

LA VISIÓN SOCIO-POLÍTICA DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN ARGENTINA*

THE SOCIO-POLITICAL VISION OF REPRODUCTIVE RIGHTS IN ARGENTINA

CECILIA STRAW**

Resumen: El presente trabajo aborda el desarrollo del proceso socio-político de reconocimiento de los derechos reproductivos en Argentina desde 1983 hasta mediados de 2013: identifica las políticas públicas implementadas, las reformas pendientes, los actores involucrados y las estrategias desarrolladas durante los procesos de cambio. Asimismo, presenta las principales tensiones, conflictos y contradicciones en el campo de las tecnologías reproductivas en el pasado, las formas de resolución o su permanencia.

Palabras clave: Derechos reproductivos, Argentina.

Abstract: The present work deals with the development of the socio-political process of recognition of reproductive rights in Argentina from 1983 to mid-2013: it identifies the public policies implemented, the pending reforms, the actors involved and the strategies developed during the processes of change. It also presents the main tensions, conflicts and contradictions in the field of reproductive technologies in the past, the forms of resolution or their permanence.

Keywords: Reproductive rights, Argentina.

SUMARIO: I. PRECISIONES CONCEPTUALES; II. EL DESARROLLO DEL PROCESO SOCIO-POLÍTICO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN ARGENTINA; III. PRINCIPALES TENSIONES, CONFLICTOS Y CONTRADICCIONES EN EL CAMPO DE LAS TECNOLOGÍAS REPRODUCTIVAS EN ARGENTINA; IV. CONCLUSIONES; V. BIBLIOGRAFÍA.

I. PRECISIONES CONCEPTUALES

En la actualidad, el concepto utilizado para hacer referencia a los derechos en torno a la sexualidad es el de derechos reproductivos. Arribar al mismo fue la consecuencia de

* Fecha de recepción: 7 de abril de 2017.

Fecha de aceptación: 16 de mayo de 2017.

** Profesora de Ciencia Política y de Ciencias de la Comunicación en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Externa en el Área Salud, Economía y Sociedad del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Correo electrónico: cecilia.straw@gmail.com.

haber transitado un camino en donde los decisores políticos, los miembros de los organismos internacionales, los integrantes de las organizaciones no gubernamentales de la sociedad civil, la academia y las personas, entre otros, ampliaron la perspectiva de análisis sobre el reconocimiento de derechos en el campo de la sexualidad. Parte de esta apertura se comprende a luz de los cambios en la sexualidad misma, la que de acuerdo con Giddens¹ por primera vez en la historia social puede ser descubierta, modelada y transformada. Esto derivó en que se modificaron los conceptos que se usaban para hacer referencia a los nuevos rasgos de la sexualidad, pero el sentido de esos cambios no se dio en el vacío, sino que ocurrieron en el marco de procesos socio-políticos que acontecieron en nuestras sociedades, y que paralelamente tuvieron su interacción e influencia con los desarrollos que se iban produciendo en el contexto regional (en nuestro caso, América latina) y en el contexto internacional o global.

Cuando los debates sobre derechos reproductivos comenzaron a inicios de la década de los ochenta en América latina se hablaba de derechos a la salud sexual y reproductiva. Y además se precisaba con énfasis en aquella época que estos derechos se enmarcaban en los postulados del respeto a los derechos humanos y la salud reproductiva porque en la región, luego de años de dictaduras cívico-militares, no podía asegurarse que los derechos humanos eran el parámetro a partir del cual evaluar el reconocimiento de los derechos políticos, económicos y sociales.

La referencia al encuadre de los derechos reproductivos en las normas internacionales de los derechos humanos tenía un triple propósito: por un lado, realzar la noción de los derechos a la salud sexual y reproductiva, por otro lado, ubicar en las personas la facultad de tomar decisiones libres acerca de su vida sexual y su capacidad reproductiva. Por último, la adhesión a las normas internacionales también implicaba incorporar una faz operativa orientada a la promoción y protección de los derechos humanos². En definitiva, esta toma de posición ideológica significaba superar la faz «declamativa», o la simple enunciación de un derecho, y avanzar hacia la faz operativa que se tradujera en derechos concretos para las personas³.

Otro punto que se necesita dilucidar para comprender el proceso socio-político es cuál era el referente al que se le estaban reconociendo los derechos a la salud sexual y reproductiva. ¿Qué personas comenzaban a tener derechos? ¿Todas las personas? No, porque los sujetos de derechos también fueron cambiando y se fueron incorporando nuevos perfiles conforme fueron desarrollándose los procesos socio-políticos, y conforme fueran las fuerzas y las alianzas que los diferentes actores sociales y sus movimientos fueron desplegando en las sociedades.

¹ GIDDENS, A., *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid (Cátedra), 2000.

² PAUTASSI, L., (coord.), *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*, Buenos Aires (Biblos), 2010.

³ PAUTASSI, L., «Ciudadanía y autonomía de las mujeres en Argentina ¿un sueño imposible?», en VÁZQUEZ, S. (ed.), *Hombres públicos, mujeres públicas*, Buenos Aires (Fundación Ebert), 2002, pp. 91-123.

Finalmente, cuando analizamos el contenido de los derechos reproductivos seguimos la definición propuesta por Corrêa y Petchesky⁴, quienes identificaron dos elementos relevantes que deben disponer las personas a la par del reconocimiento normativo de un derecho: poder y recursos; «el poder para tomar las decisiones en base a informaciones seguras sobre la propia fecundidad, embarazo, educación de los hijos, salud ginecológica y actividad sexual; y los recursos para llevar a cabo esas decisiones en forma segura»⁵. Esta definición simple de los derechos reproductivos tiene la potencialidad de implicar las nociones de integridad corporal y control sobre el propio cuerpo y, a la vez, permite vincular los derechos reproductivos a los hijos, las parejas sexuales, los miembros de la familia, la comunidad y la sociedad en su conjunto porque como sostienen las autoras el cuerpo existe en un universo socialmente mediado, y las decisiones sexuales y reproductivas están fuertemente condicionadas por los factores socioeconómicos, políticos y culturales⁶. Recurrimos a esta definición porque el análisis del proceso socio-político debe contemplar la esfera de lo posible y la disponibilidad de recursos –individuales y colectivos– para que las decisiones en el ámbito de la sexualidad puedan ser asumidas por las personas.

II. EL DESARROLLO DEL PROCESO SOCIO-POLÍTICO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN ARGENTINA

La cuestión a abordar es cómo fue el proceso socio-político de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en Argentina.

En nuestro país desde la recuperación de la democracia en 1983 se fue conformando un cuerpo normativo sobre los derechos de los ciudadanos y se incorporaron los derechos sexuales y reproductivos como una instancia de articulación entre la ciudadanía y la diferencia sexual. Las definiciones de políticas públicas que se tomaron durante la transición democrática estuvieron estimuladas por la apertura del debate público que contó con una opinión pública favorable y con numerosas posiciones públicas en los medios de comunicación televisivos y escritos en donde se expresaron académicos y especialistas⁷. Este fue el comienzo del proceso histórico, político y social de la política de salud y derechos sexuales y reproductivos donde se distinguen cuatro períodos hasta la actualidad, en los que fueron cambiando las políticas públicas, el peso de los actores políticos y sociales involucrados en las transformaciones y la influencia proveniente del contexto internacional.

⁴ CORRÊA, S. y PETCHESKY, R., «Dereitos Sexuais e Reprodutivos: una Perspectiva Feminista». *Physis*, vol. 6, núm. 1, 1996.

⁵ CORRÊA, S. y PETCHESKY, R., «Dereitos Sexuais e Reprodutivos: una Perspectiva Feminista», op cit., p. 149.

⁶ CORRÊA, S. y PETCHESKY, R., «Dereitos Sexuais e Reprodutivos: una Perspectiva Feminista», op cit., p. 149.

⁷ LAUDANO, C., «Cuando el aborto está en los medios», en VV.AA., *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*, Buenos Aires (Foro por los Derechos Reproductivos), 1998. pp. 119-130.

El primer período denominado «la salida del silencio»⁸ debe su nombre al ingreso de los temas de salud sexual y reproductiva en el espacio público. Este período comenzó en 1986 con la derogación de la legislación pronatalista de los gobiernos militares⁹, quienes habían desarrollado un programa de crecimiento demográfico entre 1971 y 1977¹⁰. Este programa se basaba en una serie de decretos que prohibían cualquier tipo de actividad destinada al control de la natalidad¹¹ y restringían la venta de métodos anticonceptivos. El gobierno democrático también disolvió la Comisión Nacional de Política Demográfica (CONAPODE) creada en 1977¹² para «eliminar las actividades del control de la natalidad» e «incentivar la protección de la familia». Igualmente, estas primeras medidas tenían como objetivo eliminar las barreras que impedían la comercialización de los anticonceptivos orales. Al respecto, Casas¹³ destaca que el ingreso de los métodos anticonceptivos en los servicios de salud de América latina y el Caribe se dieron sin que existiera un marco normativo de promoción y autocuidado por parte de las mujeres, por ello interpretó que la política de salud reproductiva para las mujeres tenía un tinte de beneficencia, en lugar de ser una política pública donde el Estado garantizara la posibilidad de decidir de las mujeres¹⁴.

A nivel estatal, en las distintas jurisdicciones se comenzó a diseñar el marco institucional para la política de salud y derechos reproductivos. En 1986 se implementó el Programa de Procreación Responsable en la Ciudad de Buenos Aires, y en 1991 se creó por ley, el Programa Nacional de SIDA¹⁵. La epidemia del SIDA aceleró la toma de decisiones gubernamentales en materia de políticas sexuales, a la par de implementar medidas específicas para la detección, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la investigación de los agentes causales del SIDA.

