomendación general 19 del Comité, es similar al contenido de la **Convención de Belém do Pará**. Esta convención fue adoptada en 1994, en el marco de la OEA, y es el instrumento que los Estados de América deben ahora aplicar, ya que es el único instrumento internacional o regional tratando específicamente de la violencia contra las mujeres. Entonces, el gobierno argentino y los gobiernos provinciales tienen que aplicar esta Convención. Además de los tribunales argentinos, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos monitorea la aplicación de Belém do Pará con su jurisprudencia, y sus Informes Periódicos.

2. "Mujeres en prisión. Los alcances del castigo". CELS, Comisión sobre Temáticas de Género de la Defensoría General de la Nación y la Procuración Penitenciaria de la Nación, 2011. <http://www.cels.org.ar/common/documentos/MujeresEnPrision.pdf>

---

**124 g)** *Promover la integración activa y visible de una perspectiva basada en el género en todas las políticas y programas en materia de violencia contra la mujer; alentar vigorosamente, respaldar y aplicar las medidas y los programas destinados a desarrollar los conocimientos y propiciar la comprensión de las causas, las consecuencias y los mecanismos de la violencia contra la mujer entre los responsables de la aplicación de esas políticas, como los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, los miembros de la policía y los asistentes sociales, el personal médico y el personal judicial, así como entre las personas que se dedican a actividades relacionadas con las minorías, los migrantes y los refugiados, y establecer estrategias para impedir que las mujeres víctimas de la violencia vuelvan a sufrirla por la prescindencia del género en las leyes o en las prácticas de aplicación de la ley o los procedimientos judiciales;*

---

A partir de 1983 con la recuperación de la democracia se crea en el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, en la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, la Dirección Nacional de la Mujer un área para las políticas de la mujer y en 1986 se la eleva a Subsecretaría. En 1992 se crea el Consejo Nacional de la Mujer –CNM-, que depende de la Presidencia de la Nación, con rango de Secretaría de Estado. En el 2002, el CNM se transfirió al Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de la Presidencia de la Nación. En el 2009, se aprobó una nueva estructura del CNM en relación a la ley de violencia 26.485, creándose la Unidad de Coordinación Nacional para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las mujeres con rango de Subsecretaría y dando al CNM rango de Secretaría. Por último, en el 2010 por un decreto se cambió el nombre: Consejo Nacional de las Mujeres. Todos estos cambios no han significado avances importantes respecto al papel y funciones del CNM, hoy un organismo con escasa presencia nacional, sin un equipo profesional y técnico importante que le permita desarrollar las funciones de órgano de ejecución de la ley 26.485 y con un bajo presupuesto.

**Una característica de Argentina en el caso de la violencia de género, es la existencia de múltiples organismos del Poder Ejecutivo Nacional y la justicia con distintas funciones que deberían coordinarse o integrarse, pero que no lo hacen** con la consiguiente superposición de funciones y gastos mayores por dicha superposición. A continuación se enuncian los distintos organismos existentes y sus funciones:

## **NIVEL NACIONAL**

---

**Consejo Nacional de las Mujeres -CNM:** Órgano de ejecución de la ley 26.485. Es el responsable del observatorio de la violencia contra mujeres que debe promover y establecer el sistema único de recolección de datos de violencia, algo que aún no existe. También es responsable de la implementación de la ley coordinando las acciones de los ministerios nacionales responsables según la ley. Poco se ha implementado hasta la fecha de lo establecido en la ley y no se visualiza la coordinación necesaria ni los avances en los distintos ministerios.

## Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la

**Nación:** Este Ministerio tiene 3 dependencias que desarrollan actividades:

- El **Programa “Las Víctimas contra las Violencias”**, creado en el 2008. Estableció brigadas integradas por oficiales de la Policía Federal Argentina que junto a un psicólogo y un sociólogo o trabajador social atiende las 24hs. de todos los días los llamados telefónicos con denuncias de violencia o pedidos de ayuda a un número telefónico gratuito, el 137. Existen las siguientes **Brigadas Móviles: de Atención de Víctimas de Violencia Familiar, a Víctimas de Delitos Sexuales, contra la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes, y Trata de Personas**. Estas Brigadas Móviles actúan en la Ciudad de Buenos Aires.
- La **Oficina de Rescate y Acompañamiento a Personas Damnificadas por el Delito de Trata**, creada con motivo de la aprobación de la ley de trata.
- **Comisión Nacional Coordinadora de Acciones para la Elaboración de Sanciones de la Violencia de Género**, creada en el 2011, integrada por personalidades notables, y otra comisión de asesores letrados, como se informó antes.

## Corte Suprema de Justicia de la Nación -CSJN:

- La **Oficina de Violencia Doméstica –OVD-**. Se creó en 2008 para facilitar el acceso a la justicia de los casos de violencia doméstica, funciona las 24 horas del día, todos los días del año, con el fin de asegurar el efectivo acceso a la justicia de las víctimas ante la dispersión jurisdiccional y proveer a los/as jueces/zas de los recursos necesarios para ejercer plenamente su labor jurisdiccional. La OVD unifica criterios del registro de casos y realiza informes periódicos acerca de los casos de violencia atendidos, así como sus características. Desarrolla una importante actividad y su aporte es reconocido y valorado. Además han inaugurado réplicas de la OVD en los Supremos Tribunales de Justicia de las provincias de Tucumán, Salta y Santiago del Estero con el asesoramiento de la OVD de la CSJN.
- La **Oficina de la Mujer**, creada en el 2009 a partir de la sanción de la Ley 26.485, tiene por fin velar porque en la esfera del Poder Judicial se impulse un proceso de incorporación de la perspectiva de género en la planificación institucional y en los procesos internos para lograr la equidad de género tanto en quienes utilizan el sistema de justicia como para las/los empleadas/os, funcionarias/os y magistradas/os que desarrollan su labor. La Unidad de Capacitación realiza talleres sobre género y trata de personas con fines de explotación sexual. De octubre a diciembre de 2011 más de 300 representantes del Poder Judicial, Ministerio Público Fiscal y 80 integrantes de las fuerzas de seguridad de todo el país fueron entrenadas/os. Además presentaron dos sistemas informáticos

especialmente diseñados, el primero permitirá la actualización periódica del Mapa de Género de la Justicia Argentina, con la información de varones y mujeres. La primera edición del Mapa de género, en 2010, procesó exclusivamente datos de órganos jurisdiccionales, agregándose actualmente los de órganos administrativos y de apoyo. El segundo, permitirá la recopilación de jurisprudencia sobre género, reuniendo en una misma base de datos las decisiones definitivas e interlocutorias de la Justicia nacional, federal y provincial, en sus distintas instancias.

## NIVEL PROVINCIAL

En la provincia de Buenos Aires, se creó el **Programa para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas** que funciona en el ámbito del Consejo Provincial de la Mujer. La provincia cuenta con el Protocolo de detección y asistencia a las mujeres víctimas del maltrato, el Protocolo para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil, el Protocolo de Atención a víctimas de violencia sexual y el Protocolo de atención para víctimas de trata de personas. Estos se aplican con distinto nivel de cumplimiento en los distintos servicios provinciales. **En los últimos 3 años el Consejo Provincial de la Mujer y su actividad es casi nula.** A nivel provincial, existen las **comisarias de la mujer** en las cuales se pueden hacer denuncias de violencia y existe personal de servicio social y psicológico junto al personal policial. Si bien aumentó el número de comisarias de la mujer, no hay en todas las localidades, e incluso disminuyó el personal en algunas, así como su nivel de capacitación.

A nivel municipal en el **Municipio de Tigre** desde hace unos 3 años se están desarrollando distintos mecanismos que confluyen para lograr un mayor impacto. Se creó una Fiscalía de atención a víctimas con derivación a los servicios de atención. Se capacitó al personal de salud de hospitales y centros de salud para la atención y prevención de la violencia. Se creó una Comisaría Municipal de la Mujer integrada al sistema de denuncia y atención. A su vez el Comando Operativo Tigre de control de delitos tiene una capacitación especial para casos de violencia de género y, recientemente, se completó con la incorporación del botón antipánico “DAMA”, que se les da a las mujeres con grave riesgo y en caso de exclusión del victimario de la vivienda. Ante riesgo la mujer lo comunica a la comisaría policial y al Comando Operativo Tigre orientándose las cámaras móviles y los móviles policiales al lugar.

En el **Municipio de San Fernando** existe un servicio interdisciplinario para esta atención. También apoya a algunas ONGs que trabajan la temática, que son las que asumen la mayor responsabilidad de las tareas. Este servicio es propio del municipio y no se coordina con organismos provinciales, algo que en general, ocurre en el resto de los municipios, esto atenta contra la eficacia de las actividades.

En el **Municipio de Morón** existen programas similares a los mencionados, también con poca coordinación con los organismos provinciales. Se desarrollan actividades

articuladas con organismos de mujeres y de la CS existentes y que trabajan el tema.

La **provincia de Santa Fe** está iniciando. Se creó la Dirección Provincial de las Mujeres (marzo de 2008). Antes, los programas desde una perspectiva de género estaban implementados sólo por el Municipio de Rosario. Desde la reciente Dirección Provincial de las Mujeres de Santa Fe, se realiza la formación de los equipos locales (profesionales y/o funcionarios, según las localidades). La Provincia de Santa Fe está dividida en 5 regiones: el desarrollo en ellas es diferente, solo en dos de ellas se logró el 100%. Las capacitaciones de profesionales no son obligatorias. Recientemente una capacitación sobre violencia de género, a cargo de la Dirección Provincial de las Mujeres fue organizada conjuntamente con una organización no gubernamental y auspiciada por la Municipalidad.

A nivel local, el **Municipio de Rosario** es el que más orgánicamente ha trabajado desde hace años. Ha capacitado al personal del nodo Rosario sobre las políticas públicas para el abordaje de la violencia hacia las mujeres. Desarrolló herramientas metodológicas para transversalizar la perspectiva de género en los distintos programas. Fortaleció los servicios de atención y prevención de la violencia de género con las consecuencias de psicólogos/as capacitados/as.

La **Ciudad Autónoma de Buenos Aires** a través de la Dirección General de la Mujer, tiene una línea telefónica que atiende todos los días de la semana denuncias y solicitudes de intervención por violencia contra mujeres y niñas. Tiene varios Centros Integrales de la Mujer específicos para atención de mujeres víctimas de violencia y un refugio para las mujeres y sus hijos. Con la creación de la Policía Metropolitana, una policía que atiende problemas de seguridad en la Ciudad, recientemente se inició la provisión a mujeres en riesgo del botón antipánico. Hasta ahora se conoció un caso de uso del mismo que permitió encarcelar al victimario que había sido excluido de la vivienda y merodeaba la casa de la víctima y sus hijos.

---

**124 h)** *Ofrecer a las mujeres víctimas de la violencia acceso a los sistemas judiciales y, según con lo previsto en las leyes nacionales, a soluciones justas y eficaces para reparar el daño de que han sido objeto, e informarles acerca de su derecho a obtener compensación a través de esos mecanismos;*

---

## AVANCES A NIVEL NACIONAL

---

La **OVD de la CSJN** especialmente creada para facilitar el acceso a la justicia y apoyar a los jueces en su actuación.

La creación por parte del **Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos del Programa “Las Víctimas contra las Violencias”** que con las brigadas móviles atiende y auxilia a las víctimas ante los llamados de pedido de atención de la emergencia.

Y la **“Oficina de Rescate y Acompañamiento a las Personas Damnificadas por el Delito de Trata”**.

Creada en 2008, esta Oficina está integrada por un equipo interdisciplinario conformado por las divisiones específicas de las Fuerzas de Seguridad, psicólogos/as, trabajadores/as sociales y abogados/as. Centraliza toda actividad referida a la prevención e investigación del delito de trata de personas, como así también la asistencia a las víctimas.

La creación en 2007 de la Oficina **de Asesoramiento sobre Violencia Laboral (OAVL), del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social**, que tiene entre sus objetivos sensibilizar, capacitar y difundir la problemática del acoso sexual, asesorar a las personas interesadas, recibir presentaciones que contengan consultas y/o denuncias sobre violencia laboral y remitir antecedentes a los organismos competentes.

El desarrollo, por parte del **Ministerio de Defensa, del “Plan de Trabajo Conjunto para Promover una Política Integral para la Detección, Atención y Registro de los Casos de Violencia Intrafamiliar”**. Este Plan tiene un enfoque preventivo, interdisciplinario e interinstitucional y permite destacar la obligación internacional del Estado en el abordaje de esta problemática. Así, se conformó un equipo de trabajo conjunto con representantes del Ministerio de Defensa y de las Fuerzas Armadas.

La implementación, por varias provincias, de sistemas de justicia itinerante para recorrer grandes distancias tratando de acercar la justicia a la comunidad, lo que beneficia a las mujeres rurales e indígenas que viven en comunidades alejadas de las grandes urbes.

La implementación de acciones complementarias y alternativas a los refugios, como pensiones, hoteles y albergues o casas de familia.

## AVANCES A NIVEL PROVINCIAL

---

En el **Municipio de Morón** se plantea que en el Juzgado de Paz de Moreno dan sólo 5 números por día para los trámites de solicitud de restricciones perimetrales y exclusiones de hogar de agresores, por lo cual muchas mujeres que viven una situación de violencia conyugal deben realizar filas desde tempranas horas de la mañana o incluso desde la noche anterior, para solicitar las medidas de protección necesarias, consistiendo esto en una nueva vulneración de sus derechos. El diagnóstico realizado por Mujeres al Oeste en los años 2005 y 2006, sobre la aplicación de la ley provincial de violencia familiar en Morón, las medidas cautelares previstas por la Ley Provincial de Violencia Familiar N° 12.569 en mujeres que denunciaron en el Departamento Judicial de Morón, se observó: la revictimización que sufren las mujeres que deciden realizar la denuncia, por parte del aparato judicial, ya que se ven obligadas a relatar en reiteradas oportunidades su situación y también a probar constantemente que lo que dicen es verdad. Por otro lado, la falta de información y capacitación del personal policial y judicial genera una nueva victimización de las mujeres.

Sin embargo, **quedan obstáculos muy importantes para que las mujeres tengan un acceso pleno a la justicia.** Entre ellos, hay que denunciar los siguientes: faltan mecanismos específicos de reparación a las víctimas de violencia de género, **no existen normas punitivas específicas sobre femicidio y hay una escasez de planes de formación continuos** (solo hay capacitaciones aisladas o esporádicas) sobre violencia contra las mujeres y derechos de las mujeres en el marco de la Convención de Belém do Pará, destinados a legisladores/as, operadores/as de justicia (jueces/zas, fiscales/as, funcionarios/as legales, comisarios/as de familia) y otros/as funcionarios/as públicos/as. El acceso a la justicia de las mujeres que lo necesitan es algo que aún difícil de lograr. En general, las ONGs tiene consultorios jurídicos para asesoramiento de las víctimas de violencia y estos predominan a los existentes en otras dependencias gubernamentales.

