

LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS EN LA ARGENTINA:
APORTES PARA COMPRENDER SU HISTORIA

MÓNICA PETRACCI
SILVINA RAMOS
(Compiladoras)

LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD Y
DERECHOS SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS EN LA ARGENTINA:
APORTES PARA COMPRENDER SU HISTORIA



Petracci, Mónica

La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina:
aportes para comprender su historia /

Mónica Petracci y Silvina Ramos - 1a ed. - Buenos Aires : CEDES, 2006.

260 p. ; 23x16 cm.

ISBN 987-21844-5-3

1. Políticas Públicas. I. Ramos, Silvina II. Título

CDD 320.6

ISBN-10: 987-21844-5-3

ISBN-13: 978-987-21844-5-2

CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad)

Sánchez de Bustamante 27

(C1173AAA) Buenos Aires – Argentina

Tel./Fax: (54-11) 4865-1707/1712

E-mail: salud@cedes.org

Web site: <http://www.cedes.org>

UNFPA (Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina)

San Martín 674 - Pº 5 B

(C1004AAN) Buenos Aires

Tel./Fax: (54-11) 4313-2963/64

E-mail: OficinaArgentina@unfpa.org

AGRADECIMIENTOS

Como toda compilación, ésta ha sido posible por el compromiso de muchas personas e instituciones. Queremos agradecer muy especialmente a los colegas que ofrecieron generosamente sus trabajos para integrar este volumen. También queremos reconocer el apoyo de la Secretaría de Ciencia y Técnica para la edición de este libro, y el de la Fundación Ford para nuestra tarea como compiladoras. Agradecemos, asimismo, el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina (UNFPA).

Mario Pecheny ha sido un valioso colaborador que nos permitió identificar, con una mirada externa y comprometida, los aprendizajes que nos dejan los estudios aquí reunidos. Las primeras búsquedas de artículos realizadas por Belén Petz fueron una excelente ayuda para pensar esta compilación. Alicia de Santos nos ha ayudado con su dedicada edición de los trabajos.

Por último, nuestro agradecimiento para todos aquellos –investigadores, decisores, equipos de salud, comunicadores sociales y activistas– que leerán este libro y que, quizás motivados por los resultados que aquí se presentan, seguirán trabajando comprometidamente para producir más y mejores investigaciones en este campo y para mejorar la salud sexual y reproductiva de nuestra población y garantizar sus derechos.

Apertura <i>Mónica Petracci y Silvina Ramos</i>	11
Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva <i>Gloria Schuster y Mariana García Jurado</i>	17
Los pediatras y la ley de salud reproductiva <i>Marta Schufer, Paula Martellini y Lorena Moscovich</i>	47
El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable <i>Marta Cappuccio, Olga Nirenberg y Jorge Pailles</i>	67
Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable argentina: ¿una política de género? <i>Griselda Meng</i>	93
Consortio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos. CoNDeRS: una experiencia de monitoreo social <i>Mabel Bianco, Susana Checa, Cecilia Correa, Martha Rosenberg y Cristina Zurutuza</i>	113
De cuando lo privado se hace público, o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza <i>Josefina Brown</i>	131
La política de salud sexual y reproductiva en la provincia de Entre Ríos <i>Virgina E. D'Angelo Gallino</i>	157

Derechos, sexualidad y reproducción: el lugar de los adolescentes en la legislación nacional y en la de Chubut <i>Daniel Eduardo Jones</i>	177
Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires: monitoreo técnico y político <i>Mónica Petracci, Silvina Ramos y Dalia Szulik</i>	203
El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales. El caso del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y su área programática <i>Andrea Daverio</i>	223
Cierre <i>Mario Pecheny</i>	247
Acerca de los autores	251

LA POLÍTICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Sin duda, la historia de la política pública actualmente llamada de salud y derechos sexuales y reproductivos se inició con la restauración de la democracia en la Argentina.¹ A partir de esa apertura, nuestra sociedad comenzó a dar muestras de su preocupación por los derechos sexuales y reproductivos con la derogación de los decretos restrictivos del gobierno de Isabel Perón y de la dictadura militar en 1986, al tiempo que creaba el Programa de Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires en 1988.

Comenzó así una etapa de transición con la emergencia de incipientes y a menudo contradictorios signos de cambio. Esa transición comprendió el pasaje desde una monolítica transición de restricciones y omisiones a otra en la que la salud y los derechos sexuales y reproductivos fueron adquiriendo mayor visibilidad pública, se amplió su reconocimiento como derechos humanos y se demandó al Estado su promoción y la garantía de su ejercicio. Paulatinamente, se introdujeron cambios institucionales y programáticos en los diversos niveles de la política pública, orientados por el principio de la autodeterminación de las personas con relación a sus decisiones en sexualidad y reproducción.

Hoy día se observa un escenario en el cual la salud y los derechos sexuales y reproductivos han sido incorporados a la agenda política de las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales. Pero el recorrido para alcanzar la situación actual no fue lineal. Tuvo avances y retrocesos, períodos de quietud por las conquistas logradas, seguidos de zozobra, y otros de movilización muy activa y propositiva. Transcurrieron varios años, desde 1995 a 2002, hasta que

1. Un trabajo preliminar fue redactado por el Área de Salud, Economía y Sociedad del CEDES: "La salud y los derechos sexuales y reproductivos. Avances y retrocesos", en CELS *Derechos humanos en la Argentina, Informe 2002-2003*, Buenos Aires, 2003, págs. 347-376.

se sancionó la ley nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. A partir de ese momento, las nuevas autoridades sanitarias, en cumplimiento de lo dispuesto por esa ley, llevaron adelante una política activa para la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable que formalizó la incorporación, por primera vez en nuestro país, de la salud sexual y reproductiva en la agenda de las políticas públicas del Estado nacional.

Antes de la sanción de la ley nacional en 2002, catorce provincias habían sancionado sus leyes: La Pampa 1.363/91; Córdoba 8.535/96 (derogada), 9.073/02 y 9.099/03 (modificó la ley 9.073); Mendoza, 6.433/96; Corrientes, 5.146/96, 5.527/03 y 5.601/04; Chaco, 4.276/96; Río Negro, 3.059/96 y 3.450/00; Neuquén, 2.222/97 y 2.285/02; Jujuy, 5.133/99; Chubut, 4.545/99; Ciudad de Buenos Aires, 418/00 y 439/01 (modificó la ley 418); La Rioja, 7.049/00;² Tierra del Fuego, 509/00; Santa Fe, 11.888/01 y San Luis, 5.344/02.³ Cinco provincias lo hicieron después de 2002 (Buenos Aires, 13.066/03; Entre Ríos, 9.501/03; Santa Cruz, 2.656/03; Salta, 73.313/04 y Santiago del Estero, 6.579/05).

El impulso más contundente para la sanción de leyes provinciales provino de la Reforma constitucional de 1994. Excepto la de La Pampa todas las leyes provinciales son posteriores a esa fecha. También la ley 25.673/02 propició la sanción de leyes provinciales, especialmente a través del artículo 13° que invita a adherir a sus disposiciones a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hasta 2006 lo hicieron la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Rioja, Santiago del Estero, Corrientes y Santa Cruz.

Algunas provincias aún continúan sin ley de salud sexual y reproductiva. San Juan y Formosa carecen de ley y de programa. Catamarca, Tucumán y Misiones cuentan, respectivamente, con los Programas de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual; de Procreación Responsable, y de Planificación Familiar Integral.

Entre los actores sociales que fueron partícipes de la historia de la política de salud y derechos sexuales y reproductivos puede mencionarse una larga lista de personas, grupos, entidades y organizaciones: los funcionarios públicos que ocuparon cargos ligados a este campo en diferentes áreas de la administración pública durante las presidencias de Raúl Alfonsín, Carlos S. Menem, Fernando de la Rúa, Adolfo Rodríguez Saá, Eduardo Duhalde y Néstor Kirchner; la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y otras defensorías en las provincias; los organismos del sistema de Naciones Unidas (como el Fondo de Población, UNICEF y UNIFEM), las agencias internacionales de apoyo a la investigación y al activismo en este campo (como la Fundación Ford, la

2. El decreto 1/01 vetó los artículos 4, 6, 7, 8 y 9. La ley 7.505/03 rechazó el veto parcial y se derogó la ley 7.049/00.

3. La ley puntana y la nacional se sancionaron el 30 de octubre de 2002. La provincia se incluyó en la categoría "antes de la sanción de la ley nacional", dado que su ley fue publicada en el Boletín Oficial el 8 de noviembre de 2002, mientras que la ley nacional se publicó el 26 de mayo de 2003.

Fundación Ebert, el Global Forum for Women, y la International Women Health Coalition); las organizaciones del movimiento de mujeres, algunas de ellas nucleadas en el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS) y organizaciones de base que trabajan en temas relacionados, como violencia o VIH/sida, desde esta perspectiva; el feminismo; los profesionales de la salud, médicos y psicólogos; los comunicadores sociales, los grupos ligados a la defensa de la diversidad sexual, y los investigadores del mundo académico.

Muchos de los integrantes de esos colectivos, principalmente mujeres, trabajaron para dar luz y contenido a leyes, declaraciones, solicitadas, consensos de expertos, programas, materiales de difusión, campañas y presentaciones judiciales, cuyo objetivo fue promover la autodeterminación sexual y reproductiva. También muchos acompañaron las manifestaciones públicas en apoyo de cambios legales y programáticos. Toda esta experiencia política ha conformado una red de solidaridades, sin duda no exenta de diferencias, que hizo posible construir el escenario actual, sensiblemente más positivo del que disponíamos a mediados de los años ochenta.

LA COMPILACIÓN

Convencidas de los aportes de las ciencias sociales al debate público y a la formulación, implementación y evaluación de políticas, y con la experiencia de haber establecido, como investigadoras, vínculos diversos con muchos de los actores mencionados, tanto en el plano personal como en el político e institucional, decidimos convocar a un conjunto de colegas para esta compilación sobre la política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina.

El propósito que nos animó fue reunir artículos realizados por investigadores de diferentes generaciones, formaciones profesionales, y pertenencias institucionales, para dar así mayor visibilidad a la discusión académica sobre esta política pública.

Reunimos diez artículos cuyos focos están puestos en el análisis de las legislaciones, y el monitoreo o la evaluación de la política pública desde las perspectivas de género y derechos.

En primer lugar se presenta “Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva” de Gloria Schuster y Mariana García Jurado. Las autoras comienzan presentando un panorama general sobre el proceso de sanción de leyes, y luego, tal como el nombre del artículo lo indica, analizan las leyes a partir de sus denominaciones, objetivos, acciones propuestas, autoridad encargada de la aplicación y el financiamiento, destinatarios, métodos anticonceptivos mencionados, posición sobre la objeción de conciencia, y la inclusión o no de educación sexual.

A continuación siguen dos artículos que analizan la ley nacional desde la perspectiva de los profesionales de la salud, de diferentes especialidades, y en

distintas provincias. En ambos se concluye, entre otros temas, sobre la falta de conocimiento de las normativas. Ese hallazgo, que corrobora los resultados de estudios previos, es un llamado de atención para los funcionarios encargados de tomar decisiones en este campo, quienes deberían encarar la capacitación de los profesionales sobre el contenido y alcances de las normativas.

“Los pediatras y la ley de salud reproductiva”, de Marta Schufer, Paula Martellini y Lorena Moscovich, presenta los hallazgos de un estudio que se inició con un análisis comparado de las leyes de las distintas provincias respecto de la ley nacional, que da cuenta del clima ideológico; continúa con entrevistas a informantes clave, y finalmente indaga a pediatras a través de entrevistas y grupos focales en la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Córdoba, Mendoza, Neuquén, Buenos Aires (Lanús) y Tucumán.

“El equipo de salud ante la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”, de Marta Cappuccio, Olga Nirenberg y Jorge Pailles, presenta los hallazgos de un estudio multicéntrico que relevó las actitudes de los profesionales de la salud hacia la sexualidad, el género, los adolescentes, la legislación y los programas de salud sexual y procreación responsable en la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Catamarca, Corrientes, Misiones, Neuquén y Tucumán.

“Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable argentina: ¿una política de género?”, de Griselda Meng, analiza, desde una perspectiva de género, el proceso de sanción de las leyes provinciales y, especialmente, se reconstruye el proceso de trámite parlamentario de debate y sanción de la ley nacional y, finalmente, plantea tanto las limitaciones como los avances de la ley.

“Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos. CoNDeRS: una experiencia de monitoreo social”, de Mabel Bianco, Susana Checa, Cecilia Correa, Martha Rosenberg y Cristina Zurutuza, integrantes del Comité Coordinador, desarrolla la perspectiva desde la cual el Consorcio implementa el monitoreo social de la ley 25.673, con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), a través de la realización de actividades de control social y/o ciudadano, la producción de materiales y la promoción de la participación de la sociedad civil interesada en el monitoreo, y la apropiación de los derechos sexuales y reproductivos por la población.

Los cinco artículos siguientes ponen énfasis en leyes provinciales y de la Ciudad de Buenos Aires.

En “De cuando lo privado se hace público, o de cómo se construyen las políticas sobre sexualidad y (no) reproducción. El caso de Mendoza”, Josefina Brown analiza las posturas a favor y en contra de los derechos sexuales y reproductivos en los debates legislativos que rodearon la sanción de la ley 6.433 de Salud Reproductiva en 1966 y el proyecto de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria en 2000, y también analiza esas posturas en las entrevistas a los profesionales y las usuarias involucrados en la puesta en marcha de la Resolución Ministerial de Ligadura de Trompas de Falopio.

“La política de salud sexual y reproductiva en la provincia de Entre Ríos” es un trabajo en el que Virginia D’Angelo Gallino analiza el decurso de la política desde los primeros trabajos de los equipos de salud de la década del setenta hasta la sanción en junio de 2003, de la ley 9.501 que creó el Sistema Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual, y concluye con una enumeración de los resultados alcanzados y no alcanzados después de la aplicación de la normativa.

En “Derechos, sexualidad y reproducción: el lugar de los adolescentes en la legislación nacional y en la de Chubut”, Daniel Eduardo Jones hace un análisis político de la ley provincial en comparación con la ley nacional, con especial énfasis en el papel asignado a los adolescentes, y estudia el concepto de derechos humanos entendido como una estructura tanto discursiva como práctica. También analiza la presencia –y eficacia simbólica– de las demandas sobre reproducción y sexualidad insertas en ese discurso. Es un aporte al debate sobre las tensiones presentes en los principios de igualdad y derecho a la diferencia, responsabilidades públicas y respeto a la privacidad.

En “Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires: monitoreo técnico y político”, de Mónica Petracci, Silvina Ramos y Dalia Szulik, las autoras reflexionan técnica y políticamente sobre las estrategias de un modelo de monitoreo de políticas públicas y presentan los principales hallazgos de la evaluación de dos temáticas clave: la calidad de la atención y el reconocimiento y las posibilidades de ejercicio de los derechos desde la perspectiva de las usuarias y los profesionales de la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires.

También la ley de la Ciudad de Buenos Aires es estudiada en “El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales. El caso del Hospital General de Agudos ‘Dr. Cosme Argerich’ y su área programática”, de Andrea Daverio, quien explora los obstáculos programáticos y operativos referidos tanto al diseño como a la implementación de los programas, y los ideológicos y de género referidos a la conceptualización de salud sexual y reproductiva vigente en los servicios, el abordaje de la sexualidad, y la presencia de un enfoque de género y de derechos en las prácticas de los servicios.

Mario Pecheny cierra el volumen mediante una reflexión sobre dos cuestiones que nos autorizan cierto optimismo. Por un lado, llama la atención acerca de la quizás inadvertida formación de un verdadero campo dentro de las ciencias sociales de la Argentina, que hizo de la intersección problemática de la salud, la sexualidad y la reproducción, el centro de su interés y trabajo. Por otro lado, pone en perspectiva cómo, en un lapso de pocos años y aún con deudas pendientes como en el caso del aborto, se produjo una catarata de legislaciones, políticas y discusión pública sobre estas materias, que dejó atrás el silencio e instaló las perspectivas de género y derechos.

Esta compilación fue pensada desde el ángulo de la política pública orienta-

da a la promoción de la autodeterminación sexual y reproductiva. Creemos que sus destinatarios son los directores de programas, legisladores, investigadores, comunicadores sociales, activistas, docentes, estudiantes y todos quienes están involucrados en acciones cuyo sentido se dirija a la consolidación de un campo de debate informado y de políticas e intervenciones sociales que afiancen los derechos sexuales y reproductivos, y con ellos el ejercicio de una ciudadanía más plena de nuestra población, en particular de las mujeres.

Seguramente trabajos valiosos quedaron fuera de nuestra selección. De todos modos creemos que los artículos seleccionados responden apropiadamente al objetivo propuesto, y es de esperar que alienten iniciativas similares que recuperen otros aportes de la producción académica nacional. En esta línea existen valiosos antecedentes, como las publicaciones de las jornadas que desde hace ya varios años vienen organizando conjuntamente la Asociación de Estudios de Población en la Argentina (AEPA), el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el Centro de Estudios de Población (CENEP), como las Jornadas de Debate Interdisciplinario del Área Salud y Población del Instituto Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

Esperamos que el libro contribuya en varios sentidos. Por un lado, más específicamente en el ámbito académico, que permita la apertura de nuevas líneas de investigación. Por otro, que ayude a comprender mejor la historia y la situación actual de la política pública de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina, visibilizando y ofreciendo alternativas para mejorar las fallas en la implementación de las leyes y los programas, la todavía ausencia de garantías plenas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el cumplimiento de los acuerdos de El Cairo (1994), Beijing (1995) y sus afianzamientos posteriores, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Esos compromisos de la comunidad internacional, con base en el marco de los derechos humanos y la perspectiva de género, contribuirán a disminuir la iniquidad social, que impide gozar de sus derechos fundamentales a personas y grupos postergados, especialmente las mujeres y los niños.

La plena vigencia de los derechos fundamentales es una utopía que orienta la acción y será siempre perfectible. El camino de su realización sólo será posible si el compromiso tanto ético como político para reducir las desigualdades materiales y de poder entre ricos y pobres, y entre varones y mujeres ocupa un lugar destacado en las agendas políticas. Nuestra sociedad enfrenta actualmente este desafío y es nuestra intención que esta compilación ayude a comprender los pasos ya dados y, más aún, a orientar los que todavía restan para afianzar los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina.

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA LEGISLACIÓN NACIONAL Y PROVINCIAL EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA¹

Gloria Schuster y Mariana García Jurado

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como objetivo realizar un estudio comparativo de la legislación provincial y nacional en materia de salud sexual y reproductiva, a partir de una lectura de la normativa vigente. No es parte de este estudio el sondeo sobre la implementación de las leyes, en cuanto al real acceso a los servicios. Aspecto fundamental en vista a obtener un panorama más próximo a las diferentes realidades. Por lo tanto, hay que tener presente que este abordaje tiene como límite el texto de la ley. No obstante, constituye un análisis interesante a considerar porque en el consenso que toda ley necesita para crearse, sabemos que existe un campo donde se juegan, ganan y conviven, posiciones, perspectivas y hasta derechos diferentes y antagónicos. Esto produce ambivalencias y contradicciones que atraviesan particularmente a las leyes en materia de derechos sexuales y reproductivos.

A los fines de realizar un análisis comparativo, este informe ha sido organizado de la siguiente manera:

1. Síntesis esquemática de las leyes vigentes, organizada en un cuadro en el que se consignan el nombre de la provincia, el número y nombre de la ley, la fecha de sanción y referencia al estado de reglamentación. El orden está dado por la aparición temporal de las normas.
2. Panorama legislativo, donde se detalla el desarrollo cronológico de la legislación vigente.
3. Desarrollo comparativo de las leyes en cuanto a su contenido y alcance, según:

1. Versión sintetizada y actualizada del informe realizado en abril de 2005 para el Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales (CoNDeRS), publicado en <http://www.conders.org.ar/estudio.htm>.

- A. Las *denominaciones*
- B. Los *objetivos*
- C. Las *acciones*
- D. Los *métodos anticonceptivos*
- E. Los *destinatarios*
- F. La *objeción de conciencia*
- G. La *autoridad de aplicación* y el *financiamiento*
- H. La *educación sexual*

4. Consideraciones finales, sintetizamos aquellos aspectos que nos resultan más sobresalientes del estudio.

1. CUADRO ESQUEMÁTICO DE LEYES VIGENTES EN LAS PROVINCIAS²

Provincia	Ley	Nombre	Sanción	Reglamentación
La Pampa	1.363	Programa Provincial de Procreación Responsable	27-12-91	No
Chaco	4.276	Programa de Educación para la Salud y Procreación Humana Responsable	10-04-96	Sí Decreto 462/97
Corrientes	5.146	Programa de Acción en Favor de la Salud de la Mujer y el Niño Adhesión ley nacional	21-11-96	No
	5.601		29-09-04	
	5.527		01-07-03	
Mendoza	6.433	Programa Provincial de Salud Reproductiva	22-10-96	Sí Decreto 2.010/99
Neuquén	2.222	Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	31-10-97	Sí Decreto 3.331/98
Misiones	Decreto 92/98	Programa Provincial de Planificación Familiar Integral	02-02-98	No
Jujuy	5.133	Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable y de Prevención de ETS	03-06-99	Sí Decreto 2.139/00
Chubut	4.545	Programa de Salud Sexual y Reproductiva	23-11-99	Sí
Río Negro	3.450	Programa Provincial de Salud Reproductiva y Sexualidad Humana	12-10-00	Sí Decreto 586/01

2. En este cuadro y en el punto Panorama legislativo se encuentran consignados el número, el nombre y la fecha de sanción de todas las leyes. En el resto del informe, con el fin de facilitar su lectura, las leyes son referenciadas únicamente con el nombre de la provincia correspondiente.

Provincia	Ley	Nombre	Sanción	Reglamentación
Ciudad de Buenos Aires	418	Salud Reproductiva y Procreación Responsable	22-06-00	No
Tierra del Fuego	509 (533, modif. art. 8º - 2001)	Régimen Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	03-01-01	No
Santa Fe	11.888	Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	20-05-01	Sí Decreto 2.442/02 mod. decr. 3.009/02
Entre Ríos	9.501	Sistema Provincial de Salud Sexual y Reproductiva y Procreación Responsable	22-06-03	No
Provincia de Buenos Aires	13.066	Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	17-06-03	Sí Decreto 2.327/03
Córdoba	9.073	Programa de Maternidad y Paternidad Responsable	13-01-03	No
Salta	73.113	Sexualidad Responsable	24-08-04	No
San Luis	5.429	Programa Provincial Integral de Salud Reproductiva	25-02-04	No
Santa Cruz	2.656	Adhesión a la ley nacional (sin erogación de fondos)	26-06-03	
La Rioja	7.425	Adhesión a la ley nacional	21-11-02	

2. PANORAMA LEGISLATIVO EN LAS PROVINCIAS

De las veinticuatro provincias argentinas,³ diecisiete han sancionado leyes de salud reproductiva, dos cuentan únicamente con una adhesión a la ley nacional y cinco no tienen norma en la materia. Las que sólo han sancionado una ley de adhesión al programa nacional son Santa Cruz y La Rioja, y las que carecen de norma específica, Catamarca, Formosa, Santiago del Estero, Tucumán y San Juan.⁴

Para el desarrollo del surgimiento progresivo de las leyes provinciales partimos de contextualizar brevemente la situación normativa nacional a partir de la restitución del orden constitucional. En el año 1986 se derogan los decretos restrictivos en materia de anticoncepción emitidos por el gobierno militar en los

3. Incluida la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

4. En el cuadro anterior se encuentra el detalle de todas las normas vigentes, el nombre de los programas que crean, la fecha de entrada en vigencia y el estado de reglamentación.

años 1974 y 1977,⁵ y se reconoce explícitamente a través del decreto 2.274/86 “el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos”. Juntamente con ello se autoriza a los servicios de salud estatales a proveer orientación y asistencia en asuntos de procreación, y promover acciones tendientes a mejorar la salud de la madre y el niño.

La primera provincia argentina que sanciona una ley sobre el tema es *La Pampa*. En el año 1991 se promulga la ley 1.363 que crea el Programa Provincial de Procreación Responsable. Esta norma es pionera en la materia, por ser la primera sancionada en el país y encontrarse conceptualmente enmarcada en los derechos sexuales y reproductivos.

En el año 1996 varias son las provincias que dictan leyes en la materia, aunque muchas sufren diversos obstáculos, como el veto del Poder Ejecutivo y el ataque de sectores conservadores y de la Iglesia.

La primera de ellas fue la de la Provincia del *Chaco* bajo el N° 4.276 que, sancionada por la legislatura provincial el 10 de abril de 1996, recibió el veto del Poder Ejecutivo. El 29 de agosto del mismo año fue finalmente convertida en ley, con modificaciones.

La segunda iniciativa correspondió a la Ley de Salud Reproductiva y Sexualidad 8.535, aprobada en primera instancia en la provincia de *Córdoba*, y vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo, alegando deficiencias en la técnica legislativa.

La provincia de *Río Negro* también dicta su primera ley en el año 1996 (3.059), aunque ésta es sustituida en el año 2000 por la ley 3.450. En octubre de ese año fue el turno de la provincia de *Mendoza*, que sanciona la ley 6.433.

Una mención aparte merece la provincia de *Corrientes*, que en este mismo año sanciona la ley 5.146 de Creación del “Programa a favor de la Salud de la Mujer y el Niño”. Esta norma, originariamente muy restringida en sus objetivos y acciones (ya que no incluyó el suministro de anticoncepción), fue ampliada en septiembre de 2004 a través de la ley 5.601 que incorpora estas prácticas.

El surgimiento de estas iniciativas provinciales no puede analizarse sin tener en consideración la reforma de la Constitución Nacional de 1994 a partir de la cual distintos documentos sobre derechos humanos ratificados oportunamente por la Argentina fueron incorporados con jerarquía constitucional. Entre ellos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.⁶

La sanción de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires en el año 1996 también constituye un avance importante, ya que reconoce expresamente los derechos reproductivos y sexuales.

5. Decretos 659/74 y 3.938/77.

6. Nótese que la Convención había sido aprobada por nuestro país mediante la ley 23.179, sancionada en 1985.

La provincia del *Neuquén* sanciona en el año 1997 la ley 2.222, y *Misiones* en el año 1998 crea el Programa Provincial de Planificación Familiar Integral, a través del decreto 92/98. Se trata de la única provincia que ha regulado el tema a través de un decreto.

En el año 1999 se sancionan las leyes 5.133 de *Jujuy* y 4.545 de *Chubut*. En 2000 la *Ciudad de Buenos Aires* aprueba la ley 418. En el mismo año *La Rioja* sanciona una ley que sufre el veto parcial del Poder Ejecutivo y finalmente es derogada en el año 2003.⁷ En 2001 se dictan las leyes 509 de *Tierra del Fuego* y 11.888 de *Santa Fe*.

Después de siete años de espera, durante los cuales tres proyectos no lograron sancionarse debido a la presión de sectores conservadores de la sociedad y de la Iglesia Católica, el 30 de octubre de 2002 se sanciona la *ley nacional* 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En ese año *La Rioja* adhiere a la ley nacional, mediante la ley 7.425.

En el año 2003 adhieren a la ley nacional *Corrientes* (ley 5.527) y *Santa Cruz* (ley 2.656). Sancionan leyes las provincias de *Entre Ríos* (9.501), de *Buenos Aires* (13.066) y de *San Luis* (5344). Esta última es derogada por la ley 5.429 durante el año 2004, lo cual ha significado un retroceso con relación a la normativa anterior.

La ley de la provincia de *Buenos Aires* sufrió el veto del Poder Ejecutivo, a través del decreto 938/03, el cual dispone su promulgación derogando tres artículos:

- El que facultaba a la autoridad de aplicación a “[...] dictar los reglamentos necesarios para hacer efectivos cada uno de los objetivos” (artículo 5° d).
- El que disponía que las autoridades educativas de gestión privada, confesionales o no, debían dar cumplimiento al programa (artículo 7°).
- El de invitación a las municipalidades de la provincia a adherir a la ley (artículo 9°).

La provincia de *Córdoba* en el año 2003 sanciona la ley 9.073 de maternidad y paternidad responsables, que expresamente deroga la ley 8.535.

La última provincia que sanciona una ley es *Salta* (73.113) en el año 2004.

Si bien no ha formado parte de este estudio, se debería tomar en cuenta en una próxima profundización del tema, la existencia de *ordenanzas municipales* que crean programas semejantes.

7. La ley 7.049 es derogada a través de la ley 7.505, sancionada el 5 de junio de 2003.

3. DESARROLLO COMPARATIVO DE LAS LEYES

A. Las denominaciones

La casi totalidad de las diecisiete leyes existentes establecen la creación de programas.

En cuanto a los nombres de éstos, la mayoría –nueve de los diecisiete– contiene el término “*salud reproductiva*”.⁸ Cuatro contienen además la expresión “*salud sexual*”,⁹ y tres, el término “*procreación responsable*”.¹⁰ La ley nacional incluye estos dos últimos conceptos.

Los dos programas que presentan *denominaciones particulares referidas a la familia* son el de Misiones, que se denomina de “Planificación familiar integral”, y el de Corrientes, llamado “Programa de Acción a favor de la Salud de la Mujer y el Niño”. Las leyes de Córdoba y Jujuy nominan sus programas “De maternidad y paternidad responsable”, agregando ésta última “[...] y de prevención de ETS”. Las del Chaco y Entre Ríos incluyen en su nombre el término “educación”, y las de Salta y Río Negro, el de “sexualidad”.

El análisis comparativo de los nombres de las leyes nos permite contar con un primer elemento de juicio sobre la orientación de éstas, el perfil ideológico que las enmarca y qué aspecto se encuentra priorizado. Un primer aspecto por considerar es que la mayoría de las leyes tienen puesto el énfasis en la salud reproductiva, y en mucho menor grado aparece contemplada la salud sexual. La única que utiliza el término “planificación familiar” es la de Misiones.

Si bien el nombre suministra un indicio acerca de la orientación de la ley, no siempre se corresponde absolutamente con el texto de ésta. Un ejemplo lo encontramos en la ley de La Pampa, que llama a su programa de Procreación Responsable, pero consagra entre sus objetivos “[...] favorecer el ejercicio de una sexualidad plena, sin temor al embarazo”.¹¹ Por ello el análisis se amplía y enriquece al analizar comparativamente los objetivos, las acciones y demás elementos de las normas.

Las leyes que incluyen en la denominación de sus programas la salud sexual (Chubut, Entre Ríos, Neuquén y Tierra del Fuego) significan un avance sobre las que sólo la restringen a la salud reproductiva. El nombre dado por la norma de Río Negro a su programa –Salud Reproductiva y Sexualidad Humana– se encuentra entre los más avanzados. Consideramos más apropiada la utilización del término “sexualidad humana”, ya que la expresión “salud sexual” denota una connotación biomédica, y da lugar a entender que existen “conductas

8. Chubut, Entre Ríos, Neuquén, Tierra del Fuego, Santa Fe, provincia de Buenos Aires, Mendoza, Ciudad de Buenos Aires y Río Negro.

9. Chubut, Entre Ríos, Neuquén y Tierra del Fuego.

10. Santa Fe, provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires.

11. Ley 1.363, artículo 2.4.

sexualmente sanas”. En el otro extremo podemos ubicar a Misiones, Corrientes, Córdoba y Jujuy con nombres que reducen el tema a la “planificación familiar”, “mujer y niño”, “maternidad y paternidad”. No sólo excluyen totalmente la sexualidad, sino que restringen el concepto de reproducción a la planificación de los nacimientos en el ámbito de la familia.

B. Objeto y objetivos

En los primeros artículos de cada norma, además de enunciarse el nombre de los programas, se definen su objeto y sus objetivos y, en muchos casos, el sustento jurídico de la norma. Un detenido análisis de estos aspectos da cuenta del marco conceptual en el que se inscribe la ley, permitiendo definir su orientación ideológica. Mientras algunas abordan el tema en el marco de los derechos sexuales y reproductivos, otras lo hacen con una orientación asistencial, poniendo el énfasis en cuestiones tales como la protección de la vida desde la concepción, o la protección de la familia y la maternidad.

Las normas de La Pampa, Chaco, San Luis, Chubut, Tierra del Fuego y Ciudad de Buenos Aires consagran en sus primeros artículos que los programas garantizarán el derecho humano de decidir libre y responsablemente sobre las pautas reproductivas. Algunas de ellas –Chaco, Chubut, Ciudad de Buenos Aires y Tierra del Fuego– garantizan también el derecho humano a decidir libre y responsablemente las pautas inherentes a la salud sexual.¹²

La ley de Neuquén, si bien no menciona el término “derechos humanos”, establece como su objeto el promover y garantizar la salud sexual y reproductiva. De igual modo la ley nacional, sin hacer una referencia literal del término “derechos humanos”, se inscribe en este marco al establecer como primer objetivo del programa el de “alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones y violencia”.

La ley de Río Negro asegura a los habitantes “[...] el ejercicio de manera libre, igualitaria, informada y responsable de los derechos reproductivos [...]”, incluida “[...] la realización plena de la vida sexual [...] la libre opción de la maternidad paternidad [...] la planificación familiar voluntaria y responsable [...]”], entre sus objetivos (artículo 2º).

Entre las normas que evidencian una orientación más vinculada al asistencialismo social y la planificación familiar se encuentra el decreto de Misiones, que coherente con el nombre del programa, establece como objeto el brindar la posibilidad de acceder a atención especializada y completa referente a la planificación de la familia. La provincia de Salta establece un régimen para la promoción

12. La del Chaco agrega “[...] como así también, y antes de la concepción de la vida, en lo concerniente a la procreación humana responsable [...]”.

de la responsabilidad en la sexualidad y en la transmisión y el cuidado de la vida, garantizando servicios de atención médica, educativa y de asistencia social.

Pensamos que la enunciación de objetivos más avanzada la contienen las normas de Río Negro, Tierra del Fuego, Ciudad de Buenos Aires, Entre Ríos y la ley nacional, dado que apuntan a garantizar a todas las personas el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Entre las menos avanzadas se encuentra por ejemplo la de Salta, cuyos objetivos priorizan la protección de la vida desde la concepción y la promoción del desarrollo integral de la familia (artículo 2º a y b). En igual sentido, la ley de Jujuy coloca en el primer inciso de los objetivos “el cuidado de la salud de los niños desde la concepción”, y enuncia entre los “[...] flagelos [...]” que provocan la morbimortalidad perinatal y materna “[...] la ignorancia, el abandono personal, el descuido [...]”. Estas dos normas, el decreto de Misiones y la ley de San Luis restringen los objetivos de los programas a la planificación familiar o la paternidad responsable. Esta última coloca entre sus objetivos: “Garantizar el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales actuantes” (artículo 2º h).

Seguidamente realizamos un análisis pormenorizado de algunas de las premisas presentes en las distintas normas, las cuales nos permiten profundizar acerca de su orientación.

Formulación de los objetivos. Aspectos relevantes

Se advierten diferencias y similitudes en la formulación de los objetivos en las distintas normas.

Resulta interesante observar en la formulación y el desarrollo de los objetivos las premisas que se encuentran o no presentes en las distintas leyes. Podemos mencionar, entre otras, las siguientes: la cuestión de género, el tema de la educación, el de la gratuidad, el respeto a la diversidad cultural, la cuestión del respeto a la vida desde la concepción, y la valorización de la familia.

Perspectiva de género. La mención expresa de este término la encontramos en la ley de Entre Ríos, que en uno de sus objetivos enuncia: “Orientar e informar a la población sobre el ejercicio de la sexualidad con perspectiva de género” (artículo 2º c). La ley de la Ciudad de Buenos Aires también hace mención expresa de esta perspectiva orientada a garantizar en los distintos servicios la existencia “[...] de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género” (artículo 4º h).

La ley nacional incluye la cuestión desde el ángulo de “potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativa a su salud sexual y procreación responsable” (artículo 2º g).

Educación. En cuatro provincias –Chaco, Jujuy, Chubut y Corrientes– se advierte en la formulación de los objetivos un énfasis puesto en el aspecto de la educación. Esto solamente se refleja en el nombre del programa, en el de la provincia del Chaco. Esta ley enuncia cuatro objetivos, dos de los cuales apuntan a la capacitación de los agentes de salud y profesionales en temas de sexualidad y reproducción, uno se refiere a la promoción de campañas de difusión sobre temáticas de paternidad responsable, sexualidad, ETS y sida, y el último, a la coordinación de acciones con diferentes organismos públicos y privados. La ley de Chubut también enuncia cuatro objetivos que versan exclusivamente sobre el tema de la orientación y el asesoramiento a la población, la creación de conciencia pública y promoción de actitudes y comportamientos acordes con el respeto de los derechos reproductivos, la promoción de campañas de difusión y capacitación permanente con abordaje interdisciplinario de todos los agentes, incorporando conceptos de bioética (artículo 2°). En la ley de Jujuy se enuncia un primer objetivo consistente en “educar a la comunidad en general [...] sobre maternidad y paternidad responsable, el cuidado de la salud integral [...]”. Este objetivo guarda relación con el enunciado en el inciso c del mismo artículo 2°, en el que habla de disminuir la morbilidad perinatal y materna “[...] atacando los flagelos que la provocan, como la ignorancia, el abandono personal, el descuido, la desnutrición, la violencia familiar, etc.”.

Muchas de las leyes incluyen la capacitación, orientación e información entre sus objetivos, aunque las arriba mencionadas lo hacen en forma casi exclusiva.