En este período fue decisivo el resurgimiento de un movimiento social de mujeres, feministas y lésbico, gay, travesti y bisexual (LGTB) que se institucionalizó en diversas ONGs y redes desde donde trabajar por la visibilidad de la diversidad sexual y la afirmación de sus derechos.

El segundo período denominado «el debate estridente»¹⁶ debe su nombre a que se debatió el aborto en la Convención Constitucional Constituyente en 1994. Luego de sus

⁸ Expresión utilizada por PETRACCI, M., *Salud, derecho y opinión pública*, Buenos Aires (Norma), 2004; y PETRACCI, M. y PECHENY, M., (coords.), *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*, Buenos Aires (CEDES), 2007.

⁹ Decreto 2298/86.

¹⁰ TORRADO, S., *Procreación en la Argentina. Hechos e Ideas*, Buenos Aires (La Flor), 1993.

¹¹ Decreto 659/74.

¹² Decreto 3938/77.

¹³ CASAS, L., «Salud», en MOTTA, C. y SÁEZ, M., (eds.), *La mirada de los jueces*, Bogotá (Siglo del Hombre), 2008, pp. 363-486.

¹⁴ CASAS, L., «Salud», en MOTTA, C. y SÁEZ, M., (eds.), *La mirada de los jueces*, op. cit., pp. 363-486.

¹⁵ Ley 23798/91. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000104cnt-2013-05_ley-nacional-sida.pdf [Consultado el 7/4/17].

¹⁶ Expresión utilizada por M. PETRACCI. *Salud, derecho y opinión pública*, op. cit.; y PETRACCI, M. y PECHENY, M. (coords.), *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*, op cit.

deliberaciones se incorporaron numerosos tratados internacionales con rango constitucional, incluida la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Al incorporar los tratados internacionales a la Constitución Nacional se generó «la apertura de un nuevo campo de acciones referidas a las formas concretas de exigir al Estado que cumpla las obligaciones asumidas»¹⁷. Así el Estado frente a un derecho comenzó a tener la obligación de respetar o no impedir el acceso o el goce de los bienes que constituyen el objeto de derecho; proteger que terceros impidan el acceso a los derechos; garantizar que el titular acceda al bien cuando no pueda hacerlo por sí mismo; y promover las condiciones para que los titulares del derecho accedan al bien¹⁸.

Durante el segundo período, el contexto internacional era favorable al cambio de políticas públicas y esto se puso en evidencia con el desarrollo de las Conferencias internacionales de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), y la IV Conferencia de la Mujer (Beijing, 1995). En la primera, se le dio a la salud reproductiva un abordaje de derecho a partir del concepto de derechos reproductivos reconocidos como derechos humanos. En la segunda, se trasladó el foco de atención de las mujeres al concepto de género y se reconocieron los derechos sexuales.

Igualmente, el hecho político más relevante en ocasión de la reforma de la Constitución Nacional fue el rechazo a la propuesta del Poder Ejecutivo —a cargo de Carlos Menem— para «garantizar el derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural»¹⁹. De hecho, el gobierno argentino apoyó estas posiciones del Vaticano en las conferencias internacionales junto a los países musulmanes, Honduras, El Salvador, Ecuador y Malta, entre otros²⁰.

En este rechazo fue decisivo el activismo del movimiento de mujeres donde confluyeron mujeres provenientes de organizaciones políticas, estudiantiles, feministas, lesbianas, entre muchas otras, que tuvieron la capacidad de articular sus demandas comunes y movilizarse. Precisamente esto derivó en la conformación de una organización denominada Mujeres Autoconvocadas para decidir en Libertad (MADEL) formada por más de cien organizaciones con el propósito de impedir la incorporación de la cláusula sobre el derecho a la vida realizando activamente lobby sobre los constituyentes, y actividades y movilizaciones callejeras²¹.

¹⁷ PAUTASSI, L., «Ciudadanía y autonomía de las mujeres en Argentina ¿un sueño imposible?», en VÁZQUEZ, S., (ed.), *Hombres públicos, mujeres públicas*, op. cit., p. 1.

¹⁸ FAIRSTEIN, C., «Introducción», en PETRACCI, M. y PECHENY M. (coords.), *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*, op. cit., pp. 13-18.

¹⁹ PETRACCI, M., *Salud, derecho y opinión pública*. op. cit., p.33.

²⁰ DI MARCO, G., «Los movimientos de mujeres en la Argentina y la emergencia del pueblo feminista», *La Aljaba*, vol. 14, 2010, pp. 51-67. Disponible en: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/aljaba/v14/v14a03.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

²¹ DI MARCO, G., «Los movimientos de mujeres en la Argentina y la emergencia del pueblo feminista», op. cit., pp. 51-67.

El tercer período, denominado «el debate persistente»²², debe su nombre a que el aborto legal y seguro continúa siendo la gran deuda pendiente y comienza en el año 1995.

Dentro de las acciones implementadas, en noviembre de 1995, la Cámara de Diputados de la Nación dio media sanción a un proyecto de ley sobre procreación responsable en donde se creaba el marco institucional para «asegurar que todos los habitantes puedan decidir y ejercer sus pautas procreativas libre y responsablemente» pero a fines de 1997 el proyecto perdió estado parlamentario en la Cámara de Senadores donde la mayoría oficialista alineada y permeable a la prédica de la Iglesia Católica se opuso a su aprobación por tres temas importantes: incorporar un listado de los métodos anticonceptivos existentes, la provisión de información de métodos anticonceptivos sin autorización paterna a los adolescentes, y la objeción de conciencia²³⁻²⁴.

Recién en 2001 se pudo avanzar con un marco institucional para la efectividad de los derechos sexuales y reproductivos con la media sanción del Proyecto de Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en la Cámara de Diputados mediante la cual se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PSSyPR) en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación y concluyó su tratamiento legislativo con la sanción definitiva en la Cámara de Senadores en octubre 2002²⁵⁻²⁶.

Entre los objetivos del Programa Nacional y los lineamientos de política pública se destacan: alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable, disminuir la morbilidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de ETS y del VIH/sida y patologías genital y mamarias.

²² Expresión utilizada por PETRACCI, M., *Salud, derecho y opinión pública*. Buenos Aires (Norma), 2004; y PETRACCI, M. y PECHENY, M., (coords.). *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*, op. cit.

²³ GUTIERREZ, M.A., «Iglesia Católica y Política en Argentina: El Impacto del Fundamentalismo en las Políticas Públicas sobre Sexualidad», en DIDES, C. (ed.) *Diálogos SUR-SUR. Sobre Religión, Derechos y Salud Sexual y Reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*. 2004. Disponible en: <<http://www.flacoandes.edu.ec/libros/digital/48947.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

²⁴ WELLER, S., «Salud Reproductiva de los/las Adolescentes. Argentina 1990-1998», CEDES, 2004. Disponible en: <<http://www.portalsida.org/repos/Salud%20reproductiva%20de%20los%20adolescentes.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

²⁵ Ley 25673/02, y el decreto reglamentario 1282/03. Por su parte a nivel provincial y municipal, se desarrolló un proceso de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva.

²⁶ Paralelamente a nivel provincial y municipal se desarrolló un proceso de discusión y aprobación de leyes de salud reproductiva. Para profundizar, véase PETRACCI, M. y RAMOS, S., *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Buenos Aires (UNFPA CEDES), 2006.

En 2003, el Ministro de Salud de la Nación Ginés González García que formaba parte del gabinete de Néstor Kirchner destacó la relevancia histórica de la sanción de la ley SSyPR sosteniendo que «[...] constituyó un hito fundamental en relación con las políticas públicas destinadas a la atención de la salud en Argentina. Es la primera vez que desde el Estado Nacional se expresa claramente la voluntad de implementar acciones relevantes en salud sexual y procreación responsable»²⁷. De todas formas, esta ley despertó resistencias que llevaron a las principales sociedades científicas y profesionales a publicar en distintos medios argentinos solicitudes de apoyo al programa creado, frente a la ofensiva de asociaciones vinculadas a sectores católicos que solicitaban cautelares ante la justicia para impedir la implementación de la ley y la puesta en funcionamiento del programa de SSyPR²⁸⁻²⁹.

En este tercer período se avanza con decisiones siguiendo los lineamientos de la política en materia de salud sexual y procreación responsable mencionada. En 2006 se sancionan dos leyes nacionales: la relativa a la anticoncepción quirúrgica³⁰, y la de educación sexual integral³¹, que estableció el derecho de los estudiantes a recibir formación en dichos contenidos en todos los establecimientos educativos públicos y privados a lo largo del país, así como espacios de formación para los padres porque tienen el derecho de estar informados. Ese mismo año, el Ministerio de Salud de la Nación distribuyó la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) y la incorporó como método anticonceptivo con cobertura del Programa Médico Obligatorio (PMO)³². Y también en 2007 el Ministerio emitió y difundió una Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos no punibles (ANP)³³.

²⁷ GOGNA, M., *Estado del arte: Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina, 1990-2002*. Buenos Aires (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), 2005, prólogo.

²⁸ SZULIK, D.; GOGNA, M.; PETRACCI, M.; RAMOS, S. y ROMERO, M., «Anticoncepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos/as», *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 1, 2008, pp. 32-39. Disponible en <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n1/a09v50n1.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

²⁹ GUTIERREZ, M.A., «Iglesia Católica y Política en Argentina: El Impacto del Fundamentalismo en las Políticas Públicas sobre Sexualidad», en DIDES, C., (ed.) *Diálogos SUR-SUR. Sobre Religión, Derechos y Salud Sexual y Reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*, op. cit.

³⁰ ARGENTINA. Ley n.º 26130, 9 de agosto de 2006. Ley de Contracepción quirúrgica. Boletín Oficial, 29 de agosto de 2006. Disponible en: <<http://www.saij.gob.ar/26130-nacional-regimen-para-intervenciones-contracepcion-quirurgica-lns0005030-2006-08-09/123456789-0abc-defg-g03-05000scanyel?>> [Consultado el 7/4/17].