---

**124 i)** *Aprobar y aplicar leyes contra los responsables de prácticas y actos de violencia contra la mujer, como la mutilación genital femenina, el femicidio femenino, la selección prenatal del sexo y la violencia relacionada con la dote, y respaldar con determinación los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y locales por eliminar esas prácticas;*

---

La Argentina desde 2004 cuenta con una “ley de parto humanizado” (ley 25.929), que aún no ha sido reglamentada, pero que está en vigencia y reconoce a las mujeres derechos relacionados con el embarazo y el parto en el sistema de salud. Según la normativa, toda mujer tiene derecho a ser tratada con respeto y que se garantice su intimidad; a ser considerada como una persona sana, protagonista de su propio parto; al parto natural, respetuoso de los tiempos biológicos y psicológicos, evitando prácticas invasivas; a ser informada sobre la evolución de su parto; a estar acompañada por una persona de su confianza y elección; a tener a su lado a su hija o hijo durante la permanencia en el establecimiento sanitario, y a ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar. A pesar de esto hoy todavía son ampliamente realizadas prácticas que no reportan ningún beneficio para las pacientes durante el embarazo, parto y puerperio. Es conocido el caso de la episiotomía rutinaria en primerizas mayormente, la aceleración innecesaria de los partos por medio de medicamentos (goteo hormonal), rompimiento manual de la bolsa o saco amniótico, cesáreas no requeridas, etc. Según la OMS, Argentina para el 2010 superaba en un 70% la tasa de cesárea recomendada que debe ser no menor al 5% y no mayor al 15% (WHO 1997), con datos preocupantes de desigualdad en el acceso a los servicios quirúrgicos por parte de las mujeres más pobres y una sobrerrepresentación de esta forma de parto entre las mujeres de altos recursos. La mitad fueron programadas y sólo el 5% fueron de emergencia. Con tasas siempre muy altas en instituciones privadas: 51% (43-57), siguen las de seguridad social y luego los hospitales públicos. La más común indicación fue distocia y falta de progresión en el parto.

**124 k)** *Adoptar todas las medidas necesarias, especialmente en el ámbito de la enseñanza, para modificar los modelos de conducta sociales y culturales de la mujer y el hombre, y eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de otro tipo basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno de los sexos y en funciones estereotipadas asignadas al hombre y la mujer;*

---

**125 g)** *Organizar y financiar campañas de información y programas de educación y capacitación a fin de sensibilizar a las niñas y los varones, a las mujeres y los hombres, acerca de los efectos personales y sociales negativos de la violencia en la familia, la comunidad y la sociedad; enseñarles a comunicarse sin violencia; y fomentar la instrucción de las víctimas y de las víctimas potenciales de modo que puedan protegerse y proteger a otros de esas formas de violencia;*

---

**126 b)** *Desarrollar programas y procedimientos encaminados a educar y a despertar la conciencia sobre los actos de violencia contra la mujer que constituyen delito y violan sus derechos humanos;*

---

Se consideraron las tres medidas juntas debido a su vinculación. Se analizaron los antecedentes de campañas de información realizadas. En ese sentido, **se observó la falta de campañas sistemáticas y continuadas que se realicen en el país, en cumplimiento a la ley 26.485.** La Ley Nacional 26.485 de Violencia contra las Mujeres prevé que el Estado nacional haga campañas en forma constante para prevenir la violencia contra las mujeres; y en su artículo 11 inc. 3 insta al Ministerio de Educación de la Nación a “Articular en el marco del Consejo Federal de Educación la inclusión en los contenidos mínimos curriculares de la perspectiva de género, el ejercicio de la tolerancia, el respeto y la libertad en las relaciones interpersonales, la igualdad entre los sexos, la democratización de las relaciones familiares, la vigencia de los derechos humanos y la deslegitimación de modelos violentos de resolución de conflictos;” etc. Cuesta encontrar ejemplo del cumplimiento de esto en la práctica, sobre todo en las provincias más conservadoras de nuestro país.

---

#### **A CONTINUACIÓN SE ENUNCIAN ALGUNAS ACTIVIDADES O CAMPAÑAS REALIZADAS**

---

El **CNM** apoya la campaña “260 hombres contra el machismo” que tiene por objetivo convocar a 260 varones en cada encuentro para reflexionar sobre sus propias conductas machistas, en conmemoración al asesinato de 260 mujeres durante el año 2010. Hasta la fecha se han realizado 20 encuentros. Por la información existente estos encuentros no tienen capacidad de sensibilizar a los participantes ya que son un solo encuentro masivo y con muchos discursos sobre el tema, pero que no permiten un análisis en profundidad.

El **CNM** ha preparado la Serie “**La violencia contra las mujeres en el ámbito de las relaciones familiares**” integrada por distintos materiales referidos al tema. También desarrollo el centro de recursos “**Generar igualdad**” en el que se puede encontrar material de apoyo sobre distintas temáticas, entre ellas la violencia familiar.

La línea editorial del organismo también ha desarrollado la **“Colección GenerAR”** con el propósito de difundir y democratizar el acceso a la información, los conocimientos y las herramientas disponibles para fortalecer a las mujeres en el pleno ejercicio de sus derechos.

**CNM + Ministerio de Educación de la Nación + ONGs:** desarrollaron durante todo el año 2009, y en el marco de la Ley 26.485, la *Campaña argentina por la equidad de género y contra la violencia. Tenemos derecho a una vida sin violencia*. Objetivo: *“sensibilizar a la población sobre esta gravísima problemática para que, promoviendo una activa participación de la sociedad, asumamos un compromiso colectivo para su transformación.”* La campaña incluyó la realización de un concurso de producciones multimediales llamado *“Otra vida es posible”*, dirigido a toda persona o grupo de personas, que pertenezca o no a una institución u organización de la sociedad, con el objetivo de contribuir a la sensibilización de la población respecto de la desigualdad de género y la violencia contra las mujeres. Se promovió especialmente la participación de escuelas y otras instituciones educativas de todo el país. Participaron también mujeres privadas de libertad de la Unidad Penitenciaria N° 47 de Gral San Martín. Se realizaron 3 spots televisivos que se pasaron por la Televisión Pública y por Canal Encuentro; 3 spots radiales y musicales; afiches e historietas; cuentos, poesías y ensayos; entre otras acciones artísticas. **Fue de impacto moderado a alto pero sólo tuvo un año de duración. En la página web continúa activa: [www.vivirsinviolencia.gov.ar](http://www.vivirsinviolencia.gov.ar)**

El programa **“Las víctimas contra las violencias”**, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación ha estado desarrollando durante el año 2011 una Campaña Publicitaria de la línea 137, de atención de emergencias en la Ciudad de Buenos Aires. Entre abril y junio se difundieron por los canales de aire algunos spots con información del programa protagonizados por dos actores reconocidos. También se vieron algunos afiches en la Ciudad de Buenos Aires.

**INADI:** realiza en forma esporádica acciones públicas para prevenir e informar sobre la violencia de género, tanto en la Ciudad de Buenos Aires como en las provincias.

**DGMuj - GCBA:** realizó durante la semana del 31/01 al 4/02 del año 2011 una campaña en distintos puntos de la vía pública de prevención de la trata de personas con fines de explotación sexual y laboral. En la misma se repartieron volantes y postales contra la trata con información. Algunos canales de aire sacaron la noticia, pero la campaña no tuvo impacto.

Algunas ONGs realizan campañas y eventos de impacto en la Ciudad. Por ejemplo, un conjunto de ONGs integrado por 8 ONGs realiza los 25 de cada mes un evento en la vía pública llamado *“La violencia siempre mata”*. En la Ciudad de Posadas, Misiones, un grupo de 3 ONGs llevan a cabo desde marzo de 2010 el programa PROGEN, que incluyó para el 25 de noviembre de 2010 la realización de una campaña de prevención e información que se repetirá durante noviembre de este año.

Los altos niveles de violencia mediática que se transmiten en los canales abiertos de la Argentina, ha sido monitoreada y analizada por la Universidad Nacional de Quilmes con el apoyo del Consejo Nacional de las Mujeres. El trabajo **“La violencia simbólica en las pautas publicitarias de la Televisión Argentina. 2011”** mide el nivel de violencia de género que presentan dichas pautas publicitarias, los estereotipos sobre el rol de la mujer, a través de un *Índice de Violencia de Género en Publicidades Televisivas (IVGPT)*, Este primer insumo de fecha Junio de 2011, se puede leer en [http://www.cnm.gov.ar/ovcm/images/stories/informejunio-cnm-unq\\_2011.pdf](http://www.cnm.gov.ar/ovcm/images/stories/informejunio-cnm-unq_2011.pdf). Pero no solo en las pautas publicitarias, sino los programas tienen un alto componente de violencia y cosificación hacia las mujeres. Los medios masivos de comunicación y principalmente la televisión deben asumir y difundir que los actos de violencia contra la mujer son delitos y violan los Derechos Humanos. Que la Trata y tráfico de persona es la esclavitud del siglo XXI y actuar en consecuencia. También la familia debe asumir el control y su carácter de educador y apagar el televisor. Si la violencia mediática es naturalizada por la sociedad por falta de una clara escala de valores, poco se obtendrá con normas represivas.

## A NIVEL PROVINCIAL

En la **Provincia de Buenos Aires**, solo se registra la emisión de algunos spots radiales en la Radio del Plata. En el ámbito de la **Municipalidad de Morón**, se observa la existencia de publicidades del centro municipal de atención a mujeres *“Vivir sin violencia”* en boletines del Municipio y en una radio local, y la realización de acciones de difusión para día de la No Violencia contra las Mujeres. También se impulsaron algunos proyectos desde la comunidad, que luego no fueron sostenidos en el tiempo ni por una política pública. El Municipio de Morón realiza difusión del Centro municipal de atención a mujeres *“Vivir sin Violencia”*, a través de: folletería disponible en instituciones públicas, boletines mensuales que la municipalidad envía a los domicilios y spots radiales en la radio En Transito y Del Plata.

La **Municipalidad de Rosario** implementó la *« Campaña del Juego y el Juguete no sexista, no violento »*. Esta campaña de sensibilización tuvo como objetivo destacar la importancia de utilizar juegos y juguetes que no sigan apuntando roles tradicionales que *“perpetúan un modelo social”*. Las actividades propuestas en el marco de esta campaña hicieron hincapié en los aspectos de una educación inclusiva y no discriminatoria respecto de las diferencias, promoviendo la democratización de las relaciones humanas. *“Argumentar y estar a favor de los juegos no sexistas no es imponer, forzar o prohibir a los niños jugar con mecanos, coches o motos y las niñas con cocinas o muñecas, todo lo contrario, es anular prohibiciones; permitir que niñas y niños jueguen indistintamente del sexo que tengan. Defendemos que a partir de las diferencias personales cada niño, cada niña, pueda desarrollar sus capacidades y aptitudes al máximo,*

al margen de estereotipos impuestos. Proponemos romper limitaciones artificiales y abrirnos a inventar, crear o rescatar formas de juego no sexista." (La publicidad también Juega". Instituto de la Mujer de la Junta de Andalucía). (Ver más informaciones en la siguiente página: [http://www.rosario.gov.ar/sitio/desarrollo\\_social/mujer2/juego1.jsp](http://www.rosario.gov.ar/sitio/desarrollo_social/mujer2/juego1.jsp))

El «Programa de Investigación, Capacitación y Producción de Materiales No Sexistas» está destinado a coordinar las actividades de capacitación, sistematización de experiencias, producción de materiales y recursos no sexistas, así como investigaciones focalizadas y publicaciones de las mismas. En 2008, por los 20 años de la creación del Área de la Mujer, publicó el informe « *Construyendo Equidad* », que compila reflexiones acerca de la relación de las políticas públicas con la perspectiva de género, y su implementación. Respecto a la **incorporación de estos temas en la educación formal** a través de su inclusión en los currícula de las escuelas señalamos:

Respecto a lo realizado a nivel del Ministerio de Educación, si bien estas acciones están incluidas en alguna medida en los contenidos curriculares de la Educación Sexual Integral –ESI–, **no se ha producido material específico sobre violencia como lo establece la ley 26.485**. El material producido en lo relativo a la ESI fundamentalmente se refiere a los roles estereotipados del ser mujer o varón, y a las diferencias de poder que sustentan la desigualdad de género. También incorpora el abuso sexual infantil en las guías para el nivel inicial.

A nivel provincial, no se encontraron materiales especiales.

---

**124 p)** *Asignar recursos suficientes en el presupuesto del Estado y movilizar recursos locales para actividades relacionadas con la eliminación de la violencia contra la mujer, incluso recursos para la aplicación de planes de acción a todos los niveles apropiados;*

---

### **Los datos sobre presupuestos son los más difíciles de conseguir tanto a nivel nacional como provincial y local.**

Si bien una de las organizaciones ha realizado pedidos de información pública al CNM sobre el presupuesto asignado y el ejecutado desde el 2008, **en el 2010 y 2011 no se recibió nunca** una respuesta al mismo. Esto imposibilita monitorear los recursos asignados y su ejecución. Además, en otras áreas nacionales tampoco se cuenta con información presupuestaria. Esto se repite en general a nivel provincial e incluso municipal.

**Presupuesto del CNM:** en el 2010 fue un 28,6 % mayor que en el 2009 y en el 2009 fue un 25 % mayor que en el 2008. Atento la ley 26.485 se sancionó en marzo de 2009, era previsible un mayor incremento del presupuesto del CNM debido a las funciones que se agregaron en su condición de organismo ejecutor de la ley. Sin embargo, por el porcentaje de aumento se infiere que en el 2009 además de cubrir la inflación, aumentó alrededor de un 10% en relación del 2008, algo muy insuficiente. En el 2010 el porcentaje de aumento es apenas para cubrir la inflación.

Cuando se analizan los números absolutos, el

presupuesto del CNM en **2008 fue de \$5.067.000**, en **2009 fue de \$6.338.000** y en el **2010 de \$8.131.050**. En el año 2009 se sumó financiación del PNUD por valor de US\$1.935.000, que permitió la incorporación de 25 profesionales y técnicos<sup>3</sup>. Estos fondos si bien en su mayoría dependen de financiación nacional administrada por el PNUD, en realidad no se pueden monitorear por ser administrados por NU.

En el proyecto de presupuesto para el 2011 elevado por el PEN al Congreso, se solicitaba una cifra similar a la del 2010. Como este presupuesto no fue aprobado por el Congreso sino que se prorrogó, continuó con un presupuesto igual al del 2010.

A nivel provincial, en la **Provincia de Santa Fe**, el presupuesto de 2011 fue de 900.000 pesos para la Dirección Provincial de la Mujer. No se tuvo acceso al presupuesto provincial general para poder establecer un porcentaje del mismo.

A nivel local, **en Rosario gracias al « Presupuesto Participativo », se concretaron proyectos**. Desde 2002, más de 900 proyectos fueron implementados, con \$200 millones invertidos. El Presupuesto Participativo –PP– es un mecanismo de participación ciudadana en el que Rosario es pionera desde el año 2002. La Municipalidad afirma que « **desde el inicio del PP, estuvo presente la voluntad política del Municipio de avanzar en la aplicación de normas que incentivan y fortalecen la presencia de las mujeres, la inclusión de sus demandas y de la perspectiva de género en los proyectos elaborados** ».

Implementado a través del Área de la Mujer de la Secretaría de Promoción Social desde el año 2004, el Programa "Presupuesto Participativo y Ciudadanía Activa de las Mujeres" capacita a las mujeres para incidir en la definición de las prioridades presupuestarias y en la distribución de los recursos municipales existentes. **A pesar de este discurso, una investigación realizada por Indeso-Mujer denunció la insuficiencia del Presupuesto Participativo**. En la publicación « Ensayo sobre el enfoque de género del Presupuesto Municipal 2009 », esta ONG comprobó que, desde el año 2002 en que se implementó el PP, el monto asignado dentro del presupuesto general representa un porcentaje cada vez menor en relación al presupuesto municipal anual: en 2005 fue el 5,18%, en 2006, el 4,29%, en 2007 el 3,63%, en 2008 el 3,28%, y en 2009 sólo representó el 2,58%. Según la Ordenanza 7869, la asignación presupuestaria al PP « deberá ser igual o mayor a lo establecido en el año inmediato anterior ». Por tanto se estaría violando la ordenanza referida.

Podemos afirmar **la inexistencia de información sobre el presupuesto, tanto nacional como provincial, asignado por año a entidades receptoras de denuncias**, a capacitación de funcionarios, a servicios especializados, como refugios y casas de acogida, a líneas de asistencia gratuita, a asesoría jurídica gratuita, a consejería psicológica gratuita, a campañas de prevención de la violencia contra las mujeres y a servicios de salud para las mujeres afectadas por la violencia.