Vida desde la concepción. Las leyes de Jujuy, Salta, Santa Fe, Mendoza y Chaco consignan especialmente el tema de la “vida desde la concepción”, entre sus objetivos. La de Jujuy que precedentemente analizamos incluye en el inciso a) del mencionado artículo 2°, la educación en “[...] el cuidado de la salud de los niños desde su concepción”. La ley de Salta directamente enuncia como primer objetivo: “Proteger y promover la vida de las personas desde la concepción”.¹³ La provincia de Santa Fe enuncia como objetivo principal del Programa: “Promover la maternidad y paternidad responsables [...], en el marco del reconocimiento del derecho a la vida desde la concepción”.¹⁴ La provincia de Mendoza también establece como objetivo general el “[...] proteger la vida desde el momento de la concepción y promover el desarrollo integral de la familia”.¹⁵ La ley del Chaco hace una referencia no muy clara en su artículo 1°, a este aspecto, al señalar que “[...] se pondrá a disposición de la población, la educación, información, métodos y prestaciones de servicios que garanticen el derecho humano a decidir libre y responsablemente las pautas inherentes a su salud sexual como así también, y antes de la concepción de la vida, en lo con-

13. Artículo 2° a.

14. Artículo 2° a.

15. Artículo 1°.

cerniente a la procreación humana responsable en concordancia con la legislación de fondo vigente”.

Valorización de la familia. En la ley de la provincia de Buenos Aires se advierte una especial preocupación en resaltar el valor de la familia. En su artículo 1° se establece que la ley encuentra su sustento jurídico en el artículo 16° de la ley 23.179, en el derecho humano a la salud y a la protección de la familia, considerada ésta como una sociedad natural existente antes que el propio Estado. Entre los objetivos se enuncia el de “valorar la maternidad y la familia” (artículo 2° c). En el artículo 3° reconoce el derecho social de la familia, el que se encuentra contemplado como tal en la Constitución de la Provincia de Buenos Aires (artículo 36° 1), y considera como premisa fundamental la satisfacción del interés superior del niño. La ley de la provincia de Córdoba enuncia este énfasis al establecer como beneficiarios de la ley a la familia en especial y la sociedad en general.¹⁶

Gratuidad. La referencia expresa a la gratuidad del servicio puede ser positiva en tanto refuerza esta obligación que, de todos modos, tienen todas las provincias que han creado Programas de Salud Reproductiva al garantizar el servicio a toda la población sin discriminación, tal como lo veremos al abordar el tema de los destinatarios. La única norma que contempla este aspecto en forma expresa es la de la provincia de Entre Ríos que establece como primer objetivo del sistema “garantizar la gratuidad del servicio a toda persona, en especial a hombres y mujeres en edad fértil [...]”.¹⁷ Con otro alcance, la ley santafesina establece que “[...] El programa orientará sus acciones a los grupos sociales más desprotegidos y de riesgo”.¹⁸ La ley de Salta fija como objetivo posibilitar el acceso igualitario de las personas a todos los servicios.

Como veremos al abordar el tema de los métodos anticonceptivos, otras normas contemplan la cuestión de la gratuidad en los artículos referidos a los servicios y acciones.

Respeto a las pautas culturales y religiosas. La cuestión del respeto a las pautas culturales, éticas o religiosas de las personas destinatarias de los servicios de salud reproductiva también se encuentra incluida en los objetivos de muchas normas. Lo contemplan bajo este título, la provincia de Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos, Mendoza, Misiones¹⁹ y Salta.

En la norma de la Ciudad de Buenos Aires esta cuestión fue introducida por

16. Artículo 1°.

17. Artículo 2° a.

18. Artículo 2° c.

19. Lo contempla en los Considerandos del decreto 92/98, al enunciar los objetivos primordiales del Programa, establece: “[...] a) Promover los cambios sociales y/o políticos que posibiliten crear en

una modificación de la norma, realizada un mes después de su sanción, en el artículo correspondiente a Destinatarias/os.²⁰

Objetivos comunes a la mayoría de las leyes

Además de las cuestiones arriba planteadas, observamos un grupo de temáticas que se reiteran. Algunas aparecen en la mayoría de las normas y otras sólo en algunos casos; a veces como objetivos, y, otras, como líneas de acción.

- Disminuir la morbimortalidad infantil. Este objetivo se encuentra presente en once normas.²¹
- Prevenir, disminuir o evitar abortos. Establecido como objetivo en siete normas.²²
- Promover la salud sexual y/o educación sexual de los adolescentes. Consagrado en seis normas.²³
- Brindar información respecto a edades e intervalos intergenésicos más adecuados para la reproducción. En cinco normas.²⁴
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y patologías genitomamarias. En diez normas.²⁵

C. Las acciones

Si comparamos las acciones que las legislaciones provinciales señalan, podemos reconocer ciertos ejes que están presentes de alguna manera en todas las leyes:

- Información, asesoramiento, control y prescripción de métodos anticonceptivos.
- Información, asesoramiento, detección precoz de ETS, HIV-sida y de cáncer genitomamario.

la comunidad una clara conciencia sobre salud reproductiva, sobre la base de una libre elección de los métodos, de acuerdo con las pautas culturales de cada ciudadano [...]”.

20. La ley 418 fue sancionada el 22 de junio de 2000, y la ley 439, modificatoria de tres artículos de aquella (5°, 7° c y 8°), el 13 de julio de 2000.

21. Provincia de Buenos Aires, ley nacional, Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza, Misiones, Neuquén y Río Negro.

22. Provincia Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Mendoza y Corrientes.

23. Provincia de Buenos Aires, ley nacional, Neuquén, Río Negro, Ciudad de Buenos Aires y Entre Ríos. En estas dos leyes figura como: Promover la reflexión conjunta entre adolescentes y sus padres sobre salud reproductiva y la procreación responsable y la prevención de ETS.

24. Provincia de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Entre Ríos, La Pampa y Corrientes.

25. Ciudad de Buenos Aires, ley nacional, provincia de Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Misiones, Neuquén y Corrientes.

- Capacitación permanente.
- Difusión.
- Relación con organismos gubernamentales y no gubernamentales.
- Información y registro.

1. Información, asesoramiento, control y prescripción de métodos anticonceptivos

Todas las leyes provinciales hacen referencia, entre sus acciones, a la información y el asesoramiento de métodos anticonceptivos,²⁶ además de destinar un artículo exclusivo para hacer referencia a sus características.²⁷ En todos los casos el suministro tiene precondiciones: la información sobre su efectividad, contraindicaciones, ventajas/desventajas y su correcta utilización. Otra precondición suelen ser los controles previos, posteriores y periódicos a su prescripción.

La legislación nacional también es coincidente con estos criterios de implementación. Así, el control, el seguimiento y la evaluación permanente, que implica una concepción predominantemente biomédica, es el enfoque central para la prescripción y el suministro de métodos anticonceptivos en nuestro país.

A pesar de ello, existen legislaciones en que las acciones de información y asesoramiento parten de conceptos más amplios, permitiendo abordar aspectos biopsicosociales que inciden en la utilización de los métodos anticonceptivos que generalmente no son tenidos en cuenta. Éste es el caso de Neuquén, cuya reglamentación considera que el asesoramiento en salud reproductiva necesita abordar la violencia sexual como uno de sus temas esenciales. En el mismo sentido, Río Negro reconoce la incidencia de la historia personal, las creencias particulares y la perspectiva de género en la incorporación efectiva de la información y el asesoramiento en salud sexual y reproductiva.

Para desarrollar las acciones de información y asesoramiento, las provincias de Mendoza, Neuquén, San Luis y Buenos Aires establecen en su legislación la creación de gabinetes de orientación o consejerías.

En cuanto al *suministro*, accesibilidad o provisión, todas las legislaciones lo incluyen expresamente, salvo como ya se dijo San Luis. Sin embargo, algunas provincias condicionaron en sus reglamentaciones este suministro a un registro de consentimiento informado. En el caso de Buenos Aires, se estipula dejar constancia escrita mediante “[...] la suscripción de un documento que acredite que la información fue suministrada en debida forma”.²⁸

En el mismo sentido, Santa Fe plantea “previo a la implementación del

26. A excepción de la provincia de San Luis, cuya reciente norma sólo habla de información, asistencia y orientación para la procreación responsable, pero no habla de los métodos anticonceptivos.

27. En este informe será abordado en el punto D. Métodos anticonceptivos.

28. Reglamentación artículo 2º d.

método elegido, las/los beneficiarias/os recibirán la información y asesoramiento sobre la opción, que quedará registrada mediante el consentimiento informado. En todos los casos se respetará la autodeterminación”.²⁹

En el caso de la provincia de Córdoba, es el mismo articulado de la ley que plantea “[...] asimismo, previo consentimiento por escrito del paciente, podrán prescribir su utilización en cada caso en particular, resguardando la intimidad y dignidad de las personas asistidas”.³⁰

Cabe mencionar que el consentimiento informado por escrito se exige también en aquellas provincias que han incorporado la anticoncepción quirúrgica. Cuestión que nos resulta pertinente en estos casos y no para la elección de los métodos anticonceptivos transitorios y reversibles.

Dentro de las acciones previstas, el suministro gratuito de anticonceptivos está contemplado de manera más o menos explícita en las legislaciones de La Pampa, Chaco, Mendoza, Chubut, Jujuy, Río Negro y Santa Fe. Hay que tener presente que esto no significa que en la implementación el resto de las provincias no entregan gratuitamente los anticonceptivos, al menos en la actualidad.

Algunas leyes hablan también de asesoramiento, asistencia, tratamiento de la *infertilidad*, ellas son La Pampa, Chaco, Mendoza, Chubut, Tierra del Fuego y Salta.

2. Información, asesoramiento, detección precoz de ETS, HIV-sida y de cáncer genitomamario

En cuanto a la información, la detección y el control del cáncer genitomamario, seis provincias lo mencionan expresamente: Misiones, Río Negro, Entre Ríos, Buenos Aires, Salta y Corrientes.

Aunque, como vimos, las legislaciones sobre salud reproductiva han puesto el eje en la procreación responsable, *todas* las leyes que estamos analizando (sea en su texto o en su reglamentación), mencionan entre sus objetivos o sus acciones, la información, el asesoramiento, la detección precoz, el tratamiento o la derivación para las enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo, no todas³¹ hacen referencia explícita al VIH-sida, pero hay que tener en cuenta que en el año 1990 a nivel nacional se sanciona la ley 23.798 que declara de interés nacional la lucha contra esta enfermedad.

Es interesante mencionar la legislación de la Ciudad de Buenos Aires, que entre sus acciones considera la “información acerca de que el preservativo es por el momento el único método anticonceptivo que al mismo tiempo previene de la infección por VIH y del resto de las enfermedades de transmisión sexual”.³²

29. Reglamentación artículo 6°.

30. Ley 9.073, artículo 6°.

31. La Pampa, Santa Fe y Entre Ríos.

32. Artículo 7° f.

En cuanto a la ley nacional, se hace referencia a la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de ETS, VIH/sida y cáncer genital y mamario, no así a la información y el asesoramiento.³³

Por otra parte, a semejanza de la ley nacional, varias leyes provinciales contemplan la incorporación de las prestaciones mencionadas en los puntos 1 y 2 en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional y/o provincial de prestaciones médicas y farmacológicas, y las obras sociales deben incorporarlas a sus coberturas en igualdad de condiciones. A excepción de San Luis, Tierra del Fuego, Ciudad de Buenos Aires y Córdoba.

3. *Capacitación permanente*

Entre las acciones que se enumeran, la capacitación permanente está presente en todas las legislaciones como el complemento de lo establecido en el punto 1 sobre información, asesoramiento, control y prescripción de métodos anticonceptivos.

Esta capacitación tendría dos líneas de acción. Una estaría destinada a agentes de salud, docentes, trabajadores comunitarios, o a quienes estén relacionados con la problemática, y la otra, dirigida a la población en general, a veces focalizada en los adolescentes, como por ejemplo las leyes de Salta, Mendoza, Neuquén y Buenos Aires.

Ambas capacitaciones aparecen como acciones permanentes; en otras palabras, las leyes hablan de capacitación en dos niveles al mismo tiempo. Una destinada a quienes van a atender las necesidades de la población en materia de salud sexual y reproductiva, dejando en evidencia la actual carencia de formación del plantel profesional en este sentido. Y otra, a la población beneficiaria, demostrando interés por promover la toma de decisiones de manera informada.

Para tal fin, se menciona frecuentemente la necesidad de un abordaje interdisciplinario, en algunos casos especializado en salud reproductiva y salud sexual. Las provincias que avanzan más en precisar qué se entiende por esta capacitación son:

Neuquén: prevé la conformación de equipos interdisciplinarios que puedan realizar acciones de promoción en salud reproductiva, precisando además un marco teórico que asegure la perspectiva a través de un glosario específico basado en los derechos sexuales y reproductivos.

Río Negro: plantea un abordaje integral, reconociendo la incidencia de la historia personal, las creencias particulares y la perspectiva de género en la incorporación efectiva de la información y el asesoramiento.

Ciudad de Buenos Aires: habla de capacitación permanente de los agentes involucrados en las prestaciones de salud reproductiva y procreación responsa-

33. Ley 25.673, artículo 6° a.

ble con un abordaje interdisciplinario, incorporando los conceptos de ética biomédica y la perspectiva de género.

Tierra del Fuego: plantea garantizar la existencia en los distintos servicios y centros de salud, de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género.

En muchos casos, las acciones de capacitación y difusión son presentadas como instancias privilegiadas para las articulaciones intergubernamentales y con ONG especializadas en el tema. Volveremos sobre ello en el punto 5.

En cuanto a la legislación nacional, el texto es muy general, al respecto establece que el Ministerio de Salud, en coordinación con los Ministerios de Educación, y de Desarrollo Social, tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios.

4. Difusión

Hay leyes que hacen referencia a la difusión como una de las acciones importantes. En algunos casos se la adjudica a los equipos interdisciplinarios, en otros se solicita la inclusión de comunicadores sociales dependientes de los organismos gubernamentales. También suele constituir una acción de articulación con otras organizaciones no gubernamentales.

Sin demasiadas precisiones, algunas enuncian la realización de campañas en medios masivos de comunicación y otras prefieren hablar de estrategias comunicacionales. Las provincias que incluyen alguna referencia a la difusión entre sus acciones son Neuquén, Misiones, Chubut, Río Negro, Santa Fe, Tierra del Fuego, Entre Ríos, Córdoba, Salta, Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires. Estas últimas plantean la necesidad de *estrategias comunicacionales focalizadas particularmente a adolescentes, dentro y fuera del sistema educativo*, cuestión sumamente importante si tenemos en cuenta que existe una gran población de jóvenes que no está inserta en el sistema educativo formal.

La legislación que más avanza en el eje de la difusión es la de *Neuquén, seguida por Río Negro*. La reglamentación de la provincia de Neuquén desarrolla de manera más completa este punto. Se reconoce la necesidad de crear distintas estrategias comunicacionales para distintos grupos etarios, proponiendo como canales no sólo los medios masivos de comunicación sino también los alternativos. Se contemplan publicaciones varias y la utilización de técnicas participativas, debido a que la difusión está relacionada con las acciones de capacitación.

En el mismo sentido, la ley de *Río Negro* también plantea instrumentar estrategias comunicacionales, señalando la necesidad de una “información reflexiva”, en el sentido “que permita a la población acceder al conocimiento de la temática de la sexualidad en todas sus dimensiones y aspectos”.³⁴ Esta

34. Artículo 2° 2.

referencia demuestra el espíritu de superar una comunicación meramente informativa.

La legislación nacional enuncia la difusión de manera muy acotada en su reglamentación se plantea la realización de campañas de comunicación masivas por lo menos una vez al año para la difusión del Programa, a cargo de los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social.³⁵

5. Relaciones con organismos gubernamentales y no gubernamentales

Las relaciones con organizaciones y ONG basadas en la articulación y coordinación son mencionadas como una de las acciones previstas en todas las legislaciones. Especialmente para las acciones de capacitación, asesoramiento y difusión es donde los programas convocan a:

- Otras áreas de gobierno, generalmente con los Ministerios de Educación y Desarrollo Social. Hay que tener en cuenta que algunas legislaciones prevén comisiones interministeriales para llevar adelante el Programa, cuyo organismo de ejecución es ya una integración de diferentes organizaciones. Ejemplo: Neuquén y Misiones.
- Universidades, entidades científicas y otras organizaciones afines al tema (ONG). Hay legislaciones que prevén esta articulación en la creación de *consejos asesores* encargados, en primer lugar, de reglamentar las leyes. Ejemplo, Santa Fe.
- La participación de las ONG está presente en casi todos los textos, se considera un aporte necesario, entendemos que esto es consecuencia del protagonismo de las ONG de mujeres en la presión social, tanto a nivel nacional como provincial, para la sanción de las leyes, además del reconocimiento a su trayectoria y tareas de *advocacy*.
- La Iglesia Católica y otras congregaciones. La provincia de Misiones prevé la articulación con la Iglesia Católica para la difusión de métodos naturales, debido a que éstos constituyen el eje principal de la labor de promoción y concientización de la ley. En su artículo 10° dice: “Se solicitará la activa participación de la Iglesia Católica y demás congregaciones religiosas que deseen colaborar en esta tarea específica”. Mientras que la reglamentación de Jujuy convoca al obispado en calidad de asesor y también para coordinación de acciones. Cabe mencionar también que en la provincia de Santa Fe, se dejó sin efecto el decreto que nombraba dos representantes (uno por el arzobispado de Santa Fe y otro por Rosario), para conformar el Consejo Asesor de la ley.
- Entendemos que la articulación con las iglesias en materia de derechos

35. Decreto 1.282, Reglamentación artículo 8°.

sexuales y reproductivos tiene consecuencias restrictivas en los alcances de las leyes por las concepciones fundamentalistas e incluso contrarias a informaciones científicas que algunas defienden (por ejemplo, con respecto al uso del preservativo).

La legislación nacional plantea la coordinación con los Ministerios de Educación, Ciencia y Tecnología, y de Desarrollo Social para la capacitación de agentes que puedan llevar adelante los objetivos del programa. Y en su reglamentación, menciona la necesidad de proyectar un plan de acción conjunta para el desarrollo de actividades previstas en la ley.³⁶

6. Información y registro

Disponer de datos estadísticos es en nuestro país un déficit en muchas áreas. Contar con información estadística, accesible, clara y sistematizada es fundamental para el diseño de las políticas públicas, como también para el seguimiento y la mejora de aquellas que están en curso. Es necesario asegurar la recopilación de los datos estadísticos y demás información pertinente, al igual que *garantizar el libre acceso a esa información*, porque esto posibilita la realización de investigaciones y monitoreos permanentes por parte de la sociedad civil.

Cinco legislaciones reconocen la necesidad de ordenar sistemáticamente los datos disponibles, implementando un sistema de información estadística. Estas provincias son Misiones, Jujuy, Entre Ríos, Buenos Aires y la Ciudad de Buenos Aires. Esta última legislación es la que más avanza proponiendo un sistema de información y registro de mecanismos de seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones de la ley, con estadísticas por sexo y edad.

En cuanto a la ley nacional, no se hace referencia a este aspecto.

D. Los métodos anticonceptivos

Todas las leyes provinciales³⁷ además de prever dentro de sus acciones una referencia principal a la información, asesoramiento, prescripción y suministro de métodos anticonceptivos, dedican un artículo para describirlos.

En todos los casos, éstos serán *reversibles, transitorios y no abortivos* como denominador común. A continuación, se anexa que deberán ser *aprobados o autorizados por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación* o por autoridades competentes. En tercer lugar, siete leyes los describen como *elegidos volun-*

36. Artículo 5°.

37. Excepto la nueva ley de San Luis cuyo articulado no hace mención explícita a los métodos anticonceptivos.

*taria o libremente*³⁸ y tres, a demanda del beneficiario.³⁹ En todos los casos se respetarán las decisiones, *salvo contraindicación médica*.

De manera coincidente, la ley nacional también reitera el carácter reversible, no abortivo y transitorio de los métodos, además de respetar los criterios y convicciones de los beneficiarios sobre la base de estudios previos.

En un segundo momento del articulado, cinco provincias han *enumerado los métodos* que podrán prescribir, éstas son: La Pampa, Jujuy, Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Córdoba. Se fundamentan en la idea de quienes plantean que es un modo de asegurar que todos los métodos estarán disponibles en los hospitales y servicios públicos y no sólo los que resultaren menos costosos. De esta forma se menciona:

- De abstinencia periódica o “naturales”.
- De barrera: preservativos y diafragma.
- Químicos: óvulos, cremas, espumas, tabletas y esponjas espermicidas.
- Hormonales y Diu.

Las legislaciones de la Ciudad de Buenos Aires y de Tierra del Fuego son las únicas que mencionan tanto los preservativos masculinos como los femeninos. Por otra parte, la provincia de Buenos Aires, con relación a los métodos, en su reglamentación expresa que se “promoverá en particular el uso de preservativos como método de prevención de enfermedades de transmisión sexual”.⁴⁰

Las legislaciones de Buenos Aires, Salta, Santa Fe⁴¹ y Misiones *están en una situación intermedia*, si bien no hacen una enumeración detallada de los métodos como las anteriores, si se hace referencia a *diferenciar los métodos naturales de los no naturales, clasificación que consideramos poco precisa además de valorativa*.

Según la Organización Mundial de la Salud, es incorrecto considerar métodos naturales la abstinencia sexual en las parejas, porque ello exige el mutuo consentimiento de sus miembros y un ejercicio de decisión compartida, lo cual dista de ser un proceso natural. Por eso, esta organización propone la denominación sólo de “abstinencia periódica”. En esta confusión incurre explícitamente la legislación nacional, cuando dice “entiéndase por métodos naturales, los vinculados a la abstinencia periódica, los cuales deberán ser especialmente informados”.⁴² Y también de manera explícita, la provincia de Buenos Aires cuando refiriéndose a

38. Neuquén, Misiones, Chubut, Río Negro, Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Buenos Aires.

39. Entre Ríos, Salta y Corrientes.

40. Artículo 2 b.

41. En el caso de Santa Fe se habla de “naturales o artificiales”, pero esta clasificación no es retomada en su reglamentación. Prefiriendo inscribirse en las legislaciones que sólo enuncian las características generales de los métodos (transitorios, no abortivos, reversibles).

42. Reglamentación de la ley 25.673, artículo 6°.

la información completa que se debe propiciar a los beneficiarios dice: “[...] diferenciando los métodos naturales –entendiendo por tales aquellos vinculados con la abstinencia periódica– de los no naturales”.⁴³

Por el contrario, las legislaciones de La Pampa, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tierra del Fuego, hablan de abstinencia periódica como uno de los métodos que se enumeran sin ningún tipo de clasificaciones.

El caso más extremo en cuanto al acceso a los métodos lo encontramos en la provincia de Misiones, la ley los denomina “métodos de regulación de la fertilidad” y en su considerando dice “se apoyará fundamentalmente en la promoción y concientización del uso de los métodos naturales de regulación de la fertilidad, por ser éstos los únicos, que además de respetar la dignidad, integridad moral y naturaleza de la mujer, garantizan su equilibrio físico y psicológico, y contribuyen a exaltar su rol de compañera, respetada y amada en la pareja”. Más aún, esta ley solicita la activa participación de la Iglesia Católica en la promoción de los métodos naturales. Entendemos que en el espíritu de la ley no está asegurada una igualdad de acceso a todos los métodos.

El resto de las *provincias*, *Chaco*, *Mendoza*, *Neuquén*, *Chubut*, *Río Negro*, *Santa Fe*, *Entre Ríos* y *Corrientes*, no enumeran los métodos, fundamentándose tal vez en quienes piensan que es innecesario, además de que puede limitar la incorporación de nuevos métodos. Esto último está previsto en las legislaciones de las provincias de La Pampa, Mendoza, Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Córdoba, las que expresamente dejan abierta la incorporación de nuevos métodos aprobados por las autoridades correspondientes. En el caso de La Pampa, se habla de nuevos métodos no abortivos para ambos sexos.

Más allá de que se enumeren o no los métodos, es importante superar clasificaciones confusas, así como realizar valorizaciones a priori de determinados métodos.

Retomando la incorporación de nuevos métodos, tanto la ley nacional como las provinciales tienen el marco legislativo que permite esa incorporación, mientras éstos sean reversibles, transitorios, no abortivos, y debidamente aprobados por la entidad competente. Éste es el caso de la anticoncepción de emergencia.

Anticoncepción de emergencia

Si bien este método no aparece mencionado en ninguna de las legislaciones vigentes, paulatinamente se está incorporando a los programas de salud sexual y reproductiva tanto a nivel municipal como provincial. Mendoza (pionera desde 1999), Neuquén, Río Negro, recientemente La Pampa y Chubut, además de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Rosario.⁴⁴

43. Reglamentación de la ley 13.066, artículo 2º b.

44. La distribución de la anticoncepción de emergencia es a partir de los criterios de implemen-

En términos legislativos, la Municipalidad de Rosario tiene incorporado a su Programa de Procreación Responsable el suministro gratuito de la anticoncepción de emergencia,⁴⁵ constituyendo una de las pocas ciudades latinoamericanas que han reglamentado al respecto. La provincia de Río Negro ha sancionado una ley⁴⁶ en virtud de la cual todos los establecimientos médicos públicos y privados, a través de sus servicios de salud sexual y reproductiva, proveerán la información, implementarán programas de difusión y brindarán asesoramiento sobre el uso de la anticoncepción de emergencia. Garantiza el suministro en forma gratuita de las píldoras anticonceptivas de emergencia a aquellas pacientes que no dispongan de obra social o recursos económicos, y requiere el consentimiento informado. Prevé que en caso de denuncia de violación, la autoridad competente deberá informar inmediatamente a la autoridad sanitaria responsable del “Programa de Anticoncepción de Emergencia” y derivar a la víctima cuando exista consentimiento.

Contracepción quirúrgica

Tres provincias tienen incorporado en sus programas de salud sexual y reproductiva la posibilidad de utilizar métodos quirúrgicos: Neuquén, Río Negro y Tierra del Fuego. Existe la misma opción en las provincias de Chubut, Santa Fe, La Pampa y Mendoza, a través de la sanción de leyes específicas.

Podemos decir entonces que hasta el momento son siete las provincias que de alguna manera tienen garantizado (en términos legales) el acceso a la contracepción quirúrgica.

Como se dijo anteriormente, las provincias que incorporaron a la legislación vigente estos métodos son:

Neuquén, por medio de una ley modificación de ley⁴⁷ de Salud Sexual y Reproductiva, en lo referente al “carácter de los métodos anticonceptivos, los cuales podrán ser reversibles y transitorios como así también definitivos. Siempre respetando el derecho de autonomía personal [...]”. Se requiere consentimiento informado por escrito. A su vez, esta provincia cuenta con una ley que incorpora a la práctica de la medicina los métodos contraceptivos quirúrgicos para mujeres y varones, y permite a los profesionales que ejerzan la medicina realizar las prácticas médicas necesarias.⁴⁸

tación de cada uno de los programas vigentes utilizando el marco legal que las leyes permiten. Hasta el momento, no se ha podido acceder a disposiciones internas o alguna normativa específica, entendemos que esa información no está disponible.

45. Ordenanza 11.7063/01 del 6 de diciembre de 2001.

46. Ley 3.999, aprobada en primera vuelta el 8 de septiembre de 2005, B. Inf. 42/2005, aprobada en segunda vuelta el 29 de septiembre de 2005.

47. Ley 2.431, modificación del artículo 6º de la ley 2.222. Sancionada el 2 de julio de 2003.

48. Ley 2.431.

Río Negro,⁴⁹ el Programa de salud reproductiva y sexualidad humana, contempla la contracepción quirúrgica. Para quienes opten por estos métodos, exige el consentimiento informado por escrito, previo asesoramiento e información detallada a través de un servicio interdisciplinario.

Tierra del Fuego, a través de una modificación⁵⁰ de la ley de salud sexual y reproductiva, se establece como excepción para salvaguardar la salud (entendida como lo determina la OMS), utilizar métodos quirúrgicos, previo consentimiento informado por escrito, en el que constarán los riesgos asociados.

Las provincias que han sancionado leyes específicas para acceder a la contracepción quirúrgica son Chubut, Santa Fe, La Pampa y Mendoza.

La Pampa tiene una ley⁵¹ sobre el ejercicio de las actividades de la salud, que considera como ejercicio médico en general: “La realización de prácticas quirúrgicas de infertilización potencialmente reductibles –ligadura de trompa de Falopio y vasectomía”.⁵² Junto con “la obligación de informar ya que implica una decisión sobre los derechos personalísimos del ser humano”.⁵³ Establece requisitos necesarios, como solicitud por escrito y firmada por el interesado, indicación terapéutica integral, considerándose ésta como la concurrencia de definiciones e intervenciones interdisciplinarias de las áreas psico-físico-social. Por otra parte, se plantea “aceptar la negación por parte del profesional médico, en el caso que éste plantee objeciones de conciencia”.

En el caso de la provincia de *Chubut* se ha sancionado una ley de contracepción quirúrgica voluntaria,⁵⁴ para lo cual quienes estén interesados (mayores de edad) deberán presentar consentimiento escrito. Además está prevista la existencia en las instituciones públicas y privadas de un Comité de Bioética. Estará integrado por un equipo interdisciplinario y cumplirá funciones de asesoramiento y supervisión respecto de cuestiones éticas que surjan de la práctica. Por lo tanto, su carácter es consultivo y sus recomendaciones no son vinculantes. La Obra Social de la Provincia incorpora dentro de sus prácticas médicas la contracepción quirúrgica.

La provincia de *Santa Fe* cuenta con una ley⁵⁵ que posibilita en los efectores públicos de salud, el acceso a métodos de anticoncepción quirúrgicos, denominados ligadura de trompas de Falopio y vasectomía, autorizando en el futuro la incorporación de nuevos métodos quirúrgicos previamente aprobados. Es condi-

49. Ley 3.450, artículo 7°.

50. Ley 533, modificación del artículo 8° de la ley 509, sancionada el 11 de octubre de 2001.

51. Ley 2.079 sobre el ejercicio de las actividades de la salud. Derogación decreto ley 504/69 y modificación de diversas normas vigentes (legalización de la contracepción quirúrgica), 26 de noviembre de 2003.

52. Artículo 17° d, del Capítulo III, de las Actividades específicas de Salud, de la Medicina.

53. Artículo 17° f.

54. Ley 4.950, 10 de diciembre de 2002.

55. Ley 12.323, 10 de noviembre de 2003.

ción necesaria el consentimiento informado por escrito, previo asesoramiento e información de un equipo interdisciplinario para tal fin. Esta norma establece que los métodos autorizados en ella forman parte del Programa de Procreación Responsable, y en consecuencia se integran a los objetivos, orientaciones y a las previsiones allí contemplados.⁵⁶

Mendoza, contaba con una resolución del Ministerio de Desarrollo Social y Salud,⁵⁷ que habilitaba a los hospitales públicos provinciales y a los profesionales que en ellos se desempeñen, para realizar la ligadura de trompas de Falopio. Recientemente se sancionó una ley⁵⁸ que autoriza a los profesionales médicos a realizar en los establecimientos hospitalarios estatales o privados de la provincia, tanto en varones como en mujeres, las prácticas médicas destinadas a obtener la contracepción quirúrgica, con métodos reversibles,⁵⁹ por indicación terapéutica y/o a requerimiento de varones o mujeres, quienes deberán expresar su consentimiento en forma escrita. En caso de matrimonios, la ley requiere el consentimiento expreso de ambos cónyuges, y si hubiere disidencia entre ellos, el Estado provincial brindará el apoyo profesional transdisciplinario para la toma de la decisión. En el caso de continuar la disidencia entre ambos, prevalecerá el derecho personalísimo del cónyuge que desea practicarse la intervención quirúrgica.⁶⁰

En la *Ciudad Autónoma de Buenos Aires* se cuenta con una resolución de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad, que recomienda al Secretario de Salud dictar las reglamentaciones o instrucciones necesarias para evitar que se exija autorización judicial a las mujeres con indicación médica precisa para practicar la ligadura tubaria. Además considera suficiente el consentimiento informado de la mujer.⁶¹ Tres años después se concreta la resolución de la Secretaría de Salud⁶² que reglamenta la práctica, habilitando a los médicos del sector público a realizar la ligadura de trompas sin esperar autorización judicial “siempre que exista indicación terapéutica”. Se requiere además el consentimiento informado sólo de la mujer. Admite la objeción de conciencia, mediante un documento que deja constancia pública de esta actitud, la que se deberá mantener tanto para el ámbito privado como público. No se contempla la vasectomía.

56. Artículo 7°.

57. Resolución 2.492, 2 de octubre de 2000.

58. Ley 7.456, 23 de noviembre de 2005.

59. Artículo 1°.

60. Artículo 3°.

61. Resolución 223/00, del 7 de marzo de 2000.

62. Resolución 874, del 2 de mayo de 2003.

E. Los destinatarios

Situación de niños, adolescentes e incapaces

La casi totalidad de las normas contemplan en forma expresa la cuestión de los destinatarios. En general se encuentran destinadas a la población,⁶³ a toda la población sin discriminación alguna,⁶⁴ a toda la población que lo requiera.⁶⁵

La ley de Río Negro realiza una enumeración más completa al consignar la población en general sin distinción de sexo, edad, estado civil o número de hijos. Tres de las leyes ponen el énfasis en las personas en edad fértil.⁶⁶

Las que presentan un enfoque diferente sobre este tema son la ley de Córdoba que habla de “[...] la familia en especial y la sociedad en general, conforme las disposiciones legales que rigen en la materia” y Santa Fe que la orienta a los grupos sociales más desprotegidos y de riesgo. El programa de Corrientes, según lo indica su nombre, tiene como destinatarios a “la mujer y el niño”.

Si bien todas las normas, pese a sus diferentes modos de redacción, tienen como destinatarios a toda la población, en algunas de ellas se regula de forma especial la situación de los niños, adolescentes e incapaces. Nos referiremos especialmente a este tema.

Analizaremos primeramente las disposiciones de la ley nacional, a la que varias provincias han adherido, por lo que marca una pauta orientadora sobre el tema.

Esta ley se encuentra expresamente inscripta “[...] en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad [...]”, y en “[...] la satisfacción del interés superior del niño [...]”. Concretamente el artículo 4° del decreto reglamentario considera a éste como beneficiario sin excepción ni discriminación alguna, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los menores de catorce años. Consagra expresamente el derecho de las personas menores de edad “[...] a recibir información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad”.

Establece que se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso del preservativo. En casos excepcionales se podrán prescribir otros métodos autorizados, debiendo asistir las personas menores de catorce años con sus padres o un adulto responsable. En este aspecto se advierte que, a través de la reglamentación, se introduce una restricción no prevista por la ley, la cual deberá ser interpretada en favor del interés del niño.

63. Chaco, Mendoza y Misiones.

64. Provincia de Buenos Aires, Ley Nacional, Salta.

65. La Pampa y San Luis.

66. Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Entre Ríos.

La ley de la provincia de Buenos Aires regula el tema de un modo muy similar a la ley nacional, siendo el artículo 3° del decreto reglamentario casi una copia textual del correspondiente a la reglamentación nacional, aunque en su último párrafo exige el consentimiento expreso de los padres o adulto responsable. Esto también se encuentra consignado en el artículo 2° inc. d, última parte. En realidad este inciso exige el consentimiento informado por escrito para todas las personas que reciban información sobre anticoncepción. Esto aparece como un recaudo exagerado.

La norma de la provincia de Buenos Aires tiene otra cuestión criticable que es la de asimilar la situación de los menores a la de las personas que padezcan de discapacidad mental, internadas en establecimientos psiquiátricos o externados. En este caso se requiere el consentimiento del curador o representante legal. Dado que en derecho civil la capacidad jurídica de las personas se presume, salvo declaración judicial de incapacidad, no constituye un parámetro el hecho de la internación en una institución psiquiátrica y peor aún para las personas externadas. Cabe señalar que las personas mayores de edad con patología psiquiátrica grave que no han sido declaradas judicialmente incapaces, carecen de curador o representante legal.

Las normas de Chubut, Ciudad de Buenos Aires, Misiones y Santa Fe son aparentemente más flexibles, ya que promueven la participación de los padres, en la medida que sea posible.⁶⁷ Santa Fe es más restrictiva en el tema de los incapaces, ya que requiere como requisito indispensable la intervención del representante legal.

La ley de Entre Ríos adhiere expresamente a la ley nacional.

La ley de Río Negro hace expresa mención a la no distinción por razón de edad. Los métodos de contracepción quirúrgica en casos de incapacidad podrán ser aplicados con la conformidad del representante legal, quien deberá contar con la venia judicial.⁶⁸

F. Objeción de conciencia

Son varias las normas que regulan la posibilidad de exceptuar de la participación en los programas de salud reproductiva a aquellos profesionales que aduzcan objeción de conciencia. La de San Luis es la única que lo contempla como un objetivo de la ley. Sea que se contemple en los objetivos o en otra parte de la ley, se trata de una cuestión paradójica, dado que son leyes supuestamente sancionadas para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de toda la población y no para proteger a los profesionales de salud. Cabe señalar que

67. Chubut, artículo 5°, y Ciudad de Buenos Aires, artículo 7° inc. E; Misiones, artículo 5°; Santa Fe, artículo 7°.

68. Ley 3.450, artículo 7°.

esta cuestión en todo caso debería quedar sujeta a las legislaciones que regulan el ejercicio profesional en cada jurisdicción.

Las normas que lo contemplan, además de la de San Luis, son la nacional, la de la provincia de Buenos Aires, Chubut, Salta y Santa Fe. También se encuentra previsto por todas las provincias que han incorporado la contracepción quirúrgica.

G. Autoridad de aplicación y financiamiento

Autoridad de aplicación. En casi la totalidad de las jurisdicciones la institución a cargo de los programas es el área correspondiente de salud, ya sea Ministerio o Secretaría. Misiones creó una Comisión Interministerial para la aplicación del decreto –donde el Ministerio de Salud interactúa con el de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud, y el Ministerio de Educación–. La Legislatura de la Provincia del Chaco creó una comisión de implementación, que tendría a su cargo el diseño del programa en el plazo de sesenta días, y llevará a cabo las actividades de monitoreo y evaluación posterior. Corrientes también ha creado una Comisión Provincial de Seguimiento del Programa.