³¹ ARGENTINA. Ley n.º 26150, 4 de octubre de 2006. Ley de Educación sexual integral. Boletín Oficial, 24 de octubre de 2006. Disponible en: <[http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26150-programa_nacional_educacion_sexual.htm?2](http://www.saij.gob.ar/legislacion/ley-nacional-26150-programa-nacional_educacion_sexual.htm?2)> [Consultado el 7/4/17].

³² El Programa Médico Obligatorio es el conjunto de prestaciones básicas garantizadas por los agentes del seguro de salud. Resolución del Ministerio de Salud de la Nación n.º 201/2002. Disponible en: <<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=73649>> [Consultado el 7/4/17].

³³ El artículo 86.2 del Código Penal argentino (redactado en 1886 y vigente desde 1887) establece casos de abortos no punibles en determinadas circunstancias: en casos de peligro para la vida o para la salud de la mujer, y cuando el embarazo sea producto de una violación o del atentado al pudor sobre una mujer idiota o demente. BERGALLO, P. y MICHEL, A.R., «El aborto no punible en el Derecho argentino», *Hoja Informativa*, núm. 9, 2009. Disponible en: <www.despenalizar.org> [Consultado el 7/4/17].

Las políticas públicas implementadas despertaron reacciones contrarias de miembros de la Iglesia Católica. Una de ellas fue del Obispo castrense Antonio Baseotto, que en el año 2005 envió una carta al ministro de salud³⁴ diciendo: «la multiplicación de los abortos que usted propicia con fármacos conocidos como abortivos [en referencia a la AHE] es apología del delito de homicidio», y «cuando Ud. repartió públicamente profilácticos a los jóvenes, recordaba el texto del Evangelio donde nuestro Señor afirma que “los que escandalizan a los pequeños merecen que les cuelguen una piedra de molino al cuello y lo tiren al mar”»³⁵. Estas expresiones constituyeron el rechazo público hacia la política de anticoncepción que había incorporado como nuevo método anticonceptivo la AHE, y la política de prevención del VIH-SIDA dentro de la cual se entregaban gratuitamente preservativos a jóvenes y adolescentes. Sin embargo, la oposición al reconocimiento de los derechos reproductivos fue una constante de sectores religiosos ligados a la Iglesia Católica los cuales inclusive cambiaron sus estrategias de activismo hacia «una politización reactiva»³⁶ asimilando las formas de politización de las organizaciones de la sociedad civil laicas cuando defienden sus derechos, a la vez que mostrando el componente legítimamente democrático de sus intervenciones públicas.

En estas tres primeras etapas, el balance desde la perspectiva legislativa refleja progresivos aspectos positivos como los mencionados, pero también hubo dificultades en cuanto a la efectividad de los derechos reconocidos, y persistieron numerosos aspectos negativos.

³⁴ El contenido completo de la carta disponible en: <<https://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/subnotas/47775-16196-2005-02-25.html>> [Consultado el 7/4/17].

³⁵ Las expresiones del Obispo Baseotto ameritan dos aclaraciones para dimensionar la gravedad de su contenido. Por una parte, el padre Luis Rivas, estudioso de los textos bíblicos, explicó a un diario nacional que las expresiones no eran textuales de acuerdo con la Biblia: la parte de «merecer» ser «tirado al mar» sería una licencia poética del prelado. «Jesús está hablando del pecado del *scandalon*, que en griego es la piedra con la que se tropieza, y se refiere a la situación en la que con una palabra o con un gesto se induce a otro a pecar o perder la fe. Los que se abusan de los pequeños y los inducen a pecar o perder la fe, dice Jesús, ‘más les valdría ponerles una piedra de molino al cuello –que era una de las penas de muerte de aquella época– que enfrentarse al juicio de Dios, que sería más grave’». [Así,] el sacerdote negó que la cita bíblica dijera que la persona «merecería» el castigo de la muerte, sino que le convenía antes que el juicio de Dios. También negó que incluyera la acción de arrojarlo al mar («La cita era falsa» *Página 12*, 25 de febrero 2005). Por otra parte, en relación con la expresión «lo tiren al mar» cabe la segunda aclaración respecto de su significación en el contexto histórico argentino. Con ella el Obispo castrense –cuya jurisdicción era precisamente asistir a los miembros de las Fuerzas Armadas católicas– rescataba aberrantes hechos ocurridos durante la dictadura cívico-militar [1976-1983] conocidos como los vuelos de la muerte en los cuales los militares argentinos arrojaron desde aviones a personas que habían sido privadas de su libertad ilegalmente al Río de la Plata, como mecanismo para exterminar sus cuerpos.

³⁶ VAGGIONE, J.M., «Reactive Politicization and Religious Dissidence: The Political Mutations of the Religious. *Social Theory and Practice*», 2005. Disponible en: <<https://programadssrr.files.wordpress.com/2013/05/reactive-politicization-and-religious-dissidence-the-political-mutations-of-the-religious.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

Entre las dificultades que surgieron para la efectividad de los derechos se destacan la judicialización de los casos de abortos no punibles, la objeción de conciencia de los profesionales de la salud frente a los mismos y la negativa a realizar operaciones de ligadura tubaria.

En particular las dificultades que se presentaron respecto de la efectividad de la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles respondieron a la pérdida de apoyo gubernamental de esta problemática con el cambio de Ministro de Salud Ginés García González. Su reemplazante, Graciela Ocaña, consideró el aborto como un tema de política criminal fuera del ámbito de incumbencia sanitaria³⁷, abandonando la concepción del ministro para quien era claramente un problema de salud pública. Igualmente, frente a las dificultades de las mujeres para acceder a un aborto no punible un nuevo actor apareció en escena. La Corte Suprema de Justicia de la Nación dictó un fallo³⁸ por unanimidad en 2012 donde especificó que los médicos no deben pedir autorización judicial para realizar abortos a las mujeres víctimas de una violación, y exhortó a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires a hacer operativos los protocolos hospitalarios para la atención de los abortos no punibles con el propósito de garantizar la implementación. En la actualidad, la situación de la regulación del aborto no punible en las provincias argentinas es que ocho carecen de normas, siete tienen normas restrictivas de acceso al aborto legal y solo nueve tiene normas compatibles con los lineamientos de la Corte Suprema de Justicia de la Nación³⁹.

Entre las cuestiones negativas que en su mayoría fueron temas ignorados por los decisores políticos se destacan la persistencia de ciertos límites duros y constitutivos de la heteronormatividad como la violencia a la identidad travesti y transexual, el derecho a una atención integral de la salud, y la negación del derecho al aborto seguro y legal⁴⁰⁻⁴¹⁻⁴². Ignorar estas materias dejó en evidencia los perfiles más injustos y discriminatorios en materia sexual, reproductiva y no reproductiva.

³⁷ «¿El aborto es un asunto de política criminal o sanitaria?». *Página 12*, 26 de diciembre de 2007.

³⁸ FAL s/ medida autosatisfactiva. Fallo de la Suprema Corte de Justicia, 13 de marzo de 2012. Disponible en: <<http://www.cij.gov.ar/inicio.html>> [Consultado el 7/4/17].

³⁹ Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), «Tenemos Derechos. Estrategias para exigir el aborto legal en todo el país». Disponible en: <<http://www.cels.org.ar/comunicacion/?info=detalleDoc&ids=4&lang=es&ss=46&idc=2007>> [Consultado el 7/4/17]. Respecto de los actores mencionados al analizar el caso del aborto no punible es necesario aclarar que el rol de la Corte Suprema de Justicia de la Nación es en tanto intérprete de una legislación –en este caso el Código Penal– que es de alcance nacional, pero luego al tratarse de un tema de salud intervienen las jurisdicciones provinciales al ser una materia no delegada al nivel federal.

⁴⁰ PETRACCI, M. y PECHENY M., (coords.). *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*, op. cit.

⁴¹ PETRACCI, M. y RAMOS, S., (coords.), *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, op. cit.

⁴² PETRACCI, M. (coord.); BROWN, J. y STRAW, C., (colabs.), *Derechos Sexuales y Reproductivos: Política y Espacio Público*, Buenos Aires (Teseo), 2011.

De todas formas, este período culmina dejando el debate sobre el aborto legal latente en la sociedad y ubicado como una demanda del movimiento de mujeres. De hecho, continúa activa la campaña nacional por el derecho al aborto que surgió en los talleres sobre las estrategias para la despenalización del aborto en el Marco del Encuentro Nacional de Mujeres en 2004 con el lema «Educación sexual para decidir; anticonceptivos para no abortar; y aborto legal para no morir»⁴³.

La cuarta etapa denominada «la ampliación legislativa»⁴⁴ debe su nombre a los cambios introducidos que fueron hitos en el reconocimiento de derechos a la diversidad sexual en América latina porque rompieron desde el nivel político estatal con la promoción de la «heterosexualidad obligatoria»⁴⁵, y significaron el reconocimiento de «títulos de ciudadanía a las sexualidades y a los sujetos sexuales emergentes»⁴⁶. Comenzó en julio de 2010 con la sanción de la ley nacional de matrimonio igualitario entre personas del mismo sexo, avanzó en mayo de 2012 con la sanción de la ley nacional de identidad de género y, culminó en junio de 2013 con la sanción de la ley nacional de acceso integral a los tratamientos de reproducción humana médicamente asistida (RHMA).