3. Informe Nacional República Argentina XI conferencia regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe <http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/6/38906/Argentina.pdf> (Acceso: 27-3-12)

**125 a)** *Medidas que han de adoptar los gobiernos, incluidos los gobiernos locales, las organizaciones populares, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de enseñanza, los sectores público y privado, en particular las empresas, y los medios de información, según proceda: a)* Establecer centros de acogida y servicios de apoyo dotados de los recursos necesarios para auxiliar a las niñas y mujeres víctimas de la violencia y prestarles servicios médicos, psicológicos y de asesoramiento, así como asesoramiento letrado a título gratuito o de bajo costo, cuando sea necesario, además de la asistencia que corresponda para ayudarles a encontrar medios de vida suficientes;

**126 c)** *Desarrollar programas de asesoramiento, rehabilitación y apoyo para niñas, adolescentes y jóvenes que hayan sido o sean objeto de relaciones abusivas, en particular las que viven en hogares o instituciones en que exista esa clase de relaciones;*

A nivel nacional no existen ninguno de estos recursos, estos se encuentran a nivel provincial y municipal o local. El Consejo Nacional de las Mujeres ha elaborado una **GUÍA NACIONAL DE RECURSOS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA**, que proporciona y facilita el acceso a todos los existentes sean gubernamentales o no gubernamentales del país. Si se recorre la guía, se puede constatar que principalmente se ofrece Hospitales, Policías (algunos con comisarías de la Mujer y dependencias del Poder Judiciales. Dividida por provincias y municipios con un anexo de legislación internacional y nacional sobre violencia, generalmente no incluye las normativas provinciales, está disponible en <http://www.cnm.gov.ar/GuiaNacRecursos/GuiaNacionalDeRecursosYServiciosDeAtencionEnViolencia.html>

## **ESTÁN INCLUIDOS EN ESA GUÍA LOS SIGUIENTES RECURSOS NACIONALES**

**Dependiente del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación existe la Brigada Móvil de Atención a Víctimas de Violencia Familiar.** En el Tel.: 137 habilitado las 24 horas de todos los días del año se recibe diferentes llamados de denuncia o pedido de ayuda.

### **Brigada Móvil de Intervención en Urgencias con Víctimas de Delitos Sexuales**

La denuncia la recibe la Policía, que convoca a la Brigada -conformada por una psicóloga y una trabajadora social- para que asista a la víctima en el momento de hacer la denuncia, trámites judiciales, policiales y hospitalarios.

### **Brigada Niña/os Contra la Explotación Sexual Comercial de Niñas, Niños y Adolescentes y Trata de Personas**

Un equipo especializado recorre las calles y actúa ante la detección de casos. y/o denuncias

### **La Oficina de Rescate y Acompañamiento a Personas Damnificadas por el Delito de Trata**

Ofrece acompañamiento, asistencia psicológica y jurídica a las personas damnificadas por el delito de trata de personas hasta el momento de la declaración testimonial de las víctimas, donde termina su actuación y las víctimas deben ser asistidas por los programas especializados de **"Asistencia a Víctimas del delito de Trata de Personas"**.

Según los datos de la Oficina de Rescate en 2008 hubo 129 allanamientos que arrojó un total de 155 detenciones, logrando rescatar un total de 186 víctimas, de las cuales 58 eran menores de edad. Al año siguiente, los allanamientos prácticamente se duplicaron ya que fueron 256, con 267 detenidos y 422 víctimas rescatadas, siendo 84 de ellas menores. En el año 2010, se nota un incremento, ya que se realizaron 376 allanamientos, con un saldo de 299 detenciones y 569 víctimas liberadas, 81 de ellas menores de edad. En el 2011, hasta agosto se realizaron 316 allanamientos, 187 detenidos, llegando a 794 víctimas rescatadas, de las cuales 77 eran menores. Es decir, que en siete meses del 2011, el número de víctimas rescatadas superó en un 50 por ciento al número del año anterior; se estima que ha influido en esto la creación del Ministerio de Seguridad en diciembre último."

**Los servicios detallados en la Guía son muy limitados porque son brindados a quien denuncia o concurre en busca de ayuda, la mayoría de las personas que sufren violencia no recurren a los centros de ayuda.**

## **A NIVEL PROVINCIAL Y LOCAL SE CONSIGNA**

**DGMuj GCBA:** tiene 4 centros de acogida para mujeres: un refugio para mujeres en situación de violencia doméstica; un hogar de puertas abiertas para que brinda albergue a mujeres que atravesaron situaciones de violencia doméstica; un hogar de puertas abiertas para adolescentes con hijos/as a cargo; y un refugio para mujeres y niñas/os rescatadas de la trata sexual y/o laboral. El acompañamiento y patrocinio legal en los casos de violencia corre por cuenta de la DGM y/o de la OVD; y en los casos de trata en acompañamiento, no patrocinio, lo realizaría la Subsecretaría de DDHH de la Ciudad. La DGM cuenta desde hace varios años con 7 Centros Integrales de la Mujer en distintos barrios de la Ciudad, uno de los cuales funciona las 24hs. En los mismos se realizan actividades, talleres de reflexión, acompañamientos psicológicos, asesoramientos jurídicos, etc. El programa de Atención Integral a las Víctimas de Violencia doméstica y Sexual de la DGM tiene distintos subprogramas de asesoramiento y reflexión gratuitos para mujeres, jóvenes y niñas/os: Maltrato infantil; Ayuda Mutua y Grupos Resilientes; Noviazgos violentos; Lazos; Delitos contra la integridad sexual; Hombres violentos.

En la Ciudad existen **dos líneas telefónicas además del 911** para urgencias por violencia contra la mujer: 137, dependiente del **Programa Las Víctimas contra las violencias**, del Ministerio de Justicia de la Nación; y el **0800 66 Mujer del GCBA.**

**Respecto de la trata sexual y/o laboral, hay 3**

**números telefónicos para realizar denuncias:** 145, que si bien ya fue anunciado NO funciona, dependiente de la Oficina de Rescate y Acompañamiento a las Personas Damnificadas por el Delito de Trata del Ministerio de Justicia de la Nación; el 0800 INADI; y el 0800 33 Fiscal dependiente de la Oficina Central Receptora de Denuncias, dependiente de la Secretaría General de Acceso a la Justicia y Derechos Humanos el Ministerio Público Fiscal del GCBA. Varias ONGs de la Ciudad brindan asistencia y/o asesoramiento a mujeres en situación de violencia: La casa del Encuentro; Asociación Civil "Pablo Bessan"; ISPM; Lugar de Mujer y FEIM; entre otras.

En la **Provincia de Santa Fe** existen 4 centros de acogida. Si bien en su página, el Gobierno de Santa Fe da escasísima información en el rubro « Mujer ». Los dos únicos enlaces son: « Refugios oficiales para mujeres », y « Centros de información y denuncias ». Por una parte, este segundo enlace está totalmente vacío. La pobreza de información en la página se explica porque el Gobierno de Santa Fe está reorganizando su sitio web por temáticas.

En relación con los centros de acogida es a través de convenios entre la Dirección Provincial de la Mujer con ONGs que se encargan de la gestión de los centros, con la supervisión y el aporte económico de la Provincia. Estos centros de acogida están distribuidos en el territorio: uno cerca de Rosario y 3 más al Norte de la Provincia.

**Servicio de asesoramiento a las mujeres víctimas de violencia, en la provincia de Santa Fe,** existen 21 comisarías de la mujer en toda la provincia. El nuevo nombre de las comisarías es « **Centro de Atención a Víctimas de Violencia** ». Muchas mujeres que trabajan allí confiesan falta de capacitación y que no existen los suficientes centros para acoger a las mujeres víctimas; en la mayoría de los casos vuelven al hogar familiar, a pesar de la violencia. La falta de capacitación y de presupuesto implica el desánimo de las personas encargadas de implementar las políticas públicas en materia de violencia.

**Al nivel municipal, en Rosario,** hasta 2010 existía el centro « Alicia Moreau de Justo », que ofrecía 20 plazas a las mujeres víctimas de violencia. Este centro cerró. Ahora quedan solo 2 lugares de acogida. El primero, que tiene sólo 6 plazas y el segundo, « La Casa amiga », sólo para mujeres que pueden pagar. En Rosario, hay una sola comisaría de la mujer, que prácticamente no atiende los casos de violencia doméstica, ya que se centró en el tema de los abusos sexuales.

En el **Municipio de Morón,** los diagnósticos realizados por Mujeres al Oeste en los años 2005 y 2006, sobre la aplicación de la ley provincial de violencia familiar en el distrito, y la aplicación de las medidas cautelares previstas por la Ley Provincial de Violencia Familiar N° 12.569 en mujeres que realizaron la denuncia en el Departamento Judicial de Morón, se observan: falta de subsidios para las mujeres en situación de violencia que no tienen recursos, que impide liberarse del agresor por la falta de recursos económicos para lograrlo, lo que las lleva a seguir soportando las agresiones. Es necesario ampliar la oferta de servicios que brinden asistencia

jurídica gratuita posibilitando mejorar la protección de los derechos de las denunciadas y una mayor eficacia en el funcionamiento de la justicia. Ante el desborde de los casos de violencia familiar, parte de las mujeres entrevistadas debió recurrir por ejemplo a la atención de abogados privados para solucionar su problema ante la falta de respuesta de las instituciones de asistencia jurídica gratuita. Resulta necesario ampliar la capacidad de atención ampliando el personal capacitado en las instituciones pertinentes.

---

### **Objetivo estratégico D.3. Eliminar la trata de mujeres y a prestar asistencia a las víctimas de la violencia derivada de la prostitución y la trata de mujeres**

---

**130) Medidas que han de adoptarse por los gobiernos y las organizaciones regionales e internacionales, según proceda**

**a)** Examinar la posibilidad de ratificar y dar cumplimiento a los convenios internacionales relativos a la trata de personas y a la esclavitud;

**b)** Adoptar medidas apropiadas para abordar las causas fundamentales, incluidos los factores externos, que promueven la trata de mujeres y niñas para fines de prostitución y otras formas de sexo comercializado, los matrimonios forzados y el trabajo forzado, con el objeto de eliminar la trata de mujeres, entre ellas las encaminadas a fortalecer la legislación vigente, con miras a proteger mejor los derechos de las mujeres y las niñas y a castigar a los autores por la vía penal y civil;

**c)** Intensificar la cooperación y las medidas concertadas de todas las autoridades e instituciones pertinentes con miras a dismantlar las redes nacionales, regionales e internacionales de traficantes; **d)** Asignar recursos a la formulación de programas amplios encaminados a sanar y rehabilitar en la sociedad a las víctimas de la trata de mujeres, entre ellos los de formación profesional, asistencia letrada y atención de salud confidencial, y adoptar medidas de cooperación con las organizaciones no gubernamentales para la atención social, médica y psicológica de las víctimas; **e)** Elaborar programas y políticas de educación y capacitación y examinar la posibilidad de promulgar legislación encaminada a impedir el turismo y el tráfico sexuales, haciendo particular hincapié en la protección de las jóvenes y los niños.

La situación de la trata de personas en la Argentina es compleja. Por un lado, el país ha firmado y ratificado todos los convenios internacionales de lucha contra la trata, que además tiene jerarquía constitucional desde 1994, pero la realidad indica que en **materia de trata de personas, nuestro país está lejos de ser un modelo.** La Argentina ha ratificado los Convenios Internacionales, incluido Belén do Para, que ya tiene media sanción para tener status constitucional. En 2008 se aprobó la Ley 26.364 / 2008 de Prevención y Sanción de la Trata de Personas y Asistencia a sus Víctimas. Sin embargo, esta ley es muy polémica pues establece que **toda mujer mayor de 18 años debe demostrar su no consentimiento para la**

**explotación.** Por este motivo y por otros relacionados con las sanciones que la ley dispone a los tratantes, es que se encuentra en Comisión en la Cámara de Diputados para su modificación.

---

## INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN LA LUCHA CONTRA LA TRATA

---

### A NIVEL NACIONAL

---

— La **Oficina de Rescate y Asistencia a las víctimas de trata** fue establecida en agosto de 2008, en la esfera del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos mediante la resolución N° 2149 y está encargada de investigar y prevenir el delito de trata, como así también de proveer asistencia a las víctimas del mismo hasta el momento en que testifican en procedimiento judicial. La Oficina de Rescate y Asistencia a las Víctimas de Trata dirige un refugio en la ciudad de Buenos Aires, donde las víctimas se registran durante la duración del proceso judicial antes de que declaren. **Una vez que la víctima ha declarado, la Oficina deja de proporcionarle asistencia y es el Ministerio de Desarrollo Social el que inicia un programa de asistencia.**

— La **UFASE** trabaja bajo el Ministerio Público Fiscal y colabora con la investigación de crímenes de trata referidos en los artículos 145 bis y ter del Código Penal.

— La **Secretaría Nacional de Infancia, Adolescencia y Familia** provee de asistencia a víctimas de trata una vez que han testificado en el proceso judicial. También brinda entrenamiento y actividades de desarrollo de capacidades respecto a trata y explotación infantil a funcionarios públicos en todo el país. Aparentemente gestiona 3 refugios. El organismo ofrece a las víctimas asistencia médica y psicológica, actividades recreativas y de asistencia educativa, entre otros servicios. **Esta información NO puede ser corroborada, no se sabe si estos refugios que albergan mujeres luego de declarar existen ni si están o no funcionando.**

— La **Oficina de Asistencia Integral a Víctimas del Crimen** trabaja bajo la Fiscalía Pública y está encargada de, entre otras cosas, brindar asesoramiento legal a víctimas de este delito, particularmente a víctimas con pocos ingresos y para orientarlas hacia mecanismos de asistencia, sean estatales o no gubernamentales.

La **Oficina de la Mujer de la CSJN** acaba de firmar un convenio con el Ministerio de Seguridad y el de Justicia para trabajar en conjunto con capacitación y combate a la trata.

---

### A NIVEL LOCAL

---

— CABA: La DGM dependiente del Ministerio de Desarrollo Social del GCBA inauguró en Agosto

de 2010 un refugio para mujeres, niñas y niños en situación de trata con fines de explotación sexual y laboral. Sin embargo, dado que el delito de trata es federal, en la mayoría de los casos interviene la Oficina de Rescate de Nación, y esta no suele darle intervención a la Ciudad, con lo cual las víctimas no llegan a este refugio. Este dispositivo está constituido por un equipo muy capacitado de profesionales de distintas disciplinas, pero no funciona como debería por dificultades de articulación entre Nación y Ciudad.