Financiamiento. Sabemos que el presupuesto es un punto fundamental para la efectiva aplicación de las leyes, siendo la falta de recursos, la ausencia de asignaciones presupuestarias, uno de los principales obstáculos de la implementación de los programas.

En este punto las leyes provinciales no presentan grandes diferencias.

Se contemplan partidas presupuestarias específicas, imputadas del *presupuesto anual* en cinco provincias.⁶⁹ Otras provincias (siete),⁷⁰ contemplan el financiamiento del Programa dentro de las *partidas presupuestarias de las distintas áreas* (salud, educación), que en última instancia también dependen del presupuesto anual.

En el caso de Misiones, también *fondos específicos* a asignarse provenientes de la privatización del papel misionero.

Las provincias de Misiones, Jujuy, Chubut, Tierra del Fuego, Santa Fe y Salta establecen que se incluirán fondos proporcionados por el gobierno nacional o por cooperación y/o donaciones de organismos internacionales.

H. Educación sexual

Muchas de las normas provinciales prevén, en forma coordinada con las áreas de educación, la incorporación de la educación sexual en los sistemas educativos formales e informales.

69. Chaco, Mendoza, Neuquén, Jujuy y Salta.

70. Neuquén, Misiones, Chubut, Río Negro, Ciudad de Buenos Aires, Tierra del Fuego y Santa Fe.

Algunas provincias lo regulan con carácter facultativo, como Chaco,⁷¹ y otras de modo obligatorio y en todos los niveles, como Neuquén⁷² y Río Negro,⁷³ esta última desde el preescolar. Ambas contemplan expresamente la formación obligatoria de los docentes de todos los niveles. Otras provincias, como Chubut, la incluyen a partir del tercer ciclo de EGB y polimodal, y en los institutos superiores de formación docente.⁷⁴

La ley de Entre Ríos⁷⁵ prevé el diseño y la implementación de políticas de educación sexual por parte del Consejo General de Educación, garantizando recursos, financiamiento y formación docente. También incluye educación superior y universitaria, incorporando la perspectiva de las relaciones de género.

La ley de la Ciudad de Buenos Aires⁷⁶ enuncia de forma muy general el diseño y la implementación de estrategias de comunicación y educación dirigida a adolescentes, dentro y fuera del sistema educativo.

En algunos textos legales se ve claramente reflejada la presión de sectores conservadores y religiosos, preocupados por resguardar el derecho de los padres a brindar la educación que consideran adecuada para sus hijos adolescentes y por exceptuar los establecimientos privados de la regulación legal. Aunque con diversos matices, se encuentran en esta línea Jujuy, Salta, provincia de Buenos Aires y la ley nacional.

La ley de Jujuy, además de prever la inclusión, entre otros, de temas como la valoración y el amor por la vida y la dignidad de las personas, excusa a los padres que no quieran enviar a sus hijos los días que se desarrollen temas de educación sexual.⁷⁷ La norma salteña,⁷⁸ si bien dice que a través de los sistemas de educación formal y no formal se brindará orientación y asistencia adecuada en salud sexual dentro de un proyecto de familia, concede a las unidades educativas de gestión pública o privada la posibilidad de cumplir la ley de acuerdo con su proyecto institucional específico.

En la provincia de Buenos Aires, el artículo que establecía que las autoridades educativas de gestión privada, confesionales o no, debían dar cumplimiento a los objetivos del programa, fue vetado por el Poder Ejecutivo Provincial. De este modo, todas las escuelas privadas bonaerenses quedaron exceptuadas de brindar educación sexual a sus alumnos. El veto del gobernador se fundamentó, en que ese artículo “contraría el principio de libertad religiosa imperante en la provincia, pues obliga al cumplimiento del Programa sin tener en cuenta las

71. Ley 4.276, artículo 4°.

72. Decreto 3.331/98, artículo 5° a.

73. Ley 3.450, artículo 8°, reglamentada por decreto 586/01.

74. Ley 4.545, artículo 6°, reglamentada por decreto 1.518/00.

75. Ley 9.501, artículo 4°.

76. Ley 418, artículo 7° inc.1.

77. Ley 5.133, artículo 4°.

78. Ley 73.113, artículo 6°.

convicciones y acciones personales. Quien, por ejemplo, asistiera a un establecimiento privado de educación católica se vería obligado, contra su voluntad y más, contra la voluntad de sus padres, a participar en temas que pudieran entrar en conflicto con sus creencias”.⁷⁹ Lo paradójico es que quedaron fuera del alcance de la ley no sólo las escuelas religiosas sino también las laicas de gestión privada. La amplia mayoría de estos colegios recibe subsidios del Estado bonaerense.

El fuerte lobby de la Iglesia Católica consiguió la misma excepción sobre los establecimientos educativos privados en la ley nacional de salud sexual y reproductiva.⁸⁰

Misiones, en concordancia con la orientación de todo el decreto, condiciona la futura incorporación de aspectos referidos exclusivamente a salud reproductiva y planificación familiar, a una investigación encomendada al Ministerio de Cultura y Educación de los contenidos curriculares. También se encomienda a éste la capacitación docente para posibilitar futuras acciones educativas con alcance comunitario.⁸¹

Finalmente, cabe señalar que varias provincias cuentan con leyes específicas sobre educación sexual. Tal es el caso, por ejemplo, de Formosa⁸² que sancionó una ley de educación sexual, en la que se incluye además lo referente a los daños que produce el uso indebido de estupefacientes, alcohol, tabaco y la automedicación. Abarca todos los niveles y establecimientos públicos y privados.

4. CONSIDERACIONES FINALES

En primer lugar, reiteramos que nuestro abordaje ha sido a partir de la normativa vigente en las provincias. Esto significa que el análisis no ha abordado la implementación de la ley, aspecto que da cuenta del acceso real a los derechos formalmente consagrados. Sabemos que en nuestro país, el problema nunca ha sido el reconocimiento de los derechos sino su real protección.

En general, en las leyes de salud reproductiva de las provincias encontramos importantes similitudes y algunas diferencias sustanciales, aspectos desarrollados en el punto anterior.

El análisis de los textos jurídicos pone de manifiesto que la necesidad de lograr un consenso entre diferentes actores sociales, no pocas veces terminó en sancionar leyes que presentan confusión en sus alcances y contenidos. Las constantes aclaraciones y los conceptos pertenecientes a distintos marcos ideológicos, ponen en evidencia el atravesamiento de múltiples prejuicios, creencias,

79. Considerandos del decreto 938/03.

80. Ley 25.673, artículo 9°.

81. Decreto 92/98, artículo 12°.

82. Ley 1.230, sancionada el 22 de noviembre de 1996.

valores, que si bien están presentes en varias leyes, en las cuestiones de salud sexual y reproductiva cobran una impronta marcada. Ejemplos de esto, como hemos visto en Objetivos y Acciones, son las leyes de las provincias de Misiones, Jujuy y Buenos Aires.

Dos constantes aparecen en los textos y –en algunos casos– su énfasis puede hacer que la ley se torne ineficaz en el amparo de los derechos reproductivos para lo cual fue creada. Una, la preocupación excesiva por el derecho de los médicos de no prescribir métodos anticonceptivos en contra de sus creencias, que respondería más a conformar al sistema médico que a dar respuesta a las necesidades de la población. Otra, la inquietud constante por respetar el derecho de los padres de brindar la educación que consideran adecuada para sus hijos, de manera independiente de la intervención del Estado.

Ambas cuestiones ignoran que una *ley sobre salud reproductiva no está destinada a la protección ni de los médicos ni los padres, sino al amparo de los derechos reproductivos de toda la ciudadanía, especialmente los grupos más perjudicados de la sociedad.*

De esta manera, el tratamiento de los temas de educación sexual, la objeción de conciencia, que aparecen como respetando la libertad religiosa, en realidad dan cuenta de lo contrario al restringir los alcances de una ley por cuestiones de una religión en particular.

Podríamos suponer que las leyes sancionadas más recientemente gozan de una mayor apertura en sus conceptos y alcances en sintonía con los avances internacionales en el tema. Esto no siempre es así. Legislaciones como las de Neuquén y La Pampa son más claras y abiertas que otras sancionadas recientemente, como por ejemplo Córdoba y Salta.

Tampoco es válido presumir que son sólo las provincias del norte las que están más influenciadas por la presiones de la jerarquía eclesiástica y de los sectores conservadores. Como se pudo analizar en el punto de educación sexual, la provincia de Buenos Aires tiene una reglamentación que da cuenta de las presiones recibidas.

Sin embargo, sí podemos constatar que son las provincias de la región patagónica (con excepción de Santa Cruz), las que han sancionado leyes cuyos objetivos y acciones son coherentes con los avances internacionales en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.

De las diecisiete leyes vigentes, ocho se encuentran reglamentadas y nueve no lo están. La finalidad de la *reglamentación* de una ley es facilitar su aplicación, detallándola, y operando como instrumento idóneo para llevar a la práctica su contenido. La ausencia de reglamentación no implica que la ley no se encuentre vigente y menos aún que no deba aplicarse. No es precisamente la falta de reglamentación de las leyes, el principal obstáculo para su efectiva aplicación. La falta de voluntad política, la ausencia de asignación presupuestaria, las deficiencias de los sistemas de salud, son los mayores impedimentos para la efectiva vigencia de aquello que estipula la ley como política estatal. Esto no

significa que una ley correctamente reglamentada constituya una herramienta más útil que aquella que no lo está.

Otro aspecto que queremos mencionar de las leyes es *la participación de los varones*. Existe invisibilización del lugar de los varones en materia de salud sexual y reproductiva, lo que tiene como contrapartida la responsabilización excluyente de las mujeres. Pero no basta con la mera incorporación de los varones a la información, asesoramiento, difusión, u otras acciones. Por el contrario, la necesidad de incluirlos debería partir del reconocimiento de las relaciones desiguales que atraviesan a varones y mujeres en todos los campos y en especial el de la sexualidad. Es en el sentido de cuestionar los lugares tradicionalmente masculinos y de incrementar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva, como lo señala la ley nacional. No tener presente esta dimensión hace peligrar, por ejemplo, el nivel real de la utilización de los métodos anticonceptivos.

Por último, si bien en las leyes analizadas encontramos ambivalencias, restricciones y contradicciones, creemos que el marco jurídico no es el principal obstáculo para el ejercicio de los derechos que incumben a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, vemos como preocupante el vacío legislativo de aquellas provincias que no cuentan con herramientas al respecto.

LOS PEDIATRAS Y LA LEY DE SALUD REPRODUCTIVA*

Marta Schufer, Paula Martellini y Lorena Moscovich

En las últimas décadas el deterioro de la calidad de vida de amplios sectores de la población ha impactado negativamente en su condición sanitaria. La pobreza, la falta de educación y de acceso a los servicios básicos fueron acompañados por niveles críticos de morbilidad infantil y materna, de maternidad temprana, de embarazos no deseados y de madres, niños y adolescentes infectados por VIH.¹ Para revertir esta situación mediante la prevención y la información, el Estado nacional sancionó la ley Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

Las decisiones que involucran al conjunto de los habitantes, en un territorio determinado, son llamadas políticas públicas. Éstas implican varias etapas y actores. En principio, un conjunto de hechos tiene que ser susceptible de ser convertido en problema, el que debe ser incorporado a la agenda de gobierno. Luego este problema podrá ser tratado hasta llegar a una decisión (una ley, una declaración, un programa, etcétera), que será implementada, desarrollada y eventualmente evaluada.

Estos momentos no son compartimentos estancos, se vinculan en idas y vueltas, marchas y contramarchas en las que ninguna etapa se desprende necesariamente de la otra. Las organizaciones de la sociedad civil (OSC), como la Sociedad de Pediatría (SAP),² cumplen un papel muy importante acercando un

* Estudio Colaborativo Multicéntrico: Conocimiento y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución, Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), 2004-2005. El presente artículo fue escrito en noviembre de 2005.

1. En la Argentina para el año 2003, la mortalidad materna fue de 4,4 x 10.000 nacidos vivos y la mortalidad infantil fue de 16,5 por mil nacidos vivos. Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, <http://www.deis.gov.ar/>. Estas tasas son altas en relación con la inversión en salud per cápita, en comparación con otros países.

2. Desde principios de los años noventa la Sociedad Argentina de Pediatría declara su acuerdo

conocimiento privilegiado acerca del área sobre la cual se está legislando e incorporando en alguna parte de este proceso los intereses de los que no tienen voz. Esta actividad vinculada al proceso de intervención de las OSC en las políticas públicas es conceptualizada por la literatura especializada como incidencia (*advocacy*).

En el caso que nos ocupa, la Ley y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable vienen a cubrir un vacío legal en el marco de situaciones que determinan, entre otras consecuencias, niveles críticos de mortalidad infantil y materna, maternidad temprana y/o embarazos no deseados, y el incremento del porcentaje de niños y adolescentes infectados por VIH. Estos hechos fueron varias veces advertidos por organizaciones vinculadas a la defensa de los derechos de la mujer y de los niños, centros de investigación y asociaciones profesionales. Los actores involucrados fueron consultados en el desarrollo del Programa, y las actividades de éste contemplan una activa participación de las organizaciones en su implementación.

La SAP ha desarrollado acciones de apoyo a la formulación de esta ley nacional y, juntamente con otras importantes organizaciones profesionales, ha participado en las instancias de consulta desarrolladas por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación para la formulación del Programa. La Subcomisión de Ética Clínica consideró la necesidad de continuar el compromiso de la institución con esta ley y busca alentar estrategias para su efectiva implementación.

¿POR QUÉ OCUPARSE DE ESTE PROGRAMA EN EL SUBCOMITÉ DE ÉTICA CLÍNICA DE LA SAP?

La ética es el saber práctico que se ocupa de la articulación entre medios y fines. Una ética que, sin desmerecer la importancia de la gestión y la administración para el logro de las metas propuestas, destaca en todo momento la necesidad de una constante reflexión sobre los valores que nos orientan. Consideramos entonces que la ética se presenta como un aspecto central del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a partir de la necesidad de reflexión constante acerca de la relación entre estrategias y objetivos valiosos, pero también, a partir del reconocimiento de que los ejes articuladores del Programa son éticos, como el derecho a la información, a la salud, a la no discriminación, al respeto y a la autonomía.

Nuestra intención es mostrar esta dimensión en la práctica cotidiana de ejecución del Programa, potenciando sus efectos deseables a partir de una exten-

con el nuevo modelo de derechos de niños, niñas y adolescentes. También participa de varias instancias internacionales de monitoreo y asesoramiento de la vigencia de estos derechos (Beltramo, 2004).

sión del concepto de salud, que integre no sólo lo físico, psíquico y social, sino también lo moral como elemento constitutivo de la persona humana.

En este marco, los médicos pediatras tienen un importante rol para la plena implementación de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Esto se debe a la función social que cumplen gracias a la atención y a la contención que, en su práctica cotidiana, prestan a los sectores de la población más vulnerables, precisamente, aquellos a quienes se dirige el Programa. Los médicos pediatras pueden colaborar, entre otras razones, porque están en contacto con adolescentes y madres, dos de los principales grupos a quienes se dirige la ley. Estos profesionales son capaces tanto de responder a las preguntas vinculadas a la salud sexual de las personas que atienden, como de tomar una actitud positiva e identificar a aquellas que, aunque no lo manifiesten, requieren de esta clase de información. Para que esto sea posible debemos conocer cuáles son las actitudes de los pediatras con relación a la ley en cuestión y capacitarlos para que se conviertan en sus facilitadores.

El propósito de la investigación es contribuir desde la SAP a la efectiva implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a partir del desarrollo de una estrategia de incidencia. Sus objetivos son:

- Estudiar, a nivel nacional, cuál es el marco de acción de los médicos pediatras con relación a esta normativa.
- Evaluar cuál es el grado de información de que disponen.
- Conocer los valores y actitudes de los pediatras acerca de la salud sexual y reproductiva.
- Describir cuáles son las situaciones que facilitan u obstaculizan su implementación por parte de esos profesionales.
- Conocer la perspectiva de los comités de ética en las instituciones de atención de la salud sobre el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

LA INVESTIGACIÓN

La investigación se desarrolló en seis ciudades del país: Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Mendoza, Neuquén, Provincia de Buenos Aires (Lanús) y Tucumán.³ Se eligieron esas ciudades para cubrir las diferentes zonas geográficas.

Se comenzó con el estudio comparado de las leyes de las distintas provincias con la ley nacional, para evaluar las diferencias y semejanzas en ítems tales como: propósito; objetivos; población destinataria; agentes/efectores y sus fun-

3. Los becarios en cada punto del país fueron: Ciudad de Buenos Aires: Licenciada Paula Martellini; Córdoba: Médico Darío Tosoroni; Mendoza: Magister Alicia De Luca; Neuquén: Magister Carolina Herrero; provincia de Buenos Aires (Lanús): Licenciada Lorena Moscovich, y Tucumán: Magister Carmen Torrente.

ciones; actividades: capacitación, atención de la salud y difusión del Programa; recursos y presupuesto; métodos anticonceptivos considerados y rol del pediatra. De este análisis surgió una evaluación del clima ideológico de cada una de esas leyes.

En un segundo momento se realizaron entrevistas a informantes claves: funcionarios de ministerios de Salud y autoridades del Programa (nacional/provincial) de SS y PR; jefes de servicio de pediatría y/o adolescencia de hospitales públicos; legisladores; miembros de organizaciones de la sociedad civil y miembros de los Comités de Ética Clínica.

La información proporcionada por estos informantes claves (en total, 41), la bibliografía consultada y el análisis de datos secundarios provistos por censos y estadísticas de salud brindaron un acercamiento al contexto en el que los pediatras desarrollan su práctica profesional y a los procesos de discusión e implementación de las políticas en materia de salud sexual y reproductiva.

Finalmente, se entrevistó a pediatras, utilizando dos técnicas: la entrevista semiestructurada y el grupo focal. En ambas instancias se utilizó la misma guía, que indagaba acerca de los siguientes aspectos: experiencia profesional; concepto de salud sexual y reproductiva; información sobre la ley y actividades vinculadas; actitudes y valores en la práctica médica respecto de este tema, y acciones posibles dentro del universo médico.

Como producto de la investigación cada becario redactó un informe final y la coordinadora del proyecto elaboró un informe consolidado que tomó en cuenta los resultados de todos los puntos del país estudiados.⁴

COMENTARIOS SOBRE LAS LEYES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y EL LUGAR DE LOS PEDIATRAS EN ELLAS⁵

El marco legal en materia de salud sexual y reproductiva: la ley nacional

La ley nacional 25.673 sancionada en el año 2002 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y viene a cubrir un vacío en estos aspectos. Aunque los derechos sexuales y reproductivos están garantizados, no lo están las condiciones de su ejercicio. En ese sentido la ley regula las actividades preexistentes (las que se desarrollaban de manera desarticulada en

4. Un resumen ejecutivo puede encontrarse en <http://www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/sap-schufer-resumen-ejecutivo.pdf> y el informe completo de la investigación, en Schufer, M. (coord.): *Conocimiento y actitud de los profesionales de la salud frente a la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y su Programa de Ejecución*, Parte II, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CONAPRIS, 2006, págs. 117-283.

5. Las autoras agradecen a los becarios de CONAPRIS del interior del país el análisis de las leyes de sus respectivas jurisdicciones.

los ámbitos público y privado), invita a incorporar las temáticas en los consultorios, a abrir espacios específicos para la atención de las demandas de información y, principalmente, provee anticonceptivos.

LEY NACIONAL DE SALUD SEXUAL
Y PROCREACIÓN RESPONSABLE: OBJETIVOS

- Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- Prevenir embarazos no deseados.
- Promover la salud sexual de los adolescentes.
- Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH-sida y patologías genital y mamarias.
- 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.

La legislación en materia de salud sexual y reproductiva se ubica dentro del debate de la agenda internacional en la que, a principios de la década del noventa, este tema comienza a cobrar actualidad como un problema relativo a los derechos humanos. La normativa nacional se enmarca en diversos tratados internacionales, los que a partir de la última reforma de la carta magna en 1994 poseen el rango de una norma constitucional.

El artículo 4 de la ley 25.673 dice: “La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (ley 23.849)”. En la reglamentación de este artículo, el decreto 1.282/2003 hace referencia directa a los tratados internacionales, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros. Si bien no están específicamente mencionadas, en el espíritu de la ley también se reflejan las conclusiones de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y de la Mujer en Beijing (1995) de las Naciones Unidas, en las que la salud sexual y reproductiva pasa del plano de las políticas de población a la noción de derechos individuales y sociales. La reglamentación de este artículo

también se refiere al derecho de planificación familiar definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país”.

La Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable garantiza la igualdad en el acceso a los instrumentos para el ejercicio pleno de la sexualidad. Sin embargo, es necesario profundizar el alcance de la normativa y garantizar su efectiva implementación. Aunque desde la aprobación de la ley se reparten insumos, anticonceptivos, de manera sistemática, una de las asignaturas pendientes en la ejecución del Programa es la falta de información. Es dispar la capacitación para los profesionales⁶ y escasa tanto la información dada a los usuarios, como la difusión del Programa. Esta carencia opera como un obstáculo para lograr la concientización de la población y el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

EL MARCO LEGAL EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: LAS NORMAS PROVINCIALES

Las provincias han sido pioneras en la regulación del campo de la salud sexual y reproductiva. Enfrentadas a una situación de deterioro de la salud pública, en este nivel estatal se evidencian las consecuencias de la desatención de estas temáticas. Además, el debate legislativo tuvo menos presiones y los obstáculos han sido más fácilmente sorteables que a nivel nacional (Cesilini y Gherardi, 2002).

Las leyes provinciales que abordan esta materia coinciden en la mayor parte de su contenido. En su gran mayoría, sean anteriores o posteriores a la ley nacional, propician la prevención de los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual, reparten métodos anticonceptivos reversibles y no abortivos aprobados por la ANMAT (orales, inyectables, DIU y preservativos) y prevén algún tipo de capacitación.

En líneas generales, hay normas cuyas actividades se detallan ampliamente y se aseguran partidas presupuestarias para su ejecución (Santa Fe), y otras cuyo contenido es más general y no se garantizan los recursos para su efectiva implementación (Córdoba). Tanto la ley nacional como muchas de las normas provinciales, como las de Jujuy y Mendoza, mencionan la importancia de la atención

6. Esto es de especial importancia ya que “Los médicos tienen legal y normativamente adjudicada la autoridad de obrar en este terreno como máximos expertos técnicos” (Ramos, Gogna *et al.*, 2001, pág. 3).

SITUACIÓN DE LAS PROVINCIAS RESPECTO DE LA LEGISLACIÓN EN LA MATERIA*

Provincia	Ley sancionada en el año	Provincia	Ley sancionada en el año
La Pampa	1991	Santa Fe	2001
Chaco	1996	Buenos Aires	2002
Corrientes	1996	San Luis	2002
Mendoza	1996	Córdoba	2003
Río Negro	1996	Entre Ríos	2003
Formosa	1996 (sin reglamentar)	Santa Cruz	2003
Neuquén	1997	Salta	2004 (sin reglamentar)
Misiones	1998	Catamarca	No tiene
Chubut	1999	La Rioja	No tiene
Jujuy	1999	San Juan	No tiene
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2000	Santiago del Estero	No tiene
Tierra del Fuego	2000	Tucumán	No tiene, actualmente se debate un proyecto

Nota: *Información hasta julio de 2005.

primaria de la salud y la articulación entre diferentes actores estatales (secretarías de salud, educación, etc.) y societales (organizaciones de la sociedad civil de diverso origen). Desde esta perspectiva, se atiende a la salud sexual y reproductiva de manera integral, contemplando al individuo y a su medio social como ámbito de reproducción y redireccionamiento de las prácticas en este campo de la salud.

Las diferencias entre las diversas leyes provinciales se encuentran en el alcance de las acciones y en la noción de salud sexual que les subyace. Algunas de estas normas, como la de Río Negro y Neuquén, sostienen una mirada ampliada en la que la salud sexual se encuentra dentro del menú de derechos a los que deberían acceder las personas. Otras legislaciones, como la de la provincia de Buenos Aires, circunscriben esta temática a una dimensión reproductiva, atendiendo en menor medida temas relacionados con los derechos sexuales (el autocuidado, la prevención de la violencia, el placer sexual, etcétera). En líneas generales, las normas del primer grupo privilegian las decisiones personales, y las del segundo ponen el acento en la unidad familiar como ámbito de discusión y, a los padres, como portadores del conocimiento en esta materia.

EL LUGAR DE LOS PEDIATRAS EN LA LEGISLACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La ley nacional 25.673 y las normas provinciales son de incumbencia de los pediatras en la medida que se refieren a la salud de los adolescentes e, indirectamente, a la de los niños. Estos últimos tendrán una mejor calidad de vida si sus padres pueden concebirlos en un proyecto de familia positivo, acorde con las posibilidades de atención y cuidados que estén en condiciones de darles. Así, desde el punto de vista legal, es competencia del pediatra la atención de la salud sexual y reproductiva de sus pacientes niños y adolescentes y la orientación y derivación de las madres y los padres que se acerquen a la consulta.

La mayor parte de la legislación no hace referencia a alguna especialidad médica en particular, salvo unas pocas que se refieren a los tocoginecólogos, como profesionales que pueden aplicar y/o controlar la implementación de estas normas. Sin embargo, el Programa Nacional de Salud Sexual contó con el asesoramiento de la Sociedad Argentina de Pediatría y en algunas normas provinciales esta institución también tiene un rol relevante. La ley 2.222 de la provincia del Neuquén hace referencia a la filial local de esta institución la que –juntamente con la Sociedad de Medicina Rural y la de tocoginecólogos– colaboró en la redacción y en el monitoreo de la implementación del Programa. La provincia de Jujuy cuenta con un consejo de seguimiento de las actividades previstas en la norma provincial, en el que pueden participar los médicos de la filial local de la SAP.

Así, la práctica pediátrica se vincula de diversas maneras a la legislación en materia de salud sexual y reproductiva:

- Las normas en materia de salud sexual y reproductiva son un aporte para el cuidado de la salud de niños y adolescentes.
- La posibilidad que tienen los pediatras por el acceso diario en la consulta y la confianza que merecen por parte de madres, niños y adolescentes ponen de manifiesto la necesidad de incorporar, desde la más tierna infancia, los contenidos en materia de derechos sexuales y reproductivos como medio de cuidado del niño sano y de su entorno social y familiar.
- El hecho de que gran parte de las normas se refieran a niños y adolescentes como grupos objetivo de las normas, habilita la competencia del pediatra para brindar información y, eventualmente, prescribir anticonceptivos para esta población.
- Desde el punto de vista jurídico, el médico pediatra encuentra respaldo en su accionar aun cuando los niños y adolescentes concurren a la consulta sin la presencia de sus padres o tutores. La jerarquía normativa subordina las leyes provinciales, nacionales y el Código Civil a los tratados con rango constitucional, entre ellos, la Convención Internacional de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, que privilegia el interés de ellos por sobre otras consideraciones vinculadas a la estructura familiar y/o a la patria potestad.

- La introducción de estos contenidos en la práctica profesional constituye un imperativo ético, pues contribuyen al ejercicio de los derechos humanos de autonomía y realización personal.

¿QUÉ SABEN LOS PEDIATRAS ACERCA DE LA LEY NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE Y SU PROGRAMA DE EJECUCIÓN?

Específicamente, las leyes de salud reproductiva a nivel nacional y provincial, así como las disposiciones similares a nivel local, pueden contribuir a garantizar el ejercicio de los derechos reproductivos de la población, en tanto constituyen marcos normativos que orientan las prácticas de los prestadores públicos y privados, consagran derechos y establecen responsabilidades y obligaciones del Estado y de la sociedad civil en su conjunto.

Sin embargo, y en términos generales, los pediatras entrevistados desconocen o conocen en forma muy superficial tanto la ley nacional como las leyes provinciales que legislan sobre esta temática.

Dado que existen algunas diferencias según las ciudades/provincias estudiadas, en los párrafos siguientes se hará una breve referencia a cada una de ellas.

CIUDAD DE BUENOS AIRES⁷

Si bien la mayoría de los médicos pediatras entrevistados están al tanto de la existencia de la legislación vigente en materia de SS y R, fue notorio el grado de desconocimiento o equívocos que manifestaron sobre sus disposiciones. Es decir que, salvo algunas excepciones, no han accedido a los textos legales.

[...] no sé bien el contenido porque nunca las he visto, salvo alguna lectura esporádica pero por ahora no veo grandes cambios, no me ha llegado información a través de una sociedad científica ni mucho menos (Ciudad de Buenos Aires, E 1, varón, inmunología y alergia, guardias, 1973).⁸

Los aspectos más conocidos de la ley son aquellos que los medios de comunicación difundieron, especialmente las acciones orientadas a la prescripción de anticonceptivos.

7. Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable 25.673 (año 2002) y su reglamentación (2003) y Ley de la Ciudad de Buenos Aires de Salud Reproductiva y Procreación Responsable 418, con las modificaciones introducidas por la ley 439 (año 2000).

8. Las citas serán identificadas con la ciudad, el número de entrevista, el sexo, año del título médico y subespecialidad del entrevistado. En algunos casos se hará referencia al tipo de práctica que realizan.

Sé lo que hacen acá. Sé que ponen DIU, que dan pastillas, que trabajan con diafragma, que evalúan primero al paciente, si lo pueden hacer o si no lo pueden hacer... (Ciudad de Buenos Aires, E 10, mujer, control del niño sano, 1989).

Los médicos que conocen la ley expresaron opiniones encontradas al respecto:

- Que es ideal, pero ellos no saben cómo implementarla.
- Que es muy reciente y hace falta más tiempo para que pueda implementarse en todo su alcance.
- Que está limitada a la salud reproductiva y hace poco énfasis en el cuidado del propio cuerpo.
- Que sin educación en las escuelas no se puede cumplir con los objetivos.

Los aspectos positivos vinculados a la legislación vigente se refieren a la planificación familiar, al derecho establecido a la información, a la inclusión de los adolescentes y a la consideración de las áreas de riesgo y enfermedades de transmisión sexual.

Un eje problemático es la edad a partir de la cual los menores pueden recibir información y/o prescripción de anticonceptivos.

[...] el tema de la obligatoriedad de dar no sólo información sino de administrar métodos de planificación familiar a los adolescentes, incluso a los prepúberes que vienen solos a la consulta es un tema muy delicado [...] (Ciudad de Buenos Aires, E 7, mujer, atención primaria de la salud, 1987).

En particular, la disposición que establece que los menores pueden consultar sin la presencia de los padres produce malestar. No se percibe la solidez de las garantías legales frente a la sensación de que ésta es una responsabilidad demasiado grande para el pediatra como profesional y por las consecuencias que, estiman, les traería un eventual reclamo por parte de los padres. Sin embargo, todos los entrevistados reconocieron que jamás se les había presentado un menor de catorce años solicitando anticonceptivos, por lo que podría concluirse que el temor manifestado está asociado a una creencia *a priori*, y no a un caso concreto.

Con respecto a la evaluación del impacto que esta normativa ha producido en la práctica cotidiana, no se perciben modificaciones dignas de mencionar.

Lo que yo vi en el Hospital de Niños que había cajas de profilácticos y anticonceptivos que llegaban a rabiarse, ése es el cambio que noté, entre nosotros juntarnos y hablar de la ley, ver cómo íbamos a implementarlo, ver qué íbamos a hacer nosotros como servicio de adolescencia, eso no lo vi (Ciudad de Buenos Aires, grupo focal).

Por otra parte, al consultar si se considera la ley una garantía para su propia práctica, la respuesta entre los que conocen la existencia de la legislación fue

ambigua la mayor parte de las veces –sea porque no modificaron esas prácticas en razón de la ley o porque hay cierto escepticismo respecto de la eficacia de las normas–. Se considera que la ley por sí sola no es una herramienta suficiente para instalar nuevas prácticas. Aunque hay quienes sí sienten ese respaldo:

Vos te sentís más apoyado en cuanto a que hay una ley que sustenta tu trabajo, yo lo sentí como que de alguna manera hay leyes que te permiten trabajar más tranquila, el hecho que pueda acompañar a un adolescente que no venga acompañado de un adulto [...] (Ciudad de Buenos Aires, E 6, mujer, adolescencia, área programática, 1986).

CÓRDOBA⁹

Todos los pediatras entrevistados afirman conocer la existencia y aprobación de leyes de SS y R, pero en general cuando hablan de “la ley” se refieren a la nacional, ya que la provincial es escasamente conocida. Sin embargo, al profundizar las preguntas e inquirir sobre los contenidos, casi ninguno demuestra conocimientos.

Dicen conocerlas en forma indirecta a través de la prensa, motivado por múltiples obstáculos planteados en Córdoba a nivel judicial. Sus conocimientos se restringen a saber que fueron sancionadas y que existe un programa.

Los que conocen los contenidos de la ley destacan como relevantes la propia existencia y vigencia de la ley y resaltan la importancia de los derechos reproductivos y las ventajas que ésta proporciona para las mujeres en su vida individual y la crianza de sus hijos. Algunos incluso están al tanto de detalles tales como el consentimiento informado, el derecho a la información y la provisión gratuita de anticonceptivos.

Básicamente el derecho que tienen las personas a elegir –previo estar debidamente aconsejadas– su método anticonceptivo, que por ahí no debe ser una indicación médica sino que tiene que haber todo un trabajo de consejería previa para explicarle cuáles son las alternativas y que la persona o pareja pueda libremente decidir uno u otro (Córdoba, grupo focal).

En general reconocen no haber estudiado los contenidos de las leyes. Los que dicen haberlas leído lo han hecho en razón de su trabajo, habitualmente relacionado con la salud pública (adolescencia-SAP, atención primaria de la salud y centros de salud).

Otro punto importante por analizar es el referido a la actitud que presentan los pediatras respecto de la importancia de la existencia de una ley, no sólo en

9. Ley 9.099, Adhesión a la Ley Nacional 25.673 (2003).

cuanto a la práctica profesional, sino también al marco regulatorio que ésta determina. La mayoría reconoce que la existencia de la ley no afectó de ninguna forma la práctica pediátrica. Algunos de los argumentos utilizados se refieren a que la ley y el Programa son para adultos y que para su trabajo se respaldan sólo en normativas científicas e institucionales, poniendo énfasis en el apoyo de tipo bibliográfico propio del campo de la medicina para sus prácticas profesionales, desconociendo la importancia de un marco legal que regule las prácticas profesionales.

No, me parece que no. Porque me parece que está más dirigida a la población adulta, o sea indirectamente a los niños, el hecho que las mamás puedan contar con métodos (Córdoba, E1, mujer, 1992, pediatría general).

Esta posición de no reconocer la importancia del poder regulatorio de la ley, presenta asociadas toda una serie de situaciones en que los pediatras hablan de la ley. Algunos insisten en que no hubo difusión, y que eso determina que no sólo los pediatras, sino la población en general no conozcan los alcances de esa ley.

La mayoría desconoce los aspectos legales relacionados con la atención infantil en general, y en particular, los relacionados con la atención de niños y adolescentes que pudieran concurrir a consultar sobre SS y R. Casi todos rechazan la idea de que la ley pueda brindar algún respaldo para la práctica cotidiana y afirman no haber detectado cambios en ésta desde su aprobación.

El mecanismo determinante para que un pediatra se preocupe por un contenido de tipo “legal” estaría relacionado con el emergente de algún problema o demanda. Entonces expresan que no han necesitado saber sobre las leyes “*quizás porque no hemos tenido un conflicto puntual hasta ahora*” (grupo focal).

Y me respaldaría, que sé yo, viene una adolescente o su mamá y me expresa que necesita información y algún método de anticoncepción porque ya está de novia, por lo que sea, hay más facilidad y mayores recursos como para conseguir ese tipo de cosas a nivel periférico (Córdoba, E5, hombre, 1999, neonatología).

LANÚS (PROVINCIA DE BUENOS AIRES)¹⁰

Los pediatras entrevistados tienen poca y, muchas veces, errónea información sobre la legislación nacional y provincial sobre SS y R. Sólo dos de los entrevistados conocían con algún detalle su contenido y podían establecer diferencias entre éstas.¹¹ En el resto de los encuentros, tanto en el grupo focal como

10. Ley 13.066, Créase un Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002).

11. Estos casos fueron los de una jefa de unidad sanitaria que había asistido a unas jornadas de capacitación en un reconocido servicio de adolescencia de la Ciudad Autónoma y una especialista

en las entrevistas personales, la ignorancia con relación a las normas impidió a los consultados mencionar, de manera general, puntos relevantes de ellas.¹² El desconocimiento de las normas llevó a que tampoco pudieran responder si tienen dudas sobre cuándo aplicarlas.

El hecho de que haya un programa y una ley es bien considerado. Aunque se desconoce su contenido, su existencia respalda el accionar del pediatra; sin embargo, la necesidad de contar con autorización de un adulto obstaculiza la tarea en la provincia de Buenos Aires.

La ley provincial no es clara con relación a la necesidad de que el adolescente cuente con autorización de los padres para recibir información y/o preservativos, como sí lo es en caso de que se le administre otro tipo de métodos anticonceptivos.

Los que conocen la legislación se sienten respaldados y tienen una opinión formada:

Sí, yo creo que sí, porque uno sabe que ya está respaldado por la legislación, creo que es muy importante porque si es ley quiere decir que tengo el respaldo de hacer esto y que no es una iniciativa individual aunque a uno le parezca bien, pero me parece que el respaldo de la ley, sí (Lanús, E 7, mujer, 1990, adolescencia/clínica).