La ley de matrimonio igualitario entre personas del mismo sexo 26618/2010⁴⁷ no solo reconoció la conyugalidad gay-lésbica sino que prevé la paternidad y maternidad compartida en dichas parejas, quienes no podían convertirse en madres o padres sin la ayuda de la ciencia, de ahí la complementariedad de este derecho con la sanción posterior de la ley de RHMA. Por su parte, la ley identidad de género 26.743/2012⁴⁸ garantizó la rectificación del sexo, el cambio de nombre y de imagen a la identidad autopercebida, el goce a la salud integral, y la cobertura pública de las intervenciones quirúrgicas y los tratamientos hormonales para adecuar el cuerpo y la genitalidad a la identidad de género –sin necesidad de requerir autorización judicial o administrativa y establece el procedimiento a seguir en el caso de las personas menores de edad–. Todos estos derechos se incluyeron en el Plan

⁴³ DI MARCO, G., «Los movimientos de mujeres en la Argentina y la emergencia del pueblo feminista», op. cit.

⁴⁴ Expresión utilizada en STRAW, C., «La legislación sobre reproducción humana médicamente asistida en la Argentina: disparidad, avances, limitaciones, vacíos y respuestas de la jurisprudencia», en STRAW, C.; VARGAS, E.; VIERA CHERRO, M. y TAMANINI, M., (eds.), *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina*, Curitiba (CRV), 2016, pp. 191-209.

⁴⁵ RICH, A., «Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana», *Revista DUODA. Estudios de la diferencia sexual*, núm. 10, Barcelona, [1980], 1996.

⁴⁶ PECHENY, M., «Introducción: Investigar sobre sujetos sexuales», en FÍGARI, C.; PECHENY, M. y JONES, D., (eds.), *Todo sexo es político: estudios sobre sexualidad en Argentina*, Buenos Aires (El Zorzal), 2008, p. 15.

⁴⁷ ARGENTINA. Ley n.º 26618, 15 de julio 2010. Ley de matrimonio entre personas del mismo sexo (matrimonio igualitario). Boletín Oficial, 22 y 23 de Julio de 2010. Disponible en: <<http://www.saij.gov.ar/26618-nacional-matrimonio-entre-personas-mismo-sexo-modificacion-al-codigo-civil-lns0005610-2010-07-15/123456789-0abc-defg-g01-65000scanyel?>> [Consultado el 7/4/17].

⁴⁸ ARGENTINA. Ley n.º 26743, 9 de mayo de 2012. Ley de identidad de género. Boletín Oficial, 24 de mayo de 2012. Disponible en: <<http://www.saij.gov.ar/26743-nacional-ley-identidad-genero-lns0005735-2012-05-09/123456789-0abc-defg-g53-75000scanyel>> [Consultado el 7/4/17].

Médico Obligatorio (PMO) y deben ser garantizados por los efectores del sistema público de salud, estatales, privados o del subsistema de obras sociales y empresas de medicina prepaga. Finalmente, la ley 26862/2013⁴⁹ reconoció el acceso integral a los tratamientos de RHMA (baja y alta complejidad, donación de gametos y/o embriones), y también incorporó la cobertura en el Plan Médico Obligatorio (PMO) a cargo del sistema público de salud, las obras sociales y las entidades de medicina prepaga, para todas las personas mayores de 18 años sin exclusiones por orientación sexual o estado civil, y menores de edad con enfermedades que afecten la capacidad futura de procrear.

Otra reforma que vino a legitimar el derecho al acceso a los tratamientos de RHMA fue la unificación del Código Civil de la Nación y el Código Comercial –en octubre de 2014⁵⁰ y vigente desde el 1 agosto del 2015– que introdujo el reconocimiento como tercer tipo filial autónomo a las técnicas de reproducción humana médicamente asistida equiparando este tipo de acceso a la filiación con la filiación por naturaleza y la filiación por adopción. Además, en la reforma se incorporó la figura de «voluntad procreacional» (artículo 562 CCyC) para asignar los derechos y las obligaciones derivados de la filiación a quien la haya manifestado –prestando su consentimiento libre, previo e informado– para convertirse en madre o padre sin importar si aportó o no los gametos (artículos 560 y 561 CCyC). Esta figura es primordial para legalizar la conformación de familias comaternales y copaternales.

En esta cuarta etapa, el contexto internacional también fue favorable al extenderse la aplicación de la legislación internacional de Derechos Humanos a cuestiones como la orientación sexual y la identidad de género. Esto quedó reflejado en los Principios de Yogyakarta⁵¹ consensuados en 2006 donde específicamente en el diecisiete se afirma «el derecho al disfrute del nivel más alto posible de salud» recomendando a los Estados sobre la necesidad de garantizar «que todos los programas y servicios de salud, educación, prevención, atención y tratamiento en materia sexual y reproductiva respeten la diversidad de orientaciones sexuales e identidades de género y estén disponibles en igualdad de condiciones y sin discriminación para todas las personas». Y en el principio veinticuatro se reconoce «el derecho a formar una familia con independencia de su orientación sexual», recomendando nuevamente a los Estados que adopten «todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean necesarias a fin de asegurar el derecho a formar una familia, incluso

⁴⁹ ARGENTINA. Ley n.º 26862, 5 de junio de 2013. Ley de reproducción médicamente asistida. Boletín Oficial, 26 de junio de 2013. Disponible en: <<http://www.sajj.gov.ar/26862-nacional-ley-reproduccion-medicamente-asistida-Ins0005848-2013-06-05/123456789-0abc-defg-g84-85000scanyel>> [Consultado el 7/4/17].

⁵⁰ ARGENTINA. *Código Civil y Comercial de la Nación*, 1.ª ed., Buenos Aires (Infojus), 2014.

⁵¹ Comisión Internacional de juristas y el Servicio Internacional para los Derechos Humanos de la ONU en Ginebra, 29-3-2007. Principios que fueron adoptados de forma unánime por especialistas procedentes de 25 países. <http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.pdf>. Guía del activista para usar los Principios de Yogyakarta. Disponible en: <http://www.ypinaction.org/files/02/86/Guia_del_activista_nov_14_2010.pdf> [Consultado el 7/4/17].

a través del acceso a adopción o a reproducción asistida (incluyendo la inseminación por donante), sin discriminación por motivos de orientación sexual o identidad de género».

A partir de esta cuarta etapa de «ampliación legislativa», se reposiciona en el debate de los derechos reproductivos, el principio de igualdad y el principio de no discriminación, y también comenzaron a respetarse otros numerosos derechos y principios entre los que se destacan el derecho a la salud integral, el derecho a la identidad y a conocer los orígenes, el derecho a formar una familia, el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el principio del interés superior del niño, la dignidad humana, la intangibilidad del genoma humano en protección de las generaciones futuras, el derecho a la privacidad y el principio de autonomía.

En esta «etapa de ampliación legislativa» también fue decisiva la participación de las asociaciones de la sociedad civil ligadas al movimiento LGBT como la Comunidad Homosexual Argentina (CHA)⁵² y organizaciones de formación más reciente, como «100 por ciento Diversidad» y «Lesmadres». Asimismo, fue fundamental la participación activa de las asociaciones de pacientes con problemas de fertilidad como «Concebir» y «Súmate a dar vida», y la presencia de investigadores y especialistas de diferentes disciplinas que asumieron posiciones públicas que repercutieron en una opinión pública activa y movilizadora, y en una creciente visibilidad del tema de los derechos reproductivos en la agenda pública, mediática y en internet⁵³.

En particular debe destacarse el activismo del movimiento de la diversidad sexual en el desenlace exitoso de la sanción de la ley de matrimonio igualitario porque logró que fuera una demanda procesada por los actores políticos como «todos ganan», inclusive respecto de los sectores católicos que no fueron considerados perjudicados por esta conquista democratizadora⁵⁴. Dicha sanción transformó el contexto político y social hacia un contexto de tolerancia, tal como lo explica Meccia⁵⁵ recurriendo al concepto de Walzer: «son tolerantes todas aquellas sociedades o personas que admiten un espacio para quienes tienen ciertas creencias que ellos no adoptan, para quienes realizan determinadas prácticas que ellos no quieren imitar; con todo lo amplia que sea su aprobación de otros en el mundo». Igualmente para comprender integralmente esta apertura al cambio y al tratamiento legislativo de la ley

⁵² La CHA se crea en 1984 como respuesta a una represión policial a la comunidad gay en la Ciudad de Buenos Aires por iniciativa de dirigentes que habían tenido militancia previa en organizaciones anteriores como Gays por los derechos civiles y el Frente de Liberación Homosexual (1983).

⁵³ CUBERLI, M.; LOIS, M. y PALOPOLI, A., «Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida», en PETRACCI, M. (ed.), *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Buenos Aires (Teseo), 2011.

⁵⁴ R. HILLER. «Notas sobre el matrimonio gay y lésbico en la Argentina», *Revista Identidades*, 2013. pp. 60-68. Disponible en: <<https://iidentidadess.files.wordpress.com/2013/08/hiller-pdf.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

⁵⁵ E. MECCIA. «Los peregrinos a la ley. Una tipología sobre discursos de expertos, jueces y legisladores en torno a las demandas LGBT y al matrimonio igualitario», en ALDAO, M. y CLÉRICO, L. (coords.). *Matrimonio igualitario. Perspectivas sociales, políticas y jurídicas*, Buenos Aires (EUDEBA), 2010, p. 65.

de matrimonio igualitario que comenzó incierto y circunscripto en el tiempo (desde octubre de 2009 a junio de 2010) es necesario destacar la concurrencia de algunos factores que habían comenzado a desarrollarse en el pasado: la federalización del movimiento LGBT que permitió el armado de coaliciones y la articulación de identidades políticas novedosas en distintas provincias argentinas con organismos de derechos humanos, y organizaciones estudiantiles y sindicales; la redefinición de identidades políticas que comenzaron a agregar las demandas de la diversidad sexual desde mediados de los años 90 y la imbricación de los activistas de estos movimientos en las estructuras estatales desde 2003^{56,57}.