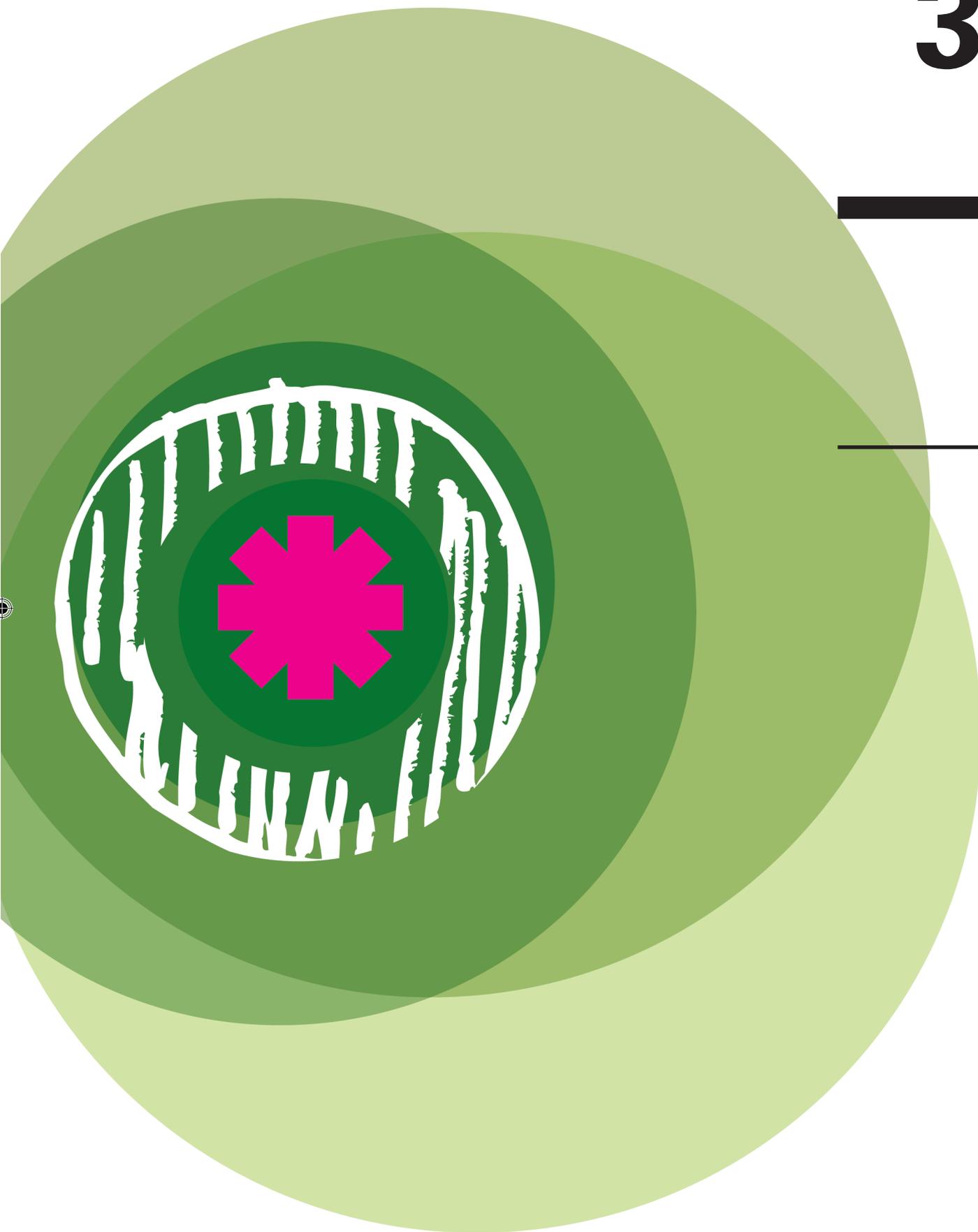
— ONGs: En **Tucumán** funciona un refugio para mujeres rescatadas. Fue inaugurado y es gestionado por Susana Trimarco, madre de Marita Verón. También hay refugios para víctimas de trata que son administrados por las Hermanas Adoratrices. Hay uno en Rosario y uno en la Ciudad de Bs. As. EN Misiones hay entre 3 y 4, son de gestión privada pero reciben dinero del Ministerio de DDHH de la Provincia de Misiones.

— Se analizó especialmente la situación del **Programa de Prevención y Eliminación de la Explotación Sexual de Niños, Niñas y Adolescentes en la Triple Frontera: Argentina, Brasil y Paraguay.** Tanto Argentina como Paraguay han ratificado el Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, relativo a la venta de niños y niñas, la prostitución infantil y la utilización de niñas/os en la pornografía (2000), pero no se percibe el desarrollo de políticas públicas sobre el tema, especialmente las relacionadas con el tráfico de personas, la trata, la pornografía y el turismo sexual. Las fuerzas de seguridad en la frontera (Policía y Fuerzas Armadas) no visualizan la explotación sexual comercial infantil y la trata como una problemática que debiera ser abordada de manera estratégica ni conjunta. Y muchas veces, también son cómplices de las redes de delincuencia transnacional organizada.<sup>4</sup> Las fronteras siguen constituyendo vallas casi infranqueables para el sistema de justicia. Aunque existen convenios multilaterales o acuerdos a nivel del MERCOSUR, los sistemas de justicia en la triple frontera siguen trabajando como en compartimientos estancos. Esto es fuente de ineficacia de la persecución penal y arriesga la impunidad.

La sanción de constituciones nacionales más modernas que adoptaron los nuevos paradigmas de la infancia y de la adolescencia, en conjunto con la ratificación de importantes instrumentos internacionales de derechos humanos han contribuido decididamente a visibilizar la problemática de la explotación sexual comercial infantil y la trata de personas. Por otro lado, la cultura patriarcal y machista junto con la pobreza, son la fuente más importante del escaso nivel de compromiso social. Esto se traduce en pocos casos de denuncias o renuencia a participar como testigos en los procesos penales.

4. El destacado es una opinión propia formada a partir del estudio de casos que llegaron a la justicia. Virginia Dehenen.

3



# Participación Política

## Análisis del cumplimiento de las metas

### 1. PROBLEMAS GENERALES

En Argentina, el problema no es el reconocimiento normativo de los derechos sino establecer los mecanismos para asegurar su ejercicio efectivo. Desde la recuperación de las instituciones democráticas el país ha adecuado gran parte de su legislación interna a las demandas del sistema internacional y regional de derechos humanos. Además, con la reforma de la Constitución Nacional en 1994 se ha incorporado con rango constitucional el texto de los principales tratados e instrumentos internacionales, incluyendo el Pacto de Derechos Civiles y Políticos, el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales, y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.<sup>1</sup> Sin embargo, existen enormes deficiencias en la efectiva aplicación de esas normas en las distintas regiones del país.<sup>2</sup> A su vez, Argentina es miembro de la CEPAL y como tal signataria de los compromisos asumidos en sus conferencias, entre ellos el Consenso de Quito, aprobado en la Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y Caribe en agosto 2007, que se refiere especialmente a la paridad en todos los campos y especialmente en lo político y por ende, señala a los partidos políticos en su artículo 25 incisos VI, IX y X.<sup>3</sup>

1. Véase la Constitución Nacional, artículo 75 inciso 22.

2. Para una descripción y análisis detallado de estos problemas respecto de los diversos derechos de las mujeres véase Informe sobre género y derechos humanos (2005-2009), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (2009), Editorial Biblos. Véase el informe sombra presentado ante el Comité de la CEDAW en julio 2010 Derechos humanos de las mujeres: Asignaturas pendientes del estado argentino, FEIM, CELS, CDD, CLADEM, INSGENAR, CDEM, CEDES, Feministas en Acción, Mujeres Trabajando y Comisión Provincial por la Memoria y Las deudas del bicentenario. Una agenda de trabajo por los derechos de las mujeres en Argentina, ELA y las recomendaciones del Comité de la CEDAW al estado argentino.

3. Consenso de Quito. Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. CEPAL. 2007. En línea: <http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/29489/dsc1e.pdf> (Acceso: 22/2/12)

Desde la organización del Estado, la República Argentina ha adoptado la forma de gobierno representativa, republicana y federal, conformada por la unión de veintitrés provincias, y la ciudad autónoma de Buenos Aires desde la reforma constitucional de 1994, que conservan todo el poder no delegado a la Nación. En uso de las facultades delegadas a la Nación, es el Gobierno Federal el único con competencia para firmar, aprobar y ratificar tratados internacionales. Dado que el incumplimiento de obligaciones contraídas en los tratados internacionales pueden generar la responsabilidad internacional del Estado, es importante indagar respecto de los mecanismos que implementará el Estado nacional para compatibilizar la aplicación de los tratados internacionales de derechos humanos en el contexto de la forma federal de gobierno que determina la competencia de los gobiernos provinciales para una gran cantidad de temas vinculados con la aplicación efectiva de los derechos, tales como la educación y la salud.

Por otra parte, para diseñar políticas públicas adecuadas que permitan mejorar la implementación de los derechos consagrados por las normas constitucionales e internacionales, resulta fundamental la existencia de un sistema estadístico que permita identificar avances, dificultades y oportunidades existentes en las distintas regiones del país. Para ello, es imprescindible contar con información estadística confiable y específica. A pesar de las recomendaciones recibidas de parte del Comité de la CEDAW, una gran cantidad de reparticiones estatales no cuentan aún con información estadística desagregada por sexo. Además, no se ha aprobado aún una ley de acceso a la información pública en el ámbito nacional<sup>4</sup>, ni se registra una práctica sistemática de recolectar información en el ámbito de los diversos organismos públicos (de los poderes ejecutivos, legislativos y judiciales) y facilitar su acceso público en forma gratuita.

Por otra parte, es alarmante la ausencia de instrumentos específicos que permitan un análisis de género respecto de ciertas temáticas importantes. Entre ellas, los estudios de reparto del tiempo y el trabajo reproductivo son dimensiones prácticamente ausentes en las herramientas estadísticas actuales. Finalmente, las estadísticas oficiales de hechos vitales, salud y educación son difundidas en el mejor de los casos con un año de atraso. La información de indicadores de salud por su nivel de desagregación no permite conocer las realidades locales.

4. Hay leyes provinciales en algunas jurisdicciones del país. Para información de la campaña impulsada por un grupo de organizaciones de la sociedad civil, véase [www.saberesunderecho.org](http://www.saberesunderecho.org).

La falta de información desagregada por sexo se suma a la falta de transparencia que afecta desde inicios del año 2007 el trabajo del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), organismo público de carácter técnico que debe unificar la orientación y ejercer la dirección de todas las actividades estadísticas oficiales que se realizan en el territorio de la República Argentina. Este organismo se ha visto involucrado en una serie de acontecimientos –tanto por factores exógenos como endógenos- que afectaron su credibilidad, legitimidad y transparencia. Así, a modo de ejemplo podemos mencionar un cuestionable procedimiento utilizado para la medición de indicadores de cuya producción es responsable el INDEC, la intervención del Poder Ejecutivo en desplazamientos de funcionarios de carrera y su reemplazo por funcionarios políticos, entre otros aspectos que determinaron que en la actualidad la confiabilidad de muchos de los indicadores oficiales difundidos por el Poder Ejecutivo son cuestionados. Por otra parte, se encuentra afectado el derecho de acceso a la información pública ya que, por ejemplo, la Encuesta Nacional de Gasto en los Hogares finalizada no ha sido difundida.

Resulta urgente realizar un fuerte llamado de atención sobre el creciente desprestigio que afecta al INDEC ya que la necesidad de contar con indicadores confiables que garanticen la continuidad y la compatibilidad de las series estadísticas es fundamental para sostener la investigación en ciencias sociales, para la toma de decisiones, para el adecuado diseño de las políticas públicas y para garantizar el derecho ciudadano al acceso a la información pública. Asimismo, la producción de información es un presupuesto para la vigilancia de los derechos económicos, sociales y culturales, compromiso que Argentina ha suscripto en virtud del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

## 2. PROBLEMAS VINCULADOS CON LA PARTICIPACIÓN POLÍTICA

### Mujeres en el poder ejecutivo

Desde 2007 el Poder Ejecutivo Nacional se encuentra a cargo de una mujer por primera vez en la historia argentina. Sin embargo, de 15 ministerios del gobierno nacional sólo 3 son ocupados por mujeres.<sup>5</sup> Según datos del Sistema Nacional de la Profesión Administrativa (SINAPA) correspondiente al año 2005, en ningún ministerio hay más de un 25% de mujeres a cargo de Secretarías y Subsecretarías de Estado; sin embargo, hay ministerios en los cuales las mujeres constituyen más del 60% del personal (es el caso de los ministerios de Educación y Desarrollo Social)<sup>6</sup>. Estos datos son indicativos de la existencia de un techo de cristal que inhibe a las mujeres de acceder a los puestos de decisión.

Hay dos provincias argentinas gobernadas por mujeres. Una de ellas es Tierra del Fuego desde el año 2007 (siendo reelecta en Julio de 2011) y Catamarca desde el 10 de diciembre de 2011. Con respecto a los

5. <http://www.presidencia.gov.ar/sitios-de-gobierno/autoridades-nacionales>

6. Véase ELA, Informe sobre género y derechos humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres, Editorial Biblos, 2005.

gobiernos municipales (la unidad de territorio más pequeña en la que se divide el estado Argentino) las mujeres se encuentran a cargo de menos del 10% de los municipios, y de ese porcentaje, el 80% pertenece a municipios de menos de 5.000 habitantes. A su vez, en las provincias con importante cantidad de población rural, como es el caso de la provincia de Santiago del Estero donde la población rural representa el 60% de la población, cobra relevancia la representatividad de las Comisiones Municipales (como es el caso de la provincia de Santiago del Estero) o en Comunas Rurales (como es el caso en la provincia de Tucumán).<sup>7</sup>

### Mujeres en el poder legislativo

Desde hace más de 20 años, con la reforma del Código Nacional Electoral se ha establecido un sistema por el cual al menos el 30 % de los lugares con posibilidades de resultar electos en las listas de candidatos al Congreso Nacional, corresponden a las mujeres.<sup>8</sup> Desde hace nueve años, la cantidad de mujeres en la Cámara de Diputados y en el Senado sobrepasa el piso del 30% que exige la ley de cupo. La aplicación de la Ley Nº 24.012, de Cupo Femenino, ha tenido éxito, aunque limitado especialmente en el Senado. Esta norma fue sancionada en 1991, reglamentada, en un principio, por el decreto 379 en 1993 y la reforma constitucional del '94 que avaló el cupo en su artículo 37 sobre la igualdad de géneros. El decreto 1246 del año 2000 hizo más taxativa la norma en los casos de uno o dos candidatos a elegir. Aclaró que cuando se renueven dos bancas, una debe ser para una mujer, y cuando se renueven más de dos, debe haber una mujer entre los tres primeros lugares de la lista. Se aplicó por primera vez en las elecciones legislativas de 2001 y afectó la composición de las cámaras a partir del período legislativo que comenzó en 2002, especialmente en el Senado de la Nación.

Según la Fundación Directorio Legislativo<sup>9</sup>, el porcentaje más alto de representación femenina en la Cámara de Diputados se logró en el período 2008-2009 con el 40%. En los dos últimos períodos -2010-2011 y 2012-2013- la representación femenina registra una disminución. En esta última década se visualizó un aumento relevante en las presidencias de comisiones, del 2001 al 2011 el porcentaje de mujeres presidentas se duplicó alcanzando el 42%. Con respecto a las autoridades de bloque, las mujeres son aún una minoría significativa en los bloques mayoritarios. Son autoridades de bloque en los casos de bloques impersonales o con pocos integrantes.

En el Senado, el porcentaje más alto de representación femenina se logró en los períodos que abarcan 2004-2007 con el 43%. A diferencia de Diputados, la variación en el número de mujeres a cargo de comisiones

7. Véase ELA 2009, citado.

8. La reglamentación de esta ley fue reformada como consecuencia de un acuerdo de solución amistosa en el ámbito de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ya que el texto de la reglamentación original no lograba asegurar la presencia de mujeres en lugares con expectativas de ser electas. Ley 24.012, 1991.

9. [www.directoriolegislativo.org](http://www.directoriolegislativo.org)

legislativas fue bastante irregular. Desde el 2007 a la fecha, el porcentaje de mujeres al frente de comisiones fue decreciendo. La presencia femenina en las autoridades de bloque es, prácticamente, idéntica a la que ocurre en la Cámara baja. Desde hace nueve años, la cantidad de mujeres en la Cámara de Diputados y en el Senado sobrepasa el piso del 30% que exige la ley de cupo.