El Programa no es implementado en su totalidad. Sobran insumos en los hospitales y los médicos tienen diversas posturas al respecto. Una opinión marginal pero que expresa un discurso presente es el bajo impacto del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable sin la existencia de un plan integral de salud y sin garantizar las condiciones institucionales para que los médicos trabajen con este tema.

Hay que ir atrás de un plan nacional de salud que incluya también la salud sexual y reproductiva, pero los programas desde mi punto de vista no funcionan, si no andá a ver la cantidad de anticonceptivos amontonados en la región sanitaria sexta que no se usan, o se tiran, o se los roban porque ningún ginecólogo de ninguna municipalidad tiene condiciones adecuadas para poner por ejemplo los 5 mil DIU que hay ahí tirados (Lanús, E 1, varón, 1972, neumonólogo).

La mayor parte de las opiniones se refieren a los pacientes y a su origen social y cultural como el principal obstáculo en la implementación del Programa. Llama la atención en la evaluación del bajo impacto de la ley, la poca importancia relativa a factores tales como la falta de difusión del Programa –que

en adolescencia que se desempeñaba en el servicio homónimo en un hospital pediátrico también de la Capital.

12. El ejemplo más significativo es el del jefe de servicio de su especialidad de uno de los hospitales más importantes, del sur del Gran Buenos Aires, que también se había desempeñado en la función pública, que estaba convencido de que la ley legalizaba el aborto.

ni ellos mismos conocen— o la ausencia de una actitud activa de los mismos pediatras —uno solo sugirió que su rol podría ser informar sobre la existencia del Programa y la gratuidad de los anticonceptivos—.

¿Cuál sería el aporte de la Ley Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable? En el grupo focal surgieron varios ejemplos: la ley facilitó el recurso y la instalación del tema, siempre hubo gente motivada que trabajaba y, en general, se hablaba pero con resquemores por los antecedentes de represión de la anticoncepción durante la dictadura. También queda claro que el acento está puesto en la salud reproductiva y no en la salud sexual, que la incluye.

MENDOZA¹³

Respecto de las leyes sancionadas tanto a nivel nacional como provincial sobre salud sexual y reproductiva pocos expresaron conocerlas, y de éstos ninguno, a excepción de una pediatra, supo responder cuando se indagó sobre los puntos más relevantes o los contenidos de estas leyes. Algunos, incluso, manifestaron no conocer siquiera la existencia de su sanción.

Sin embargo, la mayoría expresó conocer algunas acciones y actividades que se realizan y que corresponden al Programa provincial, pero ignoran la ley en la que se enmarcan.

Los informantes claves sostuvieron la necesidad de estas leyes, que vienen a cubrir un espacio legal desprotegido y cuya existencia implica, entre otras cosas, que un adolescente que se acerque a un servicio de salud tendría más facilidad para acceder a una información confiable con menos oportunidades perdidas.

Sin embargo, de lo relevado en las entrevistas con los pediatras poco se pudo profundizar sobre las repercusiones de la sanción de la legislación existente o sobre los cambios en la práctica médica, debido al bajo nivel de conocimiento de su contenido. De todos modos, la información obtenida respecto de su experiencia en la práctica cotidiana permitió inferir algunas percepciones relevantes.

La mayoría coincidió en que ahora se habla más de algunos aspectos de la salud sexual y de la salud reproductiva, que existe más información al respecto, que hay una mayor concientización de parte de las mujeres y varones acerca de que la salud sexual y reproductiva es un derecho y, por lo tanto, perciben que hay un mayor cuidado de su salud.

Sin embargo, se criticaron aquellas políticas de los programas de salud sexual y reproductiva que entregan preservativos en lugares y contextos, donde no es acompañado por una educación o concientización sobre su uso.

13. Ley 6.433, Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva (1996).

Yo he ido a Córdoba de vacaciones y he visto en los recitales cómo le han puesto a mis hijos preservativos en las manos, eso hecho por instituciones bien reconocidas, con sus logos y con altoparlante (Mendoza, grupo focal).

Con respecto al Programa Provincial de Salud Reproductiva hubo voces discordantes: la de quienes señalaron que tiene una llegada insuficiente a la gente y la de quienes rescataron su permanencia en el tiempo.

Un tema que surgió con fuerza en relación con el aspecto legislativo fueron los temores ante alguna demanda legal, por las dudas que genera su aplicación, especialmente cuando se trata de menores, y el escepticismo respecto del respaldo que les pueda brindar ante un caso concreto.

Primero por la edad de los niños, que son chicos, entonces debería haber un consenso sobre cómo dar la información y todo para no tener problemas. Porque como vos decías viene un chico de catorce años solo, por ahí eso puede acarrear problemas legales con el médico, si vos le das información, es menor, después viene la madre, el padre, se queja, eso puede pasar (Mendoza, E 4, mujer, 2002, general).

Y esto se acentúa, lógicamente, frente a la demanda de métodos anticonceptivos. Varios de los entrevistados mencionaron que no sienten que éste sea un aspecto claro para ellos.

También algo que es importante saber son los aspectos legales de la salud reproductiva que cuando un adolescente viene y te pide un anticonceptivo y si no viene con los padres, no sabemos (Mendoza, grupo focal).

NEUQUÉN¹⁴

A pesar de que la provincia del Neuquén cuenta con una Ley de Promoción y Garantía a la Salud Sexual y Reproductiva de Mujeres y Hombres sancionada en el año 1997, se observa que hay un desconocimiento generalizado por parte de los entrevistados: si bien éstos saben sobre la existencia de la legislación, no saben mucho acerca de su contenido, algunos en menor grado que otros. Uno de los pediatras tiene un conocimiento detallado debido a que tuvo la oportunidad de trabajar en la reglamentación de la ley 2.222/97. En el grupo focal se reconoce que el conocimiento sobre la ley es nulo o escaso.

Por tal motivo menos de la mitad de los consultados respondieron acerca de los puntos de la ley que para ellos son más relevantes; los que lo hicieron destacaron los siguientes contenidos:

14. Ley 2.222, Creación del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (1997).

Lo que habla con respecto a la prevención, eso me parece uno de los puntos más relevantes. Y que sirva para concientizar a todos los profesionales, porque todos los que actuamos de alguna manera en relación con la gente tenemos que estar actualizados en distintos temas, éste es uno de ellos (Neuquén, E1, mujer, 1974).

(Puntos relevantes). Reducir la mortalidad materna, prevenir embarazos no deseados, evitar las enfermedades de transmisión sexual (Neuquén, grupo focal).

El tema de educación, que es el más importante (Neuquén, grupo focal).

Con respecto a la percepción por parte de los pediatras de cierto impacto o cambio en el tratamiento del tema, de si se sienten respaldados por este marco legal para trabajar en esta área con los pacientes y de si se les presentan dudas sobre su correcta aplicación, quienes pudieron responder adoptaron dos posturas, una que sostiene que la ley no tuvo incidencia, y otra que sí vio un cambio positivo a partir de la legislación.

Entre los primeros hay quienes creen que la ley no tuvo impacto por falta de difusión o de puesta en práctica, otros no perciben que desde ellos mismos se haya producido un cambio porque continúan trabajando de la misma manera.

Desde la otra postura se considera que las leyes sobre salud sexual y reproductiva han afectado positivamente la práctica pediátrica, en especial en lo referido a anticoncepción.

Para mí hubo un cambio, ahora indico, ayudo y le puedo facilitar que sepan que tienen oportunidad de usar profilácticos gratuitos, que pueden ir al ginecólogo también gratuitamente y rápidamente, en la consulta del primer mes, cualquier madre sabe que enseguida tiene un turno con un ginecólogo (Neuquén, grupo focal).

Yo creo que hubo un punto de inflexión a partir de la ley y se empezó a hablar del tema y esto generó un efecto multiplicador en la sociedad, la gente viene y te pide que les hables del tema o vienen los padres y te preguntan y te plantean el tema, cuando organizás charlas de salud siempre aparece el tema en las asociaciones de padres, es un tema recurrente, y eso pienso que es a partir de la ley y de la polémica¹⁵ que generó, los medios salieron a hablar en contra o a favor de la ley e instalaron el tema en la sociedad, todo el mundo empezó a fijar posturas y a partir de ahí la gente se interesó; esta ley es un modelo que se está discutiendo (Neuquén, grupo focal).

Los pediatras coinciden en decir que la legislación representa un respaldo legal para su práctica médica.

En general se observa que los pediatras presentan dudas para la aplicación de la legislación, pero responden que ante una situación particular acudirían a

15. En particular se hace referencia al debate en torno a la aprobación de la ley 2.431/03, que contempla la anticoncepción quirúrgica.

colegas o a otro tipo de profesionales (ginecólogos, generalistas, abogados) que manejen el tema.

TUCUMÁN¹⁶

Cuando se indagó a los pediatras si conocían la ley nacional sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, la mayoría respondió que no. Aunque un entrevistado manifestó total desconocimiento acerca de la ley nacional, no está totalmente desinformado de las cuestiones legales:

No. Lo único que pude escuchar y leer hace unos meses atrás cuando se legalizó en Chaco si no mal recuerdo la ligadura de trompas y la ligadura del conducto deferente. Algo escuché. Desconozco, te soy sincero completamente. Es más esto que me trajiste (la ley nacional) es lo primero que voy a leer sobre la ley porque la verdad es que la desconozco (Tucumán, E3, varón, 2004, pediatría y neonatología).

Quienes alegaron conocer la ley lo hicieron en términos tan generales que no pudieron indicar qué puntos les resultan relevantes.

Los pediatras entrevistados *saben* que en Tucumán no hay ley, pero algunos conocen los intentos que hubo para forjarla, ya que participaron de los debates o porque se han informado por los medios y les sorprende la *cerrazón* de la Iglesia ante la realidad social que se vive en Tucumán con la mortalidad materna que *golpea fuerte*:

Si, por ejemplo, cuando ha estado todo el tema, creo que ha sido el año pasado, el tema que la Iglesia se oponía, los colegios..., bueno me parece una ridiculez. Me parece como vivir en la prehistoria más o menos porque viendo como está hoy en día todo, me parece que nos hemos quedado en la historia de que no, de que no avancemos, porque es como cerrar los ojos a la realidad. Y la Iglesia, no sé. Yo soy católica, pero los curas por ahí no sé, son demasiado cerrados, claro hay que actualizarse. Los problemas están y hay que verlos (Tucumán, E 8, mujer, 2001, residente, 3er. año).

A los pediatras se les preguntó por qué creían que Tucumán aún hoy no tenía una ley sobre salud sexual. Algunos opinan que no hay acuerdo, pero no especifican entre quiénes o alegan que son los políticos porque no les da rédito político.

También se dijo que el problema era político-religioso. La postura inflexible de la Iglesia, por el fantasma del aborto, y la permeabilidad de ciertos sectores legislativos se combinaron hasta el momento, para hacer *caer* cualquier intento de legislar sobre la salud sexual y reproductiva en la provincia.

16. No posee ley, actualmente está en debate un proyecto.

Y también hubo quien aludió a la falta de participación comunitaria *de los otros*, no haciendo suya la posibilidad de participar en estas cuestiones.¹⁷

No sé si va por ahí, para mí pasa por el tema de participación comunitaria, que la gente de la comunidad no impulsa esto, cada uno está en lo suyo y si sale, sale (Tucumán, grupo focal).

La presidenta de la Sociedad Argentina de Pediatría, filial Tucumán, expresó que la ley provincial significaría “un avance, porque la legislaría, tendría un marco legal. Si hubiera una normativa sería como una cosa homogénea para todos y ya estarían las reglas del todo claras. Entonces todos dirían el mismo discurso, de este modo dejarían de ser acciones aisladas”.

En tanto, entre los pediatras entrevistados la mayoría respondió que sí se sentirían respaldados:

Yo te voy a decir una cosa, la cuestión de la educación sexual es un tema que está muy ligado a la ley, y sobre todo de salud reproductiva. Por ejemplo Mendoza que tiene una ley establecida, tiene programas muchos más agresivos de lo que podemos tener nosotros. Tienen el marco legal, yo no digo que la educación sexual en general no se la pueda realizar, pero en cuanto a salud reproductiva está muy ligado a lo religioso, a lo ético, a lo moral y a lo legal, entonces, una de las trabas más grandes que nosotros tenemos en la obra social, para implementar un plan de salud reproductiva, es el tema de la legalidad (Tucumán, E9, mujer, 1984, pediatría general).

CONCLUSIONES

A partir de 1994 han acontecido cambios que podrían considerarse de importancia en lo que concierne al desarrollo e implementación de políticas de salud reproductiva en la Argentina. Desde la incorporación de estas normas a la Constitución (en el comienzo de este intervalo), la legislación e implementación de leyes y programas nacionales, provinciales y municipales no evidenciaron avances sustantivos. Esta inercia se extiende hasta el año 2002 (Cesilini y Gherardi, 2002), cuando el impulso de la legislación en provincias y Nación determina una etapa de implementación efectiva. No obstante, los avances referidos a la accesibilidad de la población no parecen alentadores y se requieren esfuerzos mayores para la difusión, implementación y aplicación efectiva de las leyes.¹⁸

17. Viene al caso recordar que una comisión técnica de la Legislatura, sin vinculación partidaria, se reunió durante el año 2004 para diseñar un proyecto de ley consensuado, con el propósito de crear en Tucumán el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Actualmente, el proyecto está a la espera de ser tratado legislativamente. Para participar en la comisión sólo hacía falta la voluntad y el compromiso de hacerlo.

18. Cabe resaltar que en la Argentina las normas sobre SS y R son muy recientes, por lo cual los

En términos generales, los pediatras entrevistados desconocen o conocen en forma muy superficial la legislación sobre estos temas. Los aspectos más conocidos son los que tuvieron divulgación a través de los medios de difusión.

Muchos no perciben que las leyes hayan tenido influencia sobre su práctica profesional, pero en cuanto se trata de la atención de menores, se plantean la posibilidad de enfrentar problemas legales cuando se dé una situación que oponga el derecho a la información de los menores con la patria potestad de los adultos. Y en ese caso dudan de la protección que la ley pudiera otorgarles. Otros creen que la existencia de la ley les permite trabajar con más tranquilidad y tratar estos temas con mayor libertad.

Consideramos que el pediatra es uno de los profesionales mejor posicionados para dar información certera sobre SS y R, aunque sólo sea comunicando la existencia de un programa que la atiende. El pediatra está en un lugar de bisagra, capaz de comunicarse con padres e hijos y, muchas veces, acercar posiciones.¹⁹ También es capaz de convertirse en interlocutor de los demás profesionales a los que deriva sus pacientes, por su visión de conjunto y su capacidad para trabajar en multidisciplinaria.²⁰ Aun en las situaciones en las que los tiempos de trabajo no permiten un acabado conocimiento del paciente y de su familia, la opinión del médico pediatra es respetada y, en ese sentido, puede convertirse en un activo implementador de las leyes cuyo objetivo es mejorar la salud sexual y reproductiva de nuestra población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baranchuk, N.; Pérez, M. A.; Schufer, M.; Brykman, D.; Garibotto, L.; Pedra, C.; Reboiras, J. J.; Brescia, S. y Rocca, M. (2001): "El impacto de los cambios sociales en el ejercicio pediátrico", en *Medicina y Sociedad*, vol. 24, N° 1, págs. 14-28.
- Beltramino, D.: (2004): "Los derechos de niños, niñas y adolescentes en la Argentina", editorial, en *Archivos de Pediatría*, vol. 5, N° 102, octubre de 2004, http://www.sap.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=296&Itemid=240, con acceso en abril de 2005.

cambios institucionales y programáticos en los que se pasa de una situación de silencio a una activa se van produciendo en forma paulatina y es probable necesiten ajustes en función de su desarrollo (Ramos, Gogna *et al.*, 2001, pág. 4).

19. Según un estudio realizado por la OMS y el Programa de Adolescencia del Hospital de Clínicas, sobre 952 adolescentes de 3°, 4° y 5° año de distintas escuelas secundarias de la CABA, la información más útil les es transmitida por sus madres (Méndez Ribas *et al.*, 1996). Además el pediatra es considerado "el verdadero médico de familia" (Baranchuk *et al.*, 2001).

20. En este sentido, el equipo de adolescencia del Hospital Argerich ha sugerido un modelo de atención de adolescentes en salud reproductiva, basado en disminuir las "oportunidades perdidas" (Vázquez, Berner *et al.*, 2003).

- Cesilini, S. y Gherardi, N. (2002): *Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina*, Buenos Aires, Banco Mundial.
- Méndez Ribas, J. M.; Necchi, S. y Schufer, M. (1996): “Sexualidad en adolescentes escolarizados de la ciudad de Buenos Aires”, OMS-Hospital de Clínicas, mimeo.
- Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M. y Szulik, D. (2001): *Los médicos frente a la anticoncepción y al aborto ¿una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES.
- Vázquez, S.; Berner, E. y Calandra, N. (2003): “Estrategias para la disminución de oportunidades perdidas en Salud Reproductiva”, en *Archivos Argentinos de Pediatría*, vol. 101, N° 6, págs. 466-469, <http://www.sap.org.ar/archivos>

LEYES

- Ley nacional 25.673, Creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en 2002 y reglamentada en 2003.
- Ley provincial 2.222, Neuquén, Creación del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, 1997.
- Ley 418, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, con las modificaciones de la ley 439, sancionada en 2000.
- Ley provincial 6.433, Mendoza, Creación del Programa Provincial de Salud Reproductiva, sancionada en 1996 y reglamentada en 1997; modificación del decreto reglamentario en 1998.
- Ley provincial 9.099, Córdoba, Adhesión a la Ley Nacional 25.673, sancionada en 2003.
- Ley provincial 13.066, Buenos Aires, Adhesión a la Ley Nacional 25.673, sancionada en marzo de 2003.

EL EQUIPO DE SALUD ANTE LA LEY NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Marta Cappuccio, Olga Nirenberg y Jorge Pailles

1. ANTECEDENTES Y FUNDAMENTACIÓN

Este trabajo¹ se basa en un estudio que los autores desarrollaron entre mayo de 2004 y mayo de 2005, en el marco de la Asociación Argentina para la Salud Sexual y Reproductiva² –AASSER– y que contó con el auspicio de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) del Ministerio de Salud de la Nación,³ que destinó becas a profesionales de las diferentes localizaciones donde se realizaron relevamientos.

La sociedad argentina reconoce variadas formas de expresión de iniquidad. Entre ellas se destaca la observada en el campo de la salud sexual y reproductiva. En efecto, las posibilidades de acceso al conocimiento específico, así como a los medios adecuados para evitar las enfermedades de transmisión sexual, ejercer responsablemente la procreación responsable y detectar precozmente patologías malignas, escapan a los alcances de la población de menores recursos. Estas condiciones contribuyen al aumento de la morbimortalidad infantil y materna.

1. Una versión preliminar fue presentada como ponencia en las VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, organizadas por el Área Salud y Población, del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires, del 25 al 27 de julio de 2005. La presente versión es de octubre de 2005.

2. Se trata de una ONG de alcance nacional, creada en diciembre de 1998 por un grupo de especialistas con vasta experiencia en procreación responsable y anticoncepción, salud sexual y educación para la sexualidad. La asociación promueve la aplicación general e irrestricta de los derechos humanos, tal como se han establecido y reconocido en forma universal en numerosas conferencias y tratados internacionales, así como en la Constitución Nacional (artículo 75º, inciso 22) y orienta su acción al desarrollo humano, personal y social, con énfasis en los sectores sociales más postergados.

3. En la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS), del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, se encuentra en edición el trabajo completo, que incluye capítulos específicos para cada una de las localizaciones donde se llevaron a cabo los relevamientos; en este artículo se presenta un resumen del análisis consolidado.

Como en toda cultura, existen en la Argentina sistemas cerrados de pensamiento que explican los fenómenos sociales según valores y actitudes, a menudo teñidos de prejuicios, que reafirman a las personas en sus creencias, brindándoles seguridad frente a la incertidumbre. Estos sistemas cerrados de pensamiento han generado y generan resistencias a los cambios, obstaculizando proyectos que desde hace más de veinte años han pretendido superar necesidades sociales tradicionalmente no satisfechas.

Además, la falta de formación médica en el tema, el escaso énfasis en los aspectos de promoción y protección de la salud, y el aún espinoso tópico de la sexualidad, han tenido un papel negativo para el desarrollo de los proyectos en esas temáticas.

Con el objeto de revertir la situación apuntada, el 30 de octubre de 2002 el Congreso Nacional sancionó la ley 25.673, mediante la cual se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En consonancia con lineamientos internacionales, esa ley asume que la salud sexual y reproductiva consiste en el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de la vida. Considera la procreación responsable un aspecto de la salud sexual, como la posibilidad de decidir el número de hijos que cada pareja desea tener. Es un derecho cuyo ejercicio permite: elegir el número de hijos que cada pareja estima responsablemente que puede tener y criar; respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro; disminuir la mortalidad materna, entre otras causas, por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías, y evitar los embarazos no deseados. Supone la posibilidad de tomar decisiones luego de haber recibido una amplia información, respetando las convicciones y deseos de cada persona (Martínez *et al.*, 2005).

La ley se propone garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable. En especial, su artículo 6° estipula la transformación del modelo de atención mediante el refuerzo de la calidad y cobertura de los servicios, incluyendo la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), VIH/sida y cáncer genital y mamario, así como la prescripción y el suministro de métodos anticonceptivos (MAC) con los debidos controles periódicos.

Sin embargo, varias cuestiones pueden obstaculizar la efectiva y completa aplicación de la ley: por un lado, las concepciones, creencias y perfiles de formación de los profesionales de la salud, sus intereses en el marco de sus desempeños en el sector privado en contraste con los que desarrollan –los mismos profesionales– en el sector público, su apego a ciertas prácticas del modelo asistencial vigente constituyen factores que pueden ser fuente de resistencia para la aplicación de la ley en las distintas jurisdicciones del país. Asimismo, desde el lado de la población, pesan los sistemas de creencias, las filiaciones religiosas, la baja conciencia de los propios derechos y la falta de información adecua-

da sobre temas de salud sexual y reproductiva. Es necesario detectar su importancia y descubrir otras variables que debiliten o perturben el desarrollo de los programas y dificulten el acceso de las mujeres, sobre todo las de sectores pobres, a los servicios de prevención y atención en salud sexual y reproductiva (Ramos *et al.*, 2001).

2. OBJETIVOS Y LOCALIZACIÓN

En función de lo expuesto en el punto previo, los objetivos propuestos inicialmente por este estudio, fueron:

- Relevar las actitudes de los profesionales de la salud⁴ hacia la sexualidad, el género, los adolescentes, la legislación y los programas de salud sexual y procreación responsable (del nivel nacional o provinciales/jurisdiccionales).
- Brindar insumos para la formulación de políticas de comunicación y capacitación profesional tendientes a generar las aptitudes y actitudes que aseguren el cumplimiento de la legislación.

La intención fue conocer los obstáculos basados en actitudes y concepciones del equipo de salud que dificultan la adecuada atención de la salud sexual y reproductiva. Se indagó especialmente el nivel de conocimientos de los profesionales sobre la ley nacional 25.673/02 y las leyes y decretos provinciales, así como sus actitudes hacia los adolescentes, hacia el género y hacia los programas en ejecución sobre salud sexual y procreación responsable.

El supuesto es que esas concepciones, actitudes y conocimientos obstaculizan la efectiva aplicación de la ley y se relacionan con la persistencia, sobre todo en los segmentos más pobres de la población, de los embarazos no deseados/no programados, particularmente de las adolescentes, así como de los abortos sépticos y de otros problemas o patologías sexuales.

El estudio realizado fue de carácter multicéntrico, y se llevó a cabo en seis localizaciones: Catamarca, Corrientes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Misiones, Neuquén y San Miguel de Tucumán. Se seleccionaron becarios médicos de los servicios públicos de salud sexual y reproductiva,⁵ uno en cada localización, para recoger la información secundaria y primaria acorde con la metodología diseñada.

4. Como se verá más adelante, se indagó además a la población femenina usuaria de servicios de SSR en los diferentes niveles de atención.

5. Los becarios fueron Juan Oscar Ibértis Acuña (Catamarca), Silvia Knoll de Gómez (Corrientes), Miguel Angel Melano (Tucumán), Marcelo Parada (Neuquén), Jorge Fernando Pianesi (Misiones) y María Alejandra Rigitano (Ciudad Autónoma de Buenos Aires).

3. MULTIDIMENSIONALIDAD DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Vale precisar, aunque brevemente, el encuadre multidimensional, promocional y preventivo que este estudio adoptó en relación con la salud sexual y reproductiva.

El desarrollo del conocimiento científico y el progreso tecnológico permitieron a lo largo del siglo XX el crecimiento de una medicina basada en el enfoque biológico y en el desarrollo de la especialización médica. Las afirmaciones de Flexner a propósito de la formación médica a principios del siglo pasado han orientado el abordaje de la atención de la salud sin reconocer la importancia de los factores sociales y económicos (Moraes Novaes, s/f). Sin embargo, surgieron médicos con una visión epidemiológica que pusieron en evidencia el rol de los factores mencionados en la aparición y evolución de las enfermedades. Ya en el siglo XVIII Peter Frank, considerado un pionero de la medicina social, reconoció la miseria del pueblo como madre de las enfermedades, incorporó estos conceptos a la educación de los médicos y luchó para que el gobierno de la Lombardía adoptara medidas tendientes a disminuir la iniquidad existente (Sigerist, 1981). En el siglo XX deben mencionarse la prédica a favor de una medicina social llevada a cabo por el citado Henry Sigerist, así como la de Milton Terris, que entendían por tal la capacidad del equipo de salud para la utilización de todos los recursos sociales a fin de mantener la salud del individuo en la sociedad (Sigerist, 1981; Terris 1980). En la Argentina, en 1964, Abraam Sonis puntualizó las razones por las cuales la cuestión salud no es un problema exclusivo de ese sector (Sonis, 1964) y en 1966 Carlos Alvarado, con su Plan de Salud Rural en la Provincia de Jujuy, que incorporó un enfoque social, se anticipó a los proyectos internacionales de atención primaria de la salud, que cobran vigencia a partir de 1978.

A mediados de la década de 1970, en el informe Lalonde se expone el modelo del campo de salud con los múltiples factores –determinantes– que actúan sobre la salud de las poblaciones, imbricándose mutuamente la biología, el medio ambiente, los estilos de vida de la gente y el desarrollo de los servicios y los sistemas sanitarios, que abren así nuevas formas de trabajar sobre la salud, al incorporar en forma inequívoca los factores sociales y culturales en los abordajes a la situación de salud de las poblaciones (Lalonde, 1974). La salud, lejos de ser sólo una tarea médica o de exclusiva responsabilidad de los servicios sanitarios, se transforma en un proyecto social ligado a responsabilidades políticas, tanto del Estado y la sociedad civil, como de los individuos.

No obstante, la formación médica y la organización de los servicios asistenciales no han incorporado esas concepciones con fuerza suficiente como para revertir las situaciones asistenciales, particularmente en el campo de la salud sexual y reproductiva. Eso significa que no se han podido superar del todo los enfoques biologistas, que aún conviven con los nuevos, como puede constatarse en buena parte de la literatura sanitaria contemporánea.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), en la ex URSS, convocada por la Organización Mundial de la Salud en conjunto con UNICEF, supuso un potencial avance mundial en los derechos sobre la salud. Allí comenzó la estrategia global de Salud para Todos, que significaba, en términos políticos, un apoyo a la equidad y a los sistemas nacionales de salud como parte de la influencia de los gobiernos socialdemócratas, pero supuso también una verdadera revolución técnica al reconocerse, en forma implícita, la insuficiencia de la orientación exclusivamente terapéutica y médica. Las propuestas emergentes se dirigían a la reforma de los servicios sanitarios, poniendo un mayor énfasis en la atención primaria, en el compromiso de democratización con la participación comunitaria, en la acción intersectorial y, sobre todo, en orientar las intervenciones sanitarias hacia la salud más que a la enfermedad.

El concepto actual de promoción de la salud como “los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud”, surgen en la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud, realizada en Ottawa en 1986.

Los elementos diferenciales de la promoción de la salud pueden identificarse por estar basados en una aproximación holística, no exclusivamente médica, y por adoptar una perspectiva de actuación no paternalista, sino favorecedora de las opciones personales y grupales.

Reafirmando el derecho al propio control de la salud por parte de los individuos y grupos, surge en Ottawa el énfasis en la capacitación. No se trata ya de decir a la gente lo que debe o no debe hacer, sino de capacitarlos para una gestión más autónoma de su salud y para superar los eventuales episodios de pérdida de ésta, de modo de promover un uso más autónomo de los servicios de atención de salud y la tecnología médica.

El apoyo a la autoayuda, a los autocuidados, a las redes sociales y el reforzamiento comunitario son actividades claramente vinculadas a la función de capacitación en el enfoque promocional e intersectorial de la salud.

La idea del trabajo intersectorial como respuesta adecuada a la multidimensionalidad de los fenómenos de la salud, ha sido aceptada como meta de las intervenciones de salud pública, aunque aún resultan escasas las experiencias exitosas que pudieron superar la fragmentación sectorial e institucional. La ley nacional 25.673, en su artículo 5°, da cuenta de ese enfoque intersectorial, al plantear acciones coordinadas entre los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social.

Siguiendo a La Rosa Huertas (2004), el rol del sector salud en la política social es generar, concertar, regular, monitorear y promover el cumplimiento de los lineamientos y regulaciones para generar entornos saludables. Asimismo, es el rol del Estado brindar lineamientos de atención, rehabilitación, educación, información, comunicación, formación de RRHH, e investigación en salud, y la vigilancia de la equidad en salud y la ética sanitaria, de todos los sectores involu-

crados en el “ámbito salud”. Menciona como relevantes en ese “ámbito” a los gobiernos provinciales, municipales y comunales, los sectores del Estado, en sus diferentes niveles (educación, trabajo, agricultura, industria, relaciones exteriores, interior, justicia, etcétera), las universidades y centros de estudios o investigaciones, las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo, las organizaciones de base, comunitarias y el voluntariado, otras organizaciones sociales (eclesiásticas, deportivas, etcétera) y el sector privado, empresarial o productivo.

La salud sexual y reproductiva no constituye una excepción en ese tipo de enfoques, y una profusa literatura al respecto lo atestigua, pese a los tintes conflictivos que adoptan ciertas cuestiones tales como los métodos de anticoncepción –MAC– para la prevención de embarazos no deseados y el aborto.

La Organización Panamericana de la Salud (2000)⁶ caracteriza el desarrollo sexual como un aspecto del desarrollo integral y de la salud, influido por factores individuales biológicos, psicológicos y cognitivos que se expresan en valores morales, éticos y espirituales, en el grado alcanzado de autoestima y bienestar emocional, y en la identidad sexual definida. Por otra parte, reconoce las influencias en ese desarrollo de factores provenientes del entorno social, destacando sobre todo: la situación económica y la equidad, lo cultural, el ambiente político (democrático o no), el grado de respeto por los derechos y la no discriminación por cuestiones de género u otras, los establecimientos educativos, los medios de comunicación masiva, la estructura familiar y los grupos de pares.

Además de encuadrarse en los enfoques precedentes, la definición de salud sexual y reproductiva, que se asumió en este estudio, surge básicamente del documento final de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en 1994 en El Cairo, que la caracteriza como:

El estado general de bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. La SSR entraña la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear y la libertad para decidir en todos los aspectos relativos al ejercicio de la sexualidad.

El Programa de Acción respectivo estipula que el hombre y la mujer tienen el “derecho a recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos”. También plantea una estrecha relación entre desarrollo social y económico y la situación de la salud sexual y reproductiva en una sociedad determinada y, en síntesis, la considera un derecho humano (Pitanguy y Navarro de Souza, 2002).

6. Si bien hace hincapié en los adolescentes, esa postura puede extenderse a edades adultas.

4. EL PROCESO METODOLÓGICO LLEVADO A CABO

El relato del proceso metodológico desplegado y la enunciación de las herramientas utilizadas parece relevante para entender la complejidad del estudio realizado y dotar las conclusiones y recomendaciones emergentes de mayor confiabilidad.

Se comenzó por realizar la caracterización de cada contexto en el que la información primaria específica se iba a recoger, para lo cual se elaboró un esquema para sintetizar la información secundaria disponible (cuanti y cualitativa) que se consideró significativa en vinculación al tema de la salud sexual y reproductiva, en las respectivas localizaciones.

Ese esquema, específicamente diseñado, fue denominado Formato de Informe Preliminar⁷ y su objeto fue que los becarios reunieran en forma sistemática y comparable ciertos indicadores disponibles que reflejaran las respectivas situaciones provinciales en salud sexual y reproductiva.

De tal modo, se incluyeron indicadores cuantitativos, demográficos y epidemiológicos, correspondientes a cada jurisdicción, como: cantidad de mujeres en edad fértil y porcentaje en el total de población; cantidad de mujeres menores de 19 años y porcentaje en el total de mujeres en edad fértil; cantidad de mujeres de entre 10 y 14 y de entre 15 y 19 años y los respectivos porcentajes en el total de mujeres en edad fértil; tasa anual de mortalidad materna en los últimos cinco años; embarazo adolescente en los últimos cinco años,⁸ egresos hospitalarios por complicaciones de aborto en los últimos cinco años; mortalidad infantil y neonatal en los últimos cinco años.

Asimismo, se solicitó la inclusión de información cualitativa en ese informe preliminar, sobre la legislación provincial existente y vigente, los programas de salud sexual y reproductiva, y los programas en ejecución orientados a adolescentes, la existencia de servicios de salud orientados a la salud sexual y reproductiva y a adolescentes, y la existencia de ONG o redes que trabajan en las mencionadas temáticas. En relación con la legislación, los programas o proyectos y los servicios, se solicitó profundizar en algunas informaciones que permitieran una somera caracterización, tales como localización o alcance geográfico de las acciones, cantidad de beneficiarios cubiertos, principales actividades y prestaciones que brindan, entre otras.

En cuanto al abordaje metodológico para recoger y analizar la información

7. Éste, así como los restantes instrumentos diseñados en el marco del estudio pueden ser solicitados al equipo investigador. No se agregaron a este trabajo debido a que se hubiera excedido la longitud estipulada.

8. Se precisó ese indicador como: cantidad de mujeres de entre 10 y 14 años (de entre 15 a 19 años y para el total de 10 a 19 años) que tuvieron partos en cada año/población total de mujeres que tuvieron partos en cada año x 100. Los becarios consideraron los egresos por parto de los principales hospitales provinciales, según edades.

primaria relacionada con los conocimientos, las concepciones y actitudes de los actores acerca de la salud sexual y reproductiva, necesariamente se debió poner énfasis en técnicas cualitativas, ya que éstas permiten profundizar en tales cuestiones de manera más efectiva que las cuantitativas.

De tal modo, se decidió la utilización de dos técnicas: la entrevista semiestructurada a informantes claves y los grupos focales, ambas consideradas muy eficaces para obtener la información relevante en el marco de este estudio. Se diseñaron las guías requeridas para esas técnicas, de modo de homogeneizar lo más posible la recolección por parte de los becarios y permitir la comparabilidad posterior entre las jurisdicciones, así como su consolidación.

Se entendió la entrevista como una conversación de carácter profesional, orientada a obtener información sobre un tema predeterminado. Así como en el caso de los grupos focales, en las entrevistas semiestructuradas se sigue una guía de temas y el entrevistador puede ampliar tanto las preguntas como los temas en la forma que crea conveniente para obtener la información que necesita (Fairchild, 1976).

Se consideran informantes claves a aquellos que “pueden hablar por” o que “representan la voz de” un conjunto de personas o de una instancia institucional. La entrevista a informantes claves se utiliza cuando la información necesaria requiere la opinión de pocas personas que pueden brindarla y que además tienen ciertas particularidades que no hacen recomendable o lógico incluirlas en grupos focales o reuniones grupales en forma conjunta con otros actores, tanto por razones metodológico-estratégicas como políticas (Nirenberg *et al.*, 2000). En el sentido apuntado, fue crucial la adecuada identificación de aquellos que reunían las características de ser “representativos” en el sentido señalado. Fue el caso de decisores de los niveles centrales provinciales o jurisdiccionales, jefes de servicios, directores o responsables de programas, entre los más relevantes.

El grupo focal es una entrevista que se efectúa a varias personas a la vez, donde existe un moderador o facilitador, con el propósito de generar ideas e información importante alrededor del tema en cuestión. La función fundamental de ese moderador/facilitador es la de estimular a todos los participantes a exponer y discutir sus ideas, experiencias, percepciones, juicios y valores relacionados con ese tema central; asimismo, debe cuidar que nadie se apropie del uso de la palabra y se respeten los turnos para su utilización. Se recomendó que el número de participantes fuera de entre doce y quince personas y la duración no mayor de dos horas. Claro está que en algunos casos hubo que sobrepasar la cantidad de participantes y también hubo situaciones en donde se excedió el tiempo estipulado, en función del interés por parte de los asistentes.

La utilización de ambas técnicas permitió cumplir con el requisito de la triangulación, imprescindible para asegurar el rigor metodológico y la confiabilidad de los hallazgos obtenidos. Del mismo modo, el tomar en cuenta diferentes fuentes de información (médicos de diferentes especialidades, personal no médico, usuarias, funcionarios, jefes de programas, etcétera) permitió agregar

valor a ese requerimiento, facilitando de ese modo el análisis de coincidencias y diferencias.