Finalmente, la repercusión social de la nueva normativa puede apreciarse atendiendo a algunas cifras: a 6 años de la sanción ley de matrimonio igualitario se estimaba que casi 15.000 parejas del mismo sexo se casaron en Argentina. Los referentes históricos del movimiento LGBT sostenían que la lucha por la igualdad de derechos con las personas heterosexuales iba más allá de la institución matrimonial: «nunca les interesó que se casaran muchas parejas, sino que se pudieran casar si así lo deseaban». De acuerdo con estimaciones de la CHA⁵⁸ en solo un año —entre 2015 y 2016— el aumento de casamientos fue del 20%, y pasó de 12.500 a casi 15.000 casamientos. Los dirigentes del movimiento destacan que más allá de la magnitud de las cifras, lo relevante es que «estas conquistas mostraron que no se destruyó la familia, ni la humanidad ni la especie; que era mentira todo eso, que lo único que generó fue que exista un sector que pudiera acceder a derechos que antes no accedía»⁵⁹.

De esta forma, el nuevo escenario se refiere directamente a los derechos reproductivos de un colectivo mayor de personas. A partir del reconocimiento de los derechos reproductivos a personas lesbianas y gays, la definición de los problemas reproductivos como un problema de salud circunscripto a una enfermedad denominada infertilidad y médicamente comprobada debió ser redefinida. Recordemos que en 2009 la Organización Mundial de la Salud (OMS) había definido a la infertilidad como «una enfermedad del sistema reproductivo que consistía en la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de doce meses o más de relaciones sexuales no protegidas»⁶⁰, con lo cual su universo de referencia eran las parejas heterosexuales. Por ello, frente a un cambio de escenario social en el que se privilegiaban la igualdad y la no discriminación de las personas se redefine el concepto de problemas reproductivas, y se comenzó a hablar de «los derechos reproductivos de todos

⁵⁶ R. HILLER. «Notas sobre el matrimonio gay y lésbico en la Argentina». *Revista Identidades*. 2013. pp. 60-68. Disponible en: <<https://iidentidadess.files.wordpress.com/2013/08/hiller-pdf.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

⁵⁷ HILLER, R., «El activismo de la diversidad sexual en la Argentina». 2013. Disponible en: <<http://cienciahoy.org.ar/2013/09/el-activismo-de-la-diversidad-sexual-en-la-argentina/>> [Consultado el 7/4/17].

⁵⁸ «A seis años del matrimonio igualitario, ya se casaron casi 15.000 parejas en el país». *TELAM*, 16 de julio de 2016.

⁵⁹ «A seis años del matrimonio igualitario, ya se casaron casi 15.000 parejas en el país». *TELAM*, op. cit.

⁶⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Glosario de terminología en Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/> [Consultado el 7/4/17].

aquellos que se encuentren frente a la ausencia involuntaria de hijos»⁶¹ con independencia de cualquier circunstancia de la/s persona/s involucrada/s. En consecuencia, se ampliaron los derechos reproductivos a las personas que por su situación conyugal (mujeres y varones sin pareja) o bien por su orientación sexual (parejas del mismo sexo) no podían convertirse en madres o padres sin la ayuda de la ciencia. Esto es lo comenzó a definirse como situaciones de «infertilidad estructural»⁶² siendo específicamente la de personas que necesitan de la donación de material genético de un tercero o de la gestación por sustitución para tener un hijo. En definitiva, esta nueva formulación se corresponde con la concepción existente de la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades⁶³, tal como lo habían consensuado diversos Estados en la Organización Mundial de la Salud en 1946.

Sin embargo, resulta necesario mencionar algunos matices sobre el reconocimiento de derechos reproductivos en Argentina porque lo expuesto corresponde a una perspectiva de análisis a nivel de la legislación nacional que en la actualidad se extiende a otras diez jurisdicciones provinciales que han adherido a la ley 26862/2013⁶⁴, quedando otras catorce

⁶¹ BECKER, G., «Metaphors in disrupted lives: infertility and cultural constructions of continuity», *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 8, núm. 4, 1994, pp. 383-410.

⁶² KEMELMAJER DE CARLUCCI, A.; HERRERA, M. y LAMM, E., «Ampliando el campo del derecho filial en el Derecho Argentino. Texto y contexto de las técnicas de reproducción humana asistida», *Revista de Derecho Privado Bioderecho*, núm. 1, Buenos Aires (Ministerio de Justicia de la Nación), 2011.

⁶³ Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>> [Consultado el 7/4/17].

⁶⁴ STRAW, C., «La legislación sobre reproducción humana médicamente asistida en la Argentina: disparidad, avances, limitaciones, vacíos y respuestas de la jurisprudencia», en C. STRAW, E. VARGAS, M. VIERA CHERRO, M. TAMANINI. *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina*, op. cit., pp. 191-209.

ARGENTINA. Ley de la provincia de Chubut I n.º 503, de 22 agosto de 2013. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=21997>> [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Ley de adhesión de la provincia de Santa Fe n.º 13.357, 19 de septiembre de 2013. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. Boletín Oficial, 5 de noviembre de 2013. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=22269>> [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Ley de la provincia de La Rioja n.º 9.440, de 3 de octubre de 2013. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. Boletín Oficial, 15 de noviembre de 2013. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=23337>> [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Ley de la provincia de La Pampa n.º 2.737, de 17 de octubre de 2013. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. Boletín Oficial, 15 de noviembre de 2013. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=22765>> [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Decreto de la provincia de La Pampa n.º 301, de 3 de julio de 2014. Reglamentación ley provincial n.º 2737/2014. Boletín Oficial, 1 de agosto de 2014. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=24228#>> [Consultado el 7/4/17]. A diferencia de la ley nacional, el decreto reglamentario de la ley de adhesión menciona la posibilidad de restricciones: «se analizarán las indicaciones de tratamiento en personas mayores de cuarenta y dos (42) años en el caso de la mujer, y cuarenta y cinco (45) años en el caso del hombre, de acuerdo a los criterios de la OMS para determinar las posibilidades de éxito y los riesgos determinando la viabilidad. De la misma forma se evaluarán los pedidos de personas sin pareja

provincias de las cuales, en diez, existen vacíos normativos, y en las cuatro provincias restantes persisten leyes, decretos o reglamentaciones restrictivas. En estas jurisdicciones, la legislación encuadra la cobertura a los casos entendidos como una enfermedad siguiendo los lineamientos de la OMS de 2009⁶⁵⁻⁶⁶⁻⁶⁷; o con «posibilidades razonables de éxito, las cuales deberán ser acreditadas científica y clínicamente»⁶⁸; incluye a los tratamientos que utilicen técnicas de fertilización homóloga, los beneficiarios son parejas con una determinada cantidad de años de residencia o afiliados a la obra social del gobierno provincial⁶⁹, establecen requisitos respecto de la edad de la mujer (37 años) y se prohíben los tratamientos heterólogos con donación de gametos y/o embriones, inseminación con semen heterólogo, la

estable ni patología causal de infertilidad, y las indicaciones de donación de gametos y embriones heterólogos, como el contexto y el alcance de la criopreservación de gametos y embriones» (artículo 4).

ARGENTINA. Ley de adhesión de la provincia de San Luis n.º III-0868, de 20 de noviembre 2013. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=22984>> [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Ley de adhesión de la provincia de Entre Ríos n.º 10.301, de 6 de mayo de 2014. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. Boletín Oficial, 2 de junio de 2014. Disponible en: <http://www.saij.gov.ar/legislacion/ley-entre_rios-10301-adhesion_provincia_ley_nacional.htm> [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Ley de la provincia de Buenos Aires n.º 14.611, de 16 de julio de 2014. Modifica la ley de la provincia de Buenos Aires n.º 14.208 y Decretos 2980/10 y 564/11, para adecuarla a ley nacional n.º 26862/2013. Disponible en: <<http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14611.html>>. [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Ley de adhesión provincia de Chaco n.º 7645, de 30 de julio de 2015. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. Boletín Oficial, 24 de agosto de 2015. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=25733>> [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Ley de la provincia de Neuquén n.º 2954, de 13 de agosto de 2015. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. A diferencia de la ley nacional establece como requisito para la práctica de las técnicas de reproducción asistida “tener entre veinticuatro (24) y cuarenta (40) años de edad, límite pasible de ser modificado por la autoridad de aplicación, de acuerdo con los avances técnicos avalados por autoridad competente” (artículo 9). Boletín Oficial, 11 de septiembre de 2015. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=25909>> [Consultado el 7/4/17].

ARGENTINA. Ley de la provincia de Misiones n.º 87, de 1 de octubre de 2015. Adhesión a la ley nacional n.º 26862/2013. Boletín Oficial, 19 de octubre de 2015. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=25953>>. [Consultado el 7/4/17].

⁶⁵ ARGENTINA. Ley de la provincia de Santa Cruz n.º 3225, de 7 de julio de 2011. Cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas de fertilización. Boletín Oficial, 6 de septiembre 2011. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=18601>>. [Consultado el 7/4/17].

⁶⁶ ARGENTINA. Ley de la provincia de Tierra del Fuego n.º 995, de 21 de agosto de 2014. Reconocimiento de la Infertilidad Humana como Enfermedad. Boletín Oficial, de septiembre 2014. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=23612>>. [Consultado el 7/4/17].

⁶⁷ En las provincias de Santa Cruz y Tierra del Fuego respetan mayoría de los contenidos de las normas de la provincia de Buenos Aires de 2010 y 2011, hoy derogados por la adhesión a ley nacional. Para profundizar en la evaluación de la legislación de la Provincia de Buenos Aires a partir de los principios éticos propuestos por CORRÊA y PETCHESKY en 1996, véase STRAW, op. cit., p. 10-12.

⁶⁸ ARGENTINA. Ley de la provincia de Salta n.º 7964, 22 de diciembre de 2016. Técnicas de reproducción humana asistida. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=28147&word=Reproducci%C3%B3n%20humana%20asistida>> [Consultado el 7/4/17].