Normas similares fueron aprobadas en todas las jurisdicciones del país, con diverso alcance. Pero a pesar de la vigencia de normas que establecen cuotas destinadas a las mujeres en las listas de candidatos/as, orientadas a aumentar la presencia de mujeres en cuerpos legislativos en todas las provincias, en muchas de éstas la incorporación de más mujeres a las legislaturas provinciales se ha visto frustrada en la práctica por los diversos sistemas electorales vigentes. Las dos últimas provincias en introducir legislación en ese sentido fueron Jujuy y Entre Ríos. En la primera, un grupo de mujeres y varones impulsó la discusión de los proyectos de ley en la legislatura luego de entablar una acción de amparo<sup>10</sup>. En mayo de 2010, la Justicia hizo lugar a un recurso de amparo presentado por un grupo de ciudadanas y ordenó a la Legislatura y al Poder Ejecutivo que sancione y reglamente una ley de cupo para cargos electivos y partidarios en la provincia. El Estado apeló la medida y el Superior Tribunal de Justicia dejó sin efecto el fallo. Poco tiempo después, la Legislatura provincial aprobó una ley de cupo que establece que no se oficializarán listas para ninguna clase de cargo que nomine más de dos candidatos del mismo sexo en orden sucesivo.<sup>11</sup> Esta redacción hace que se cumpla el 30 por ciento de participación de mujeres sólo cuando los cargos que se renuevan son tres. Pero, cuando los cargos expectantes no son múltiples de tres ocurre que el porcentaje es inferior. Si se renuevan dos cargos, presumiblemente no se incorporará ninguna mujer, si se renuevan 4 habrá 25 por ciento, si se renuevan 5, el 20 por ciento. En la provincia de Entre Ríos, la falta de una ley de cupo y la baja presencia de mujeres en espacios legislativos también era acompañada de un claro predominio masculino en el poder ejecutivo. Al año 2011, en Entre Ríos tanto el gobernador como el vicegobernador son varones, así como la totalidad del gabinete de ministros. Sin embargo, a nivel municipal, con la sanción de la Ley 3.001, desde el año 2006 los consejos deliberantes municipales tienen una representación cercana al 50% de mujeres. La reforma de la Constitución Provincial en 2007 había incorporado el concepto de "equidad de género" para las listas de cargos electivos. Sin embargo, no fue sino hasta marzo de 2011 que se sancionó la ley para reglamentar la conformación de las listas a legisladores provinciales. La ley 10.012 establece un piso del 25% para cualquiera de los sexos, siendo este más bajo que el que establece la ley nacional 24.012. Varias voces se alzaron para reclamar que la Ley 10.012 es violatoria del art. 17 de la Constitución Provincial. Hasta el año 2010, ninguna mujer integraba el Senado provincial y sólo 5 de 28 diputados son mujeres.

10. Para una descripción de esta experiencia véase María Inés Zigarán y Alicia Chalabe "Casi dos décadas después de la ley 24.012. Las resistencias al cupo en Jujuy", en Los derechos de las mujeres en la mira. Informe Anual de los Observatorios de Sentencias Judiciales y de Medios, 2010, ELA 2012.

11. Ley n.º 5.668 publicada el 6 de diciembre de 2010 en la edición n.º 135 del Boletín oficial.

A nivel nacional, en lo concerniente a las elecciones internas de los partidos políticos y en el marco de posibles internas abiertas y simultáneas que, finalmente, se llevaron a cabo en todo el país en el año 2011, se reglamentó el decreto 451/2005.<sup>12</sup> En su artículo 10 señala que cuando algún partido político, confederación o alianza, se presentara por primera vez o no renovara ningún cargo o bien renovara uno o dos cargos, en uno de los dos primeros lugares de la lista deberá nominarse siempre, como mínimo, una mujer. Y en su artículo 11 indica que cuando se renueve uno, dos o más cargos, el cómputo siempre se hará a partir del primer lugar y la lista deberá tener por lo menos una mujer cada dos varones para que se cumpla el porcentaje mínimo que exige el artículo 60 del Código Electoral Nacional: "*Las listas que se presenten deberán tener mujeres en un mínimo de un treinta por ciento (30 %) de los candidatos a los cargos a elegir y en proporciones con posibilidad de resultar electas. No será oficializada ninguna lista que no cumpla estos requisitos*".

### Mujeres en el poder judicial

En el Poder Judicial la presencia de mujeres no es más alentadora, aunque ha habido avances relevantes, en particular luego del impulso dado por el Poder Ejecutivo Nacional para la incorporación de diversidad de género entre los integrantes de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, con la sanción del Decreto 222/2003.<sup>13</sup> En las Cortes Supremas de Justicia a nivel nacional y provincial, las mujeres representan el 20% de las ministras, no obstante, la disparidad es muy grande ya que en 7 provincias las mujeres representan el 30% o más y en otras 7 no hay ninguna mujer. Si se observa la composición de los distintos poderes judiciales provinciales se verifica que la presencia de mujeres está acotada a ciertos fueros o competencias (como es el caso de los temas de familia y sucesiones, laboral, civil) mientras que en otros fueros (contencioso administrativo, penal económico, penal) es muy escasa la presencia femenina. La ausencia de un compromiso político con la diversidad de género en los ámbitos judiciales está asimismo ausente en los organismos de control de la judicatura tales como el Consejo de la Magistratura y el Jury de Enjuiciamiento (órganos competentes para el nombramiento de magistrados y magistradas y para la evaluación de su desempeño, respectivamente, existentes en la jurisdicción nacional y en la mayoría de las provincias Argentinas).<sup>14</sup>

La Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Justicia de la Nación realizó un relevamiento exhaustivo de la presencia de mujeres en diversos fueros e instancias del país, y concluyó con preocupación que parece existir un techo de cristal para las mujeres en la justicia de Argentina.<sup>15</sup> Para revertir esta situación de segregación

12. Véase decreto 451/2005.

13. El Decreto 222 sancionado en el año 2003 estableció un procedimiento para el ejercicio de la facultad que la Constitución de la Nación Argentina le confiere al Presidente de la Nación para el nombramiento de los magistrados de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, estableciendo un mecanismo de consulta no vinculante a la sociedad civil, con la expresa finalidad de tener presente, en la medida de lo posible, la composición general de la Corte Suprema para posibilitar que la inclusión de nuevos miembros permita reflejar las diversidades de género, especialidad y procedencia regional en el marco del ideal de representación de un país federal.

14. Véase ELA 2009.

15. Véase [www.csjn.gov.ar](http://www.csjn.gov.ar), también el informe Sexo y Poder (2011) en [www.ela.org.ar](http://www.ela.org.ar)

vertical y horizontal, uno de los aspectos a tener en cuenta son los mecanismos para la selección y promoción de integrantes del Poder Judicial.

En muchas provincias se crearon consejos de la magistratura, que otorgan una mayor transparencia a los procesos de selección. Sin embargo, en la opinión de algunas mujeres que integran el Poder Judicial, ellas no han generado espacios de socialización con el poder político, de modo que en el momento de la decisión final no cuentan con los apoyos necesarios para acceder, a pesar que muchas logran mejores desempeños que los varones en las instancias de evaluación teórica.<sup>16</sup> Además, observan con preocupación que no hay mecanismos previstos para mantener un equilibrio en el nombramiento de varones y mujeres, de modo tal que las vacantes producidas por renuncia o jubilación de las mujeres en el poder judicial, muchas veces son ocupadas por varones.

Como en otros espacios de decisión, algunas mujeres sostienen que la incorporación de las mujeres trae aparejada la incorporación de "una mirada diferente en el análisis de la causas, lo que genera comentarios y malestares de sus pares varones...". Finalmente, los obstáculos que visualizan en la carrera judicial son similares a los que se pueden mencionar respecto de otras áreas se relacionan fundamentalmente con la vida familiar y las responsabilidades asumidas desde el nacimiento de sus hijos, la crianza y el cuidado de los mismos; problemas que no afectan a sus pares varones.<sup>17</sup>

### Mujeres en los sindicatos

En Argentina la ley 25.674 del año 2002 dispone del establecimiento de un "cupo sindical femenino". Esto significa para todas las entidades gremiales la obligatoriedad de la participación femenina, en relación a la cantidad de trabajadores en la actividad que corresponda.

La ley indica que la representación femenina será de un mínimo del 30% cuando el número de mujeres alcance o supere ese porcentual sobre el total de los trabajadores. Cuando la cantidad de trabajadoras no alcanzare el 30% del total de trabajadores, la representación femenina será proporcional a esa cantidad. Tomada como ejemplo la ley de cupo en las listas de los partidos políticos surgen grandes diferencias, las afiliadas a la mayoría de los partidos superan el 50% del padrón. No ocurre lo mismo con las mujeres sindicalizadas.

La participación de las mujeres en los sindicatos es muy inferior a lo que correspondería de acuerdo a su participación en el mercado de trabajo. A nivel mundial, el promedio de participación es del 15%, sin embargo en Argentina es inferior al 10%.<sup>18</sup> Un relevamiento

realizado por el ELA demuestra que entre los principales sindicatos a nivel nacional, la representación femenina no llega al 6%, en abierta violación de las normas vigentes.<sup>19</sup>

Por otra parte las crisis económicas han obligado a las mujeres a aceptar más trabajos precarios, a tiempo parcial, con contratos que no les aportan antigüedad y gran parte de las trabajadoras se concentraron en la economía informal. Las mujeres no solo se sindicalizan menos, sino que es menor el porcentaje de mujeres que desempeñan trabajos remunerados y que están legalizadas. A los trabajadores/as en negro o informales no se les permite estar sindicalizados y por ende, no se le practican descuentos para el sindicato. Entre las entrevistadas mujeres no sindicalizadas la percepción es que los sindicatos son más corruptos que los partidos y no representan los intereses de los trabajadores. Por las características de la actividad hay gremios que nuclean mayoritariamente trabajadores varones, como ser UOCRA, Ferroviarios, Camioneros, UOM, Taxis y otros. En estos gremios aun cuando hay personal femenino este no se sindicaliza. En otros gremios que el porcentual de mujeres es mucho mayor, Comercio, Bancarios, Judiciales, UPCN, Ate, el cupo se cumple, aunque quedan relegadas en las listas a las Secretarías de Igualdad de Oportunidades o Comisiones de la Mujer.

Las listas se oficializan en la Junta Electoral del Gremio, que se conforma con representantes de todas las listas y luego se elevan al Ministerio de Trabajo, en este nunca se ha presentado impugnación alguna por falta de cumplimiento del cupo. Aun en los gremios mayoritariamente de mujeres, como sanidad, maestros y otros) difícilmente las mujeres lleguen a los cargos más importantes.

En resumen, se ha conseguido una importante ley pero en la medida en que no se avance en la importancia de la sindicalización de las mujeres trabajadoras, estas estarán subrepresentadas en las Comisiones Directivas de los gremios<sup>20</sup>.

16. Entrevistas realizadas por Margarita Nicoliche, CESPPEDH, agosto 2011.

17. Otros espacios indagados, en las entrevistas realizadas por Margarita Nicoliche, sobre los que hubo desacuerdo entre las personas entrevistadas, era los efectos de la apariencia física, el estado civil y la orientación sexual para lograr el nombramiento para un cargo de mayor decisión.

18. Celiberti, L. y Mesa, S., Las relaciones de género en el trabajo productivo y reproductivo. Editado por IPS América Latina. En línea: [http://ipsnoticias.net/\\_focus/mujer/IPS\\_Gender.pdf](http://ipsnoticias.net/_focus/mujer/IPS_Gender.pdf) (Acceso: 22/2/12)

19. Véase ELA 2011, Sexo y Poder ¿Quién manda en Argentina?, mayo 2011.

20. Entrevistas realizadas por Susana Stilman- Mujeres Trabajando- Agosto 2011.



# Consideraciones Finales

En general el análisis realizado permitió registrar en Argentina un avance en la legislación adoptada respecto a la igualdad de mujeres y hombres según lo propuesto en Beijing, pero este avance no se acompañó de la implementación de la adecuación del marco normativo. Como se dice en este informe, **en nuestro país el problema no es el reconocimiento normativo de los derechos sino establecer los mecanismos para asegurar su ejercicio efectivo.**

Otro problema grave lo constituye **la carencia de información estadística que permita conocer la situación para diseñar políticas públicas adecuadas y evaluar/monitorear los avances, dificultades y retrocesos** que a su vez permitan reajustar las políticas públicas. Esto que es básico en la planificación y administración de políticas públicas es algo que en los tres aspectos considerados salud, violencia y participación política se observó. La necesidad de contar con información estadística confiable y específica que permita conocer las variaciones regionales es clave y en nuestro país no existe o la que existe es pobre e insuficiente.

Si bien esta ha sido una recomendación reiterada del Comité de Expertos de la CEDAW en las revisiones de Argentina, esto no ha registrado una mejora. Incluso aún en muchos casos los datos no están desagregados por sexo. Los cambios ocurridos en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos –INDEC– desde el 2007 no han contribuido a facilitar esto, por tanto han impactado negativamente en la información disponible para esta evaluación. Esto se ve agravado por la negativa a facilitar información pública de muchos organismos gubernamentales nacionales, provinciales y municipales que se reiteró. La falta de una ley nacional de acceso a la información pública, favorece la actitud de negar el acceso a la información de los funcionarios públicos, lo que atenta contra la transparencia de la gestión e imposibilita el monitoreo y pedido de rendición de cuentas por parte de la ciudadanía.

El análisis de los datos constata que en Argentina existe un marco normativo/legal que abarca distintos espacios de la vida de las mujeres y mediante el cual es posible

fundamentar que se produjeron avances, por lo menos a nivel legislativo, para mejorar la calidad de vida y el estado de salud de las mujeres, desde 1995 y acorde con las propuestas de Beijing. De los datos también se desprende que **la realidad de las mujeres no traduce la aplicación plena del marco legislativo vigente, y es en este sentido en el que hay que trabajar y señalar las dificultades para cumplir las propuestas de la PoA de Beijing.**

Un obstáculo fundamental a resolver es superar los problemas generados por la estructura política federal de Argentina, que obstaculiza resolver de manera efectiva problemas históricos de relación y distribución de recursos entre el gobierno central y/o los gobiernos provinciales/municipales.

Las políticas planteadas y existentes en base a la legislación son aplicadas en forma muy dispar en las distintas provincias y municipios, por lo tanto, no impactan en la población produciendo mejoras en su salud. Si bien la gran parte de los programas apunta a mejorar la situación de los sectores más relegados de la estructura social, a fin de que la totalidad de la población esté cubierta por el sistema de salud. Sin embargo, los datos demuestran lo contrario. Los grupos sociales, así como las zonas geográficas del país, más necesitados y relegados, continúan manteniendo esa posición en la estructura social. La mayor desprotección, baja cobertura, menor información y más violencia continúan siendo más importantes en las mujeres pobres o indigentes. Por lo tanto, para revertir esta situación es necesaria una importante acción de abogacía y monitoreo por parte de la sociedad civil, especialmente las organizaciones de mujeres, sobre los servicios y las políticas públicas de salud.

Capacitar a los actores encargados de la ejecución o implementación directa de las políticas públicas en políticas y perspectiva de género y en el marco de los derechos de las mujeres, es una necesidad a fin de mejorar y garantizar la situación de salud de mujeres y niñas.

Desarrollar políticas públicas que contemplen la plena

participación de las mujeres y sus organizaciones, así como desarrollar campañas que contribuyan a romper con las representaciones sociales construidas alrededor de los estereotipos de género, de las que viven con el VIH o padecen otros problemas de salud y favorecer una atención adecuada y de calidad a todas las mujeres.