La triangulación constituye una estrategia para asegurar el rigor y corregir (no eliminar, ya que eso sería imposible) la subjetividad individual en el proceso investigativo. Ello supone la utilización de diferentes técnicas y fuentes para evaluar los mismos fenómenos o aspectos de la realidad a través de operaciones convergentes, en el sentido de síntesis y complementación metodológica. También se habla de triangulación cuando “se cruzan” los criterios y puntos de vista de diversos actores, es decir, mediante la intersubjetividad⁹ (Habermas, 1987). Con ello se procura mayor confiabilidad de la información obtenida, mayor entendimiento de los fenómenos en estudio, reducción de sesgos propios de cada técnica o fuente y la validación de las apreciaciones emergentes.

La metáfora de la triangulación se deriva del uso –con fines militares o de navegación– de múltiples puntos de referencia para identificar con mayor precisión la posición de un objeto alejado. En este estudio se intentó algo similar: mejorar la exactitud o precisión de los juicios y aumentar su confiabilidad mediante la recolección de datos sobre un mismo fenómeno desde diferentes perspectivas y utilizando distintas técnicas (Nirenberg *et al.*, 2000).

Dado que las personas que se convocan a un grupo focal deben pertenecer a ámbitos relacionados con la temática por explorar y representar a todas las categorías identificadas dentro de ese ámbito, en este caso se convocó a grupos focales con los recursos humanos (por un lado médicos de diferentes especialidades vinculados a la salud sexual y reproductiva, y por otro, profesionales y técnicos tales como obstétricas y parteras) que se desempeñan en servicios que atienden la salud sexual y reproductiva.

Para ir más allá de los propósitos iniciales del estudio, cuyo énfasis, se reitera, estuvo puesto en las concepciones, conocimientos y actitudes de los profesionales (particularmente de aquellos de las especialidades médicas: obstetras, tocoginecólogos, generalistas, médicos de familia, etcétera) acerca de la salud sexual y reproductiva y de la ley nacional 25.673, también interesó explorar tales aspectos en la población que utiliza los servicios, a la vez que conocer la percepción de esa población acerca de las concepciones de los médicos y de otros miembros del equipo de salud, por lo cual se realizaron además grupos focales con usuarias¹⁰ de los servicios de salud, tanto del primer nivel de aten-

9. Habermas se refiere a procedimientos para la “creación de campos epistemológicos de intersubjetividad”, contraponiendo este tipo de generación de conocimiento al que se realiza en forma aislada o individual y que corre el riesgo de la subjetividad individual, no sometida a crítica. Él, como otros muchos autores, sostiene que la ciencia, aun en el enfoque positivista, carece de objetividad absoluta, lo cual no impide procurar el rigor.

10. En las mencionadas VI Jornadas del Instituto de Investigaciones Gino Germani (véase nota 1), un asistente al panel criticó que no se hubieran realizado además grupos focales con las parejas masculinas de las usuarias, lo cual hubiera sido muy pertinente e interesante de explorar, pero ya se

ción, como de los servicios de los establecimientos hospitalarios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Los procesos de identificación de los individuos por convocar, el armado de la estrategia de convocatoria, así como los pasos necesarios para su concreción, no constituyeron temas menores y pueden dar fe de ello los esfuerzos demandados por parte de los becarios en las semanas previas al trabajo de campo para la aplicación de las mencionadas técnicas.

Para arribar exitosamente a la realización de los grupos focales fue necesario transitar un proceso que cada becario en su respectiva localización debió programar con antelación, en consulta continua con el equipo coordinador. Este proceso incluyó: la identificación de los participantes, la redacción, edición y entrega de las invitaciones, la realización de contactos con las autoridades de las respectivas instituciones para que dieran autorización para la concurrencia a las reuniones programadas, la convocatoria a las personas seleccionadas, los recordatorios a las personas invitadas al aproximarse las fechas, la identificación de espacios adecuados para la realización de las reuniones programadas y realización de los trámites necesarios para conseguirlos; la previsión de los insumos necesarios para llevar a cabo esas reuniones (mobiliario, papelería y artículos de librería, refrigerio, etc.).

El proceso para conseguir las entrevistas fue más sencillo, aunque ya se sabe que las agendas de los profesionales, en particular las de los funcionarios gubernamentales en los niveles centrales de las provincias y las de los obstetras, resultan bastante complicadas, por lo que las dilaciones fueron frecuentes.

Pero es de destacar que con las convocatorias que se llevaron a cabo, no se presentaron problemas ni rechazos de ninguna índole en cinco de las seis localizaciones incluidas en el estudio, lográndose una concurrencia casi del cien por ciento de los convocados. La única jurisdicción donde se plantearon dificultades y problemas en la respuesta a la convocatoria efectuada, sobre todo por parte de los profesionales médicos, fue en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aduciendo motivos que más adelante se comentan.

Un elemento de alto valor para orientar las discusiones y reflexiones alrededor de la temática, en los talleres y también en las entrevistas, además de las mencionadas guías diseñadas en forma específica para este estudio, fue el propio texto de la ley 25.673/02, por la cual se creó en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En el marco de los grupos focales se repartieron ejemplares de la ley a los asistentes y, como parte de la dinámica grupal, se fue dando lectura a cada uno de sus artículos y comentándolos, acorde con las indicaciones de las guías.

había excedido el propósito del estudio con los realizados con las mujeres, de modo que los recursos financieros y el tiempo resultaban escasos para más agregados. La observación, sin embargo, merece ser tenida en cuenta en futuros estudios.

También en el caso de las entrevistas se le entregaba al entrevistado un ejemplar de la ley y se le solicitaba la lectura de cada artículo, a medida que se trataban los asuntos correspondientes.

Se efectuó la grabación, tanto en el caso de los grupos focales como en las entrevistas individuales, de modo de registrar adecuadamente todas las opiniones de los entrevistados y para facilitar la realización posterior del informe respectivo en forma completa y lo más textual posible, evitando las interpretaciones y preservando la fidelidad a las declaraciones recogidas.

Se optó por la grabación, pues permite estar atento al hilo de la entrevista –grupal o individual– y además permite mayor respeto ulterior a la textualidad de lo dicho. Fue imprescindible contar con la previa autorización de los entrevistados y corroborar que no los inhibía o coartaba en la expresión de sus opiniones y juicios, instrucción seguida en todos los casos por los becarios que realizaron las entrevistas y grupos focales en sus respectivas localizaciones. Prácticamente no hubo rechazos a la utilización del grabador, salvo resistencias iniciales aisladas que fueron rápidamente superadas. Se garantizó a los entrevistados el uso confidencial de la información que brindaron en el marco de las entrevistas o grupos focales.

Antes de dar comienzo a la tarea de campo propiamente dicha, el equipo de coordinación llevó a cabo en Buenos Aires un taller inicial con los becarios, en primer lugar para recibir y analizar con ellos los informes preliminares que habían elaborado, según el formato previamente remitido, con la información secundaria disponible en sus respectivas localizaciones. Se formularon las observaciones y requirieron los ajustes necesarios; en segundo lugar, se transfirieron los instrumentos diseñados a fin de “homogeneizar” los relevamientos de información primaria que se realizarían en cada provincia, de modo que los hallazgos pudieran ser “comparables” entre sí. Se pusieron en discusión las guías diseñadas para los talleres y las entrevistas, y, sobre la base de las sugerencias de los asistentes, se incorporaron ajustes.¹¹

Esta actividad de transferencia a los becarios revistió alta importancia, pues debe tomarse en cuenta que, dado su perfil, no tenían experiencias previas en estas metodologías y técnicas de trabajo de índole social.

Una recomendación sobre la que se insistió acerca de la utilización de las guías diseñadas, es que, dado su carácter orientador, no debían considerarse sus contenidos como si fueran preguntas taxativas de un cuestionario, sino que cada becario tenía que armar su indagación comunicativa en forma adecuada a los particulares interlocutores, cuidando de no distorsionar los ejes respectivos y evitando que las respuestas deseadas se reflejaran en sus preguntas.

11. Esa actividad fue entendida, además, como el “pre test” de los instrumentos diseñados; recuérdese que el grupo de becarios estaba conformado por seis médicos, obstetras o tocoginecólogos.

Los miembros del equipo de coordinación viajaron a las diferentes localizaciones para acompañar y brindar asistencia técnica a los becarios en la realización del trabajo de campo, compartiendo con ellos más de la mitad de esa tarea, a modo de docencia-aprendizaje a partir de la propia experiencia de aplicación. Los restantes talleres y entrevistas fueron llevados a cabo por los becarios sin la presencia de los coordinadores y no se presentaron mayores dificultades.

Los becarios efectuaron prolijas y exhaustivas desgrabaciones de los grupos focales y entrevistas, como ya se dijo, con especial cuidado en la preservación de la textualidad, y luego ordenaron las respuestas obtenidas en función de los ejes especificados por las guías respectivas.

Fue unánime la opinión positiva de los becarios acerca de la utilidad y efectividad de las guías diseñadas, así como de la adecuación de la metodología de trabajo planteada y que fue desplegada en terreno.

El equipo coordinador del estudio llevó a cabo la sistematización de la información recogida por los becarios en cada jurisdicción. Los ejes considerados fueron: aspectos del marco legislativo y programático en la localización; percepciones de los principales problemas en la situación de la salud sexual y reproductiva por parte de los actores en la localización; problemas detectados por los actores en los servicios de salud respectivos; opiniones de los actores referidas a los contenidos de la ley 2.5673/02; recomendaciones formuladas por los actores. Las sistematizaciones se remitieron luego a los becarios respectivos, quienes realizaron la revisión y formularon las observaciones pertinentes.

Se llevó a cabo un taller presencial final del equipo coordinador con los becarios, en el cual se discutió en torno a las sistematizaciones efectuadas, se establecieron acuerdos y se introdujeron los ajustes necesarios.

Las sistematizaciones así consensuadas constituyeron insumos relevantes para la posterior elaboración del documento consolidado del estudio. Ese documento consolidado consta de ocho capítulos, uno inicial, metodológico, seis capítulos destinados a la sistematización de la información relativa a las localizaciones, y un capítulo final donde se sintetizan las principales conclusiones y recomendaciones.¹²

Se hizo un resumen ejecutivo¹³ para su distribución –como parte de la devolución de los hallazgos– en cada una de las localizaciones, junto con el capítulo de la sistematización respectiva.

Los becarios se encargaron de llevar a cabo las actividades de devolución en sus respectivas localizaciones, mediante talleres con los actores que habían sido contactados en el proceso investigativo y a través del mencionado documento.

12. Como se anticipó en la nota 2, la edición del trabajo completo está en manos de la CONAPRIS.

13. El resumen ejecutivo fue incluido en la página web de la CONAPRIS.

5. CONCLUSIONES GENERALES

En relación con la *respuesta a las convocatorias* realizadas, como ya se mencionó, fue muy satisfactoria en la mayoría de las localizaciones. Sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se plantearon dificultades y problemas, sobre todo entre los profesionales médicos, quienes en un alto porcentaje se negaron a asistir. Los motivos que adujeron fueron falta de tiempo, falta de interés en actividades no remunerativas o sin valor curricular, falta de interés en el tema,¹⁴ y no contar con la autorización del jefe del servicio respectivo para concurrir.

Sin embargo, es de destacar que en la misma localización fue del 100% la concurrencia de los médicos de la especialidad de medicina familiar que se había convocado.

Resultan reveladoras las diferencias observadas entre las distintas especialidades: los generalistas y los médicos de familia mostraron mayor interés en discutir estos temas que los tocoginecólogos y obstetras; asimismo, fue mayor el interés del personal no médico. Eso pudo percibirse en todas las localizaciones, aunque se reitera que sólo dejaron de concurrir a la convocatoria los tocoginecólogos y obstetras de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En cuanto a la *legislación*, en particular en lo que se refiere al conocimiento previo a este estudio que los diversos actores tenían respecto de la ley nacional 25.673/02, aunque varios sabían de su existencia, fue muy generalizado el desconocimiento sobre los contenidos de sus artículos. Aun la mayoría de aquellos que en principio contestaron que conocían sus contenidos, luego reconocían no tener conocimiento directo por haber leído su articulado, sino por haber oído comentarios o discusiones al respecto, de modo que se trataba de formas indirectas de acceso a esos contenidos.

Por tal motivo, las actividades llevadas a cabo en el marco de este estudio tuvieron como un efecto no buscado el mayor conocimiento directo por parte de los actores acerca del texto de la ley.

Se supone que una ley del orden nacional “obliga” a su cumplimiento, pero eso entraría en tensión con la estructura federal del país, donde pareciera necesaria la adhesión de los respectivos gobiernos provinciales o jurisdiccionales, cuestión que solicita el propio texto de la ley.

Desde otro punto de vista, puede argüirse que la “obligatoriedad” provendría de la propia reforma constitucional de 1994, donde se explicita la adhesión a once tratados internacionales, en especial la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Internacional por los Derechos del Niño.

De las seis localizaciones consideradas en este estudio, son tres las que han adherido a la ley nacional: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Corrientes y

14. Notable, si se recuerda que son, en su mayoría, obstetras o tocoginecólogos.

Neuquén, las cuales coincidentemente, tenían además legislación propia promulgada con anterioridad, con la salvedad de que en el caso correntino, la norma propia (del año 1996) nunca había tenido real aplicación. En las otras tres localizaciones –Catamarca, Misiones y Tucumán– existe aún un vacío normativo al respecto, pues además de no poseer normativa propia, tampoco habían adherido a la ley nacional al momento del relevamiento.

Pero vale resaltar que en todas las jurisdicciones incluidas en este estudio, se están desarrollando, de una forma u otra, acciones programáticas en salud sexual y reproductiva. Catamarca es la única que no cuenta con programa propio, sino que desarrolla las propuestas del programa nacional, pese a que, como se dijo, aún no había adherido formalmente.

También se destaca que la provincia del Neuquén desarrolla desde hace quince años actividades de asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos (MAC); en el marco de la ley provincial 2.431/03, se han agregado recientemente métodos no reversibles (ligadura de trompas y vasectomías). Coincidiendo con esta vasta experiencia, los servicios de salud tienen incorporado como concepto que la asistencia para la procreación responsable tiene carácter prioritario en los distintos niveles asistenciales.

Con referencia a los *problemas prioritarios en las situaciones de salud sexual y reproductiva* que señalan los diferentes actores en las respectivas localizaciones, el primer lugar se disputa entre los problemas de embarazo no deseado/no programado y embarazo adolescente.

También fue muy mencionada la cuestión de los abortos clandestinos y sus complicaciones en términos de daños y muertes maternas. Ello fue considerado más grave en la población adolescente.

Según manifestaciones de usuarias y también de personal no profesional de los servicios, la penalización del aborto da lugar a prácticas diferenciadas, según las posibilidades socioeconómicas de las mujeres: las de mayores recursos asisten a consultorios privados donde son atendidas en forma clandestina por profesionales idóneos y en condiciones adecuadas de higiene y cuidado, mientras que las mujeres de menores ingresos utilizan procedimientos caseros realizados por enfermeras, comadronas o personas sin preparación profesional o, peor aún, se provocan el aborto ellas mismas, siguiendo prácticas aprendidas por tradición oral, con el consecuente riesgo para su salud y su vida.

Los problemas fueron manifestados en forma de cadenas causales vinculadas a las situaciones de la extendida pobreza crítica y las condiciones de vida asociadas, tales como el hacinamiento de las viviendas, el tamaño de los grupos familiares, la falta de educación, el consumo excesivo de alcohol, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual y la falta de prevención en salud sexual y reproductiva, entre los factores más relevantes mencionados en la totalidad de las localizaciones y por parte de todos los actores contactados.

También todos aludieron a factores culturales muy arraigados, como condicionantes de los problemas en salud sexual y reproductiva: el machismo impe-

rante que provoca negativas de los hombres a la utilización de MAC (por parte de ellos, pero también la negativa a que los usen sus parejas), los mitos referidos a ciertos MAC como abortivos, los escasos conocimientos y la falta de conciencia de sus derechos en salud sexual y reproductiva por parte de las usuarias, la postura de la Iglesia Católica y las creencias religiosas arraigadas en amplios sectores de la población, que impiden la utilización de los MAC y obstaculizan la inclusión de contenidos de salud sexual y reproductiva en las escuelas, así como la entrega de MAC a adolescentes que acuden por su cuenta a los servicios (sin acompañantes adultos).

En cuanto a los *problemas detectados en los servicios de salud*, si bien hubo una cierta disparidad según las localizaciones, fueron señaladas como cuestiones prioritarias: la carencia de recursos humanos y su déficit de capacitación/actualización en materia de salud sexual y reproductiva. Mencionan, los entrevistados, que eso dificulta la realización de acciones de orientación o consejería.

Las barreras administrativas existentes para el acceso a los servicios fueron referidas en todas las localizaciones, aunque adoptaron diferentes expresiones: horarios de atención inadecuados, incomodidad para conseguir turnos (tener que acudir personalmente en horas de la madrugada), largas esperas presenciales, horarios restringidos para la entrega de MAC.

Asimismo, se mencionaron las barreras técnicas existentes, tal como las exigencias de estudios complementarios para acceder a la entrega de MAC, que dificultan las acciones de prevención y en particular la colocación de DIU.

Fueron muchos los actores de las seis localizaciones –tanto recursos humanos de los servicios como usuarias– que mencionaron como factor limitante el escaso tiempo dedicado a la consulta en el hospital público, lo que dificulta la realización de consejería y, en general, imposibilita brindar información completa referida a la prevención en salud sexual y reproductiva.

Hubo menciones acerca de la baja calidad de la atención en salud sexual y reproductiva y muchos señalaron diferencias entre la forma de atender, un mismo médico, en el hospital y en su consultorio privado.¹⁵

También las barreras económicas se mencionaron en algunos casos, por la falta de medios para pagar bonos moderadores o bien para el boleto necesario para trasladarse a los establecimientos hospitalarios, no demasiado próximos a algunos asentamientos.

En varias localizaciones, se reitera, resultó relevante la resistencia abierta o solapada de muchos médicos a la entrega de MAC, tanto por motivos ideológicos o religiosos (“objeto de conciencia”),¹⁶ como por motivos económicos que colisionan su accionar en el sector público con el del sector privado (en

15. Esto hace referencia especialmente a las negativas para colocar el DIU en el hospital, mientras que privadamente lo colocan; uno de los becarios, irónicamente, denominó a esos profesionales “objeto de económicos”.

16. Para una discusión acerca de la objeción de conciencia como un acto privado de los médicos

cuanto a la colocación del DIU). En especial, se reportó una amplia resistencia a la entrega de MAC a adolescentes sin la presencia de familiares adultos responsables.

Se señaló como dificultad en casi todas las localizaciones, la falta de continuidad en el suministro de determinadas formas o marcas de MAC, lo cual hace perder credibilidad en la población usuaria, pues una vez que se habitan a un determinado tipo de método, se ven obligadas a cambiarlo, debido a problemas en la provisión. Ello se traduce, según refieren los profesionales, en picos de embarazos, coincidentes con los cambios de suministros de MAC.

En algunas localizaciones se evidenció, entre la población usuaria, la creencia de que los MAC entregados en los servicios públicos son de baja calidad (especialmente en el caso del DIU).¹⁷

Un aspecto que fue mencionado también por gran parte de los actores en las distintas localizaciones, sobre todo de los profesionales, se refiere a la poca confianza existente acerca de la continuidad de las iniciativas o programas, debido a malas experiencias previas de interrupciones o discontinuidades, más allá de la eficacia de los programas.

Las *opiniones respecto de la ley nacional* fueron favorables en general, aunque la mayoría tildó de demasiado ambiciosos sus objetivos (artículo 2°), por considerarlos de difícil o improbable concreción.

Los objetivos planteados por la ley que la mayoría consideró más deseables, concretos y viables, son el b y el c (disminuir la morbilidad materno infantil y prevenir los embarazos no deseados, respectivamente).

En el caso de la articulación entre el sector salud y el de educación, así como la incorporación de contenidos de salud sexual y reproductiva en la currícula educativa (artículos 5° y 9°, respectivamente), en general ven grandes dificultades, no sólo de actitudes o de filiaciones religiosas, sino también debido a la falta de recursos humanos capacitados para una adecuada implementación. En especial, señalan como dificultades, por un lado, la carencia de capacidades pedagógicas de los profesionales de la salud, así como su falta de tiempo debido a la enorme carga de su tarea asistencial, y por otro lado, la falta de conocimiento sobre los temas de salud sexual y reproductiva por parte del personal docente en el sector educativo, como para transmitir adecuadamente esos contenidos.

Del mismo modo, la mayoría descrece de la posibilidad de transformar el modelo de atención para incluir contenidos de salud sexual y reproductiva, así como de su inclusión en el Programa Médico Obligatorio (PMO) de las obras sociales (artículos 6° y 7°, respectivamente), al menos en un corto o mediano

que lesiona derechos de otros (mujeres, adolescentes), así como la negación de atención a adolescentes que van por su cuenta a los servicios de SSR, véase Cesilini y Gherardi, 2003, pág. 41.

17. Debería corroborarse, por otra vía, si esa creencia tiene correlato con verdaderos problemas en la calidad de los insumos entregados, ya que ésta no resulta, en general, una opinión compartida por los profesionales.

plazo. De hecho, son muy pocas (casi ninguna) las obras sociales que los incluyeron.

En particular, respecto a atender o entregar MAC a adolescentes que concurren solas, sin sus familiares o adultos a cargo (artículo 4°), las opiniones fueron diversas: mientras fueron muchos los médicos y el personal no médico que opinan que deben ser atendidas y que se les debe entregar MAC si así lo solicitan, muchas usuarias adultas opinaron que las adolescentes no deben ser atendidas ni entregárseles MAC en ausencia de sus familiares o adultos a cargo. Fue éste un punto bastante ríspido en algunas localizaciones (especialmente en Tucumán y Catamarca).

Con referencia a la articulación del sector público de salud con la sociedad civil (artículo 5°, ítems c y d), si bien en algunas localizaciones se identifican organizaciones de la sociedad civil que trabajan con grupos de riesgo en temas de salud sexual y reproductiva, y se han llevado a cabo algunas actividades conjuntas y coordinadas, eso no ha sido aún en forma sistemática, sino eventual y discontinua. En este aspecto varios resaltan la importancia del rol del agente sanitario, cuya inserción comunitaria permite realizar provechosas articulaciones con esas OSC.

6. RECOMENDACIONES EMERGENTES PARA FACILITAR LA APLICACIÓN DE LA LEY NACIONAL

La principal recomendación que todos los actores de las distintas localizaciones efectuaron fue acerca de la necesidad de implementar una adecuada y amplia difusión de la ley nacional, esclareciendo el sentido de cada uno de sus artículos. Ello se considera muy pertinente, dados los altos niveles de desinformación o de información “indirecta” que se encontraron en los relevamientos de las seis jurisdicciones.

Recomiendan hacer uso para ello de los diversos medios de comunicación, pero particularmente de la televisión y de la radio, sobre todo en lo referente a la comunicación dirigida a la población.

Un caso diferente es el de los recursos humanos de salud y educación, que requerirán, además, de otros medios de comunicación propios de sus estructuras institucionales sectoriales.

También recomiendan usar dinámicas grupales, similares a las desarrolladas en este estudio, de modo que las usuarias y especialmente los adolescentes, puedan plantear y superar sus dudas y temores en el marco de un ámbito amigable y mediante dinámicas eficaces. Resaltan que ese tipo de comunicación “cara a cara” les resulta más efectiva, sobre todo si se suman a los mensajes por medios masivos.

En cuanto a los recursos humanos de salud, la mayoría sugiere realizar acciones de capacitación o actualización, sobre todo bajo la modalidad de “capacitación en servicio”.

Los recursos humanos sectoriales recomiendan la incorporación de los agentes de salud en las acciones de promoción y prevención en materia de salud sexual y reproductiva, dada la mejor llegada que ellos tienen en las comunidades. Los diversos actores sugieren la capacitación de los recursos humanos del sector educativo en temas de salud sexual y reproductiva.

Todos los recursos humanos de salud insisten en la necesidad de racionalizar los suministros de MAC, no sólo en cuanto a cantidad y oportunidad sino además respecto de la regularidad de las “marcas” y tipos provistos, para no perjudicar los hábitos adquiridos por parte de las usuarias. Fuertes sugerencias se orientan a la necesidad de realizar relevamientos diagnósticos de necesidades, que permitan mejorar la distribución de esos insumos a los efectores, acorde a la población que cada uno debe cubrir.

Sugieren reformas en los aspectos de organización de los servicios que se constituyen en barreras para la atención; en tal sentido, las sugerencias más mencionadas fueron: gratuidad de las prestaciones en salud sexual y reproductiva, eliminando bonos moderadores u otras formas que requieran pagos de bolsillo, adecuación de los horarios de atención a las características de las respectivas poblaciones usuarias, acortamiento de los tiempos de espera para turnos y de las esperas presenciales para la atención, instalación de consejerías para orientación en temas de salud sexual y reproductiva (fundamentalmente en temas de prevención de embarazo no deseado y de enfermedades de transmisión sexual, especialmente VIH/sida), sobre todo para adolescentes.

Varios recomiendan incluir acciones de monitoreo de los programas y del cumplimiento de la ley por parte de los diferentes niveles e instituciones.

Algunas recomendaciones efectuadas por los actores reiteran los contenidos de los artículos de la ley nacional: lograr una mayor articulación entre salud y educación, dar mayor protagonismo a las organizaciones de la sociedad civil en las acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, incluir contenidos de salud sexual y reproductiva en los establecimientos educativos de diferentes niveles, y a edades lo más tempranas que sea posible.

Una recomendación relevante, aunque no surgió expresamente de las que formularon los actores indagados, es la referida a la imperiosa necesidad de desarrollar procesos de trabajo de sensibilización e información en el vasto campo de los derechos en materia de salud sexual y reproductiva orientados a la población general, con énfasis en las mujeres en edades fértiles y, en especial, a las adolescentes. Aunque no fue expresado por los actores, muchos de los problemas que sí fueron señalados se vinculan causalmente a esa falta de conciencia y ejercicio de los propios derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva.

Una síntesis de las conclusiones según los diferentes ejes analizados y las recomendaciones formuladas en las seis localizaciones incluidas en el estudio, se presenta en las matrices que comienzan en la página siguiente.

MATRIZ RESUMEN DE LA INFORMACIÓN RELEVADA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS LOCALIZACIONES

Ejes temáticos	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
Legislación vigente	Ley 418/00. Ampliataria Nº 439. Adhiere a la ley nacional.	No existe ley provincial ni adhirió a la nacional. Hay un proyecto formulado, no sancionado.	Existen la ley 5.147/96 y el decreto reglamentario 3.119 de 1996, que nunca se habían implementado, hasta que adhirió a la ley nacional.	Hay proyectos de ley aún no sancionados; no adhirió aún a la ley nacional.	Leyes 2.222/97 y 2.431/03. Adhirió a la ley nacional.	No tiene ley provincial de salud sexual y reproductiva (hay proyecto, no sancionado) ni adhirió aún a la nacional.
Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva	Existe, en ejecución.	Se implementa el Programa Nacional, aún sin adhesión formal.	Existe, en ejecución.	Existe, en ejecución.	Existe, en ejecución.	Existe, en ejecución.
Principales problemas señalados en la situación de salud sexual y reproductiva	Embarazo adolescente. Enfermedades de transmisión sexual. Complicaciones del aborto. Maltrato. Violencia.	Embarazo no deseado. Embarazo adolescente. Embarazos de mujeres multiparas. Abortos "caseros". Enfermedades de transmisión sexual.	Embarazo no deseado. Embarazo adolescente. Aborto y muerte materna. Familias numerosas. Hijos en situación de abandono. Actitudes machistas y no acompañamiento de los varones. Violencia familiar.	Embarazo no deseado. Embarazo adolescente. Familias numerosas. Actitudes machistas. Violencia familiar.	Embarazo adolescente. Enfermedades de transmisión sexual. Violencia. Aborto.	Falta de conocimientos sobre salud sexual y reproductiva y MAC. Falta de prevención en salud sexual y reproductiva. Mitos sobre ciertos MAC como abortivos. Machismo alcoholismo y violencia (abuso). El sexo como tabú. Embarazo adolescente.

Ejes temáticos	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
Principales problemas señalados en los servicios de salud sexual y reproductiva	<p>Deficiente comunicación con los usuarios.</p> <p>Escaso tiempo para la consulta.</p> <p>Insuficiente cobertura.</p> <p>Horarios restringidos y largos esperas.</p> <p>Ausencia de control sobre los recursos materiales y el cumplimiento del personal.</p> <p>Falta de uniformidad en los criterios de atención.</p> <p>Discontinuidad de algunas actividades de atención.</p> <p>Deficiente consejería.</p> <p>Casos de subordinación al jefe de servicio como "objeto de conciencia".</p>	<p>Provisión de insumos discontinua.</p> <p>Falta de RRHH y déficit de capacitación.</p> <p>Médicos que niegan colocación del DIU o no hacen prevención.</p> <p>Falta de trabajo en equipo.</p> <p>Barreras de tipo administrativo, horarios restringidos.</p> <p>Déficit en la regionalización.</p> <p>Dificultades en las derivaciones hacia el hospital.</p> <p>Normas rígidas sobre estudios previos a entrega de MAC.</p> <p>Disparidad de criterios y discursos del personal sectorial.</p> <p>Uso de lenguaje inadecuado.</p> <p>Falta de continuidad en las iniciativas.</p>	<p>Falta de insumos en maternidades, especialmente para puerperas.</p> <p>Baja cobertura provincial en DIU.</p> <p>Falta de difusión de los programas.</p> <p>Deficiente consejería.</p> <p>Disparidad en la calidad de atención.</p> <p>Barreras administrativas para el acceso a los servicios.</p>	<p>Escaso tiempo para la consulta.</p> <p>Falta de consejería.</p> <p>Incomodidad para pedido de turnos, largas esperas.</p> <p>Desconocimiento sobre derechos y obligaciones.</p> <p>Falta capacitación de RRHH.</p>	<p>Deficiente cobertura en algunos aspectos, como prevención de cáncer mamario y ginecológico.</p> <p>Espera para turnos en servicios de ginecología.</p> <p>Discontinuidad de algunas actividades.</p> <p>Escaso tiempo para la consulta.</p> <p>Problemas e incomodidad para conseguir turnos.</p> <p>Provisión discontinua de MAC o de distintos productos.</p>	<p>Falta de capacitación de los RRHH en salud sexual y reproductiva.</p> <p>Discontinuidad en la provisión de insumos.</p> <p>Infraestructura y planta de RRHH insuficientes.</p> <p>Médicos que niegan colocación del DIU = "objetores económicos".</p> <p>Oposición de la Iglesia Católica a los MAC.</p>

MATRIZ RESUMEN DE LA INFORMACIÓN RELEVADA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS LOCALIZACIONES (cont.)

Ejes temáticos	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
Conocimiento previo de la ley nacional	Algunos sabían que existe, la mayoría desconocía sus contenidos.	Algunos sabían que existe, nadie la había leído ni conocía sus contenidos.	Algunos sabían que existe, la mayoría desconocía sus contenidos.	Algunos sabían que existe, la mayoría desconocía sus contenidos.	Algunos sabían que existe, la mayoría desconocía sus contenidos.	Algunos sabían que existe, nadie la había leído ni conocía sus contenidos.

ACUERDOS/DESACUERDOS CON LOS CONTENIDOS DE LA LEY NACIONAL (A PARTIR DE LA LECTURA PRESENCIAL DE LOS MISMOS)

Artículo de la ley	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
Artículo 2º: Objetivos	Acuerdo en la mayoría. Considerado ambicioso y de difícil cumplimiento.	Acuerdo con el b) y el c); lo restante les parece ambicioso y de difícil concreción.	Acuerdo con la enunciación. Aún no se cumplen todos.	Opinan que son de difícil aplicación inmediata.	Acuerdo con los contenidos. Señalaron la falta de inclusión de los varones.	Acuerdo teórico. Consideran los objetivos ambiciosos y de difícil concreción.
Artículo 4º: Patria potestad	Acuerdo en la mayoría	Médicos acuerdan en entregar MAC a adolescentes sin presencia de adultos, usuarias adultas no acuerdan.	Sorpresa por sus alcances. Aceptación de la defensa del niño, en general.	Sorpresa por sus alcances. Respuestas evasivas, no comprometidas; la mayoría prefiere la presencia de los padres, pues desconfían de la cobertura legal.	Acuerdo en la mayoría.	Mayoría en desacuerdo con darles MAC sin presencia de adultos, aun que algunos médicos plantearon dificultades para negarse cuando los adolescentes los solicitan.
Artículo 5º: Articulación salud y educación	Actualmente ausente. Necesidad de capacitar a los docentes. Incluir todos los niveles de enseñanza.	Considerada necesaria, pero señalan que los docentes no están capacitados en salud sexual y reproductiva.	Considerada necesaria, ven dificultades en la implementación. Falta de conocimientos de docentes en salud sexual y reproductiva y falta de capacidades pedagógicas en los médicos. Falta de redes comunitarias.	Considerada necesaria aunque difícil de lograr; falta de conocimientos de salud sexual y reproductiva en los docentes y falta de capacidades pedagógicas en los médicos.	Acuerdo unánime. Necesidad de capacitar a los docentes e incluir todos los niveles de enseñanza.	Considerada necesaria, aunque difícil de lograr.

ACUERDOS/DESACUERDOS CON LOS CONTENIDOS DE LA LEY NACIONAL... (cont.)

Artículo de la ley	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
Artículo 6º: Modelo de atención	Acuerdo, pero descreen de su cumplimiento.	Considerado correcto; pero descreen de su cumplimiento.	Acuerdo generalizado sin comentarios específicos.	Considerado correcto, pero descreen de su concreción.	Acuerdo. Piden incluir también métodos anticonceptivos no transitorios.	Acuerdo general, pero descreen de su cumplimiento.
Artículo 7º: Inclusión de la salud sexual y reproductiva en PMO	Acuerdo en la necesidad; dudas sobre el cumplimiento por la existencia de intereses económicos.	Acuerdo general, pero descreen de su cumplimiento.	Acuerdo generalizado, consideran que debería ser obligatorio y controlarse.	Considerado correcto sin comentarios específicos.	Acuerdo unánime. La cobertura la realiza el sector público, subsidiando al sector privado, las prepagas y obras sociales. La Obra Social Provincial lo incluyó.	Considerado correcto. La Obra Social Provincial lo incluyó.
Artículo 9º: Normas educativas	Acuerdo mayoritario de incluir la salud sexual y reproductiva en los distintos niveles educativos. Algunas usuarias no acordaron. Se señaló la necesidad de formar a los docentes.	Están de acuerdo en incluir contenidos de salud sexual y reproductiva en la currícula escolar, pero opinan que la oposición de la Iglesia lo impedirá.	Sorpresa y aceptación por la obligatoriedad para las instituciones privadas.	Incredulidad frente al compromiso de las instituciones confesionales.	Acuerdo mayoritario de incluir la salud sexual y reproductiva en los distintos niveles educativos. Señalan la importancia de incluir también las escuelas confesionales.	Opiniones divididas. Aun los que acuerdan son incrédulos sobre la viabilidad en la provincia, por la influencia de la Iglesia y de los grupos católicos.

RESUMEN DE LAS PRINCIPALES RECOMENDACIONES EFECTUADAS POR LOS ACTORES

Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
<p>Difusión masiva. Educar a la población. Articular formalmente con otros sectores. Proveer el recurso humano necesario. Formación y especialización de los equipos de salud. Proveer insumos en cantidad, calidad y oportunidad. Facilitar acceso, fundamentalmente en los centros de salud. Incorporar pediatras médicos familiares, agentes de salud, etcétera. Participación de las áreas operativas en la programación de las actividades. Controlar los recursos y la gestión. Capacitar a docentes en salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Realizar campañas de difusión sobre la ley, sus artículos y su relevancia. Jerarquizar la atención primaria en los sectores pobres. Dar roles protagónicos a agentes sanitarios, asistentes sociales y personal más en contacto con la gente. Realizar más acciones de promoción y captación en terreno y no esperar la demanda espontánea. Involucrar a la familia en la educación sexual, que no sea sólo responsabilidad del gobierno o de las escuelas.</p>	<p>Difusión de la ley y del Programa entre los profesionales de la salud y la población provincial, con énfasis en DDHH y la localización y horarios de atención de los servicios. Capacitar a más profesionales de la salud y a los agentes de salud. Realizar programas en la comunidad en contacto con ONG para captar mujeres en situación de riesgo. Coordinar entre Salud y Educación para educación sexual. Asegurar entrega de AC y calidad de las prestaciones en salud sexual y reproductiva.</p>	<p>Difundir ley nacional, Decreto provincial y los programas de acción a población y a los profesionales de la salud y de educación. Enfatizar alcances jurídicos, localización gratuita y obligatoriedad de la oferta de atención. Asegurar provisión permanente de AC a los distintos servicios. Capacitar a los profesionales de la salud en lo psicosocial y actualizarlos en AC. Implementar educación sexual. Dar continuidad política a los programas de acción en salud sexual y reproductiva. Realizar actividades conjuntas, Salud y Educación. Modificar horarios para período de turnos y acortar las esperas.</p>	<p>Difusión masiva. Educar a la población. Capacitar promotores. Ampliar oferta de servicios. Promover mayor articulación intersectorial y coordinación extrasectorial. Continuidad en la provisión de los recursos. Capacitación permanente en servicio e incorporar salud sexual y reproductiva al programa. Crear servicios para adolescentes. Implementar sistemas de evaluación. Utilizar recursos de la comunidad. Despecialización del aborto. Implementar talleres de capacitación en salud sexual y reproductiva obligatorios en escuelas.</p>	<p>Realizar difusión sobre salud sexual y reproductiva y MAC; campañas de esclarecimiento a través de los medios masivos (TV). Incluir consejerías de salud sexual y reproductiva, sobre todo para adolescentes. Mejorar accesibilidad a los servicios, a la información y MAC. Realizar monitoreo de la ejecución del Programa en los establecimientos. Integrar al varón en las acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva. Realizar estudios de necesidades de MAC en las poblaciones de MAC en las poblaciones a cargo de cada servicio para racionalizar los suministros. Capacitar RRHH de salud y de establecimientos educativos en salud sexual y reproductiva.</p>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cesilini, S. y Gherardi, N. (2003): *Los límites de la ley: la salud reproductiva en la Argentina*, Buenos Aires, Equipo de Género, Región de América Latina y el Caribe, Banco Mundial.
- Fairchild, A. (1976): *Diccionario de Ciencias Sociales*, vol. 1, Madrid, Instituto de Estudios Políticos.
- Habermas, J. (1987): *Teoría de la acción comunicativa. Crítica de la razón funcionalista*, vol. II, Buenos Aires, Taurus.
- Lalonde, M. A. (1974): New perspective on the health of Canadians, Documento de Trabajo, Ministerio Nacional de Salud y Bienestar, Ottawa.
- La Rosa Huertas, L. C. (2004): *Promoción de la salud: reflexiones para una agenda básica en adolescencia y juventud*, Lima, Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-SPAJ.
- Martínez, I.; Rossen, M. y Mosteiro, M. C. (2005): Salud Sexual y Procreación Responsable, cap. 8 del Portafolio educativo. Pág. Web del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Buenos Aires.
- Moraes Novaes, H. de (s/f): *Acciones integradas en los sistemas locales de salud*, cap I, “Bases conceptuales, los informes de Flexner y Dawson”, Cuaderno Técnico N° 31, Organización Panamericana de la Salud.
- Naciones Unidas (1994): Documento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo.
- Nirenberg, O.; Brawerman, J. y Ruiz, V. (2000): *Evaluar para la transformación: innovaciones en la evaluación de proyectos y programas sociales*, Colección Tramas Sociales, cap. 4, vol. 8, Buenos Aires, Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud (2000): *Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy Implications*, Washington DC.
- Pitanguy, J. y Navarro de Souza, A. (2002): “Un desafío pedagógico: saber médico, cuerpo y sociedad”, en M. Gogna y S. Ramos (comps.), *Experiencias innovadoras en salud reproductiva*, Buenos Aires, CEDES.
- Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M. y Szulik, D. (2001): *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES.
- Sigerist, H. (1981): *Hitos en la historia de la salud pública*, Buenos Aires, Siglo XXI.
- Sonis, A. (1964): *Salud, medicina y desarrollo económico social*, Buenos Aires, EUDEBA, 4ª edición.
- Terris, M. (1980): *La revolución epidemiológica y la medicina social*, Buenos Aires, Siglo XXI.