⁶⁹ ARGENTINA. Ley de la provincia de Córdoba n.º 9695, de 4 de noviembre 2009. Administración Provincial del Seguro de Salud. Boletín Oficial, 27 de noviembre 2009. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=15400>> [Consultado el 7/4/17].

maternidad subrogada, la cobertura a mujeres que tengan hijos biológicos⁷⁰, y tratamientos a mujeres mayores de 41 años.

Esta realidad diferenciada se explica, por un lado, por la distribución de competencias en materia de salud de la organización federal del Estado argentino siendo la salud una atribución no delegada a la nación; y, por otra parte, responde a las tensiones, los conflictos y las contradicciones en términos de los intereses que defienden los diferentes actores involucrados en torno del campo de las tecnologías reproductivas. Entre los actores del campo reproductivo se destacan: el Estado Nacional, los Estados provinciales y sus contrapartes en los sistemas de salud pública en estos niveles, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga, a los que se debe sumar como actores importantes los propios centros privados de fertilidad que dominan el mercado de la provisión de los tratamientos reproductivos (con sus propias exigencias de incorporación continua de tecnología sofisticada y de alto costos económicos sumado a los insumos para su mantenimiento), y los laboratorios que proveen de las medicaciones necesarias para los tratamientos. Frente a estos actores se encuentran –otros menos poderosos– como los especialistas de diferentes disciplinas, los usuarios de las técnicas de RHMA y las asociaciones de pacientes con problemas de fertilidad. Y, por último, el actor omnipresente como es la Iglesia Católica argentina que gravita en todos los temas relativos a la sexualidad, la familia y la educación.

Puestos a comprender las tensiones, los conflictos y las contradicciones en términos de los intereses que defienden los actores involucrados en el campo de las tecnologías reproductivas recurrimos al análisis de los resultados de investigaciones socio-jurídicas⁷¹ producidos en estos últimos años (2011 a 2016) que nos han permitido conocer y receptionar la mirada de los usuarios de las técnicas de reproducción asistida, los profesionales del campo de salud y los juristas especializados en el mismo. Esto nos permitirá resaltar los problemas que se debatían en el contexto de ausencia legislativa, algunos de los cuales continúan vigentes en la actualidad.

ARGENTINA. Resolución de la provincia de Córdoba n.º 178, de 21 de diciembre 2009. Administración Provincial del Seguro de Salud. Boletín Oficial, 11 de febrero 2010. Disponible en: <<http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=21289>> [Consultado el 7/4/17].

⁷⁰ ARGENTINA. Resolución obra social de la provincia de Córdoba, APROSS n.º 87, de 22 de junio de 2010. Cobertura tratamientos de fertilización asistida. Disponible en: <<http://www.apross.gov.ar/resoluciones/0087%20-%2010%20FERTILIZACION.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

⁷¹ Proyecto UBACyT: «Hacia una regulación de la procreación asistida desde la perspectiva socio jurídica. Bioética y Derechos Humanos. El relato de la experiencia. La mirada de usuarios y especialistas». PROGRAMACIÓN CIENTÍFICA 2011-2046; Proyecto UBACyT: «Hacia una ley especial sobre técnicas de reproducción humana asistida. Bioética, derechos humanos y familias». PROGRAMACIÓN CIENTÍFICA 2013-2016. Ambos en la Universidad de Buenos Aires. Facultad de Derecho (Buenos Aires, Argentina) y directora: Marisa HERRERA. STRAW, C., *Público y privado en la reproducción asistida: oposición permanente. Estudio cualitativo en mujeres de sectores populares y medios residentes en el AMBA*. Berlín (Editorial Publicia), 2014. Tesis doctoral desarrollada en Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. (Buenos Aires, Argentina).

III. PRINCIPALES TENSIONES, CONFLICTOS Y CONTRADICCIONES EN EL CAMPO DE LAS TECNOLOGIAS REPRODUCTIVAS EN ARGENTINA⁷²

Los principales problemas que se identifican en el campo reproductivo argentino, en particular previo a la sanción de la ley de acceso integral a los tratamientos reproductivos responden a cinco aspectos que permiten delinear las características de los servicios médicos reproductivos, a saber: el nivel de prioridad que tenía la cobertura pública de las TRHA, las fuentes de financiamiento, el tipo y la amplitud de la cobertura médica, los destinatarios/ usuarios de los tratamientos de RHMA, y el nivel de calidad y la masividad de los servicios médicos brindados.

La baja prioridad de la cobertura pública de los tratamientos de reproducción humana médica asistida en Argentina quedó demostrada por el hecho de que la sanción de la primera ley nacional de acceso a los tratamientos médico-asistenciales ocurrió veintisiete años después del primer éxito de la medicina reproductiva privada en 1986. Inclusive, en los años anteriores a su sanción, otro proyecto de ley había llegado a ser votado en general en la Cámara de Diputados de la Nación y había perdido estado parlamentario en diciembre de 2011 sin llegar a ser analizado en particular ni remitido a la Cámara de Senadores de la Nación⁷³. Asimismo, un profesional del campo de la medicina reproductiva entrevistado precisó el escaso interés de las autoridades públicas en tomar esta decisión de política sanitaria para atender a las personas con problemas reproductivos, en un contexto de restricciones presupuestarias y falta de atención y cobertura de otras problemáticas de salud pública prioritarias.

«Hay que contemplar que estas leyes son una decisión de políticas sanitarias, pero también económicas. Acá se necesita de un co-seguro en salud para que se puedan cubrir estos tratamientos y sabemos que no es prioritario tal como está la salud en Argentina, digamos que es el ‘patito feo’ en este momento, porque hay montones

⁷² Los porcentajes de los encuestados y las citas correspondientes a los profesionales de la salud y juristas que se exponen a continuación fueron publicados en versiones más extensas anteriormente cuando se presentó el informe final de resultados en SCARDINO, M., «Hacia una regulación de la procreación asistida desde una perspectiva sociojurídica. La mirada de usuarios y especialistas (primera parte)», *Revista Derecho de Familia*, núm. 68, 2015, pp. 363 y ss; SCARDINO, M., «Hacia una regulación de la procreación asistida desde una perspectiva sociojurídica. La mirada de usuarios y especialistas (segunda parte)», *Revista Derecho de Familia*, núm. 70, 2015, pp. 313 y ss. Los mismos corresponden a la investigación «Hacia una ley especial sobre técnicas de reproducción humana asistida. Bioética, Derechos Humanos y Familia». Proyecto UBACyT, Programación 2011-2013. Directora Marisa HERRERA.

Las citas de los usuarios de TRHA corresponden a la investigación «Realidad y Legalidad: instrumentación, articulación e implementación de las TRHA en el Código Civil y Comercial de la Nación Argentina». Proyecto UBACyT, Programación 2013-2016. Directora Marisa HERRERA.

⁷³ Cámara de Diputados de la Nación. Sesiones Ordinarias 2011. Orden del Día n.º 3018. 30 de noviembre, 2011.

de cosas que se podrían hacer y se deberían hacer en materia de salud y que todavía están pendientes» [Entrevista n.º 15 – Lic. en psicología].

El tema del financiamiento de la cobertura de los tratamientos reproductivos reviste cierta complejidad debido a que ello involucra la disputa por la distribución de las partidas presupuestarias del Estado nacional, los Estados provinciales, las obras sociales, las empresas de medicina prepaga con los centros privados de fertilidad que dominan el mercado de la provisión de tratamientos reproductivos de alta complejidad. Al respecto no todos los estados provinciales y las obras sociales tienen la misma capacidad y solvencia económica para financiar costosos tratamientos reproductivos en proveedores privados que son los que disponen de la tecnología instalada para brindarlos. En relación con ello un profesional del campo de la medicina reproductiva, un asesor legal de un centro privado de fertilidad y una pareja de usuarias señalaron por una parte la complejidad del sistema de salud fragmentado con cuatro actores principales, con diferente número de usuarios y diferente responsabilidad en el manejo de los recursos económicos, así como diferente magnitud de financiamiento, liquidez monetaria y capacidad para fijar altos precios de mercado para los tratamientos reproductivos. Por otra parte, se pone de manifiesto lo difícil que era poder pagar individualmente con recursos monetarios de los usuarios, un tratamiento de alta complejidad lo que explica que en el pasado una de las estrategias de acción de una asociación de pacientes⁷⁴ fue que se declarara a la infertilidad como enfermedad como forma para que conseguir que las obras sociales y las empresas de medicina prepaga cubrieran los tratamientos reproductivos.

«A mí lo que me parece es que no es un problema de la ley, es un problema el manejo de la salud en Argentina. En Argentina hay tres sistemas: el sector público, la seguridad social y el sector privado. Y hay un problema que es que la Ley es nacional pero los recursos los manejan las provincias. Y que, además, existe la seguridad social que maneja el recurso del afiliado [...]. Entonces, cuando hablamos de medicina prepaga hablamos de cuatro millones de afiliados, 36 millones de afiliados están afuera, hay una heterogeneidad absoluta y esto complejiza el tema» [Entrevista n.º 9 – Médico].

«El único problema que tienen [los centros de fertilidad privados] se llama 'pesos'. [...] Las obras sociales desde el arreglo de un diente hasta la operación más compleja tienen un circuito armado para el pago. Se sabe que hasta los 90 días no ingresa el pago, cuando hoy los centros de fertilidad tienen el dinero en el momento. Y de repente se encuentran con que es la primera vez que ellos hacen el tratamiento y que no lo cobran hasta tres o cuatro meses después de hecho. Hay una realidad, ellos nunca pierden plata. Son una entidad financiera, ni más ni menos. Y en Argentina no existe regulación de los precios de los tratamientos es al mejor postor» [Entrevista n.º 4 - Abogado].

⁷⁴ Asociación «Súmate a dar vida». <<http://temp1ofkehgz7iya.blogspot.com.ar/2009/05/que-es-sumate-dar-vida.html>> [Consultado el 7/4/17].