**Traducir en la práctica institucional la construcción de una nueva modalidad de atención de las mujeres que solicitan la interrupción del embarazo en el marco legal existente y la provisión de todos los MAC, incluidos los quirúrgicos como la ligadura de trompas, y otros como la anticoncepción hormonal de emergencia, es clave para garantizar la salud y los derechos reproductivos y disminuir el RMM (Razón de Mortalidad Materna) hoy en niveles inaceptablemente altos.**

Para lograr esto es necesario que se capacite a todo el personal de salud desde una perspectiva de género y de derechos humanos que sea la base de su atención a mujeres y niñas. La atención adecuada de las/os adolescentes y jóvenes, así como la implementación de la Educación Sexual Integral es otro requisito para cumplir con lo establecido en la Plataforma de Acción de Beijing.

En síntesis, si bien en estos 16 años desde la IV Conferencia Internacional de la Mujer, Beijing '95, se sancionaron legislaciones que dieron respuesta a graves problemas que afectan la salud y la vida: violencia contra la mujer, salud sexual y reproductiva, programas de atención y provisión de recursos para el tratamiento y detección de enfermedades como el cáncer y el VIH/sida, **los estudios e investigaciones realizadas demuestran que Argentina se encuentra aún lejos de cumplir los objetivos planteados en la Plataforma de Acción de Beijing, y que las acciones desarrolladas cumplen solo parcialmente con los objetivos a los cuales el país adhirió.** Es innegable que se realizaron avances en términos legislativos y en algunos programas de salud, pero la brecha entre lo que la ley señala y lo que en sus vidas experimentan mujeres y niñas que se observa aún es grande y debe reducirse.

En el área de violencia contra mujeres y niñas esto es más evidente. Si bien en marzo de 2009 se aprobó la ley nº26.485 (Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres), su reglamentación fue prolongada, pero desde que se reglamentó en julio 2010 tampoco se avanzó en su implementación. Respecto a los programas y actividades debemos señalar que **uno de los principales problemas es la existencia de múltiples instancias en los distintos ministerios y organismos nacionales, así como en las provincias y municipios, pero sin la articulación y coordinación necesaria. Esto implica el mayor uso de recursos con menor impacto, que se agrava por la baja asignación presupuestaria al órgano ejecutor y coordinador de estas políticas –el Consejo Nacional de las Mujeres- y, en general, la falta de decisión política para priorizar estas políticas por parte del gobierno nacional. Esto se observa también en la mayoría de los gobiernos provinciales y municipales.**

En lo relativo a la denuncia de la violencia contra mujeres y niñas, en las fuerzas de seguridad se registran problemas y rechazos, los que deberían estar superados no solo por la capacitación y sensibilización

del personal, algo aún pendiente, sino también por la existencia de protocolos para las denuncias que no se desarrollaron aunque la ley lo establece.

Todo **lo relativo a la prevención de la violencia está en mora** ya que no se realizan campañas sistemáticas y sostenidas de difusión en medios masivos, a fin de desnaturalizar la violencia contra mujeres y niñas, ni se ha incorporado en el curriculum escolar la prevención de la violencia. Tampoco se ha capacitado a los docentes y maestros ni a los profesionales de la salud para prevenir esta violencia e inclusive detectarla en etapas precoces y tratarla, mecanismo que actúa previniendo consecuencias más graves.

En los últimos 5 años se observó el desarrollo de muchos programas en distintos ministerios nacionales, así como en la Corte Suprema de Justicia de la Nación, todos bien orientados pero con una característica, **la concentración en la Ciudad de Buenos Aires con una considerable falta de coordinación entre ellos.** A su vez en las provincias y municipios también se registra esta superposición de servicios sin coordinación, pero en menor medida respecto a la cantidad existente. Todo esto resulta en **el escaso impacto en la población con una gran inversión de recursos debido a la superposición de responsabilidad con la multiplicidad de inversión económica y de recursos humanos.**

**En síntesis se desperdician recursos y no se atiende ni previene la violencia que sufren mujeres y niñas con el consiguiente impacto en su vida, su salud y su bienestar.**

En lo relativo a la **participación política** de las mujeres, Argentina es considerada una abanderada debido a la ley de cuotas sancionada en 1991. Esto si bien es un avance importante logrado por la lucha del movimiento de mujeres, no se traduce aún en la participación de las mujeres en el Poder Ejecutivo Nacional (Ministerios y Secretarías de Estado) ni en los provinciales (gobernadores, vicegobernadores, ministros provinciales). Tampoco a nivel de la justicia y en los sindicatos estos avances son tan claros ni evidentes y si bien hay legislación, no se implementa. **El campo sindical es el más relegado y donde la participación de las mujeres es mínima.**

En síntesis podemos señalar que en Argentina aún **la equidad de género y la eliminación de todas las formas de discriminación contra mujeres y niñas no están logradas, por tanto aún el camino a recorrer es importante. Esto exige una actitud pro-activa por parte de los gobiernos tanto el nacional como los provinciales y municipales** y debe ser asumido por hombres y mujeres en cargos de decisión política. Este es el desafío que a tres años de cumplir 20 años de la 5ª Conferencia Internacional de la Mujer y de aprobarse la Plataforma de Acción de la misma **es urgente promover cambios tendientes a alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres.** Este informe es una contribución y pretende abrir el diálogo con las autoridades, así como con toda la sociedad.

---

# Anexo I

Grupos participantes en el proyecto según área de participación

---

---

## Análisis del cumplimiento de las metas en salud

---

- **Asociación Civil El Amanecer**, Formosa, Provincia de Formosa
- **Centro de Estudio Sociales y Políticos para El Desarrollo Humano -CESPPEDH-**, San Miguel, Provincia de Buenos Aires
- **Centro de Estudios de Estado y Sociedad -CEDES-**, Ciudad de Buenos Aires
- **Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, Universidad Santiago Del Estero**, Santiago del Estero, Provincia de Santiago del Estero
- **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -FEIM-**, Ciudad de Buenos Aires
- **Instituto de Género, Derecho y Desarrollo -INSGENAR-**, Rosario, Provincia de Santa Fe
- **Mujeres al Oeste**, Morón, Provincia de Buenos Aires
- **Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes por los Derechos Sexuales y Reproductivos -REDNAC-**, Ciudad de Buenos Aires
- **Foro de Mujeres por la Igualdad de Oportunidades**, Salta, Provincia de Salta

---

## Análisis del cumplimiento de las metas en violencia contra la mujer

---

- **Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer -CEDEM-**, San Fernando, Provincia de Buenos Aires
- **Feministas en Acción**, Ciudad de Buenos Aires
- **Fundación Alicia Moreau de Justo**, Ciudad de Buenos Aires

- **Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -FEIM-**, Ciudad de Buenos Aires
- **Instituto de Género, Derecho y Desarrollo -INSGENAR-**, Rosario, Provincia de Santa Fe
- **Instituto Social y Político de la Mujer -ISPM-**, Ciudad de Buenos Aires
- **Mujeres al Oeste**, Morón, Provincia de Buenos Aires
- **Mujeres en Igualdad -MEI-**, Ciudad de Buenos Aires
- **Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/sida**, Morón, Provincia de Buenos Aires
- **Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes por los Derechos Sexuales y reproductivos -REDNAC-**, Ciudad de Buenos Aires

---

## Análisis del cumplimiento de las metas en participación política

---

- **Centro de Estudio Sociales y Políticos para El Desarrollo Humano -CESPPEDH-**, Provincia de Buenos Aires
- **Construcción Ciudadana**, Paraná, Provincia de Entre Ríos
- **Equipo Latinoamericano de Justicia y Genero -ELA-**, Ciudad de Buenos Aires
- **Feministas en Acción**, Ciudad de Buenos Aires
- **Mujeres Trabajando**, Ciudad de Buenos Aires
- **Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/sida**, Morón, Provincia de Buenos Aires

---

# Anexo II

## Subgrupo de trabajo sobre medidas del área de Salud

---

---

### Objetivo estratégico C.1. Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad

---

**106.** Medidas que han de adoptar los gobiernos, en colaboración con las ONGs y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales:

**106 a)** Respaldo y cumplir los compromisos contraídos en el Programa de Acción de la CIPD s/ se estableció en el informe de dicha Conferencia, y la Declaración y Programa de Acción sobre Desarrollo Social adoptados en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social celebrada en Copenhague, así como las obligaciones de los Estados partes con arreglo a la CEDAW y otros acuerdos internacionales pertinentes, de satisfacer las necesidades de las niñas y las mujeres de todas las edades en materia de salud

**106 b)** Reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, proteger y promover el respeto de ese derecho de la mujer y de la niña, por ej., incorporándolo en las legislaciones nacionales; examinar las leyes en vigor, incluidas las relativas a la atención de salud, y las políticas conexas, cuando sea oportuno, para poner de manifiesto el interés por la salud de la mujer y asegurarse de que responden a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer, dondequiera que vivan;

**106 c)** Concebir y ejecutar, en colaboración con mujeres y organizaciones locales, programas de salud con orientación de género que prevean, por ej, servicios de salud descentralizados, presten atención a las necesidades de la mujer durante toda su vida y a sus múltiples funciones y responsabilidades, su limitada disponibilidad de tiempo, las necesidades especiales de la mujer de los medios rurales y la mujer con discapacidades y las diversas necesidades de la mujer según su edad y su condición socioeconómica y cultural, entre otras cosas; hacer participar a la mujer, especialmente la mujer indígena y la mujer de las comunidades locales, en la determinación de las prioridades y la preparación de programas de atención

de salud; y suprimir todos los obstáculos que impiden el acceso de la mujer a los servicios de salud y ofrecer toda una serie de servicios de asistencia sanitaria;

**106 d)** Posibilitar el acceso de la mujer a los sistemas de seguridad social en condiciones de igualdad con el hombre durante toda su vida;

**106 e)** Proporcionar servicios de APS más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la SSR, que comprende servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia como se acordó en el Programa de Acción de la CIPD;

**106 f)** Reformular los sistemas de información, los servicios y la capacitación en materia de salud destinados a los trabajadores de la salud, de manera que respondan a las necesidades en materia de género y se hagan eco de las perspectivas de los usuarios con respecto a la capacidad de comunicación y relación personal y del derecho del usuario a la privacidad y confidencialidad. Estos servicios y los servicios de información y capacitación deben basarse en un enfoque integral;

**106 g)** Asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respetan los derechos humanos y siguen normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética orientados por los códigos internacionales de ética médica al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud;

**106 h)** Adoptar todas las medidas necesarias para acabar con las intervenciones médicas perjudiciales para la salud, innecesarias desde un punto de vista médico o coercitivas y con los tratamientos inadecuados o la administración excesiva de medicamentos a la mujer, y hacer que todas las mujeres dispongan de información completa sobre las posibilidades que se les ofrecen, incluidos los beneficios y efectos secundarios posibles, por personal debidamente capacitado;

**106 i)** Fortalecer y reorientar los servicios de salud, en particular la APS, con el fin de dar acceso universal a

servicios de salud de calidad para niñas y mujeres y de reducir las enfermedades y la morbilidad derivada de la maternidad y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad derivada de la maternidad como mínimo en un 50% de los valores de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015; garantizar que cada sector del sistema de salud ofrezca los servicios necesarios; y tomar las medidas oportunas para que se ofrezcan servicios de salud reproductiva, a través del sistema de atención primaria de salud, a todas las personas en edad de recibirla lo antes posible y no más tarde del año 2015;

**106 j)** Reconocer y afrontar las consecuencias que tienen para la salud los abortos peligrosos, por ser una cuestión de gran importancia para la salud pública, tal como se acordó en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD;

**106 k)** A la luz de lo dispuesto en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la CIPD, donde se establece que: "En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos", considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales;

**106 l)** Prestar especial atención a las necesidades de las niñas, en particular la promoción de actividades saludables, como las actividades físicas; adoptar medidas concretas para reducir las diferencias por motivos de género en las tasas de morbilidad y mortalidad de las muchachas en situación desfavorecida, y al mismo tiempo alcanzar las metas aprobadas a nivel internacional en materia de reducción de la mortalidad de lactantes y de niños, y concretamente reducir para el año 2000 la tasa de mortalidad de lactantes y de niños menores de 5 años en una tercera parte de los valores de 1990, o de 50 a 70 por 1.000 nacidos vivos si esa cifra es menor; para el año 2015 se debería alcanzar una tasa de mortalidad de lactantes de 35 por 1.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de menos de 45 por 1.000; **106 m)** Conseguir que las niñas dispongan en todo momento de la información y los servicios necesarios en materia de salud y nutrición a medida que van creciendo, con el fin de facilitar una transición saludable de la niñez a la edad adulta;

**106 n)** Preparar información, programas y servicios para ayudar a la mujer a comprender y asimilar los cambios relacionados con la edad, y abordar las necesidades

en materia de salud de las mujeres de edad avanzada, prestando especial atención a las que tengan problemas de tipo físico o psicológico;

**106 o)** Conseguir que las muchachas y las mujeres de cualquier edad que tengan discapacidades reciban servicios de apoyo;

**106 p)** Formular políticas especiales, preparar programas y promulgar las leyes necesarias para reducir y eliminar los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente y con el trabajo de la mujer en el hogar, en el lugar de trabajo y en cualquier otra parte, prestando atención a las mujeres embarazadas y lactantes;

**106 q)** Integrar los servicios de salud mental en los sistemas de APS u otros sistemas pertinentes, elaborar programas de apoyo y capacitar a los trabajadores de la APS para que puedan reconocer y tratar a las niñas y a las mujeres de todas las edades que hayan sido víctimas de cualquier tipo de violencia, especialmente violencia en el hogar, abusos sexuales u otro tipo de abuso durante conflictos armados y de otra índole;

**106 r)** Promover la información pública sobre las ventajas de la lactancia materna; estudiar las posibles maneras de aplicar plenamente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS/UNICEF), y ofrecer a las madres apoyo legal, económico, práctico y emocional para que puedan amamantar a sus hijos;

**106 s)** Establecer mecanismos que respalden y posibiliten la participación de ONGs, en particular de mujeres, grupos profesionales y otros órganos dedicados al mejoramiento de la salud de las niñas y las mujeres en la elaboración de políticas, la formulación de programas, según sea oportuno, y su ejecución en el sector de la salud y sectores conexos en todos los niveles; **106 t)** Prestar apoyo a las ONGs dedicadas a la salud de la mujer y ayudar a establecer redes con el objeto de mejorar la coordinación y la colaboración entre todos los sectores relacionados con la salud;

**106 u)** Racionalizar las políticas de adquisición de medicamentos y asegurarse de que exista una oferta permanente de medicamentos de calidad, anticonceptivos y suministros y equipo de otro tipo, sobre la base de la lista de medicamentos esenciales de la OMS; y garantizar la seguridad de los fármacos y dispositivos médicos mediante mecanismos nacionales de regulación de la aprobación de fármacos;

**106 y)** Garantizar el acceso pleno y en condiciones de igualdad a la infraestructura y los servicios de atención de salud para las mujeres indígenas.