LEY DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE ARGENTINA: ¿UNA POLÍTICA DE GÉNERO?¹

Griselda Meng

INTRODUCCIÓN

El 30 de octubre de 2002 la Honorable Cámara de Senadores de la Nación, aprobó por amplísima mayoría del cuerpo, la ley 25.673 que crea un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. El presente trabajo se propone considerar el proceso de sanción de la ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable desde la perspectiva de género. El análisis aborda cómo se plantea la cuestión de género en las leyes y programas provinciales y en el proceso histórico de formulación y sanción de esta ley nacional argentina. En un primer título se describen los modos de intervención estatal en el ámbito de la reproducción en la Argentina en el siglo XX. El siguiente bloque se refiere a los antecedentes del proceso de sanción de la ley: por un lado, se sistematizan y analizan los acuerdos internacionales referidos a políticas de género; por otro, se reconstruyen y analizan los programas, las leyes y los decretos referidos a la salud reproductiva en las provincias; por último, se hace un recorrido temático sobre el proceso de trámite parlamentario de debate y sanción de la ley 25.673. A continuación, se aborda el análisis del debate parlamentario referido a la sanción, y se describe y analiza el texto de la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable. Finalmente, se proponen algunas reflexiones sobre los alcances y las limitaciones de la ley en cuanto a posibles caminos de intervenciones desde la perspectiva de género.

1. Este trabajo es producto de la tesis de licenciatura de la autora, defendida en octubre de 2003 en la Universidad Nacional de General Sarmiento, Buenos Aires.

POLÍTICAS DE POBLACIÓN

Regulando la fecundidad: una recorrida por el siglo XX

Tradicionalmente las políticas públicas dirigidas a la mujer en la Argentina han respondido a criterios en los que la población femenina no era sujeto de derechos sino a través de la familia o la pareja. Fundamentalmente las intervenciones iban dirigidas a regular el uso del cuerpo en lo que se refiere a la maternidad. Así, las intervenciones crearon ciertas condiciones necesarias para mejorar y estimular la función maternal de la mujer. Las leyes sanitarias y laborales fueron parte de las medidas que permitieron intervenir en este ámbito: el de la procreación.

Diversos trabajos de reconstrucción histórica demuestran que las políticas dirigidas a la mujer desde principios del siglo pasado (Grassi, 1989; Torrado, 1993; Novick, 1993; Birgin, 1995) estaban enmarcadas en el campo de las intervenciones estatales en las áreas de educación y de salud. En el primer grupo, el objetivo era la moralización y el control de la familia popular frente a la inmigración externa. En el segundo, el objetivo se centraba en la concepción de la mujer como la principal responsable de la reproducción biológica y material de los miembros de la familia. De esta manera, el binomio madre-hijo era el objetivo principal de las intervenciones, y la receptora de esas políticas era la madre-ama de casa. La mujer era objeto de las intervenciones en cuanto y en tanto cumpliera con su función maternal, su derecho pasaba por ser asistida en los centros maternales, y el Estado garantizaba el servicio público de salud materno infantil.

A principios del siglo XX las cuestiones centrales giraron en torno al rol del Estado en el control de la disminución de la natalidad y el bajo crecimiento poblacional. En esta dirección se vehiculizan acciones tendientes, primero, al fomento del crecimiento interno en 1930 y luego, de la protección de la maternidad entre 1934 y 1937. En 1940 se cristalizaron las primeras ideas del fomento a la fecundidad, plasmadas en el Primer Congreso de Población que se realizó en Buenos Aires. Así, “las políticas de población y dentro de ellas las dirigidas a la reproducción fueron explícitas: asignaciones familiares para parejas prolíficas, sobre-salarios a los casados, gravámenes progresivos para los solteros, preferencia de los padres de familia en los puestos de trabajo, impuestos a matrimonios sin hijos, premios y estímulos bancarios a las madres múltiples” (Torrado, 1993, pág. 264).

A partir de 1947 las políticas de población aumentaron cuantitativa y cualitativamente, las intervenciones del Estado iban dirigidas a reponer y reproducir la fuerza de trabajo, “trataban de ‘regenerar’ la raza argentina lo que implicó políticas de salud dirigidas a la mujer en cuanto portadora simbólica del patrimonio humano de la nación” (Ramaciotti, 2001). De allí la importancia pública que adquirió el cuidado de la mujer embarazada, preocupación que se tradujo

por un lado, en la apertura de nuevos centros asistenciales materno infantiles, por otro, se implementaron políticas indirectas cristalizadas en subsidios y préstamos por casamiento, vivienda, y por último, un componente fundamental fue la retórica del discurso oficial plasmada en campañas de protección a la mujer embarazada y de severa condena al aborto.

La siguiente etapa, la década de 1960, tuvo la impronta política de lo que en Latinoamérica se denominó “desarrollismo”. Un aspecto de esta política consistía en impulsar una modernización de las pautas tradicionales, en este sentido se fomentó la familia moderna, que debía ser reducida en número de miembros. Bajo esta mirada las funciones asignadas a la familia eran básicamente afectivas y de socialización primaria, además de las reproductivas “la posibilidad de modernizar a la familia, pasaba por incentivar a las mujeres al cambio, sacarlas de los límites de lo privado y hacerlas participar en el desarrollo” (Grassi, 1989, pág. 117). Esta concepción, con un fuerte contenido moralizador, se traducía en la preparación de la mujer para el matrimonio y la maternidad-paternidad responsable, entendidas como disminución del madre-solterismo, el abandono paterno, la vagancia, la delincuencia, intervenciones dirigidas, fundamentalmente, a las clases bajas.

En 1974² se promulgó el decreto 659, que estableció el control de la comercialización de los anticonceptivos (se exigían recetas por triplicado) y se prohibieron las actividades directas o indirectas dirigidas al control de la natalidad en los establecimientos públicos de salud. Si bien esta medida prohibitiva no impidió que los anticonceptivos continuaran vendiéndose sin las recetas, las consecuencias fueron nefastas para las mujeres de los sectores populares, ya que no poseían los medios para acceder a los anticonceptivos ni a la consulta, debido a que se habían desmantelado alrededor de sesenta consultorios públicos de planificación familiar.

En resumen, la mujer como receptora de políticas de población pasó de ser protegida para ser madre y reproducir la clase obrera, a ser controlada por la alta natalidad –signo de tradicionalismo y atraso–, para luego ser controlada por medios coercitivos para fomentar el crecimiento poblacional. Según el objetivo político de los gobiernos, el cuerpo de la mujer fue uno de los ejes privilegiados de las políticas demográficas.

Para la mujer el escenario de fines del siglo XX fue variando. Durante las dos últimas décadas la Argentina vivió transformaciones sociales importantes, y éstas tuvieron gran influencia en la situación, la condición de vida y el rol social de la mujer. Con grandes contradicciones y diferencias entre estratos socioeconómicos y entre regiones, las mujeres se volvieron más visibles en su actividad

2. En 1973 asumió el tercer gobierno peronista –con elecciones– hasta 1976. Sus presidentes fueron: Héctor Cámpora, Raúl Lastiri, Juan D. Perón y Estela M. de Perón. Fue derrocado por un golpe militar denominado Proceso de Reorganización Nacional.

económica y, por ende, se visibilizaron en la esfera pública. En materia de legislación, educación formal, participación en la fuerza de trabajo y participación en el quehacer social los logros han sido importantes (Harper, 1992; Messina, 1996; PNUD, 1999).

Las intervenciones dirigidas a la mujer mejoraron su condición, ello implicó una presencia continua y ascendente en el mundo laboral, reforzada por el mayor acceso a la educación y la prolongación del promedio de vida. Sin embargo, estas intervenciones no lograron alejarla de la posición subordinada en las relaciones de género. Por ejemplo, desde las intervenciones dirigidas a aliviar la pobreza, en pos de mejorar su condición refuerzan su posición en la división sexual del trabajo. La mujer se encuentra con una agenda sobrecargada de actividades: “Se apela a mejorar la condición de madre (nutrición, cuidado infantil, lactancia, etcétera), cuando se apela a su rol productivo se circunscribe a tareas asociadas a su rol doméstico (talleres de costura, cocina, cuidadora de ancianos o niños), o a su función como organizadora de su comunidad (comedores escolares, salitas primarias sanitarias, cooperadoras escolares)” (Cardarelli y Rosenfeld, 2000, pág. 39).

En cierto sentido las políticas demuestran que se ha superado el hecho de que las mujeres sigan siendo interpeladas como “una variable demográfica”, parafraseando a Birgin (1995), sin embargo, queda por analizar cómo esta nueva ley interpela a la mujer y, en este sentido, qué condición y posición le posibilitan.

NUEVOS DERECHOS

Los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos

Desde el preámbulo de la Carta de las Naciones Unidas (1945) que reafirma: “La fe en los derechos humanos fundamentales, en la igualdad de los derechos de hombres y mujeres” y hasta la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer en Beijing en 1995, “la condición de la mujer” fue adquiriendo relevancia al instalarse en el debate público y lograr la consiguiente aprobación de diversos acuerdos, tratados y documentos.

A nivel internacional hay dos períodos que marcan las orientaciones de las recomendaciones en torno al tema de la condición de la mujer en general y en particular con respecto a la salud sexual y la procreación.

Un primer momento corresponde al período que se inicia en 1975, en el cual la ONU comienza activamente a propiciar encuentros, conferencias y declaraciones que alertan e intervienen sobre la condición de la mujer en el mundo. Este período se extiende hasta la Tercera Conferencia sobre la Mujer en Nairobi en 1985, en la cual se establecen las bases de una acción programada hacia el año 2000 tendientes a eliminar la discriminación de género.

Un segundo período se puede ubicar posterior a esta Conferencia en 1985. A partir de ese momento, se suman una serie de encuentros internacionales que colocan en la agenda la consideración del género en las intervenciones gubernamentales. Asimismo, es de suma importancia la ratificación y legitimación de la CEDAW (Convención de los Derechos Humanos de las Mujeres) en todos los países, como principal organismo que se preocupa por la cuestión de las desigualdades que padecen las mujeres. Este período culmina con el momento en que se llevan a cabo las Cumbres de El Cairo (1994) y Beijing (1995), donde se establecen las bases para lograr la vigencia de los derechos reproductivos de las mujeres, y donde se incorpora la perspectiva de la equidad en la relación entre los sexos, es decir, se insta a los gobiernos a considerar en las políticas públicas, la perspectiva de género.

Desde 1975 hasta 1995 fueron veinte años de discusión acerca de la problemática de la mujer, veinte años durante los que se instrumentaron diversas acciones tendientes a eliminar las desigualdades de género, de avances y retrocesos en garantizar los derechos de las mujeres. Algunas de las líneas de acción producto de estos encuentros se preocuparon por precisar conceptos tales como el derecho humano a la salud reproductiva y a la salud sexual. Así, la definición que goza de consenso internacional dice que se debe entender la salud reproductiva como “el estado general de bienestar físico, mental, social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Es un derecho humano básico de varones y mujeres en edad fértil, que integra el derecho a la salud y que comprende la consolidación, respeto y efectiva concreción de principios, derechos y garantías esenciales que aseguren a las personas el ejercicio de una sexualidad sana” (Programa de Acción, resultado de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo, 1994).

Así, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos, entre ellos, el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia. Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones.

La Argentina, conforme a los acuerdos internacionales, introduce estas cuestiones en la reforma constitucional de 1994. Por un lado, adquirieron rango constitucional once tratados de derechos humanos.³ Por otro, la nueva Constitu-

3. Entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976), la Convención Americana sobre Derechos Humanos o Pacto de San José de Costa Rica (1978), la Con-

ción contempla el derecho a la salud “[...] todos los habitantes gozan del derecho a un ambiente sano, equilibrado [...]” (artículo 41°), “[...] los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho a la protección de su salud” (artículo 42°), “[...] los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes: la Declaración universal de los derechos humanos tiene jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ella reconocidos” (artículo 75°, punto 22), “[...] legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, mujeres [...]” (artículo 75°, inciso 23).

En este contexto normativo, efectivamente, la sanción de la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable en la Argentina representa un punto de inflexión en las políticas estatales, por cuanto el Estado resignifica su concepción histórica en este ámbito para atribuirle otros contenidos, el de los derechos universales a la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, no olvidemos que cincuenta años después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos se sancionó la Convención para la Eliminación de toda Forma de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), esto muestra la dificultad que existe en la equiparación real y formal de la mujer.

Inscribir los derechos sexuales y reproductivos en los derechos universales a la salud es fundamental, porque contribuye a la equidad de género, porque concebir el derecho a la salud sexual de la mujer posibilita un camino hacia su autonomía, poniendo el acento ya no en su capacidad reproductora sino en el libre uso sexual de su cuerpo. En el tema de los derechos reproductivos, la perspectiva de género nos remite a mirar el conjunto de normas y prescripciones que la sociedad y la cultura establecen sobre el comportamiento femenino y masculino en cuanto a competencias reproductivas, los roles asignados en el tema de salud sexual y procreación y el vínculo existente entre los géneros a la hora de compartir responsabilidades maternas/paternales y conductas sexuales.

ANTECEDENTES DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE EN LA ARGENTINA

Las intervenciones estatales en el ámbito de la reproducción en la Argentina tuvieron sus primeros antecedentes en la legislación a nivel provincial o local.

vención Internacional sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Social (1969), la Convención contra toda forma de Discriminación contra la Mujer (redactada en 1967 –aprobada por la ONU en 1979–, ratificada en 1985), cap. 4, artículo 75°, punto 22.

Desde 1986 y hasta el año 2000, existió el programa de Planificación Familiar de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y, desde 1987 y hasta 1996, se implementó un Programa de Salud Reproductiva en la provincia de Río Negro. Las acciones tendientes a instalar el tema fueron incrementándose, aunque en forma despareja en el país, hasta finalmente colocarse en la agenda pública nacional desde el año 2000 y hasta 2002, fecha en que finalmente fue aprobada la ley nacional que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Las intervenciones fueron desparejas en cuanto a las posiciones que se adoptaron con respecto a los contenidos de la salud sexual⁴ y en cuanto a los encuadres jurídico formales.⁵

CUADRO 1
PROGRAMAS PROVINCIALES

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

4. Se implementaron programas enmarcados en la salud reproductiva, planificación familiar, o salud sexual. No había una dirección unívoca en cuanto a las dimensiones por considerar. Sin embargo, todas las leyes provinciales coinciden en poner el eje en dos objetivos: la reducción de la morbilidad materno infantil y la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS).

5. Leyes, decretos, o programas locales.

CUADRO 1
PROGRAMAS PROVINCIALES (cont.)

	Provincia	Sanción	Ley que crea el Programa de:
15	La Rioja	2000	Salud Reproductiva
16	Tierra del Fuego	2000	Salud Sexual y Reproductiva
17	Santa Fe	2001	Maternidad y Paternidad Responsable

Notas:

1. Por decreto del Poder Ejecutivo 92/98.

2. Por resolución 5.098/99, Ministerio de Salud.

Fuente: elaboración propia sobre la base de recolección bibliográfica y búsqueda en Internet, 2003.

En este cuadro observamos que el año 1996 es un período de inflexión en cuanto al incremento de legislación en el tema, ya que seis de las diecisiete provincias sancionan leyes de salud reproductiva (dieciséis provincias y la Ciudad de Buenos Aires, de un total de veintitrés provincias). Estas intervenciones suceden contemporáneamente a los tratados y acuerdos en el ámbito internacional, por una parte: las cumbres de El Cairo (1994) y de Beijing (1995), y por otra, la presentación en el ámbito nacional de un proyecto de ley introducido en noviembre de 1995 por las diputadas Elisa Carca y Marcela Durrieu sobre salud reproductiva, que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación, y pasó al Senado para su discusión. Los programas de este período en las provincias citadas se refieren a la salud reproductiva coincidentemente con el proyecto de ley presentado a nivel nacional por las diputadas. El significativo incremento de leyes provinciales y municipales en contraste con la ausencia de una ley nacional, y el hecho de que en dos provincias, Misiones y Buenos Aires, no se llegó a sancionar una ley evidenciaban la dificultad en llegar a decisiones unívocas en el tema de salud sexual y salud reproductiva.

Las expresiones discursivas contenidas en los títulos de los programas que se implementaron en las diferentes regiones nos permiten avanzar en el análisis de los ejes de intervención de esas políticas, puesto que inscribir un programa en salud sexual y/o en salud reproductiva tiene connotaciones importantes. Si la función de un programa es intervenir para mejorar la salud reproductiva, ello implica atender la salud de las mujeres en edad fértil, considerar la sexualidad sólo reproductiva y las patologías derivadas de tal función. En cambio, intervenir desde la concepción del derecho a la salud sexual implica incluir la concepción de salud integral de los hombres y las mujeres en esta relación que mantienen en el ámbito de la sexualidad. Una relación que debe ser libre y justa para ambos, lo que incluye la salud reproductiva y la responsabilidad maternal/paternal compartida. La salud reproductiva abarca sólo un aspecto de la vida sexual

de hombres y mujeres, en cambio la salud sexual abarca todos los aspectos de la vida sexual de ambos, lo que incluye la reproducción. Cuando se conciben los derechos a la salud sexual se está incluyendo el derecho a la salud reproductiva que implica el reconocimiento de la capacidad de la mujer para decidir en condiciones libres y en un contexto habilitante sobre su deseo de procrear o no.

Si analizamos el título de los programas implementados en las provincias encontramos cinco lineamientos que estarían definiendo el problema por resolver con las intervenciones instrumentadas por los programas señalados en el cuadro 2.

CUADRO 2
TÍTULOS DE PROGRAMAS

Temas definidos en los programas	Provincias
Salud sexual	Río Negro, Chubut, Neuquén, Tierra del Fuego, Corrientes
Salud reproductiva	Ciudad de Buenos Aires, Mendoza, Chubut, Río Negro, Neuquén, Tierra del Fuego, La Rioja, Corrientes, Tucumán, San Juan, provincia de Buenos Aires
Maternidad/paternidad-procreación responsable	Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, La Pampa, Chaco, Jujuy, Santa Fe
Planificación familiar integral	Misiones

Fuente: elaboración propia sobre la base de recolección bibliográfica y búsqueda en Internet (2003).

Algunos programas provinciales se enmarcan en planificación familiar o en salud reproductiva, lo que constituiría una pseudopolítica de población, que se ocuparía de la mujer sólo en función de la calidad de la maternidad sin preocuparse por su bienestar general, sin considerar el ejercicio y la construcción de sus derechos.

Otros programas, como los de las provincias de Río Negro, Chubut, Neuquén y Tierra del Fuego, pueden ser considerados en comparación con otras leyes provinciales implementadas hasta el momento, y desde la letra, más cerca de construir ciudadanos con derechos, libres y sanos en lo que respecta a su sexualidad,⁶ ya que considera la perspectiva de género en su planificación.

Otro elemento para analizar es la letra de la ley. El texto de la ley puede o no tener correlación directa con sus títulos, sin embargo, terminarían por definir en

6. La provincia de Corrientes no incluye de modo expreso la salud sexual y reproductiva como componente de sus respectivos programas, sino que es mencionada entre ciertos objetivos particulares, por lo cual no se considera en este grupo.

qué marco conceptual están concebidas estas intervenciones. Se debe tener en cuenta que esta mirada es parcial, se refiere a un sentido del texto y no se considera la implementación material de la norma. En el cuadro 3 pueden observarse cinco temas recurrentes en los textos de los programas:

CUADRO 3
OBJETIVOS DE LOS PROGRAMAS

Contenidos	Provincias
Prevención de enfermedades de transmisión sexual	Todas (excepto la provincia de Buenos Aires)
Disminución de la morbimortalidad materno infantil	Todas
Consideración de la perspectiva de género	Río Negro, Neuquén
Enumeración de métodos anticonceptivos	Río Negro, La Pampa, Tierra del Fuego
Inclusión de educación sexual en educación formal	Chubut, Jujuy (con autorización de padres), Río Negro, Chaco, Neuquén

Fuente: elaboración propia sobre la base de recolección bibliográfica y búsqueda en Internet, 2003.

La pluralidad de proyectos y/o planes de acción impulsados desde la esfera provincial denota el debate producido. Con respecto a los dos primeros temas hay lógicamente una dirección unívoca en lo que respecta a mejorar la salud reproductiva de la población que es objetivo de todos los programas. La prevención de enfermedades de transmisión sexual y la disminución de la morbimortalidad materno infantil, se refieren a una preocupación creciente frente al hecho de las deficiencias en cuanto al tema de planificación familiar, educación, información en materia de salud reproductiva y prácticas sexuales asociadas a tres problemas: las muertes maternas provocadas por abortos, los embarazos adolescentes y la propagación del sida y otras enfermedades de transmisión sexual. Sin embargo, estos programas no incorporan acciones progresivas de educación sexual formal y no formal desde la niñez, las intervenciones educativas formativas son acciones de alto impacto ante la problemática de la población respecto de la salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, la perspectiva de género está ausente en la mayoría de los programas. Incluir la visión de género implicaría promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, posibilitando recursos que propicien el ejercicio de sus derechos, ofreciendo una amplia gama de servicios de salud y de métodos anticonceptivos, accesibilidad material, información, asesoramiento y participación.

Esto nos lleva a señalar otro contenido divergente en las legislaciones pro-

vinciales: la enumeración de métodos anticonceptivos. El hecho de enumerar los métodos anticonceptivos no es un dato menor, enumerarlos significa para la mujer la posibilidad de conocimiento de todos los MAC y su posterior elección, aun de métodos cuestionados por algunos sectores, como el dispositivo intrauterino (DIU), la anticoncepción de emergencia o la pastilla del día después. Al generalizar esta disposición sin enumerar los métodos, quedaría la elección o la recomendación de esos métodos a criterio del consejo del profesional, negando la información de la gama disponible a la mujer. Con esto, la autonomía y la libertad de elección quedarían sesgadas por la visión del tema que en salud sexual y reproductiva tenga el profesional que intervenga.

ACERCA DEL RECORRIDO EN LA LEGISLATURA NACIONAL

La actividad parlamentaria en las provincias no significó pasividad a nivel nacional.

Concomitantemente a las sanciones de las leyes provinciales se presentaban proyectos para su tratamiento en el Congreso Nacional.

En 1986 se presentó el primer proyecto de ley sobre salud reproductiva ante la Cámara de diputados⁷ y en 1988 se propuso en el Senado la creación de un amplio programa de planificación familiar con la sola reserva de la prohibición de los procedimientos de esterilización.⁸ Casi simultáneamente se presentó en el Senado otro proyecto de ley, en virtud de la cual se establecía la “prohibición del uso de métodos de control de la natalidad que sean clara y presumiblemente abortivos”.⁹ Estos proyectos nunca fueron debatidos. En los años '90, se presentaron diez nuevos proyectos al Congreso aunque nunca fueron considerados (Cesilini y Gherardi, 2003, pág. 35).¹⁰

7. Presentado por el diputado Hortazar, de la Unión Cívica Radical.

8. Presentado por los senadores Adolfo Gass y Margarita Torres de Malharro, de la Unión Cívica Radical.

9. El proyecto presentado por los senadores Libardo Sánchez y Eduardo Menem expresamente disponía en su artículo 3° que “los métodos de control de la natalidad que son clara o presumiblemente abortivos se consideran atentatorios del derecho establecido en el artículo 1 [...]”, el artículo 4° establecía además que ciertos anticonceptivos, incluyendo los orales poscoitales y DIU quedarían comprendidos en las disposiciones del artículo 3.

10. En el año 1990, presentaron proyectos de ley la Sra. Florentina Gómez Miranda (UCR), Carlos Álvarez (PJ) y Rodolfo Parente (UCR). En 1992, presentó un proyecto S. Martelli (UCR) y en 1993 lo hizo L. Zamora (Movimiento Socialista de los Trabajadores). En 1994 nuevos proyectos fueron presentados por Carlos Álvarez y Cristina Zucardi del Frente Grande, Elisa Carca de la UCR y Marcela Durrieu del PJ. Sobre la base de estas propuestas, la Cámara de Diputados elaboró y aprobó un dictamen conjunto. Tras el fracaso de este proyecto de ley en el Senado, en el año 1997 se planteó el tema una vez más y las diputadas Cristina Zucardi y Graciela Fernández Meijide presentaron nuevos proyectos de ley. Elisa Carrió continuó con el proyecto presentado por Elisa Carca. Los diputados Silvia Martínez, Graciela Giannestasio e Hilda González de Duhalde del PJ presentaron, respectivamente otros tres proyectos.

A partir de 1995 empezaron a debatirse distintos proyectos en la Cámara de Diputados.¹¹ En noviembre de 1995¹² se elaboró un proyecto presentado por Elisa Carca y Marcela Durrieu, que sistematizaba argumentos y propuestas para los derechos sexuales y reproductivos. En el documento, los derechos sexuales tenían relación con la posibilidad de tomar decisiones informadas y libres de coacción sobre sexualidad y procreación, con la protección de la integridad física, psicológica y sexual, el acceso oportuno y de calidad a servicios de salud y educación en esta materia. Como ya se señaló, este proyecto de ley obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación, pasando al Senado para su discusión. Ya en el Senado, durante mayo de 1997 (Zurutuza, 1998) y con la intención de acercar posiciones, la Comisión de Salud de la Cámara alta realizó gestiones y logró consenso para incluir dentro del proyecto algunas de las sugerencias realizadas por los obispos. Las sugerencias consistían en: el reconocimiento de la objeción de conciencia,¹³ que podía ser esgrimida por cualquier profesional para evitar prestar servicios de anticoncepción; que los adolescentes concurren a la consulta médica acompañados de sus padres y que la autorización a recibir información sobre sexualidad y anticoncepción debía ser autorizada por sus tutores. Una última sugerencia se refería a la exclusión de la enumeración de los métodos anticonceptivos. Poco después, en el mes de julio de 1997, se realizó una reunión convocada por el bloque de senadores de la Unión Cívica Radical, a la que se invitó a participar a organizaciones de mujeres y profesionales pertenecientes a instituciones de reconocido prestigio en el mundo académico.¹⁴

En esa reunión las organizaciones presentes rechazaron por unanimidad las modificaciones que pretendían incluirse al proyecto aprobado en la Cámara de Diputados, sosteniendo en cambio la necesidad de respetar los acuerdos internacionales firmados por el gobierno en el tema. No hubo consenso en cuanto a las modificaciones solicitadas por la Iglesia, con lo cual la versión de esta iniciativa quedó “congelada”. A los treinta días de esta reunión el proyecto perdió estado parlamentario y quedó retenido en el Senado durante dos años.

En 1999 un grupo de legisladores¹⁵ volvió a instalar el debate en el recinto parlamentario, sin embargo fue postergado tres veces.

11. Obsérvese que coincide con las cumbres de El Cairo (1994) y Beijing (1995).

12. Elisa Carca de la UCR y Marcela Durrieu del PJ.

13. “La objeción de conciencia sanitaria incluye una declaración específica acerca del carácter intrínsecamente ético de los profesionales de la salud. En el profesional íntegro, existe un vínculo indisoluble que entrelaza su habilidad técnica con sus convicciones morales. El objeto no sólo se niega a ser marioneta moral accionada por quienes legislan o mandan, sino que mientras objeto proclama que la ética es el corazón de su trabajo”. Dr. Gonzalo Herranz “La objeción de conciencia en las profesiones sanitarias”, citado en el Diario de sesiones de diputados, 18 de octubre de 2001, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Modificación de la Ley Regulatoria del Ejercicio de la Medicina, Orden del Día N° 1.147 y N° 1.000.

14. Para ampliar véase versión de la reunión en archivos de CLADEM-Argentina.

15. Elisa Carrió y Miriam Curletti, Hilda González de Duhalde y otros, Marcela Bordenave y

El principal opositor de la ley era el entonces presidente Carlos Menem, que llevó incluso su firme postura antiabortista al calendario: instituyó el 25 de marzo en la Argentina como el Día del Niño por Nacer. Durante este período la Argentina acompañó de manera militante las posiciones del Vaticano sobre aborto y familia en los foros internacionales.

En el año 2000 algunos diputados actualizaron los proyectos que habían caducado, y otros obtuvieron estado parlamentario. Se logró consensuar un documento que fue remitido al Senado para su consideración. Sin embargo, la composición del Senado no había variado y estaba mayoritariamente en contra de la aprobación de métodos anticonceptivos rechazados por la Iglesia Católica.

Durante cuatro años de tratamiento en la Cámara de Diputados, las Comisiones de Acción Social y Salud Pública; la comisión de Familia, Mujer y Minoridad, y la Comisión de Presupuesto y Hacienda, consideraron un total de ocho proyectos de diferentes legisladores. El 18 de octubre de 2001, con presencia de 129 diputados y por amplia mayoría obtuvo media sanción la actual ley 25.673, que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, sobre la base de un proyecto consensuado entre todos los bloques en un solo texto que fue remitido al Honorable Senado para su consideración. El 30 de octubre de 2002 la Cámara de Senadores después de casi cinco horas de tratamiento del proyecto de ley recibido, aprobó por amplísima mayoría del cuerpo, el dictamen único expedido por la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública. Se constató en la votación general y particular sólo la negativa de un ínfimo número de senadores nacionales que invocaron “estrictas convicciones personales” (Diario de sesiones, 31 Reunión, 16 Sesión ordinaria, 30-10-02).

Frente al dificultoso recorrido que observamos surge el interrogante con respecto a qué fenómenos propició finalmente la sanción de la ley. Uno de los factores que pareciera cambiar el mapa de actores y que aporta al ejercicio y a la construcción de los derechos de las mujeres es el aumento de la presencia de mujeres en espacios de decisión en el Estado. Un primer antecedente y fundamental en este sentido es la ley de cupo femenino de 1991,¹⁶ que establece la obligación de incluir el 30% de mujeres en la lista de cargos electivos a nivel nacional, provincial, municipal y que por lo tanto alienta su participación política. La presencia de mujeres en instancias institucionales no necesariamente garantiza una labor defensiva y reactiva frente a la posición de la mujer, sin

otros, María Isabel García de Cano y Cristina Guevara. Margarita Stolbizer (Bloque UCR), Laura Musa y Norma Parentella.

16. De suma y decisiva importancia es la firma del decreto 1.246 el 28 de diciembre de 2000, con este decreto el Presidente de la Nación Dr. Fernando de la Rúa, amplió la aplicación de la Ley de Cupo 24.012 de 1991, ley Malharro, e instituyó la incorporación efectiva de candidatas mujeres al Senado de la Nación. Esto significó que en las elecciones legislativas de 2001 se logró una integración efectiva de las mujeres a la actividad política y toma de decisiones, al consagrar la representación femenina en ambas cámaras del Poder Legislativo Nacional. Por disposición de la reforma constitucional de 1994, la elección de senadores se realizó, por primera vez, en forma directa.

embargo, el recorrido del proceso de tratamiento parlamentario evidencia la existencia de alianzas interpartidarias de mujeres al momento de presentar los proyectos y defenderlos. La interlocución que ejercen las mujeres desde estos espacios fue estratégica a la hora de persistir en la presentación de los proyectos en la Cámara de Diputados.

También cabe señalar que, al momento de la sanción de la ley de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Consejo Nacional de la Mujer¹⁷ dependía de la Presidencia del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Sociales, del área de Presidencia de la Nación, que era presidido por la Sra. Hilda González de Duhalde, esposa del entonces Presidente de la Nación. Como diputada, la Sra. Duhalde en 1997 y 1999 había presentado con otras diputadas del Partido Justicialista (PJ), Unión Cívica Radical (UCR) y Alianza para una República de Iguales (ARI), proyectos de salud sexual y procreación responsable y asimismo participó luego en la redacción del texto definitivo de la ley. Finalmente, cuando su marido llegó a la Presidencia de la Nación (2002) en un gobierno de transición y se debilitó el poder del ex presidente Menem en el recinto parlamentario y cambió la composición del Senado, se logró impulsar la sanción de esta norma.

ACERCA DEL DEBATE PARLAMENTARIO¹⁸

Con respecto a las discusiones de los diputados en el debate previo a la sanción de la ley se observaron tres ejes temáticos. El primer eje giraba en torno al suministro y prescripción de los métodos anticonceptivos (MAC) expresados en la ley. “Se consensuó una fórmula sintética, enunciando métodos, reversibles, transitorios y no abortivos sin precisar cuáles.” La discusión versaba alrededor de la función que los MAC deben cumplir: algunos diputados expresaron que el suministro, orientación e información de métodos anticonceptivos son importantes para evitar embarazos no deseados. Quienes avanzaron en el derecho reproductivo, veían en este recurso la llave de la libre decisión de la mujer en cuanto a la maternidad, planificando cuándo y cuántos hijos tener. Por otro lado, estaban las posiciones de quienes, como en el siglo pasado, veían en esta ley una política de población, con lo cual la inscribían en una política antinatalista al prescribir, informar y orientar sobre anticonceptivos. La posición más extremista fue la del diputado Mario Alejandro Hilario Cafiero por la provincia de Buenos Aires, que además trajo al debate un tema que estuvo ausente en esta discusión “el derecho pleno de la mujer para participar en la actividad sexual”; nótese

17. El Consejo Nacional de la Mujer dependió de la Presidencia de la Nación hasta el año 1999, cuando pasó a depender del Jefe del Gabinete de Ministros, que ejerce la administración general del país y coordina las acciones con los demás ministerios.

18. Orden del día N° 1.147 y N° 1.000, 18 de octubre de 2001.

la ausencia en el debate de la contemplación del derecho de la mujer en el uso de su cuerpo. Sin embargo, el diputado Cafiero lo hizo refiriéndose a lo negativo que sería “si la mujer ejerciera la libertad de disponer de su cuerpo”, ya que “si las mujeres son libres de decidir sobre el uso de su cuerpo, llegará incluso a tomar decisiones hasta moralmente criminales”.

Ningún legislador señaló la responsabilidad del hombre, excepto el que declara “*la decisión de las parejas*” en esta nueva “[...] posición ética de nuestra sociedad [...]”.

Para algunos diputados el derecho a la salud se circunscribe a la libertad de la mujer para regular la fecundidad y disminuir los riesgos asociados al comportamiento reproductivo. Lejos están de considerar la cuestión de salud sexual y reproductiva como un derecho a la salud. Esto se evidencia por el reduccionismo del debate, se limitan a discutir sólo un aspecto, el suministro de métodos anticonceptivos en vez de centrarse en cómo propiciar recursos donde se puedan ejercer los derechos sexuales y reproductivos que impliquen un aumento en la calidad de vida sexual de toda la población. Esto es lo verdaderamente inquietante, porque con el mismo discurso de derecho a legislar sobre los cuerpos de las mujeres, también se emiten juicios como que “[...] la pobreza agrava la promiscuidad”, como si la promiscuidad fuera condición sólo de los pobres.

El tema de la moral estuvo muy presente en el debate y constituyó el segundo eje de discusión. Se declaró por ejemplo, que “esta propuesta se entromete con la moral de los argentinos” y los diputados autodefinidos “con profundas convicciones católicas” hablaron de “verdad moral” asociado a la naturaleza de la procreación; algunos diputados cuando se refirieron a moral, lo asociaron a las conductas responsables, a las decisiones tomadas en libertad y que la ley en este caso vendría a propiciar el ejercicio de una sexualidad sana y preventiva. Mientras que otros se refirieron a conductas “moralmente aceptables”, como opuestas a *la mala sexualidad*.