«La doctora siempre dice que el útero va adquiriendo una memoria y hoy en día las fertilizaciones son muy caras [...] Está bueno incentivar a la pareja a seguir intentando pero ¿cómo hacer con los costos? A nosotras en esa época nos salió como un departamento. [...] Solo la medicación ya era costosa, más allá de lo que cobre el médico. Había que pagarlo en dólares» [Pareja mujeres, FIV semen donado y óvulos pareja no gestante].

Los tipos de tratamientos reproductivos y la amplitud de la cobertura es decir la cantidad de tratamientos de baja y/o alta complejidad a cubrir por el sistema público, las obras sociales y las empresas de medicina prepaga era una demanda por parte de los usuarios con problemas reproductivos. Una encuesta realizada en 2011 relevó que el 92% de los encuestados estaba de acuerdo con la obligación del Estado de garantizar el acceso a los tratamientos reproductivos. Inclusive lo novedoso era que los usuarios tenían sus propios criterios para establecer límites a la cobertura (edad de los usuarios, cantidad de tratamientos a los que se puede acceder y la necesidad de dictamen médico), los que luego frente a la amplitud de la ley nacional de acceso integral sancionada en 2013 quedaron superados.

«Nosotros como asociación quisimos que la ley de Provincia [de Buenos Aires] sea más amplia en edad. No estamos en contra para nada de la limitación en cuanto [a la cantidad de] los tratamientos. Creemos que es inclusive sano para la pareja, por ejemplo, tres y si no andá a la adopción, o págatelos vos. Tampoco podemos quebrar al Estado por esto, no es justo para nadie. Pero el límite de los 40 años de edad me parece que no va con la sociedad; uno empieza a pensar en una pareja a partir de los 35, 37 años hoy en día. Y la otra es que solamente se hacen los tratamientos con material homólogo de la pareja, es decir que cierra de cuajo la posibilidad de la donación de gametos con cobertura [Ley de la provincia de Buenos Aires]». [Entrevista n.º 4 – Abogado]

Definir los beneficiarios de los tratamientos de RHMA como se deduce de la legislación vigente en Argentina continúa siendo un tema en disputa dado que las legislaciones restrictivas lo conciben para parejas heterosexuales, y las legislaciones amplias la conciben para toda persona mayor de edad sin restricciones de acuerdo al estado civil u orientación sexual. Al respecto, el 69% de usuarios encuestados en 2011 sostuvieron que el acceso a los tratamientos debía estar garantizado para todas las personas sin importar su orientación sexual o situación conyugal. Si bien este porcentaje es alto también muestra que tres de cada diez encuestados aceptaba algún tipo de discriminación de mujeres o varones sin pareja y parejas conformadas por mujeres o por varones. Asimismo, usuarias entrevistadas entre 2014 y 2015 confirmaron con sus experiencias la discriminación sufrida por parte de profesionales dedicados a la fertilidad, así como un clima social refractario a la homosexualidad en el pasado.

«[Además] lo que me parece doloroso, fue que nosotras atravesamos el tema de ir a un lugar y que nos digan que no por ser dos mujeres. [...] Consigan a un tipo nos dijeron; había que conseguir a un tipo que se hiciera pasar por marido [...] estamos hablando de 13 años atrás [2002], donde decir ‘soy lesbiana’ o ‘estoy en pareja con una mujer’ era ‘¡oh!’» [Pareja mujeres, FIV semen donado y óvulos pareja no gestante].

«El médico nos plantea cómo íbamos a conseguir el donante. Nosotras le decíamos que queríamos un donante anónimo por el tema de que queríamos que sea reconocida por nosotras dos [comaternidad]. Medio que no le gustó mucho. Después ya teníamos todos los estudios hechos para comenzar con los tratamientos, [...] y nos dice que él no hacía más, que no tenía más el servicio de reproducción asistida en el sanatorio. Y nos manda con otro médico. [...] El médico decía, pero piensen en el tema de la identidad, de que necesita un papá, quién va a figurar, quién va a poder cumplir ese rol» [Pareja mujeres, FIV semen donado y óvulos de gestante].

Otro tema en donde se mantiene un abordaje desigual de las personas que quieren tener un hijo recurriendo a las tecnologías reproductivas es la de quienes se encuentran frente a la ausencia involuntaria de hijos y necesitan de una gestación por sustitución para tenerlo. En 2011, el 56% de usuarios encuestados se manifestó a favor de la gestación por sustitución, y entre 2014 y 2015 usuarios que recurrieron a una gestación por sustitución en Argentina y en Estados Unidos sostuvieron las dificultades que debieron atravesar relativas a miedos, procesos judiciales, incertidumbre respecto a la atribución de la filiación, a la hora de realizar una gestación en el país por la falta de normativas para regularla, y la opción casi obligada de realizar una gestación en el extranjero para evitar estas vicisitudes. Asimismo, tanto el relato de un usuario en Argentina como una profesional de la medicina dan cuenta de que la gestación por sustitución es una práctica a la que se recurre en el país para tener un hijo, así como las formas por medio de las cuales se sortea exitosamente la carencia de legislación de esta práctica social.

«Es un proceso que, al no estar encuadrado legalmente, es tirarte a la piletta y estás en manos de cierto destino, es sentir que no estás amparado. Todo depende de la buena voluntad de las partes. Es una sensación molesta y también uno sabe que cualquier cosa que pase y ella decide tenerlo, ya empieza una batalla legal con resultado incierto [en Argentina]» [Varón sin pareja, homosexual, GS en Argentina].

«Para mí la única opción era hacerlo en Estados Unidos [...] porque hay una ley que te protege, protege al niño, donde su partida de nacimiento dice que es hijo de X y X, no de X y fulanita, donde fulanita no se puede arrepentir. [...] Acá no estaba regulado, sigue siendo en alguna forma una duda la paternidad. [...] como que el hijo iba a ser de uno. Después salió la ley de matrimonio, porque no sé si tampoco lo hubiéramos hecho antes [...] Después fuimos a ver una abogada por

otro tema de si íbamos a poder anotar [nuestro hijo en Argentina] y me dijo “acá no la van a poder anotar, para una mujer es distinto porque es como lo parió ella, y si está casada con una mujer nada lo anota como cónyuge, ustedes dos tal cual así no”» [Pareja varones homosexuales, GS en el extranjero].

«Una mujer y su marido que quieren realizar un procedimiento de subrogación contratan a una mujer que en general está casada [...], que haya tenido el número de hijos que haya querido tener. Entonces, los futuros padres, la mujer gestante, su marido y sus hijos: toda esta gente está involucrada afectivamente. [Conozco un caso] donde la mujer [gestante] había contado a sus propios hijos de la subrogación, y los chicos antes de irse al colegio le daban un beso a la panza y le decían ‘chau bebé de los López’. Pienso que esta mujer subrogada habrá dado una muy buena explicación a sus hijos, porque tiene que haber acuerdo de muchas personas [...] para mí tiene que ser acordado, si es posible, con un terapeuta que sepa sobre el tema porque si no se hacen cosas espantosas» [Entrevista n.º 1 – Lic. en Psicología].

Un eje transversal que involucra la concepción integral y multidisciplinar de los servicios médico-asistenciales que reconoce la ley nacional 26862/13 tiene que ver con la calidad de los servicios médicos que se proveen, la que se encuentra en relación con el grado de masividad de las prestaciones, las que dependen directamente de la magnitud de las asignaciones presupuestarias públicas en las diferentes provincias. A su vez, las prestaciones de alta complejidad dependen de la provisión de los centros privados de fertilidad, lo que adiciona un nuevo elemento de análisis: no solo es necesario atender al financiamiento de las prestaciones sino también a la rentabilidad de estas instituciones como analizamos anteriormente. Al respecto, profesionales de la medicina plantearon las contradicciones (y los conflictos) que generan diseñar un sistema de cobertura integral de los servicios médico- asistenciales como prevé la ley nacional en un sistema de salud que no dispone de recursos económicos acordes para que estas prestaciones sean de calidad. En los relatos, los profesionales de la salud sostuvieron que esta situación deriva indefectiblemente en una pérdida de calidad en los servicios médicos lo que significa una pérdida de seguridad en las prestaciones que reciben los pacientes.

«Hoy la medicina es para la seguridad del paciente y la calidad. Si yo no garantizo seguridad del paciente y calidad, no puedo brindar la prestación. Entonces, hay un abismo entre el contenido de la Ley y la capacidad que yo tengo de brindar seguridad y calidad. Para mí, ahí hay un quiebre. Al no tener un eje en el cual establezco prioridades y establezco cuál es el diagnóstico, de qué manera, con qué secuencia, cómo voy a distribuir el recurso de manera justa y equitativa creo que se produce un quiebre entre seguridad y calidad de la prestación. ¿Y le doy salud a todo el mundo? Es contradictorio, porque no tengo recursos humanos, estructurales ni económicos. Entonces, [...] ¿cómo hago para sostener la calidad?

Hoy está en juego la calidad de la prestación y la seguridad del paciente, ese es el gran dilema» [Entrevista n.º 9 - Médico].

«[...] Todo lo que vaya a ocurrir y los beneficios o perjuicios de la Ley dependen de los financiadores. Esta clínica cobra \$25.000 una fecundación *in vitro*, igual que todas las clínicas [privadas]. Hace una semana atrás, otra clínica de fertilidad arregló con una prepaga importante para hacerlo por \$14.000. Si vos hacés una fecundación *in vitro* por \$14.000, salvo que tengas una rentabilidad infernal, no podés ofrecer el mismo servicio que por \$25.000. Por lo cual, lo que va a ocurrir ahora va en detrimento de la calidad médica. [...] Yo me senté con un señor de una empresa de medicina prepaga que nos pidió asesoramiento, fui con los manuales de procedimiento del centro y le dije: ‘si vos contratás una clínica mala, la probabilidad de tener que repetir ciclo es alta y eso te cuesta mucho dinero. Si vos contratás la mejor clínica, tenés más probabilidad de gestación y esa mujer tiene menos chance de repetir el ciclo y entonces vos vas a estar ahorrando dinero’. ¿Qué contrataron? Contrataron lo peor» [Entrevista n.º 13 - Médico].