---

### **Objetivo estratégico C.2. Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer**

---

**107.** Medidas que han de adoptar los gobiernos, en cooperación con las ONGs, los medios de información, el sector privado y las organizaciones internacionales pertinentes, entre ellas los órganos adecuados de las Naciones Unidas:

**107 a)** Dar prioridad a los programas de educación formal y no formal que apoyan a la mujer y le permiten desarrollar su autoestima, adquirir conocimientos, tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre su propia salud, lograr el respeto mutuo en asuntos relativos a la sexualidad y fecundidad, e informar a los hombres sobre la importancia de la salud y el bienestar de las mujeres, prestando especial atención a los programas, tanto para hombres como para mujeres, en que se hace hincapié

en la eliminación de las actitudes y prácticas nocivas, entre ellas la mutilación genital femenina, la preferencia por los hijos varones (que lleva al infanticidio femenino y a la selección prenatal del sexo), los matrimonios a edad temprana, en particular en la infancia, la violencia contra la mujer, la explotación sexual, los malos tratos sexuales, que a veces llevan a la infección con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, el uso indebido de drogas, la discriminación contra las niñas y las mujeres en la distribución de alimentos y otras actitudes y prácticas perjudiciales que afectan a la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, y reconocer que algunas de estas prácticas pueden constituir violaciones de los derechos humanos y los principios médicos éticos;

**107 d)** Reforzar las leyes, reformar las instituciones y promover normas y prácticas que eliminen la discriminación contra las mujeres y alentar tanto a las mujeres como a los hombres a asumir la responsabilidad de su comportamiento sexual con respecto a la procreación; garantizar el pleno respeto a la integridad de la persona, tomar medidas para garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres ejerzan sus derechos con respecto a la procreación y eliminar las leyes y prácticas coercitivas;

**107 e)** Preparar y difundir información accesible, mediante campañas de salud pública, los medios de comunicación, buenos servicios de asesoramiento y el sistema educacional, con el objeto de garantizar que las mujeres y los hombres, en particular las jóvenes y los jóvenes, puedan adquirir conocimientos sobre su salud, especialmente información sobre la sexualidad y la reproducción, teniendo en cuenta los derechos del niño de acceso a la información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, así como los derechos, deberes y responsabilidades de los padres y de otras personas jurídicamente responsables de los niños de facilitar, con arreglo a las capacidades que vaya adquiriendo el niño, orientación apropiada en el ejercicio por el niño de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En todas las medidas que afecten a los niños, una de las consideraciones primordiales será el bienestar del propio niño;

**107 g)** Reconocer las necesidades específicas de los adolescentes y aplicar programas adecuados concretos, por ejemplo de educación e información sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, teniendo en cuenta los derechos del niño y los derechos, deberes y responsabilidades de los padres tal y como se afirma en el párrafo 107 e);

**107 h)** Establecer políticas que reduzcan la carga desproporcionada y cada vez mayor que recae sobre las mujeres que desempeñan múltiples funciones dentro de la familia y de la comunidad proporcionándoles apoyo suficiente y programas con cargo a los servicios de salud y sociales;

**107 m)** Establecer y/o fortalecer programas y servicios, incluidas campañas en los medios de comunicación, que se ocupen de la prevención, la detección precoz y el tratamiento del cáncer de mama, el cáncer cervicouterino y otros cánceres del sistema reproductivo;

**107 q)** Adoptar medidas específicas preventivas para proteger a las mujeres, los jóvenes y los niños de todo maltrato, abuso sexual, explotación, tráfico y violencia, por ejemplo en la formulación y la aplicación de las leyes, y prestar protección jurídica y médica y otro tipo de asistencia.

---

### **Objetivo estratégico C.3. Tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva**

---

**108.** Medidas que han de adoptar los gobiernos, los organismos internacionales, incluidas las organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales:

**108 a)** Garantizar la participación de las mujeres, en particular de las infectadas con el VIH/SIDA y otras ETS o afectadas por la pandemia del VIH/SIDA, en todas las decisiones relativas al desarrollo, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas sobre el VIH/SIDA y otras ETS;

**108 b)** Revisar y enmendar las leyes y combatir las prácticas, según sea pertinente, que puedan contribuir a la susceptibilidad de las mujeres a la infección con el VIH y otras ETS, entre otras cosas promulgando leyes contra las prácticas socioculturales que contribuyen a ello y, aplicar leyes, políticas y prácticas que protejan a las mujeres, las adolescentes y las niñas de la discriminación basada en el VIH/SIDA; **108 c)** Alentar a todos los sectores de la sociedad, incluido el sector público, así como a las organizaciones internacionales, a que formulen políticas y prácticas compasivas y de apoyo, no discriminatorias, en relación con el VIH/SIDA, que protejan los derechos de las personas infectadas;

**108 d)** Reconocer el alcance de la pandemia VIH/SIDA en sus países, teniendo en cuenta en especial su repercusión en las mujeres, con miras a garantizar que las mujeres infectadas no sean estigmatizadas ni sufran discriminación, incluso durante los viajes;

**108 e)** Preparar programas y estrategias multisectoriales que tengan en cuenta el género para poner fin a la subordinación social de las mujeres y las niñas y garantizar su potenciación e igualdad social y económica; facilitar la promoción de programas para informar a los hombres y capacitarles para que asuman sus responsabilidades en la prevención del VIH/SIDA y otras ETS;

**108 f)** Facilitar el desarrollo de estrategias de la comunidad que protejan a las mujeres de todas las edades del VIH y otras ETS, proporcionen atención y apoyo a las niñas y a las mujeres afectadas y a sus familias y movilicen a todas las partes de la comunidad en respuesta a la pandemia del VIH/SIDA para que ejerzan presión sobre todas las autoridades responsables a fin de que respondan de manera puntual, efectiva, sostenible y que tenga en cuenta el género;

**108 g)** Apoyar y fortalecer la capacidad nacional de crear y mejorar políticas y programas sobre el VIH/SIDA y otras ETS que tengan en cuenta el género, incluido el suministro de recursos y facilidades a las mujeres que tienen a su cargo la responsabilidad principal del cuidado, o el apoyo económico de personas infectadas por el VIH/SIDA o que están afectadas por la pandemia, y a los sobrevivientes, en particular niños o ancianos;

**108 h)** Impartir seminarios y educación y formación especializada a los padres, a los encargados de adoptar decisiones y a quienes crean opinión a todos los niveles de la comunidad, incluidas las autoridades religiosas y tradicionales, sobre la prevención del VIH/SIDA y otras ETS y sus consecuencias en las mujeres y en los hombres de todas las edades;

**108 i)** Impartir a todas las mujeres y los trabajadores

de la salud toda la información y educación pertinentes sobre las ETS, inclusive el VIH/SIDA, y sobre el embarazo, así como las consecuencias para el bebé, incluso la lactancia materna;

**108 j)** Prestar asistencia a las mujeres y a sus organizaciones oficiales y no oficiales para que establezcan y amplíen programas eficaces de educación e información de sus iguales y participen en la elaboración, aplicación y supervisión de estos programas;

**108 k)** Prestar plena atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y justas y, en particular, a las necesidades de educación y de servicios de los adolescentes para que puedan encarar su sexualidad de manera positiva y responsable;

**108 l)** Preparar programas específicos para varones de todas las edades, y para los varones adolescentes, reconociendo las funciones parentales a que se hace referencia en el párrafo 107 e) supra, con objeto de proporcionar información completa y fidedigna sobre conducta sexual responsable y sin riesgo, que incluya métodos voluntarios pertinentes y eficaces adoptados por los varones para la prevención del VIH/SIDA y otras ETS, mediante, entre otros, la abstinencia y el uso de preservativos;

**108 m)** Garantizar la prestación, mediante el sistema de APS, del acceso universal de las parejas y las personas a servicios de prevención de las ETS, entre ellas el VIH/SIDA, pertinentes y asequibles, y ampliar la prestación de asesoramiento y de servicios de diagnóstico voluntario y confidencial y de tratamiento para las mujeres; garantizar el suministro y la distribución a los servicios sanitarios de preservativos de calidad, así como de medicinas para el tratamiento de las enfermedades sexuales, en la medida de lo posible;

**108 n)** Apoyar los programas que tengan en cuenta que el mayor riesgo que corren las mujeres de contraer el VIH se relaciona con un comportamiento de alto riesgo, que incluye el uso de sustancias intravenosas y la influencia de la droga, el comportamiento sexual no protegido e irresponsable, y tomar medidas preventivas pertinentes;

**108 o)** Apoyar y acelerar las investigaciones orientadas hacia la acción sobre métodos asequibles, controlados por las mujeres, para prevenir el VIH y otras ETS, sobre estrategias que permitan a las mujeres protegerse de las ETS, entre ellas el VIH/SIDA, y sobre métodos de atención, apoyo y tratamiento propios de las mujeres, garantizando su participación en todos los aspectos de tales investigaciones;

**108 p)** Apoyar e iniciar investigaciones que se ocupen de las necesidades de las mujeres y de las situaciones que las aparten, incluidas investigaciones sobre la infección por el VIH y otras ETS en las mujeres, sobre métodos de protección controlados por las mujeres, por ejemplo microbicidas no espermicidas, y sobre actitudes y prácticas arriesgadas masculinas y femeninas.

---

#### **Objetivo estratégico C.4. Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer**

---

**109.** Medidas que han de adoptar los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, los profesionales de salud, las instituciones de investigación, las organizaciones no gubernamentales, los donantes, las industrias farmacéuticas y los medios de comunicación, según convenga:

---

**109 a)** Impartir formación a los investigadores e introducir sistemas que permitan el uso de los datos reunidos, analizados y desglosados, entre otras cosas, por sexo y edad y otros criterios demográficos establecidos y variables socioeconómicas, en la determinación de políticas, según convenga, la planificación, supervisión y evaluación;

**109 b)** Promover investigaciones, tratamientos y tecnologías que tengan en cuenta el género y que se centren en las mujeres, y vincular los conocimientos tradicionales e indígenas con la medicina moderna, poniendo la información a disposición de las mujeres para permitirles tomar decisiones informadas y responsables;

**109 c)** Aumentar el número de mujeres en puestos de dirección en las profesiones de la salud, incluso entre los investigadores y científicos, para alcanzar la igualdad lo antes posible;

**109 d)** Aumentar el apoyo financiero y de otra índole de todas las fuentes a las investigaciones preventivas, biomédicas, del comportamiento, epidemiológicas y de los servicios de la salud sobre cuestiones relativas a la salud de las mujeres y a las investigaciones sobre las causas sociales, económicas y políticas de los problemas de salud de las mujeres y sus consecuencias, incluida la repercusión de las desigualdades de género y de edad, especialmente con respecto a las enfermedades crónicas y no transmisibles, en particular las enfermedades y afecciones cardiovasculares, los cánceres, las infecciones y lesiones del aparato reproductivo, el VIH/SIDA y otras ETS, la violencia doméstica, la salud en el trabajo, las incapacidades, los problemas sanitarios relacionados con el medio ambiente, las enfermedades tropicales y los aspectos de salud que plantea el envejecimiento;

**109 e)** Informar a las mujeres sobre los factores que aumentan los riesgos de desarrollar cánceres e infecciones del aparato reproductivo, para que puedan tomar decisiones bien informadas sobre su salud;

**109 f)** Apoyar y financiar investigaciones sociales, económicas, políticas y culturales sobre la manera en que las desigualdades basadas en el género afectan la salud de las mujeres, que incluyan cuestiones de etiología, epidemiología, prestación y utilización de servicios y resultado final del tratamiento;

**109 g)** Prestar apoyo a la investigación de los sistemas y las operaciones de los servicios de salud para fortalecer el acceso y mejorar la calidad de la prestación de servicios, garantizar un apoyo adecuado a las mujeres que prestan servicios de salud y examinar modalidades relativas a la prestación de servicios de salud a las mujeres y de la utilización de tales servicios por las mujeres;

**109 h)** Prestar apoyo financiero e institucional a la investigación sobre métodos y tecnologías seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la salud reproductiva y sexual de las mujeres y los hombres, incluidos métodos más seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad incluida la planificación natural de la familia para ambos sexos, métodos para la protección contra el VIH/SIDA y otras ETS y métodos sencillos y baratos para el diagnóstico de tales enfermedades, entre otras cosas. Estas investigaciones deben guiarse en todas las etapas por los usuarios y han de llevarse a cabo desde la perspectiva de la distinta condición entre varones y mujeres, en particular desde la perspectiva de género, y realizarse en estricta conformidad con normas de investigación biomédica, jurídicas, éticas, médicas y científicas internacionalmente aceptadas;

**109 i)** Dado que el aborto sin condiciones de seguridad plantea una grave amenaza a la salud y la vida de las mujeres, deben promoverse las investigaciones encaminadas a comprender y encarar con mayor eficacia las condiciones que determinan el aborto inducido y sus consecuencias, incluidos sus efectos futuros en la fecundidad, la salud reproductiva y mental y en la práctica anticonceptiva, además de las investigaciones sobre el tratamiento de complicaciones planteadas por los abortos, y los cuidados con posterioridad al aborto;

**109 j)** Reconocer y alentar la atención tradicional de la salud de efectos beneficiosos, especialmente la practicada por mujeres indígenas, con objeto de preservar e incorporar el valor de la atención tradicional a la salud en la prestación de servicios sanitarios, y apoyar las investigaciones encaminadas a alcanzar este objetivo;

**109 k)** Elaborar mecanismos para evaluar y difundir los datos disponibles y los resultados de las investigaciones a los investigadores, los encargados de adoptar políticas, los profesionales de la salud y los grupos de mujeres, entre otros;

**109 l)** Seguir de cerca las investigaciones sobre el genoma humano y otras investigaciones genéticas conexas desde la perspectiva de la salud de la mujer y difundir información y los resultados de estudios realizados de conformidad con las normas éticas aceptadas.

ministeriales e interministeriales para supervisar la aplicación de las reformas de las políticas y los programas de salud de las mujeres y establecer cuando proceda, centros de coordinación a alto nivel en los organismos nacionales de planificación responsables de la supervisión para garantizar que en todos los organismos y los programas gubernamentales competentes se dé la debida importancia a las preocupaciones sobre la salud de la mujer.

**111 b)** Proporcionar asistencia material, financiera y logística adecuada a las organizaciones no gubernamentales de jóvenes para fortalecerlas y permitirles ocuparse de las preocupaciones relativas a los jóvenes en la esfera de la salud con inclusión de la salud sexual y reproductiva;

---

Objetivo estratégico C.5. Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres

---

**110.** Medidas que han de adoptar los gobiernos a todos los niveles, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, especialmente las organizaciones de mujeres y de jóvenes:

---

**110 a)** Aumentar las asignaciones presupuestarias para la APS salud y los servicios sociales, con suficiente apoyo a nivel secundario y terciario, prestar especial atención a la salud reproductiva y sexual de las muchachas y las mujeres; y dar prioridad a los programas de salud en las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres;

**110 b)** Elaborar planteamientos innovadores para la financiación de los servicios de salud mediante la promoción de la participación de la comunidad y la financiación local; aumentar, cuando sea necesario, las consignaciones presupuestarias para los centros de salud de las comunidades y los programas y servicios basados en la comunidad que se ocupan de necesidades en materia de salud específicas de las mujeres;

**110 c)** Establecer servicios de salud que incorporen las cuestiones relacionadas con el género en la labor de promover sobre la base de la comunidad, la participación y la autoayuda, así como programas de salud preventiva formulados especialmente;

**110 d)** Establecer objetivos y plazos, cuando convenga, para mejorar la salud de las mujeres y para planificar, aplicar, supervisar y evaluar los programas, sobre la base de evaluaciones de la repercusión en materia de género utilizando datos cualitativos y cuantitativos desglosados por sexo, edad, otros criterios demográficos establecidos, y variables socioeconómicas;

**110 e)** Establecer, cuando convenga, mecanismos

# Anexo III

## Matriz subgrupo de trabajo sobre Violencia

### Objetivo estratégico D.1. Adoptar medidas integradas para prevenir y eliminar la violencia contra la mujer

#### 124. Medidas que han de adoptar los gobiernos:

**124 a)** Condenar la violencia contra la mujer y abstenerse de invocar ninguna costumbre, tradición o consideración de carácter religioso para eludir las obligaciones con respecto a su eliminación que figuran en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer;

**124 b)** No cometer actos de violencia contra la mujer y tomar las medidas necesarias para prevenir, investigar y, de conformidad con las leyes nacionales en vigor, castigar los actos de violencia contra la mujer, ya hayan sido cometidos por el Estado o por particulares;

**124 c)** Introducir sanciones penales, civiles, laborales y administrativas en las legislaciones nacionales, o reforzar las vigentes, con el fin de castigar y reparar los daños causados a las mujeres y las niñas víctimas de cualquier tipo de violencia, ya sea en el hogar, el lugar de trabajo, la comunidad o la sociedad;