El tercer eje del debate estuvo puesto en el rol de la mujer. Algunos diputados continuaban la línea de discusión sobre el rol asignado a la función “natural” de la mujer ligada a la maternidad y lo inconveniente de regular esta función con una ley. El debate comenzó a abrirse cuando una diputada manifestó que: “Ésta es una ley que incumbe a las mujeres de este país no es una ley de hombres”, declaración que evidencia el sesgo en la construcción de una relación igualitaria entre géneros. A partir de aquí las declaraciones mostraron cierta riqueza con respecto al debate del “ejercicio de una ciudadanía y de derechos sociales dirigidos a lograr la equidad social” y hacia la “consolidación del derecho a la salud”, así como “la responsabilidad compartida en la vida social, política y cultural del país”. Las posiciones que ocupaban las mujeres legisladoras permitió la inclusión del cuestionamiento de la división sexual del trabajo y la necesidad de un cambio en las concepciones históricas de los roles asignados a lo femenino y a lo masculino. En esta oportunidad expresaron que “la salud sexual y la salud reproductiva debe ser compartida”.

En resumen, las discusiones giraron alrededor de legislar sobre el cuerpo de la mujer para la maternidad y el deber ser. No obstante, encontramos discusión y debate político para que estos prejuicios se cuestionen y las mujeres intervengan en el contenido de normas y leyes para las mujeres.

LA LEY

La ley sancionada se inscribe en los derechos humanos, ello implica el derecho de todas las personas a tener fácil acceso a la información, educación y servicios vinculados a su salud y comportamiento reproductivo, lo que significa un enorme avance en la democratización de la vida íntima de la mujer.

La ley 25.673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud consta de catorce artículos. Esta ley es una política de salud sexual y procreación responsable enmarcada en el derecho humano a la salud, sus ejes –y objetivos– están puestos en prevenir ETS, abortos provocados, embarazos adolescentes y cáncer genitomamario. En su reglamentación aclara que los medios para prevenir estos fenómenos estarían vinculados a los métodos anticonceptivos, a través de su suministro y a la información sobre salud sexual. Para ello prevén la ampliación de servicios primarios de salud que se adecuen a la demanda. Esta ley contempla su implementación a través de programas planificados a nivel provincial, regional o local.

Para avanzar en la construcción de la equidad de género, la ley indica que se deben propiciar prácticas de responsabilidades compartidas, como se ve en el artículo 2º, que señala: “Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable”.

El artículo 4º de patria potestad indica: “[...] las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad [...] debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable”.

El artículo 6º se refiere a los métodos anticonceptivos “prescribe métodos anticonceptivos reversibles, transitorios y no abortivos”.

Los artículos 9º y 10º declaran la disposición de la objeción de conciencia, e indican que “Las instituciones educativas públicas de gestión privada, confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones”. Y “Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley”.

Estos artículos estarían limitando la participación de las mujeres en la construcción de sus derechos. Para esta ley la responsabilidad en el ámbito de la sexualidad sigue recayendo con mayor peso en la mujer, la ginecología, la obs-

tetricia y en los efectores capacitados a tal fin. Este enfoque se contradice con una postura que proclama que la responsabilidad debe ser compartida por toda una sociedad, la cual debe asumir las iniquidades que se justifican en nombre de lo que es propio de cada género. Por otro lado, el preconizar la patria potestad de los padres devalúa los derechos de los adolescentes y niños. Esta situación por un lado, seguirá reproduciendo viejos patrones de roles sexuales de los padres a los hijos, e impide o dificulta la construcción desde la niñez de una perspectiva diferente en las relaciones entre hombres y mujeres.

Por su lado, el acceso gratuito a métodos anticonceptivos pone de manifiesto la consideración y legitimación social de la sexualidad no reproductiva, es decir el ejercicio de la sexualidad en términos de placer y, fundamentalmente, la posibilidad de acceso a ellos, de las mujeres con más necesidades materiales. Porque debemos recordar que hace cuarenta años aproximadamente que existen las pastillas anticonceptivas, y que nuestro país “muestra una alta propensión de las mujeres de todas las edades a utilizar métodos anticonceptivos para regular la fecundidad, al mismo tiempo hay una fuerte desigualdad en el acceso a estos métodos conforme con la edad y la condición social de las mujeres” (Ramos, 2000).

Por lo tanto, hay dos cuestiones por considerar con respecto a los MAC: por un lado, el suministro de anticonceptivos –no enumerados– redundará en una igualdad de acceso a mujeres que padecen trabas en la adquisición, siempre y cuando los programas estén planificados de tal manera que acorten la distancia con los receptores. Por otro lado, la entrega de métodos anticonceptivos e información con respecto a la salud sexual y reproductiva no actuará por sí sola para eliminar la violencia, la subordinación, la relación de poder de que es víctima la mujer en el terreno de la sexualidad.

Por último, con respecto al derecho de los objetores de conciencia de ser exceptuados de su participación en el Programa Nacional, podemos argumentar que nuevamente frente a los derechos de la mujer se imponen –desde la ley– los derechos de los profesionales y de las instituciones que intervengan como efectores. Esta situación implica asumir el riesgo de seguir reproduciendo aún con más fuerza ciertas concepciones de poder asociadas a los roles “naturales” del hombre y de la mujer.

Desde la mirada de género se observa que el texto de la ley que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene importantes limitaciones para la construcción y el ejercicio de los derechos de las mujeres en el ámbito de la sexualidad.

CONCLUSIONES

Como se ha observado, el proceso de discusión y debate en torno al tema de la salud sexual y reproductiva en la Argentina fue largo, quebrado y regionalmente diverso.

Inicialmente las propuestas eran moderadas y se focalizaban fundamentalmente en disminuir los efectos adversos en la salud, derivados de la maternidad y de enfermedades de transmisión sexual. Los programas y proyectos eran presentados por legisladores en forma individual y partían de inquietudes partidarias sin llegar a coaliciones interpartidarias en la cuestión. Luego en 1996, ya con la presencia de legisladoras en todos los ámbitos estatales, y con un fuerte impulso internacional y de grupos locales de mujeres, las nuevas propuestas se refieren a los derechos a la salud sexual y a la salud reproductiva. Finalmente en el año 2000 se incorporó el tema a la agenda pública nacional hasta lograr la sanción de la ley que creó un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable enmarcado en los derechos humanos.

Si bien la irrupción de la mujer en lo público —y sobre todo en los lugares de toma de decisión política— es uno de los grandes ejes movilizadores desde la perspectiva de género, la promoción de la democracia en el ámbito privado, específicamente en la vida sexual y reproductiva, es otro hito en la vida de las mujeres. Sin embargo, las limitaciones de la ley —no enumeración de MAC, patria potestad y objeción de conciencia— erosionan la posibilidad de que estos nuevos derechos sean retomados y reconocidos en toda la sociedad, porque deben enfrentarse directamente a las costumbres tradicionales de la sociedad y del Estado.

Por ello, el ejercicio de los derechos de las mujeres no reposa sólo en la sanción de la ley (lo cual sabemos no es ni condición necesaria, ni suficiente), sino que su respeto forme parte de las relaciones sociales, y se debería contar con un sistema que asegure que tales derechos puedan ser peticionados, reclamados y garantizados. Esto sólo sucede cuando las mujeres forman parte de una comunidad política, construyendo y redefiniendo sus necesidades, expectativas, y ejerciendo el pleno derecho sobre su persona. Por lo tanto, las limitaciones de la ley deben ser neutralizadas para superar las barreras personales, legales y políticas de las mujeres. La promoción de los derechos, la presencia de mujeres en la toma de decisiones, la existencia de mecanismos de control y de instancias de participación de las mujeres en la planificación y el diseño de políticas son componentes que actuarán en esta dirección. Con la sanción de esta ley el Estado ha asumido la responsabilidad de garantizar el derecho, y la sociedad deberá asumir el compromiso, de ahora en más, de ejercerlo.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Bianco, M.; Durand, T.; Gutiérrez, M. A. y Zurutuza, C. (1998): “Mujeres sanas, ciudadanas libres (o el poder para decidir)”, Buenos Aires, FEIM-CLADEM-Foro por los Derechos Reproductivos, documento de trabajo.
- Birgin, H. (1995): *Acción pública y sociedad. Las mujeres y el cambio estructural*, Buenos Aires, Centro de Apoyo al Desarrollo Local, CEADEL, Feminaria.
- Cardarelli, G. y Rosenfeld, M. (2000): “Con las mejores intenciones: acerca de la relación entre el Estado pedagógico y los agentes sociales”, en S. Duschatzky (comp.),

- Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*, Buenos Aires, Paidós, cap. 1.
- Cesilini, S. y Gherardi, N. (2003): “Los límites de la ley: la salud reproductiva en la Argentina”, Equipo de género, Región de América Latina y el Caribe, Buenos Aires, Banco Mundial.
- Constitución Nacional Argentina.
- Diario de Sesiones de la Honorable Cámara de Diputados.
- Documento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (1994).
- Documento de la Conferencia de Beijing (1995).
- Documento de la Conferencia Beijing + 5 (2000).
- Grassi, E. (1989): *La mujer y la profesión de asistente social, el control de la vida cotidiana*, Buenos Aires, Humanitas.
- Grassi, E.; Hintze, S. y Neufeld, M. R. (1993): *Políticas sociales, crisis y ajuste estructural*, Buenos Aires, Editorial Espacio.
- Harper, C. (1992): “La fecundidad y la participación femenina en la fuerza de trabajo”, en M. López, *Género y mercado de trabajo en América Latina*, Santiago de Chile, PREALC, cap. III.
- Jelin, E. y Feijó, M. (1986): “Del deber ser y el hacer de las mujeres (Dos estudios de caso en Argentina)”, México D.F., El Colegio de México-Pispa.
- Leyes provinciales de salud reproductiva.
- Messina, G. (1996): “La oportunidad de ser mujer: una mirada desde la educación”, en *Relaciones de género y exclusión en la Argentina de los '90: ¿el orden del desorden y el desorden del orden?*, Buenos Aires, ADEUEM-Editorial Espacio.
- Novick, S. (1993): *Mujer, Estado y políticas sociales*, Biblioteca Política Argentina, Centro Editor de América Latina.
- PNUD (1999): “El nuevo cálculo del Índice de Desarrollo Humano en el Informe del PNUD 1999, su impacto en América Latina y su evolución histórica secular desde 1900”, Documento César Yáñez.
- PNUD (2000): “Informe sobre Desarrollo Humano 2000”, documento de trabajo, cap. 6, Buenos Aires.
- Ramaciotti, K. (2001): “Los conflictos, intereses e ideas que confluyeron en la política sanitaria argentina entre 1946-1954”, Tesis de Licenciatura, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Ramos, S. (2000): “Situación paradójica de la salud reproductiva en la Argentina: baja prevalencia anticonceptiva y baja natalidad”, en *Revista Asociación Argentina por la Salud Sexual y Reproductiva*, año 2, N° 7.
- Sanchis, N. (1996): “El género en el debate político: algunas reflexiones sobre actoras, espacios institucionales y políticas públicas entre 1990-1995”, en *Relaciones de género y exclusión en la Argentina de los '90: ¿el orden del desorden y el desorden del orden?*, ADEUEM, Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Torrado, S. (1991): “Población y desarrollo: metas sociales y libertades individuales (Reflexiones sobre el caso argentino)”, en S. Torrado (comp.), *Políticas y población en la Argentina: claves para el debate*, Buenos Aires, La Flor.
- Torrado, S. (1993): *Procreación en la Argentina, hechos e ideas*, Buenos Aires, La Flor.
- Zurutuza, C. (1998): “El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: ¿utopía o estrategia?”, documento de trabajo de CLADEM.

CONSORCIO NACIONAL DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. CoNDeRS: UNA EXPERIENCIA DE MONITOREO SOCIAL*

*Mabel Bianco,¹ Susana Checa,² Cecilia Correa,³
Martha Rosenberg⁴ y Cristina Zurutuza⁵
Comité Coordinador del CoNDeRS*

El Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos –CoNDeRS– se constituyó en mayo de 2003 por iniciativa de cuatro ONG de mujeres y jóvenes con trayectoria en la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos. En esta historia, la sanción de la ley 25.673, que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable –PNSSyPR– fue vista por estas ONG como una herramienta que posibilitaba la construcción de mecanismos que garantizaran el respeto de los derechos sexuales y reproductivos con un enfoque de género y de derechos humanos. Así, el CoNDeRS concibió el monitoreo social como una actividad ciudadana inherente a la democracia participativa, a fin de realizar el seguimiento y monitoreo de su implementación a nivel nacional. Su primer paso fue convocar a organizaciones y personas para integrar el consorcio y debatir las mejores estrategias para llevar adelante estos objetivos según diferencias socioeconómicas, organizativas y políticas locales. Para ello y con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA) se desarrolló el proyecto a lo largo de dos períodos, que inicia actualmente su tercera etapa.

En el campo de las políticas públicas que buscan garantizar los derechos sexuales y reproductivos, el monitoreo social es una estrategia de control de la gestión pública por los destinatarios de esas políticas, es decir, los sujetos de estos derechos. Se propone como una profundización de las responsabilidades ciudadanas que implica la vigencia efectiva de los mismos.

* Este artículo se terminó de escribir en marzo de 2006.

1. Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer, FEIM.

2. Foro por los Derechos Reproductivos, Foro DDRR.

3. Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva, RedNAC.

4. Foro por los Derechos Reproductivos, Foro DDRR.

5. Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, CLADEM Argentina.

La práctica del monitoreo por la sociedad civil debe ser permanente, eficaz y oportuna, en contextos políticos y sociales muchas veces cambiantes que pueden comprometer seriamente su realización. Promovemos cambios de una cultura política marcada por la irregularidad, la escasez, la discrecionalidad y el voluntarismo en la provisión de los servicios. La presencia de una ciudadanía activa es un reaseguro para la vigencia real de derechos que permitan el acceso a una vida sexual y reproductiva plena y placentera. Pero no sólo eso: la experiencia de poder incidir en las condiciones de su propia atención y en la implementación de una política, empodera a los usuarios de los servicios y extiende el alcance de la democracia a aspectos de la vida cotidiana habitualmente confinados a la esfera privada, en la que predomina la tradición autoritaria y sus valores sexistas.

Entre los objetivos centrales del CoNDeRS se destacan:

1. Promover y realizar actividades de control social y/o ciudadano para monitorear el desarrollo de las acciones realizadas en el campo de la salud sexual y reproductiva por el Estado nacional y las distintas jurisdicciones.
2. Producir documentos y herramientas de monitoreo social que faciliten el desarrollo de las acciones de control y seguimiento social en los aspectos señalados.
3. Promover una amplia participación de los distintos actores de la sociedad civil interesados en el monitoreo de los derechos sexuales y reproductivos, y su apropiación por parte de la población.

MONITOREO SOCIAL

Entendemos como monitoreo social de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos la construcción colectiva de concepciones, herramientas y mecanismos para supervisar la atención de la salud reproductiva de toda la población y proponer alternativas para el enfoque preventivo y respetuoso de sus derechos humanos.

Incluye solicitar a los gobiernos la rendición de cuentas (*accountability*) acerca del cumplimiento de las leyes y las políticas públicas diseñadas para cumplirlas, o reformularlas si no son adecuadas a su fin.

Cuando hablamos de rendición de cuentas, nos referimos a que tienen que ser accesibles, tanto los datos financieros, como los cuantificativos, que tiene que ver con el acceso universal a servicios de salud de calidad. Esta rendición de cuentas es un paso importante en la consolidación de la democracia en el país. Una democracia que no se limite a la emisión del voto en las elecciones, una democracia “monitoreada”, “controlada” por sus ciudadanos participando activamente. El Estado debe impulsar y facilitar el monitoreo social, crear mecanismos para que la ciudadanía acceda a la información, así como registrar

las demandas originadas en los destinatarios de los servicios y considerarlas al diseñar sus políticas.

El monitoreo social es constitutivo de las acciones que desarrollamos desde el CoNDeRS como forma de ejercicio de la ciudadanía, que permite incidir activamente sobre las políticas públicas. En nuestro país es un campo inédito que implica profundos cambios culturales y la desnaturalización de posiciones de subordinación —en especial para las mujeres— y la responsabilización por su salud sexual y reproductiva.

Cuando se trata del monitoreo social de políticas públicas, la disparidad de poder entre los actores es manifiesta: destinatarios (o sus representantes más o menos legítimos) por un lado, y autoridades y funcionarios del gobierno, por otro.

Para ejercer el control desde la ciudadanía, hay que conocer y evaluar los mecanismos y los resultados de la gestión. Este conocimiento tiene niveles y calidades diferentes y debe ser construido respetando su complejidad, incorporando las experiencias y también los datos objetivos y subjetivos, articulando los saberes formales con los saberes populares. En este sentido, los gobiernos deben garantizar el acceso a la información tanto estadística, como de procesos y relaciones en los distintos campos de estudio. Como expresión de esta dialéctica, Ana Güémez ha señalado que “el control social es a la vez resultado de la democratización y requisito para la democracia del sector salud”.⁶

La vigilancia o el monitoreo por parte de la ciudadanía requiere la redefinición permanente de los derechos, en concordancia con las experiencias vividas al ejercitarlos en el nuevo campo de poder que genera la ley. Ésta universaliza las prácticas que actualmente son privilegio de algunos sectores. Todos sus beneficiarios deben ejercer control para garantizar la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género y clase para toda la sociedad y cada una de las personas que la integran.

La posibilidad de reclamar el derecho a la salud y sus derechos reproductivos y sexuales es un factor de empoderamiento necesario para compensar las iniquidades de género, clase, edad, etnia y orientación sexual aún existentes. Las mujeres deben ser sujetos plenos de sus decisiones reproductivas y sexuales y no como hasta ahora, un “objeto problema” para los decisores de políticas.

S. Marques Dantas⁷ incluye el control social⁸ en lo que llama “experimentalidad” de la democracia contrahegemónica. Es “experimental” porque se apoya

6. Ana Güémez, “Reforma del sector salud y derechos sexuales y derechos reproductivos. Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género”, documento de trabajo, marzo de 2004, pág. 38.

7. Sílvia Marques Dantas (2003): “Controle social. Possibilidades e limites”, en *A presença da mulher no controle social das políticas de saúde*, Belo Horizonte, Rede Feminista de Saúde, Mazza Edições, pág. 172.

8. Marques Dantas llama así a lo que aquí denominamos monitoreo social.

en la construcción de una nueva gramática social, innovadora de la institucionalización vigente. Nuevos actores se insertan en el proceso político. La representatividad de los actores instituidos es cuestionada por las identidades subalternas, por ejemplo, mujeres legas frente a profesionales, usuarios frente a prestadores y decisores. Al monitorear, los usuarios dejan de ser receptores pasivos y se proveen de recursos que les permiten evaluar la atención y demandar los servicios que la ley les otorga como derechos. Si se hace acorde a la ley, la asistencia ya no se podrá regular discrecionalmente por las buenas o malas intenciones de los prestadores, su voluntad y capacidad o sus posturas ideológico religiosas.

El monitoreo social es, por lo tanto, una actividad política que no puede dejar de tener consecuencias en las relaciones de poder: empodera a quien lo ejerce y modifica la calidad del poder ejercido desde el Estado, al incorporar la dimensión de una ciudadanía positivamente ejercida.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Los derechos reproductivos no constituyen un concepto acabado; de hecho, varían según épocas y geografías culturales. En realidad, lo que hoy llamamos derechos reproductivos es una construcción que intenta responder a una vieja problemática de toda la humanidad, porque somos seres sexuados y tenemos la potencialidad de reproducirnos. La sexualidad y la reproducción han venido ocurriendo con o sin permisos, eludiendo o cristalizando opresiones internas y externas, proponiendo o instalando opciones, siempre en tensión con otras demandas sociales. Por eso, una primera afirmación debe quedar clara: *los derechos sexuales y reproductivos se refieren a la esfera de la sexualidad y de la reproducción pero no la agotan: sólo establecen un piso para facilitar su ejercicio en el marco igualitario del respeto por la diversidad humana.*

Otra problemática, que todavía no se ha resuelto completamente, es la dificultad para incluir la compleja problemática de la sexualidad en un campo jurídico como es el de los derechos humanos. Por eso, los derechos reproductivos han sido definidos antes y mejor que los derechos sexuales, que sólo recientemente han comenzado a debatirse. Lo reproductivo tendió a englobar, subsumir y por lo tanto oscurecer e invisibilizar el campo de lo sexual. No solamente porque así ha sido la tradición y la realidad de la cultura occidental moderna, que establece la ecuación mujer = madre, sino porque el mismo campo de la sexualidad se resiste a la normatización, más allá de que, como en este caso, algunas normas puedan ser consideradas protectoras de la sexualidad como dimensión constitutiva de los seres humanos. *El concepto de derechos sexuales se encuentra en construcción y fuerte debate, sobre todo a partir de las reivindicaciones de los sujetos hasta ahora discriminados como desviados de la "normalidad" patriarcal, que han buscado ampliar el paradigma de los derechos humanos para*

lograr su inclusión. En particular, la lucha de las mujeres por el acceso a la anti-concepción y al derecho a decidir sobre su propio cuerpo en el marco de la autonomía en las cuestiones sexuales y reproductivas. También gracias al progreso tecnológico que progresivamente permitió separar de manera eficaz la sexualidad de la reproducción. Pero también porque han emergido nuevos actores que reivindican una sexualidad no normatizada, movable, alternativa o fluida, y que también ponen en juego la propia identidad sexual. Así, los grupos GLTTBI han comenzado visibilizando en esta sigla, que continúa ampliándose, la gran diversidad de identidades que hasta hace poco eran opacas, invisibles y/o rechazadas. A pesar de todo ello, todavía estos derechos suelen ser omitidos o subsumidos en derechos reproductivos, en los documentos oficiales de Estados nacionales, Naciones Unidas y otros.

Por ejemplo, afirma el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994): “La aplicación del presente Programa de Acción debe orientarse por esta definición amplia de salud reproductiva, que incluye la salud sexual” (7:4).

Por todo lo dicho, un enfoque de salud sexual y reproductiva basado en los derechos sigue siendo poderoso, ya que tiene *la legitimidad simbólica otorgada por el acuerdo internacional*. Todos los derechos humanos han sido declarados *universales, inalienables, indivisibles e interdependientes*.⁹

Es en este sentido que afirmamos que los derechos sexuales y reproductivos son parte indisociable de los derechos humanos básicos. Esta afirmación contribuye a revertir una lógica perversa que suele prevalecer en el sistema de salud: los usuarios no están recibiendo un favor, sino haciendo efectivo un derecho. Esta dimensión de las prestaciones en salud debe ser subrayada e incorporada a la formación de los miembros de los equipos de salud.

Esta tensión entre derechos y realidades cruza todo el campo de los derechos humanos; sus principios rectores todavía necesitan mucha y clara voluntad política para concretarse. Pero al poner énfasis en valores fundamentales, especialmente en el respeto por los usuarios y sus decisiones reproductivas, un enfoque basado en los derechos puede dar origen a programas y políticas de salud sexual y reproductiva humanos y eficaces. *Valiéndonos del sistema de tratados internacionales de derechos humanos, añadimos herramientas para desafiar los problemas y ejercer presión* para que los gobiernos y la sociedad civil, incluido el sector privado lucrativo, trabajen de manera proactiva a su favor.

Los cuatro principios básicos de los derechos reproductivos,¹⁰ que según Correa y Petchesky son: *autonomía personal, igualdad, diversidad e integridad corporal*, deben ser respetados consistentemente en los servicios de salud. Junto

9. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, 1993.

10. Corrêa, S. y Petchesky, R. (1994): “Reproductive and Sexual Rights in Feminist Perspective”, en *Empowerment and Human Rights*, G. Sen & L. Chen, Boston, Massachusetts, Harvard University.

con la solvencia científica y la equidad de trato forman parte de la calidad de atención exigible por los usuarios. Todos estos aspectos deben ser objeto de monitoreo por los ciudadanos.

Para que un derecho sea efectivo, debe ser ejercitado. Los principales destinatarios de nuestras acciones, las mujeres y jóvenes, deben ejercitar el derecho que les compete a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Reclamar estos derechos es así un factor de empoderamiento como ciudadanas y de compensación de las graves iniquidades de género, edad, etnia y clase aún existentes.

Tomamos como marco el que enuncian distintos documentos de las Naciones Unidas, entre ellos, en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, en la que se consensuó la definición sobre salud y derechos sexuales y reproductivos:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como de otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las posibilidades de tener hijos sanos [...] (cap. VII, “Derechos reproductivos y salud reproductiva”, parágrafo 7.2 de las *Bases para la acción*, El Cairo, CIPD, 1994).

Esta definición de salud reproductiva es enfocada desde una doble perspectiva. *La sexual*, que implica la capacidad de gozar de una sexualidad placentera, sin temor a embarazos indeseados o no programados, a infecciones de transmisión sexual, o a ser víctimas de violencia o sometimientos sexuales, y la *reproductiva*, que implica poder decidir el número, el momento y las circunstancias de los embarazos, así como desarrollarlos o interrumpirlos en condiciones que no expongan a la mujer o a su hijo a situaciones de riesgo (para el desarrollo de estos conceptos véase http://www.conders.org.ar/Cap_3_1_DSR.pdf).

PROPUESTA DE MONITOREO SOCIAL DEL CoNDeRS

El monitoreo de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos que propone el CoNDeRS se basa en un sistema de vigilancia social de las propuestas y metas del PNSSyPR. Esa vigilancia supone supervisar un conjunto de condiciones que debe cumplir el programa y que se encuentran en sus fundamentos. Entre ellas, destacamos las siguientes:

- Atención *integral* de la salud reproductiva y sexual. Las diversas facetas de esta atención deben estar integradas cuando una persona necesita distintos aspectos de ella, desde asesoramiento, atención, orientación, información, provisión de insumos, diagnóstico, tratamiento y control/seguimiento.
- Organización adecuada de los servicios de atención integral en las distintas jurisdicciones, accesibles y con horarios adecuados a las necesidades de las personas y los adolescentes y jóvenes.
- Capacitación con enfoque de género en temas de salud sexual y reproductiva del personal de salud, en todos los niveles de atención, incluida la APS.
- Consejería en salud sexual y reproductiva que brinde la información y orientación para que los usuarios puedan adoptar sus decisiones en forma informada y reflexiva.
- Sensibilización y capacitación del sector educativo en todos los aspectos concernientes a sexualidad y derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género.
- Provisión adecuada gratuita y continua de los distintos métodos anticonceptivos según la edad, paridad, necesidades y preferencias de todas las personas, en particular adicionales.
- Difusión a través de distintos medios de comunicación (folletos, cartillas, spots radiales y televisivos, etcétera) de los derechos de los jóvenes a la atención de su salud reproductiva: anticoncepción, atención del embarazo, parto y puerperio para una maternidad sin riesgos, información sobre ITS y VIH/sida; detección precoz de patologías vinculadas al cáncer genitomamario y otras. Estas campañas deben combatir prejuicios culturales sobre la sexualidad y la reproducción.

Propone, además, que cada jurisdicción establezca un sistema fluido y permanente de registro de datos sobre la salud sexual y reproductiva que permitan monitorear su situación de salud (http://www.conders.org.ar/Cap_3_2_MonitoreoSocial.pdf).

DESARROLLO DEL CoNDeRS

La primera etapa del CoNDeRS –2003-2004– consistió inicialmente en la constitución del Consorcio, y se convocó a organizaciones de la sociedad civil –especialmente de mujeres, adolescentes y jóvenes, y de derechos humanos–, a personas y/o organizaciones profesionales y académicas involucradas en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, a incorporarse a él. El objetivo fue desarrollar y promover el crecimiento de redes locales de monitoreo social basadas territorialmente. Ello permite la formación y consolidación de una red nacional participativa con una mejor detección de las necesidades y

perspectivas locales, y una capacidad más efectiva de incidencia con los organismos gubernamentales locales, provinciales y nacionales.

El primer paso fue la firma de una declaración de repudio al fallo de la jueza Garzón de Lazcano, que pretendió prohibir la fabricación de anticonceptivos orales en todo el país. A esta declaración, difundida el 28 de mayo de 2003, adhirieron casi 300 personas e instituciones.

Durante el período 2003-2004 se comenzaron a desarrollar actividades permanentes, y otras puntuales.

Actividades permanentes:

1. Constitución formal del Consorcio a nivel nacional por parte de ONG de mujeres, de adolescentes, de derechos humanos, organizaciones académicas y profesionales, entre otras. La actualización permanente con comunicación y coordinación de actividades continúa.
2. Promoción y desarrollo de actividades de control y monitoreo social. Para ello se generó un conjunto de conceptos, estrategias y herramientas de monitoreo social, y se publicaron varios materiales de difusión: dossier para periodistas, folleto para adolescentes, stickers, afiche y página web: www.conders.org.ar
3. Desarrollo de reuniones periódicas del Comité Coordinador con las autoridades de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, y del PNSSyPR, a fin de:
 - Relevar información sobre las distintas iniciativas del gobierno nacional para la implementación del programa en todo el país.
 - Intercambiar información sobre los datos recogidos a niveles locales y provinciales, referidos a logros y obstáculos en la implementación territorial.
 - Proponer y sugerir mecanismos de comunicación entre organizaciones de la sociedad civil y organismos gubernamentales, así como otras propuestas para mejorar la implementación del programa.

Actividades puntuales

1. Conformación de un Consejo Asesor con representantes de instituciones relevantes para recoger aportes de instituciones y personas idóneas en la problemática del campo científico, del activismo y de la comunicación social, entre otros (<http://www.conders.org.ar> → Quiénes Somos → Consejo Asesor).
2. Difusión e información sobre la Ley 25.763 y el Programa Nacional y Salud Sexual y Procreación Responsable –PNSSyPR–.
3. Diagnóstico Inicial –Línea de base–. Compuesta por la Encuesta y datos complementarios de SIEMPRO.

A continuación describiremos con mayor detalle algunas de las actividades realizadas.

Un punto fundamental fue organizar un registro cualitativo relativo a la calidad de la atención por parte de los efectores y prestadores. Con este objetivo el CoNDeRS diseñó y puso a prueba una herramienta –listas de chequeo–. Es una herramienta sencilla que permite que los usuarios describan e identifiquen los problemas que se les han presentado cuando necesitan consultar y/o concurren a los servicios de Salud Sexual y Procreación Responsable, de modo de promover la búsqueda y aplicación de las soluciones adecuadas. Se elaboraron dos modelos de lista: una destinada a mujeres adultas y otra a adolescentes de ambos sexos (<http://www.conders.org.ar> → Quienes Somos → Nuestros Materiales → Check list).

Otra herramienta es la aplicación periódica de una encuesta de evaluación que permite medir los avances o retrocesos en la implementación de los servicios previstos por la ley. Los resultados obtenidos en los dos primeros relevamientos realizados figuran en la página web (<http://www.conders.org.ar> → Quienes Somos → Nuestros Materiales → Encuesta Permanente de Monitoreo).

La población adolescente está particularmente contemplada, considerando su vulnerabilidad en aspectos relativos a la prevención y al conocimiento y apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos. Diseñamos y distribuimos un folleto, con la cooperación de alumnas de la Carrera de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA (<http://www.conders.org.ar/interiorfolletomicuerpoesmio.jpg>).

Finalmente, dos actividades permanentes del Consorcio son, en primer lugar, la publicación mensual de un boletín electrónico que desde hace dos años informa sobre las actividades del CoNDeRS y también sobre los eventos y las situaciones más destacadas que suceden en el país en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (<http://www.conders.org.ar> → Novedades). En segundo lugar, la actualización periódica de nuestra página web.

Diagnóstico inicial (línea de base). La otra actividad destacada, que se realiza en la primera etapa, fue la realización de un diagnóstico inicial (línea de base) sobre la atención salud sexual y procreación responsable en todo el país (agosto de 2003). Ésta permitirá establecer comparaciones futuras de la implementación del PNSSyPR. Esta línea de base tuvo dos componentes:

- a) la aplicación de una encuesta para conocer la situación de la atención de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los usuarios, a informantes clave.¹¹

11. Se aplicó a informantes calificados de todas las provincias del país, que cubrieran un espectro de instituciones y actores sociales significativos para nuestros propósitos. Ellos fueron: el res-

La selección de un conjunto de variables y procesamiento de información secundaria proveniente de la Encuesta de Condiciones de Vida realizada en el año 2001 por el SIEMPRO.

a) Encuesta del CoNDeRS: se elaboró una encuesta para relevar un conjunto de aspectos sobre la situación de la atención de la salud sexual y reproductiva en las provincias del país desde la perspectiva de los usuarios. También resultó un instrumento de convocatoria de los distintos actores de la sociedad civil, y una herramienta de monitoreo social.

La encuesta contuvo tres componentes o dimensiones básicas:

- *Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en el sector público* en la que se releva información sobre características del programa en las provincias, la calidad de los servicios y de las prestaciones en salud sexual y reproductiva, identificando, asimismo, los factores que obstaculizan o favorecen la implementación del programa. En este componente también se indaga sobre la situación de temas controvertidos en el campo de la salud y los derechos reproductivos, como la ligadura de trompas y vasectomía, la violación sexual, la prevención/atención de VIH/sida, la anticoncepción de emergencia, el aborto y el acceso de los adolescentes a los programas de salud sexual y reproductiva.
- *Educación sexual en las escuelas del sistema formal* identificando a los actores significativos en su implementación, los contenidos principales y aspectos que obstaculizan o favorecen su implementación.
- *Difusión en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos* identificando acciones y campañas desarrolladas en las provincias y los temas más sustantivos por ser desarrollados en campañas futuras.

Se estructura con preguntas precodificadas y un conjunto de preguntas abiertas de carácter cualitativo que fueron analizadas y codificadas posteriormente a fin de otorgarles un tratamiento cuantitativo para su inclusión en la base de datos.

b) Encuesta de Condiciones de vida del SIEMPRO: a fin de enriquecer la línea de base del CoNDeRS se solicitaron al SIEMPRO algunos cruces de variables relevadas por ellos que incluyeran aspectos relativos a la salud reproducti-

ponsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva; dos prestadores de salud (uno médico y otro no médico); cuatro ONG de mujeres, jóvenes y mixtas, el referente de programas de adolescencia, el referente de derechos humanos y el referente de la defensoría provincial o equivalente. En el caso de la provincia de Buenos Aires, por su magnitud se subdividió en tres áreas del conurbano y La Plata. Por la misma razón, Santa Fe se subdividió en dos áreas: Santa Fe y Rosario. Se realizaron 260 encuestas en todo el país.

va. Las variables analizadas fueron: aspectos sociodemográficos de la población femenina en edad fértil; cobertura de salud; partos; controles del embarazo; uso y conocimiento de métodos anticonceptivos (MAC), y conocimiento de sida.

Al finalizar la primera etapa del CoNDeRS se realizaron dos talleres de capacitación a actores de la sociedad civil sobre monitoreo social: el primero en la zona norte del conurbano bonaerense y el segundo en la ciudad de Córdoba. Estos talleres fueron sustantivos en la programación de acciones de monitoreo para la segunda etapa con un conjunto de provincias seleccionadas.

También se contó con el apoyo técnico del UNFPA a través de la asesoría de una profesional del equipo técnico regional que permitió mejorar el diseño y la planificación del proyecto.

SEGUNDA ETAPA

A lo largo del período 2004-2005 se realizaron actividades de monitoreo social en algunas provincias seleccionadas: Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe y Santiago del Estero. Para este fin se invitó a organizaciones y grupos de mujeres, jóvenes y de derechos humanos de esas provincias integrantes del CoNDeRS. Con ellos se realizó un taller en el que, sobre la base de diagnósticos elaborados a partir de una guía propuesta por el Comité Coordinador, se discutieron pautas para la elaboración e implementación de acciones de monitoreo social. Cada grupo elaboró preproyectos, que luego se perfeccionaron a través del seguimiento y la asesoría técnica del Comité Coordinador.

Los diagnósticos provinciales se basaron en:

- Cambios detectados en la Atención de la Salud Sexual y Procreación Responsable desde la implementación del Programa Nacional.
- Provisión de insumos por parte del programa y su distribución en los servicios de salud, investigando obstáculos y conflictos.
- Atención de los adolescentes, resistencia a atenderlos solos y otros problemas.
- Integración de las prestaciones de Salud Sexual y Reproductiva con otras como VIH/sida, cáncer genitomamario y otras prestaciones.
- Actores significativos que favorecen o dificultan la implementación del Programa.
- Relación de autoridades provinciales y prestadores con ONG y grupos comunitarios. Diálogo existente y su evolución. Constitución de comisiones permanentes u otros ámbitos de interlocución.

Puntos centrales de los proyectos de monitoreo en estas provincias:

- Tres (Entre Ríos, Mendoza, Santa Fe) se centraron en capacitación a grupos comunitarios y profundización de los diagnósticos provinciales.
- Cuatro eligieron monitorear algunos aspectos y/o fortalecer procesos de monitoreo social ya iniciados: Córdoba, Formosa, Santiago del Estero y Santa Cruz.

Obstáculos más frecuentes y los logros alcanzados.

Respecto de las dificultades y los obstáculos se puede señalar:

- Falta de difusión del PSS y PR en todas las provincias.
- Escasa capacitación del personal y resistencia a utilizar e indicar algunos MAC, como los DIU y la AE, así como actitudes negativas del personal de salud.
- Atención centrada sólo en anticoncepción. Falta coordinación con el programa de VIH/sida, cáncer genital y mamario, y otras áreas relacionadas, como Infecciones de Transmisión Sexual.
- Ausencia de consejerías sobre MAC y sobre sexualidad en general, así como sobre derechos sexuales y reproductivos.
- Dificultades para la atención de los adolescentes, restricciones a hacerlo sin los padres.
- Escasa atención de hombres.
- Horarios limitados y poco adecuados a las necesidades.
- Ausencia de educación sexual sistemática en el sistema educativo formal.
- Predominancia del enfoque biomédico, con escaso enfoque de derechos y sin incluir sexualidad.
- Problema de cobertura y/o rechazo a afiliados de obras sociales provinciales y nacionales, personas no indigentes y extranjeros.
- Fallas de coordinación entre provincia-municipio.
- Inexistencia o escasez de recursos económicos para los programas a nivel provincial y municipal.
- Pocas prestaciones o inexistencia de ellas fuera de las capitales de provincia.