IV. CONCLUSIONES

Una visión integral del proceso de reconocimiento de los derechos reproductivos en Argentina desde la recuperación democrática en 1983 hasta mediados de 2013 muestra una tendencia incremental, si bien hubo años en donde la falta de iniciativa gubernamental o de efectividad en el acceso a los derechos reproductivos mostró un profundo estancamiento. En esos momentos, la falta de igualdad y discriminación en la consideración de las personas se impuso. Lo mismo sucede cuando se deja sin regulación estatal temas como la gestación por sustitución, entre otras cuestiones.

El proceso de reconocimiento de los derechos reproductivos fue altamente positivo. Asimismo, permite un conjunto de aprendizajes respecto de los factores que en el proceso de reforma pueden resultar fundamentales para avanzar en las transformaciones sociales o para detenerlas indefinidamente.

La iniciativa gubernamental resultó decisiva en pos del reconocimiento de los derechos reproductivos que hoy disponen los ciudadanos argentinos, pero también fue decisiva para impedir el cumplimiento de la legislación respecto de los casos de aborto no punible (aunque en este caso no fue el único), o avanzar con la legalización del aborto.

La movilización social, el activismo de los movimientos de mujeres, feministas y de la diversidad sexual y de las asociaciones de pacientes con problemas de fertilidad fueron decisivos para lograr las conquistas del matrimonio igualitario, la identidad de género y el acceso integral a los tratamientos de reproducción asistida, como así también para desarticular la iniciativa de sectores conservadores ligados o pertenecientes a la Iglesia Católica

que pretendían una cláusula constitucional de reconocimiento del derecho a la vida desde la concepción hasta la muerte natural.

La confluencia de los movimientos sociales, especialistas comprometidos públicamente con las reivindicaciones de mayores márgenes de autonomía en las decisiones de las personas respecto de los cuerpos, la reproducción, la identidad de género y la sexualidad, una opinión pública activa y movilizadora, junto a algún gobierno que tuvo iniciativa para transformar estas reivindicaciones en políticas públicas resultó ser el factor crucial para lograr cambios que tengan incidencia real en la vida de las personas.

Finalmente, analizar un proceso de reforma desde la perspectiva socio-política muestra el elemento contingente respecto de los contenidos de los derechos en disputa: ni los movimientos de la diversidad sexual pensaron al inicio del proceso del debate en las comisiones legislativas que nueve meses más tarde se legalizaría el matrimonio para las personas del mismo sexo; ni los usuarios de los tratamientos reproductivos pensaron que la ley de acceso a los servicios médico-asistenciales iba a ser integral y sin restricciones por edad, estado civil u orientación sexual; de la misma forma que hoy la existencia de instituciones poderosas como la Iglesia Católica y sectores sociales afines que se oponen a las reformas democráticas en el campo de la sexualidad puede llevar a pensar que las reformas pendientes son imposibles de conquistar en el corto y mediano plazo en Argentina. Sin embargo, lo que muestra la historia es que las chances de éxito para la ampliación de los derechos políticos, económicos o sociales aumentan cuando existe una ciudadanía activa y consciente de sus derechos, y, eventualmente, dispuesta a defenderlos de sentirlos amenazados.

V. BIBLIOGRAFÍA

- BECKER, G., «Metaphors in disrupted lives: infertility and cultural constructions of continuity». *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 8, núm. 4, 1994, pp. 383-410.
- CASAS, L., «Salud», en MOTTA, C. y SÁEZ, M., (eds.), *La mirada de los jueces*, Bogotá (Siglo del Hombre), 2008, pp. 363-486.
- CORRÊA, S. y PETCHESKY, R., «Dereitos Sexuais e Reprodutivos: uma Perspectiva Feminista», *Physis*, vol. 6, núm. 1, 1996.
- CUBERLI, M., LOIS, M y PALOPOLI, A., «Cruces y tensiones discursivas en salud sexual y reproductiva: test de VIH, anticoncepción de emergencia, aborto y fertilización asistida», en PETRACCI, M. (coord.), BROWN, J. y STRAW, C. (colabs.), *Derechos Sexuales y Reproductivos: Política y Espacio Público*. Editorial Teseo, Buenos Aires, 2011.
- DI MARCO, G., «Los movimientos de mujeres en la Argentina y la emergencia del pueblo feminista». *La Aljaba*, vol. 14, 2010, pp. 51-67. Disponible en: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/aljaba/v14/v14a03.pdf>> [Consultado el 7/4/17].

- FAIRSTEIN, C., «Introducción», en PETRACCI, M. y PECHENY, M. (coords.): *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires (CEDES), 2007, pp. 13-18.
- FÍGARI, C., PECHENY, M., y JONES, D., *Todo sexo es político: estudios sobre sexualidad en Argentina*, Buenos Aires (El Zorzal), 2008.
- GIDDENS, A., *La transformación de la intimidad: sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*, Madrid (Cátedra), 2000.
- GOGNA, M., *Estado del arte: Investigación sobre sexualidad y derechos en la Argentina, 1990-2002*. Buenos Aires (Centro de Estudios de Estado y Sociedad), 2005.
- GUTIERREZ, M.A., «Iglesia Católica y Política en Argentina: El Impacto del Fundamentalismo en las Políticas Públicas sobre Sexualidad», en DIDES, C. (ed.), *Diálogos SUR-SUR. Sobre Religión, Derechos y Salud Sexual y Reproductiva: los casos de Argentina, Colombia, Chile y Perú*. 2004. Disponible en: <<http://www.flacsoandes.edu.ec/libros/digital/48947.pdf>> [Consultado el 7/4/17].
- HILLER, R., «Notas sobre el matrimonio gay y lésbico en la Argentina». *Revista Identidades*. 2013. pp. 60-68. Disponible en: <<https://iidentidades.files.wordpress.com/2013/08/hiller-pdf.pdf>> [Consultado el 7/4/17].
- HILLER, R., «El activismo de la diversidad sexual en la Argentina». 2013. Disponible en: <<http://cienciahoy.org.ar/2013/09/el-activismo-de-la-diversidad-sexual-en-la-argentina/>> [Consultado el 7/4/17].
- KEMELMAJER DE CARLUCCI, A., HERRERA, M., y LAMM, E., «Ampliando el campo del derecho filial en el Derecho Argentino. Texto y contexto de las técnicas de reproducción humana asistida». *Revista de Derecho Privado Bioderecho*, núm. 1, Buenos Aires (Ministerio de Justicia de la Nación), 2011.
- LAUDANO, C., «Cuando el aborto está en los medios», en VV.AA., *Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas*. Buenos Aires (Foro por los Derechos Reproductivos), 1998. pp. 119-130.
- MECCIA, E., «Los peregrinos a la ley. Una tipología sobre discursos de expertos, jueces y legisladores en torno a las demandas LGBT y al matrimonio igualitario», en ALDAO, M., y CLÉRICO, L., (coords.): *Matrimonio igualitario. Perspectivas sociales, políticas y jurídicas*. Buenos Aires (EUDEBA), 2010, pp. 65.
- PAUTASSI, L. (coord.), *Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires (Biblos), 2010.
- PAUTASSI, L., «Ciudadanía y autonomía de las mujeres en Argentina ¿un sueño imposible?», en VÁZQUEZ, S. (coord.), *Hombres públicos, mujeres públicas*, Buenos Aires (Fundación Ebert), 2002, pp. 91-123.

- PETRACCI, M. (coord.), BROWN, J. y STRAW, C., (colabs.), *Derechos Sexuales y Reproductivos: Política y Espacio Público*, Buenos Aires (Teseo), 2011.
- PETRACCI, M. y PECHENY, M., (coords.), *Argentina: Derechos humanos y sexualidad*, Buenos Aires (CEDES), 2007.
- PETRACCI, M. y RAMOS, S., (coords.), *La política de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*. Buenos Aires (CEDES-UNFPA), 2006.
- PETRACCI, M., *Salud, derecho y opinión pública*, Buenos Aires (Norma), 2004.
- RICH, A., «Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana». *Revista DUODA. Estudios de la diferencia sexual*, núm. 10, 1996 [1980].
- TORRADO, S., *Procreación en la Argentina. Hechos e Ideas*. Buenos Aires (La Flor), 1993.
- STRAW, C., «La legislación sobre reproducción humana médicamente asistida en la Argentina: disparidad, avances, limitaciones, vacíos y respuestas de la jurisprudencia», en STRAW, C., VARGAS, E., VIERA CHERRO, M. y TAMANINI, M., (eds.), *Reprodução assistida e relações de gênero na América Latina*, Curitiba (CRV), 2016, pp. 191-209.
- SZULIK, D., GOGNA, M., PETRACCI, M., RAMOS, S., y ROMERO, M., «Anti-concepción y aborto en Argentina: perspectivas de obstetras y ginecólogos/as». *Salud Pública de México*, vol. 50, núm. 1, 2008, pp. 32-39. Disponible en: <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n1/a09v50n1.pdf>> [Consultado el 7/4/17].
- VAGGIONE, J.M., «Reactive politicization and religious dissidence: the political mutations of the religious», *Social Theory and Practice*, vol. 31, núm. 2, 2005, pp. 233-255.
- WELLER, S., «Salud Reproductiva de los/las Adolescentes. Argentina 1990-1998». CEDES, 2004. Disponible en: <<http://www.portalsida.org/repos/Salud%20reproductiva%20de%20los%20adolescentes.pdf>> [Consultado el 7/4/17].