**124 d)** Adoptar o aplicar las leyes pertinentes, y revisarlas y analizarlas periódicamente a fin de asegurar su eficacia para eliminar la violencia contra la mujer, haciendo hincapié en la prevención de la violencia y el enjuiciamiento de los responsables; adoptar medidas para garantizar la protección de las mujeres víctimas de la violencia, el acceso a remedios justos y eficaces, inclusive la reparación de los daños causados, la indemnización y la curación de las víctimas y la rehabilitación de los agresores;

**124 e)** Trabajar activamente para ratificar o aplicar todas las normas e instrumentos internacionales relacionados con la violencia contra la mujer, incluidos los contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos 21/, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos<sup>13</sup>, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales<sup>13</sup> y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes 22/;

**124 f)** Aplicar la Convención sobre la eliminación de

todas las formas de discriminación contra la mujer, teniendo en cuenta la recomendación general 19, aprobada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en su 11~ período de sesiones 23/;

**124 g)** Promover la integración activa y visible de una perspectiva basada en el género en todas las políticas y programas en materia de violencia contra la mujer; alentar vigorosamente, respaldar y aplicar las medidas y los programas destinados a desarrollar los conocimientos y propiciar la comprensión de las causas, las consecuencias y los mecanismos de la violencia contra la mujer entre los responsables de la aplicación de esas políticas, como los funcionarios encargados del cumplimiento de la ley, los miembros de la policía y los asistentes sociales, el personal médico y el personal judicial, así como entre las personas que se dedican a actividades relacionadas con las minorías, los migrantes y los refugiados, y establecer estrategias para impedir que las mujeres víctimas de la violencia vuelvan a sufrirla por la prescindencia del género en las leyes o en las prácticas de aplicación de la ley o los procedimientos judiciales;

**124 h)** Ofrecer a las mujeres víctimas de la violencia acceso a los sistemas judiciales y, según con lo previsto en las leyes nacionales, a soluciones justas y eficaces para reparar el daño de que han sido objeto, e informarles acerca de su derecho a obtener compensación a través de esos mecanismos;

**124 i)** Aprobar y aplicar leyes contra los responsables de prácticas y actos de violencia contra la mujer, como la mutilación genital femenina, el feticidio femenino, la selección prenatal del sexo y la violencia relacionada con la dote, y respaldar con determinación los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y locales por eliminar esas prácticas;

**124 j)** Formular y aplicar, a todos los niveles apropiados, planes de acción para erradicar la violencia contra la mujer;

**124 k)** Adoptar todas las medidas necesarias, especialmente en el ámbito de la enseñanza, para modificar los modelos de conducta sociales y culturales de la mujer y el hombre, y eliminar los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de otro tipo basadas en la idea de la inferioridad o la superioridad de uno de

los sexos y en funciones estereotipadas asignadas al hombre y la mujer;

**124 l)** Crear mecanismos institucionales, o reforzar los existentes, a fin de que las mujeres y las niñas puedan dar parte de los actos de violencia cometidos contra ellas e interponer denuncias al respecto en condiciones de seguridad y confidencialidad, y sin temor a castigos o represalias;

**124 m)** Garantizar el acceso de las mujeres con discapacidad a la información y los servicios disponibles en el ámbito de la violencia contra la mujer;

**124 p)** Asignar recursos suficientes en el presupuesto del Estado y movilizar recursos locales para actividades relacionadas con la eliminación de la violencia contra la mujer, incluso recursos para la aplicación de planes de acción a todos los niveles apropiados;

---

**125** Medidas que han de adoptar los gobiernos, incluidos los gobiernos locales, las organizaciones populares, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones de enseñanza, los sectores público y privado, en particular las empresas, y los medios de información, según proceda:

**125 a)** Establecer centros de acogida y servicios de apoyo dotados de los recursos necesarios para auxiliar a las niñas y mujeres víctimas de la violencia y prestarles servicios médicos, psicológicos y de asesoramiento, así como asesoramiento letrado a título gratuito o de bajo costo, cuando sea necesario, además de la asistencia que corresponda para ayudarles a encontrar medios de vida suficientes;

**125 b)** Establecer servicios lingüística y culturalmente accesibles para las mujeres y niñas inmigrantes, incluidas las trabajadoras migratorias, que sean víctimas de la violencia en razón de su sexo;

**125 c)** Reconocer la vulnerabilidad frente a la violencia y a otras formas de maltrato de las inmigrantes, incluidas las trabajadoras migratorias, cuya condición jurídica en el país de acogida depende de empleadores que pueden explotar su situación;

**125 d)** Apoyar las iniciativas de organizaciones femeninas y ONG que tratan el tema de la violencia contra las mujeres.

**125 h)** Difundir información sobre la asistencia de que disponen las mujeres y las familias que son víctimas de la violencia;

**125 i)** Proporcionar, financiar y promover servicios de asesoramiento y rehabilitación para los autores de actos de violencia y promover el estudio de las posibilidades de realizar nuevas actividades de asesoramiento y rehabilitación para prevenir nuevos casos de violencia;

**125 g)** Organizar y financiar campañas de información y programas de educación y capacitación a fin de sensibilizar a las niñas y los varones, a las mujeres y los hombres, acerca de los efectos personales y sociales negativos de la violencia en la familia, la comunidad y la sociedad; enseñarles a comunicarse sin violencia; y fomentar la instrucción de las víctimas y de las víctimas potenciales de modo que puedan protegerse y proteger a otros de esas formas de violencia;

**126 b)** Desarrollar programas y procedimientos encaminados a educar y a despertar la conciencia sobre los actos de violencia contra la mujer que constituyen delito y violan sus derechos humanos;

**126 c)** Desarrollar programas de asesoramiento, rehabilitación y apoyo para niñas, adolescentes y jóvenes que hayan sido o sean objeto de relaciones abusivas, en particular las que viven en hogares o instituciones en que exista esa clase de relaciones;

---

## **Objetivo estratégico D.2. Estudiar las causas y las consecuencias de la violencia contra la mujer y la eficacia de las medidas de prevención**

---

**129** Medidas que han de adoptar los gobiernos, las organizaciones regionales, las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales, los institutos de investigación, las organizaciones femeninas y juveniles y las organizaciones no gubernamentales, según corresponda:

a) Promover la investigación, recoger datos y elaborar estadísticas, especialmente en lo concerniente a la violencia en el hogar, relacionadas con la frecuencia de las distintas formas de violencia contra la mujer, y fomentar las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de esta violencia, así como sobre la eficacia de las medidas aplicadas para impedirla y reparar sus efectos; b) Difundir ampliamente los resultados de los estudios e investigaciones; c) Apoyar e iniciar investigaciones sobre las consecuencias de los actos de violencia, por ejemplo las violaciones, para las mujeres y las niñas, y publicar la información y las estadísticas resultantes; d) Alentar a los medios de información a que examinen las consecuencias de los estereotipos basados en el género, incluidos los que se perpetúan en los avisos comerciales que promueven la violencia y las desigualdades basadas en el género, así como también la manera en que se transmiten durante el ciclo vital, y a que adopten medidas para eliminar esas imágenes negativas con miras a promover una sociedad sin violencia.

---

## **Objetivo estratégico D.3. Eliminar la trata de mujeres y a prestar asistencia a las víctimas de la violencia derivada de la prostitución y la trata de mujeres**

---

**130** Medidas que han de adoptarse por los gobiernos y las organizaciones regionales e internacionales, según proceda:

a) Examinar la posibilidad de ratificar y dar cumplimiento a los convenios internacionales relativos a la trata de personas y a la esclavitud; b) Adoptar medidas apropiadas para abordar las causas fundamentales, incluidos los factores externos, que promueven la trata de mujeres y niñas para fines de prostitución y otras formas de sexo comercializado, los matrimonios forzados y el trabajo forzado, con el objeto de eliminar la trata de mujeres, entre ellas las encaminadas a fortalecer la legislación vigente, con miras a proteger mejor los derechos de las mujeres y las niñas y a castigar a los autores por la vía penal y civil; c) Intensificar la cooperación y las medidas concertadas de todas las autoridades e instituciones pertinentes con miras a dismantelar las redes nacionales, regionales e internacionales de traficantes; d) Asignar recursos a la formulación de programas amplios encaminados a sanar y rehabilitar en la sociedad a las víctimas de la trata de mujeres, entre ellos los de formación profesional, asistencia letrada y atención de salud confidencial, y adoptar medidas de cooperación con las organizaciones no gubernamentales para la atención social, médica y psicológica de las víctimas; e) Elaborar programas y políticas de educación y capacitación y examinar la posibilidad de promulgar legislación encaminada a impedir el turismo y el tráfico sexuales, haciendo particular hincapié en la protección de las jóvenes y los niños.

---

# Anexo IV

## Matriz subgrupo de trabajo sobre Participación Política

---

---

### **Objetivo estratégico G.1. Adoptar medidas para garantizar a la mujer igualdad de acceso y la plena participación en las estructuras de poder y en la adopción de decisiones**

---

#### **190.** Medidas que han de adoptar los gobiernos:

---

**190 a)** Comprometerse a establecer el objetivo del equilibrio entre mujeres y hombres en los órganos y comités gubernamentales, así como en las entidades de la administración pública y en la judicatura, incluidas, entre otras cosas, la fijación de objetivos concretos y medidas de aplicación a fin de aumentar sustancialmente el número de mujeres con miras a lograr una representación paritaria de las mujeres y los hombres, de ser necesario mediante la adopción de medidas positivas en favor de la mujer, en todos los puestos gubernamentales y de la administración pública;

**190 b)** Adoptar medidas, incluso, cuando proceda, en los sistemas electorales, que alienten a los partidos políticos a integrar a las mujeres en los cargos públicos electivos y no electivos en la misma proporción y en las mismas categorías que los hombres;

**190 c)** Proteger y promover la igualdad de derechos de las mujeres y los hombres en materia de participación en actividades políticas y libertad de asociación, incluida su afiliación a partidos políticos y sindicatos;

**190 e)** Vigilar y evaluar los progresos logrados en la representación de las mujeres mediante la reunión, el análisis y la difusión regular de datos cuantitativos y cualitativos sobre las mujeres y los hombres en todos los niveles de los diversos puestos de adopción de decisiones en los sectores público y privado, y difundir anualmente datos sobre el número de mujeres y hombres empleados en diversos niveles en los gobiernos; garantizar que las mujeres y los hombres tengan igual acceso a toda la gama de nombramientos públicos y establecer, dentro de estructuras gubernamentales, mecanismos que

permitan vigilar los progresos realizados en esa esfera; **190 j)** Procurar lograr el equilibrio entre ambos sexos en las listas de candidatos nacionales designados para su elección o nombramiento para los órganos de las Naciones Unidas, los organismos especializados y otras organizaciones autónomas del sistema de las Naciones Unidas, en particular para puestos de categoría superior.

---

**192** Medidas que han de adoptar los gobiernos, los órganos nacionales, el sector privado, los partidos políticos, los sindicatos, las organizaciones de empleadores, las instituciones de investigación y académicas, los órganos subregionales y regionales y las organizaciones no gubernamentales e internacionales:

---

**192 a)** Adoptar medidas positivas para conseguir que exista un número decisivo de mujeres dirigentes, ejecutivas y administradoras en puestos estratégicos de adopción de decisiones;

**192 b)** Crear o fortalecer, según proceda, mecanismos para vigilar el acceso de la mujer a los niveles superiores de adopción de decisiones;

**192 d)** Alentar los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales, los sindicatos y el sector privado para conseguir la igualdad entre mujeres y hombres en sus distintas categorías, incluida la participación igual en sus órganos de adopción de decisiones y en las negociaciones en todos los sectores y a todos los niveles;

---

### **Objetivo estratégico G.2. Aumentar la capacidad de la mujer de participar en la adopción de decisiones y en los niveles directivos**

---

**195.** Medidas que han de adoptar los gobiernos, los órganos nacionales, el sector privado, los partidos políticos, los sindicatos, las organizaciones

de empleadores, los órganos subregionales y regionales, las organizaciones no gubernamentales e internacionales y las instituciones de enseñanza:

---

**195 a)** Proporcionar capacitación para ocupar puestos directivos y fomentar la autoestima con el fin de prestar asistencia a las mujeres y a las niñas, especialmente a las que tienen necesidades especiales, a las mujeres con discapacidades y a las mujeres que pertenecen a minorías raciales y étnicas, para que refuercen su autoestima y para alentarlas a ocupar puestos de adopción de decisiones;

**195 b)** Aplicar criterios transparentes para los puestos de adopción de decisiones y garantizar que los órganos selectivos tengan una composición equilibrada entre mujeres y hombres;

**195 c)** Crear un sistema de asesoramiento para las mujeres que carecen de experiencia y, en particular, ofrecer capacitación, incluida la capacitación para puestos directivos y para la adopción de decisiones, para tomar la palabra en público y para la autoafirmación, así como en lo que respecta a hacer campañas políticas;

**195 d)** Proporcionar a mujeres y hombres una capacitación que tenga en cuenta el género con el fin de fomentar relaciones de trabajo no discriminatorias y el respeto por la diversidad en el trabajo y en los estilos de administración;

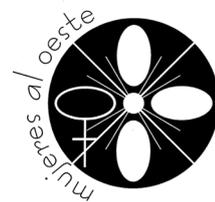
**195 e)** Desarrollar mecanismos y proporcionar capacitación para alentar a la mujer a participar en los procesos electorales, las actividades políticas y otros sectores relacionados con las actividades de dirección.



CONSTRUCCIONCIUDADANA  
*Formando Ciudadanos Comprometidos*



El Amanecer



## ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

**Asociación Civil El Amanecer. Beatriz Cravero.**

*Formosa, Provincia de Formosa.*

**Centro de Estudio Sociales y Políticos para El Desarrollo Humano -CESPPEDH-. Monona Nicoliche / Cinthia Amedei.**

*San Miguel, Provincia de Buenos Aires.*

**Centro de Estudios de Estado y Sociedad -CEDES-. Silvina Ramos / Mariana Romero / Lucila Szwarc.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

**Centro de Estudios para el Desarrollo de la Mujer -CEDEM-. Magdalena Campero.**

*San Fernando, Provincia de Buenos Aires.*

**Construcción Ciudadana. Martha Reggiardo.**

*Paraná, Provincia de Entre Ríos.*

**Equipo Latinoamericano de Justicia y Género -ELA-. Natalia Gherardi.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

**Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud, Universidad Santiago Del Estero. Cecilia Canevari.**

*Santiago del Estero, Provincia de Santiago del Estero.*

**Feministas en Acción. Susana Pastor.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

**Foro de Mujeres por la Igualdad de Oportunidades. Irene Cari / Gloria Aban.**

*Salta, Provincia de Salta.*

**Fundación Alicia Moreau de Justo. Elena Tchalidy / Ester Mancera.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

**Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -FEIM-. Mabel Bianco / Sonia Ariza.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

**Instituto de Género, Derecho y Desarrollo -INSGENAR-. Susana Chiarotti / Raquel Lambert.**

*Rosario, Provincia de Santa Fe.*

**Instituto Social y Político de la Mujer -ISPM-. Victoria Vaccaro.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

**Mujeres al Oeste, Morón, Zulema Palma.**

*Provincia de Buenos Aires.*

**Mujeres en Igualdad -MEI-. Monique Altschul / Virginia Dehenen.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

**Mujeres Trabajando. Susana Stilman.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

**Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/sida. Marcela Alsina / Itatí Castillo.**

*Morón, Provincia de Buenos Aires.*

**Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes por los Derechos Sexuales y Reproductivos -REDNAC-. Diana Cabral.**

*Ciudad de Buenos Aires.*