Logros y avances

- Profundización del compromiso de los grupos de la sociedad civil con el monitoreo social: mujeres, adolescentes, DDHH y otros.
- Desarrollo de vínculos en las ONG entre sí y con funcionarios gubernamentales, ya sea jefes de programas provinciales, defensorías, legisladores y/o prestadores de salud.
- Inicio de planes de trabajo de monitoreo social por grupos de la sociedad civil, con perspectivas de continuidad.
- Capacitación por parte de referentes del CoNDeRS a grupos y personas de la sociedad civil en monitoreo social.

- Capacitación en el uso de herramientas para diagnóstico y monitoreo social: aplicación de listas de chequeo, encuestas, entrevistas y observaciones *in situ*.
- Experiencias de monitoreo en siete provincias con sus respectivos diagnósticos e informes. Los informes pueden consultarse: <http://www.conders.org.ar> → Monitoreo Social → Actividades en Desarrollo → Actividades provinciales → Informes Finales de Monitoreo 2005.

Otras actividades en la segunda etapa fueron:

- a) *Ampliación del Consorcio*: Desde el inicio se han sumado personas y organizaciones al Consorcio. Ello es posible por su acercamiento a través de las comunicaciones periódicas, la página web, el boletín electrónico y los contactos con las provincias y los medios, entre otros.
- b) *Desarrollo y divulgación de herramientas*: Se desarrollaron nuevos materiales, que fueron un apoyo importante para la difusión. Entre ellos, dos spots radiales para adolescentes de ambos sexos y dos para mujeres adultas, una cartilla sobre monitoreo social, Diez pasos para el monitoreo, folletos, stickers, entre otros (<http://www.conders.org.ar/interiorOK.pdf>).
- c) *Encuestas periódicas*: Se aplicaron dos encuestas a las organizaciones y personas integrantes del Consorcio, que permiten realizar evaluaciones sobre la marcha del monitoreo en las provincias (<http://www.conders.org.ar> → Quiénes Somos → Nuestros Materiales → Encuesta Permanente de Monitoreo).
- d) *Divulgación ley, PSS y PR y de las actividades monitoreo*: a través de la actualización permanente de la página web y, fundamentalmente, con la producción mensual del boletín electrónico se mantiene a la población informada tanto sobre el Programa nacional, como sobre novedades de su implementación. En los congresos, las reuniones, las conferencias, los seminarios y otras actividades en las que se hicieron presentaciones, se divulgó material y se aplicaron encuestas. También a través de los medios de comunicación.
- e) El Comité Coordinador continúa manteniendo reuniones periódicas con las autoridades del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en la misma línea explicada anteriormente.
- f) Reuniones periódicas del Consejo Asesor con el Comité Coordinador, en las que se discute la marcha del proyecto y se adoptan líneas de desarrollo.

TERCERA ETAPA: ¿CÓMO SEGUIMOS?

Esta etapa comenzó formalmente en octubre de 2005 y se extiende hasta septiembre de 2006. Las actividades centrales que se están realizando y están programadas son las siguientes:

1. Continuidad del monitoreo en las siete provincias iniciales. Al finalizar la etapa anterior se solicitó a los siete grupos provinciales que habían iniciado procesos de monitoreo que elaboraran nuevos proyectos para implementar entre los meses de marzo y agosto, con el objetivo central de dar continuidad a los procesos de monitoreo social en sus provincias. Las organizaciones de las siete provincias prepararon proyectos, que una vez acordados con el Comité Coordinador están actualmente iniciando su implementación.
2. Ampliación de experiencias de monitoreo en diez nuevas provincias o localidades. Siguiendo el mismo esquema que las anteriores, elaborarán proyectos que serán aplicados entre abril y agosto de 2006, previa asistencia a talleres de capacitación. Se decidió pautar la formulación de los proyectos a fin de que los resultados permitan comparaciones entre todas las experiencias provinciales. Para ello se decidió que en todos los proyectos, además de las actividades, áreas y población que se proponía abarcar se tuviera en cuenta la aplicación de las listas de chequeo. Éstas fueron elaboradas y testeadas en la segunda etapa del proyecto, pero en esta etapa se las está implementando en las provincias.
3. Talleres de capacitación regionales: se encuentran en etapa de implementación para capacitar a diez nuevos grupos locales, priorizando el Gran Buenos Aires, las regiones del NOA, NEA y Cuyo.

La aplicación de las listas de chequeo en las diecisiete provincias o localidades nos permitirá identificar los principales problemas detectados por los usuarios del PNSSyR según los establecimientos, las zonas y provincias del país. Esta información se utilizará para indicar los aspectos a los que las autoridades provinciales y nacionales deben prestar atención y solucionar a fin de mejorar su calidad. La presentación de una opción adecuada y otra inadecuada respecto de la atención de la salud, sirve también para ayudar a las personas a tomar conciencia de sus derechos. También se espera motivarlas para que en el futuro sigan aplicando la encuesta a otros usuarios.

Se está gestionando un convenio con la Carrera de Comunicación Social de la Facultad de Ciencias Sociales (UBA) para desarrollar un conjunto de actividades en común. Básicamente un llamado a un concurso de afiches, así como el asesoramiento y la cooperación técnica para la producción de nuevo material gráfico, audiovisual y televisivo.

Por otra parte, se continuará con las tareas permanentes como:

- La actualización permanente de la página web.
- La elaboración y distribución de boletines electrónicos mensuales.
- Las reuniones periódicas con los responsables de la Dirección Materno Infantil del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y del Programa.
- Reuniones mensuales con el Comité Asesor, que incorporó a nuevos miembros.

Consideramos que el gran desafío es lograr la progresiva sustentabilidad de los grupos de monitoreo constituidos y en constitución, para que continúen en las provincias y/o localidades desarrollando actividades de monitoreo social en forma permanente, como parte de su identidad ciudadana, e interactuando con la autoridades a cargo del PNSSyPR en cada provincia y a nivel nacional.

PROBLEMAS PARA UN MONITOREO SOCIAL EFECTIVO

Ejercer el monitoreo social de los programas y las políticas públicas destinadas a defender la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población en general, y en particular de aquellos sectores más vulnerables, como grupos debajo de la línea de pobreza, las mujeres, los adolescentes de ambos sexos, los adultos mayores, los discapacitados, las etnias no dominantes y otros, requiere una particular concepción del Estado y de la ciudadanía. Lograr que este monitoreo sea una actividad permanente, sistemática y sustentable a lo largo de tiempo requiere cambios culturales y políticos en distintos niveles que reseñamos:

- *Funcionamiento.* Nuestro país tiene una larga historia autoritaria. Recordemos sólo la cantidad de golpes y dictaduras militares de los últimos cincuenta años; la forma en la que la Argentina se constituyó como Estado moderno, desde la declaración de la independencia hasta su formalización con la creación de la Constitución Nacional. Esto generó pautas en las autoridades, como considerar el cargo público algo personal, dificultad para percibir el derecho de la ciudadanía al acceso a la información pública, obstaculizar las articulaciones y coordinaciones intersectoriales, y más aún, con sectores organizados de la sociedad civil. Estimular la participación social en el diseño, la evaluación y ejecución de políticas públicas en este contexto implica el riesgo de limitarse sólo a una mera enunciación de deseos.
- *Sistema Federal.* Íntimamente vinculado a lo anterior, el sistema político sobre la base de ser un país federal, en el campo de la salud obliga a desarrollar mecanismos de vinculación entre el nivel nacional y los provinciales, con características diferentes para cada uno. La implementación de políticas nacionales debe contar con la voluntad política e incluso la adhesión de los gobiernos provinciales y, en algunos casos, los municipales. La diversidad de las modalidades de gestión genera grandes dificultades para llevar adelante políticas homogéneas en todo el país. Ciudadanos y ciudadanas de provincias con pocos recursos económicos, con gobiernos conservadores y sectores sociales opuestos al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, tienen acceso diferente a servicios de salud y a la garantía de sus derechos.

- *Políticas de Estado.* Una característica del sistema estatal en nuestro país es el escaso y reciente reconocimiento de políticas de Estado que trascienden a los funcionarios de turno, cuya persistencia debe garantizarse a pesar de los cambios de los gobiernos no sólo de signos políticos partidarios, sino también cuando ocurren gobiernos del mismo signo político. Es habitual a lo largo de la historia que la política y el tipo de gestión que se lleva en un determinado sector del gobierno no continúa cuando cambian los funcionarios encargados de llevarla adelante, ya sea por renuncia, finalización del mandato o rescisión.
- *Percepción de la ciudadanía.* La ciudadanía en este marco es compleja, ha sido capaz de movimientos democratizadores y también se ha hecho cómplice, por acción o por omisión, de hechos inadmisibles a lo largo de la historia política del país. En el punto que nos interesa, quisiéramos señalar que en general, existe escasa conciencia de que el Estado moderno es un dispositivo creado para regular, distribuir, organizar y canalizar recursos, posibilitando el ejercicio de los derechos y la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Las autoridades del Estado elegidas por la ciudadanía, ejecutan presupuestos provenientes de los impuestos, hecho que la población de los países desarrollados tiene absolutamente claro. A su vez, la ciudadanía debería y podría erigirse en su auditora permanente, exigiendo que el Estado, en sus diversos niveles cumpla con su deber de “rendir cuentas”. Sin embargo, en la Argentina esta conciencia está muy lejos de estar construida. Los usuarios de los servicios públicos de salud, por ejemplo, suelen sentir que han recibido un favor, sobre todo las personas de sectores pobres, que tienen un escaso acceso a recursos y servicios. La concepción, según la cual el sistema de salud, el educativo, el de justicia y el de seguridad son dispositivos al servicio y referidos a las necesidades de los ciudadanos y para garantizar sus derechos, no existe en amplios sectores de la población y es un proceso difícil y de largo plazo, su construcción.
- *Modelo biomédico hegemónico.* No podemos dejar de mencionar los problemas derivados del modelo biomédico dominante, que continúa otorgándoles a los usuarios un rol pasivo en las prestaciones de salud. La salud sexual y reproductiva es, por antonomasia, un tipo de prestación no biomédica, con fuertes componentes sociales y culturales. La mayoría de los usuarios concurren a estos servicios buscando orientación, consejería y/o indicación de métodos para evitar el embarazo o lograrlo, y así planificar su vida decidiendo los eventos reproductivos. También para gozar de una sexualidad plena, sin riesgos para su salud física o mental. O para comprender medidas básicas de prevención e higiene que protegerán su salud y evitarán la enfermedad. En esta secuencia, se pueden presentar patologías como cáncer, VIH u otras, pero éstas no son el centro de las consultas. De hecho, luego del diagnóstico son derivadas a servicios especializados.

La idea de una ciudadanía activa ejerciendo de manera sistemática su participación en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas en los diversos ámbitos de los servicios estatales es todavía una meta de futuro. Pero es hoy cuando debemos comenzar a caminar. Es el camino que el CoNDeRS propone.

DE CUANDO LO PRIVADO SE HACE PÚBLICO, O DE CÓMO SE CONSTRUYEN LAS POLÍTICAS SOBRE SEXUALIDAD Y (NO) REPRODUCCIÓN. EL CASO DE MENDOZA¹

Josefina Brown

INTRODUCCIÓN

Los debates sobre los derechos sexuales y (no) reproductivos como derechos ciudadanos de las mujeres ingresaron en la agenda pública,² en la Argentina, a partir de la década de los noventa. Es recién entonces, y sobre todo desde 1994-1995, cuando el tema cobra cierta relevancia pública merced a una serie de cuestiones: la importancia que el tema adquiere a nivel internacional en las Conferencias de Viena y El Cairo –y más tarde Beijing–,³ la ampliación de la representación de las mujeres en las Cámaras Legislativas⁴ y, ciertamente también, la movilizaciones que impulsa el movimiento de mujeres/feminismos, para insertar

1. Este trabajo, escrito en febrero de 2006, recoge algunos de los contenidos de la ponencia “Entre la autonomía y el tutelaje. Reflexiones a propósito de mujeres y ciudadanía a partir del caso de la ligadura de trompas”, presentado en las VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, organizadas por el Área Salud y Población, del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires, del 25 al 27 de julio de 2005. También incluye partes de otros dos trabajos previos que han sido reconsiderados en este artículo (Brown, 2004 a y b).

2. Usaremos los términos agenda pública y agenda institucional en el sentido definido por Guzmán (2001, págs. 11-12): “Las agendas públicas están integradas por el conjunto de cuestiones que los miembros de una comunidad política perciben como de legítimo interés y dignos de atención pública. La agenda institucional [...] está constituida por el arco de problemas, demandas y asuntos, explícitamente aceptados, ordenados y seleccionados por parte de los encargados de tomar decisiones, en tanto objetos de su acción”.

3. Las Conferencias Internacionales sobre Derechos Humanos, sobre Población y Desarrollo y sobre la Situación de la Mujer, respectivamente, oportunidades en las cuales se instala en la instancia influyente de Naciones Unidas la noción hasta el momento más consensuada de salud reproductiva.

4. El plural hace referencia al Congreso Nacional, pero también a las distintas legislaturas provinciales. La presencia de las mujeres se vio incrementada gracias a la aplicación de la Ley de Cupo. La ley 24.012 aprobada a fines de 1991 y que preveía un 30% de candidatas mujeres en las listas fue aplicada por primera vez en la elección de convencionales constituyentes, en 1994.

temas como los derechos (no) reproductivos y sexuales en el marco de los derechos humanos, por lo tanto, dentro del espacio de la ley y las políticas públicas en la Argentina.

En ese período tuvieron lugar debates destacables que dieron origen a la presentación y, en ocasiones, a la aprobación de diversos proyectos de ley sobre la temática, tanto en el territorio nacional como en las provincias. Mendoza no fue ajena a estos avatares. En 1996 se produce el punto de inflexión en las discusiones públicas a raíz de la ley provincial de salud reproductiva, que entonces será sancionada. En 1997 se pone en marcha el Programa Provincial de Salud Reproductiva dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia de Mendoza.

El año 2000 marca otro hito vinculado a la discusión de los derechos (no) reproductivos. El clima nacional y el de la provincia de Mendoza convergen, y los proyectos de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria desatan opiniones y movilizaciones en sendas jurisdicciones.

DE LOS INTERROGANTES Y LOS PROPÓSITOS

El objetivo central de este trabajo es poner en relación y comparación los argumentos discursivos representativos de dos posiciones enfrentadas, tal como emergen del seguimiento de los debates legislativos, tanto por la ley Provincial de Salud Reproductiva (1996) como por el proyecto de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria (2000). Ese tipo de recursos argumentativos y su antagonismo se repite en otros contextos. Por ello le sumo al final los argumentos recogidos en unas entrevistas a profesionales de la salud y mujeres involucrados directamente con la ligadura de trompas,⁵ a raíz de la puesta en marcha de la resolución ministerial 2.492/2000, destinada a regular esas intervenciones. Ello permitirá ver las reacciones de los actores directamente involucrados frente a la institucionalización de un problema que aún sigue siendo parte de la agenda pública, así como iluminar los argumentos y posiciones públicas desde otra perspectiva.

Se trata de reconstruir los argumentos agrupando a los actores que los sostienen y ponerlos en relación y comparación, para poder advertir los puntos de conflicto y desacuerdo. Es en ese sentido que intentaré resaltar los argumentos y contraargumentos más controvertidos para poder iluminar cuáles son los puntos nodales en debate, aquellos que se mantienen en el tiempo y en los diversos contextos, así como advertir cuáles emergen o se modifican.

5. O ligadura tubaria, como se la conoce popularmente y que se corresponde con lo que a nivel parlamentario se discute como Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria. El proyecto de ley incluye también la vasectomía, aunque con el correr del tiempo, este tema particular quedó, prácticamente, fuera del debate.

La hipótesis de lectura es que todos estos debates suponen, en última instancia, la lucha por la definición de una política pública⁶ y un derecho ciudadano. Se trata, hipotetizo, de la cuestión central que juega el derecho como espacio de reconocimiento en los regímenes políticos modernos y de quienes son o pueden ser sujetos de derechos.⁷ Se trata, por tanto, de todas las confrontaciones previas a la institucionalización de una cuestión de interés público, entre actores sociales interesados e involucrados con el asunto desde posiciones, muchas veces, antagónicas.

Y TODO EMPEZÓ CON EL EMPUJÓN DE EL CAIRO Y BEIJING

También a Mendoza llegó la influencia de la internacionalización del derecho y la transnacionalización de los escenarios políticos. Ubicada al centro oeste de la Argentina, es conocida por ser el lugar donde San Martín se instaló antes de iniciar su travesía de liberación americana. También, porque hacia los noventa, en pleno auge de la globalización y de la formación de bloques regionales, esta pujante provincia del oeste argentino (que limita con Santiago de Chile al otro lado de la cordillera), se proponía como el puerto seco del Mercosur. Admirada por su arquitectura moderna, su estética europea y un diseño urbanístico de vanguardia que toma como modelo a Barcelona, Mendoza es conocida también por su solemne conservadurismo. Éste se expresa en actitudes y acciones cotidianas casi imperceptibles para ojos no atentos, llamativas para los extranjeros, y visible sin dudas en la línea conservadora que mantiene allí la jerarquía de la Iglesia Católica local si se la compara con su par neuquina, por ejemplo. El ala más dura se nuclea alrededor del seminario ubicado al sur de la provincia, en el departamento de San Rafael. De allí proviene la mayor parte de los sectores más fundamentalistas que se han expresado con asiduidad públicamente, ya sea mediante manifestaciones callejeras, solicitadas, cartas en los diarios o directamente a través de la visita personal al despacho de los legisladores, cada vez que

6. Entendemos las políticas públicas como un campo de disputas que suponen la interacción, confrontación y negociación de distintos actores sociales. En el caso que nos ocupa, por lo menos del movimiento de mujeres/feministas, el Estado y la jerarquía católica argentina. Una vez instalado un asunto en el espacio público, comienza el segundo momento, “[...] la lucha por la interpretación de esta necesidad y a partir de ella cómo satisfacerla. Y el tercero [...] la lucha para asegurar o negar los recursos necesarios para la satisfacción de esta necesidad” (Fraser, en Kabeer, 1998, pág. 6). De cómo se resuelva cada uno de estos momentos dependerá la política pública que finalmente se ponga en ejecución y, de los sujetos a los que se dirija.

7. “Sólo como sujeto de derecho un individuo es reconocido en el espacio público como investido de una cierta potestad. Sólo como sujeto de derecho un sujeto es existente para el cuerpo social, y sus actos son sancionados con la fuerza de la ley que instaura lo permitido y lo prohibido, pero que a la vez lo faculta para la realización de una inmensa gama de acciones [...] quien no entre en el orden de la ley está por fuera del orden humano” (Ciriza, 1996-1997, pág. 24).

un tema vinculado a la sexualidad o los derechos (no) reproductivos ha sido puesto en escena.⁸

DEL DEBATE POR LA LEY DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Allí, en ese clima y a los pies del Aconcagua, uno de los cerros más altos de Latinoamérica, ya a fines de 1994, pero con más fuerza durante 1995, en consonancia con lo que ocurría a nivel nacional⁹ e internacional¹⁰ se comienza a rumorear sobre la existencia de un proyecto de ley sobre salud sexual y reproductiva, impulsado por el bloque de jóvenes radicales. A la cabeza, el entonces diputado, Marcelino Iglesias.

El proyecto final de la ley sancionada en 1996 y puesta en marcha en 1997, anota entre sus objetivos generales, según su artículo 1º, los siguientes: “[...] posibilitar a toda la población el acceso a la información y a los servicios que le permitan la toma de decisión, responsable y voluntaria, sobre sus pautas reproductivas, respetando la ética y las convicciones personales; *proteger la vida desde el momento de la concepción y promover el desarrollo integral de la familia*”.

Lo que marco aquí en *italicas*, así como la aclaración de “transitorios y reversibles” como características que deben poseer los anticonceptivos suministrados en el marco de las acciones del programa (artículo 5º), fueron aclaraciones escritas a propósito de los reclamos de la jerarquía católica y/o de los grupos pro vida. Lo mismo que la reglamentación de la objeción de conciencia, también concedida a las presiones de los sectores más fundamentalistas.

La última vez que un tema de esta índole había sido puesto en cuestión en la provincia, también había tenido como responsables a los radicales. En 1984-1985 en la persona de Duch, el entonces ministro de Educación de la provincia, quien en un clima favorable a nivel nacional¹¹ pretendió promover la educación

8. Me refiero por ejemplo a la corriente de los grupos pro vida que se hizo presente en los diversos Encuentros Nacionales de Mujeres que cada año tienen lugar en la Argentina en diferentes provincias, sobre todo a partir del año 2000, cuya sede fue San Juan. En el año 2004 aconteció en Mendoza y allí un grupo de jóvenes vinculados a la Iglesia Católica Argentina entonaban cánticos con lemas como “Viva Cristo Rey”, “Viva la Virgen Inmaculada”, “Viva la Iglesia”, “Viva el Papa” y “Viva el Nuncio” (ACI, 13 de octubre de 2004).

9. Durante 1994 y 1995 se presentaron en el Congreso Nacional varios proyectos de ley con diferentes nombres, alcances y fundamentos, pero todos confluían en el mismo punto: derechos/salud reproductiva (*cf.* Brown, 2001).

10. Recordemos que durante 1994 y 1995 se llevan a cabo en el ámbito de Naciones Unidas la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en El Cairo y la Conferencia sobre la Mujer, la Paz y el Desarrollo, en Beijing. La primera fue la ocasión para introducir la noción de derechos/salud reproductiva en los documentos de Naciones Unidas. Con esos antecedentes, en Beijing se insistió sobre ello.

11. Me refiero a la primavera democrática de los primeros años del gobierno alfonsinista y a la

sexual en las escuelas. Una discusión de vanguardia que una provincia conservadora como Mendoza, a demasiado poco tiempo del fin de la última dictadura, rechazó de plano y con un altísimo costo político para su promotor.¹²

Ni de sexualidad, ni de (no) reproducción se volvería a hablar sino hasta una década después, aunque otra vez la iniciativa vino de la mano de los radicales, ahora ya no partido en el gobierno, sino de oposición. Éste estaba, en 1996, en manos del entonces tercer gobierno peronista, cuyo gobernador, el Dr. Lafalla, sería el último representante del conocido “equipo de los mendocinos”.¹³

La oposición siguió nucleada, como desde la polémica propuesta de Duch, alrededor de la jerarquía católica y el partido demócrata mendocino. La diferencia es que para mediados de los noventa el panorama político se encontraba modificado casi de pleno. A nivel nacional no estaba el radicalismo, ni Alfonsín, ni gozábamos del calor de la primavera democrática. Contrastando, a nivel provincial, contábamos con la excepcionalidad de un peronismo renovador fuerte que, si bien más conservador y restrictivo en asuntos de política sexual y (no) reproductiva que la UCR, se distinguía claramente de las políticas que, en ese sentido, apuntalaba el gobierno nacional. Recordemos que en ese ámbito, presidía nuestro destino el Dr. Menem, quien en 1994, a instancias de la preparatoria para la Conferencia de El Cairo, intentó lograr en la Cumbre de Presidentes Latinoamericanos una resolución en contra de la legalización del aborto. Fue también entonces cuando, a raíz de la reforma constitucional en curso, se procuró introducir la llamada “Cláusula Barra”. Esta cláusula, puesta en debate por el ministro de Justicia menemista, se proponía dar por cerrado cualquier debate sobre aborto, al ingresar en la Constitución Nacional la “defensa de la vida desde la concepción y hasta la muerte natural”.¹⁴ Fue también durante la década menemista, cuando la posición que la Argentina sostuvo ante las Naciones Unidas en relación con el asunto de los derechos (no) reproductivos fue de alianza total con la postura del Vaticano y los países del Islam: no aceptar la palabra

preocupación que, por los derechos humanos y los derechos de las mujeres, existió durante esa primera etapa de la restauración democrática (cf. Brown, 2001).

12. Tal es así, que en una nueva gestión inaugurada en 1999, con un panorama mucho más favorable y con una Ley de Salud Sexual y Reproductiva y su correspondiente programa ya en marcha, Hugo Duch, nuevamente Director General de Escuelas (DGE), no se atrevió a volver a mencionar el tema de la educación sexual en el ámbito bajo su jurisdicción.

13. Se llamaba el “equipo de los mendocinos” al trío conformado por Bordón, Gabrielli y Lafalla, las cabezas sobresalientes del peronismo renovador mendocino (la lista naranja) que gobernaron la provincia desde 1987 a 1999, cuando volvió a asumir un radical, Roberto Iglesias, de mano de la Alianza.

14. Finalmente, merced a las acciones conjuntas del movimiento de mujeres y feministas que lograron agruparse en MADEL (Mujeres Autoconvocadas para Decidir en Libertad) y la articulación de las mujeres partidarias presentes en la Convención Constituyente (recordemos que su acceso a ese ámbito había estado precedido por la Ley de Cupos), entre otros factores amalgamados a una coyuntura especial, dieron como resultado la reformulación del proyecto original. En su lugar se introdujo una cláusula ambigua que no conformó a nadie (cf. Brown, 2001, 2004c; Pecheny, 2005).

“género”, la oposición a la consideración plural de la(s) familia(s), condena a la despenalización/legalización del aborto en cualquier circunstancia, etc. Finalmente, y para rematar, en 1998 se sancionó el Día del Niño por Nacer.

El peronismo provincial, en cambio, si bien contó con algunos representantes de la lista azul¹⁵ y de cualquier modo conserva una relación más estrecha con los preceptos cristianos respecto de las cuestiones ligadas a la sexualidad y la (no) reproducción, mantuvo una postura que podría llamar “neutral positiva”. Es decir, no promovió abiertamente ni el proyecto de Ley de Salud Sexual y Reproductiva, ni los argumentos, y mucho menos procuró su aprobación. Al menos no, públicamente. Sin embargo, no estableció la misma clase de alianza con la jerarquía católica local que mantenía sus pares nacionales y no opuso obstáculos para el avance de la iniciativa. Incluso, cuando funcionarios oficiales fueron consultados por la prensa, se manifestaron, en general, moderadamente a favor.

Concretamente, el máximo apoyo público oficial a la Ley de Salud Sexual y Reproductiva provino de su ministro de Salud, Pablo Márquez, cuyos argumentos principales giraban en torno de la justicia social, la igualdad de oportunidades y la obligación del Estado de garantizar derechos universales, en términos de iguales condiciones para todos. Mucho más moderada fue, en cambio, la posición sostenida por una histórica militante peronista, que durante ese lapso ocupó la máxima posición en el Instituto Provincial de la Mujer, María Elisa Nicolau de Bracelis. Desde ese lugar sostuvo que: “En el seno de nuestra organización acordamos que hay que poblar nuestra Argentina, que se debe estimular a las familias numerosas y que para ello habría que poner el mismo énfasis en legislaciones que benefician a los padres con muchos hijos con mejores salarios, buenas atenciones en guardería, entre otras cosas [...]” (diario *Uno*, 30 de mayo de 2000, pág. 10).

COMIENZA EL DEBATE...

Y el debate comienza a tomar temperatura. Argumentos que se cruzan, notas en los diarios, solicitudes, declaraciones públicas, el intrincado tema se instala. El clímax alcanza su punto el 28 de mayo de 1996. La celebración del Día Internacional de la Salud de la Mujer encuentra a amplios sectores sociales reunidos en las puertas de la Legislatura provincial. Símbolo de la discusión y el debate público, esa suerte de ágora mendocino es el espacio que permitirá la expresión de las distintas voces en conflicto.

15. Azul era el color que en la interna partidaria identificaba, en Mendoza, a los menemistas. La lista naranja, en cambio, representaba a los renovadores. Esta última estaba liderada por el “equipo de los mendocinos” (véase nota 13).

El contrapunto se produjo entre dos posturas antagónicas y al parecer irreconciliables. Por un lado, quienes apoyaban el proyecto en cuestión y argumentaban en su favor. Por otro, quienes pretendían rebatir y rechazar el proyecto. ¿Quiénes eran algunos de estos actores principales y cuáles fueron sus argumentos?

Formaron parte de la discusión pública, diferentes tipos de actores sociales. Desde el Poder Ejecutivo y sus funcionarios, pasando por los legisladores, el movimiento de mujeres, feministas y académicas, los representantes de la jerarquía católica mendocina, hasta diversos representantes de movimientos sociales o asociaciones barriales.

Sin embargo, a la hora de evaluar la trascendencia pública de sus intervenciones es claro que, aquellos que mayor voz y presencia mediática destacada tuvieron fueron los legisladores y los grupos católicos nucleados en las organizaciones por la defensa de la vida y la familia (Pro Vida).

La Iglesia o la jerarquía católica mendocina, en su posición hegemónica,¹⁶ mantuvo su histórica oposición tanto en el caso del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva como en el de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria, pero al parecer optó por una estrategia de bajo perfil desde la posición oficial, apoyándose en los grupos Pro Vida. Su actitud fue de disenso moderado, expresado en la sugerencia de aspectos que, desde su posición, deberían haberse incorporado. Fundamentalmente, los referidos a la mención expresa (dentro de las leyes) del carácter no abortivo de los métodos de anticoncepción por ser suministrados (insistiendo en su doctrina de defensa de la vida desde la concepción), así como la crítica al hecho de que además de información y asesoramiento, las leyes incluyeran la posibilidad de suministro de los métodos. Otro de los puntos sobre los que la jerarquía presionaba se refería a la inclusión de la objeción de conciencia. Prevalció aquí, igual que después en la discusión en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la doctrina del mal menor que indica, en este caso, que si la ley se va a aprobar de todas maneras, que sea lo menos mala desde su particular perspectiva.

No fue la misma posición la asumida por las instituciones satélites (grupos Pro Vida) de esa tradicional institución. Éstas fueron bastante más allá, muchas veces con amplias muestras de intolerancia e incluso de violencia, señalando que el debate de estos proyectos era la antesala a la despenalización del aborto y, por lo tanto, acusaron a quienes estaban en favor, de “abortistas y criminales”.

16. La aclaración sobre la posición hegemónica es pertinente porque existen algunos sacerdotes que mantienen posiciones cuestionadoras y, a veces, disidentes con las centrales. Fue el caso, en su momento, de Monseñor Nevares (obispo neuquino y convencional constituyente por esa provincia en 1994) y es el de muchos que trabajan en barrios pobres y conflictivos de la provincia, conocidos por su labor en la comunidad, que mantienen una postura más abierta a la discusión de estos asuntos, como por ejemplo, el Padre Contreras del barrio La Gloria, cuya opinión en el ámbito público provincial, aunque no hegemónica, también cuenta.

Les asignaron intereses antinatalistas, e incluso los acusaron de promover cierto “canibalismo biológico”.

El movimiento de mujeres y los feminismos no tuvieron una activa participación pública o mediática. Su participación se circunscribió más al lobby y cabildeo. Así, estuvieron permanentemente presentes en las negociaciones con los distintos bloques parlamentarios, algunos funcionarios, la redacción de los proyectos, etcétera, y sentando presencia y visibilidad en las manifestaciones públicas y callejeras, así como en la Audiencia Pública. Su posición en los medios fue asumida por los legisladores promotores y defensores del proyecto.

En relación con lo anterior, merece destacarse el impacto que también a nivel provincial tuvo la Ley de Cupos, lo que permitió que de idéntica manera a lo ocurrido en la Convención Constituyente de Santa Fe, se formara aquí una articulación horizontal de mujeres partidarias, algunas de ellas con cargos legislativos. Es claro que ser mujer y haber ingresado al recinto parlamentario en virtud de una medida de acción positiva para ese sector, no garantiza ni el punto de vista de género ni la defensa de intereses del movimiento de mujeres. Tal es el caso de la histórica militante del partido demócrata mendocino, Teresa Peltier, que, alegando la adhesión a los preceptos católicos, se niega a discutir sobre sexualidad, y mucho menos a apoyar o aprobar leyes que impliquen derechos (no) reproductivos. No obstante, muchas de las bancas ocupadas por mujeres se correspondían con aquellas que habían tenido una vinculación (más o menos estrecha según los casos) con el movimiento de mujeres o los feminismos. Me refiero a: Cristina Zuccardi, Milky Correas, Norma Bouza, Marita Perceval e Hilda Ana. Con ellas trabajó estrechamente la coalición de mujeres pertenecientes al movimiento o los feminismos que impulsaron la aprobación del Proyecto de Salud Sexual y Reproductiva en 1996.

Los argumentos esgrimidos por estos actores estuvieron basados en una apelación al derecho a decidir de las parejas y, especialmente, de las mujeres, haciendo hincapié en las desigualdades sociales que las leyes tendían a resolver, dotando de recursos a los sujetos para poder ejercer plenamente los derechos (no) reproductivos que de hecho, señalaban, son ejercidos diferencialmente de acuerdo con los privilegios de clase. Fue recalcado en más de una oportunidad que estas leyes más que crear programas (que en algunos municipios ya existían),¹⁷ lo que hacían era garantizarles un presupuesto. Otro de los argumentos fuertes estaba referido a las situaciones que, en términos estrictamente sanitarios, tendía a resolver: la disminución de la morbimortalidad infantil y materna, la disminución de los embarazos no deseados y los abortos, la disminución de los embarazos adolescentes y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y sida.

17. Ejemplo paradigmático es el Programa de Salud Reproductiva, puesto en marcha en el departamento Capital, en 1988, en coincidencia con el que se impulsaba desde la entonces todavía, Capital Federal.

El plano jurídico o del derecho tuvo un papel destacado en los fundamentos, a la par que el argumento sanitario. Los derechos humanos y el derecho a la salud tuvieron, en ese sentido, un papel importante. El derecho a informarse, a decidir, a elegir, fueron los puntos más subrayados. También se hizo referencia al control o disposición del propio cuerpo a partir del control (por parte de las mujeres) de su fecundidad.

Finalmente, y aun cuando el desacuerdo persiste y las controversias se suceden, el proyecto fue convertido en ley y, junto con su reglamentación, nació el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, que está en marcha y expandiéndose desde 1997.¹⁸

CINCO AÑOS DESPUÉS DE EL CAIRO Y BEIJING

Coincidiendo una vez más con los debates internacionales y a propósito de El Cairo y Beijing + 5, vuelven a cobrar impulso en la Argentina los proyectos relativos a derechos/salud reproductiva. El año 2000 es otro de esos años claves de presentación y debate de proyectos a nivel parlamentario. Esta vez, el turno será para los Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria. Con el antecedente rionegrino y el Consenso de Expertos de la Ciudad de Buenos Aires, se presenta un proyecto a nivel nacional que perderá prontamente estado parlamentario. La suerte del proyecto impulsado en el pedemonte tendrá distinta suerte, según veremos.

En el caso de Mendoza la apertura del debate y la iniciativa del proyecto habían estado precedidas de la demanda de la ciudadanía y de cierta voluntad política del gobierno de turno por llevar el tema adelante. Hacia mediados de 1999 alcanza estado público un recurso de amparo interpuesto por una mujer que exigía a la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) la realización de la ligadura tubaria. El reclamo es aceptado por OSEP, que implementa a partir de ese momento una serie de medidas tendientes a agilizar la mencionada práctica médica, en el marco de la obra social, sin dar intervención a la justicia. La judicialización de estos eventos, debido a los temores de juicios por mala praxis, era lo que hacía que no se efectuara corrientemente. Y es esa barrera la que se suprime con la intervención de un equipo médico que cumplimenta un protocolo diseñado a tales efectos,¹⁹ tendiente a garantizar la ligadura tubaria como parte inherente a los derechos (no) reproductivos.

Estos acontecimientos dan lugar a que tanto el Poder Ejecutivo como el Legislativo reaccionen. En este último comienza el debate por el proyecto de

18. Tanto la ley como su reglamentación pueden consultarse en www.cnm.gov.ar.

19. El protocolo tipo implementado supone en lo fundamental, un diagnóstico clínico, uno psicológico y uno social, además de la entrevista y el consentimiento de la implicada, por supuesto.

Ley de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria, cuyo punto más álgido tiene lugar el 25 de noviembre de 2000, en una audiencia pública convocada a tales efectos, en coincidencia con el Día Internacional por la No Violencia contra las Mujeres. El polémico clima de la audiencia en el que se enfrentan posiciones en desacuerdo respecto de la normativa en cuestión, y la época del período legislativo en la que acontece el debate, dejan su tratamiento en un largo letargo. Después de dormirar en la Legislatura un tiempo, lo trata diputados y regresa a su cómodo cajón. A principios de 2005, y merced a las presiones de algunas organizaciones de mujeres, feministas y de derechos humanos, comienza a agilizarse su trámite en las comisiones y, finalmente, se aprueba con modificaciones en el Senado. Ahora, le toca de nuevo el turno a diputados. Allí se encuentra en este momento, en la dulce espera. Sin embargo, y como para vislumbrar cómo el complejo movimiento de posiciones sigue su curso, apenas se reabrió el debate, la respuesta del sector pro vida, fue inmediata. El 25 de marzo se produjo una marcha masiva de algunos grupos católicos (fundamentalmente, “El Verbo Encarnado”) destinada a conmemorar el Día del Niño por Nacer, legislación recientemente sancionada a partir del proyecto del legislador demócrata Ajo, justamente, en marzo de ese mismo año.

Simultáneamente al ingreso de la propuesta en la Legislatura provincial, desde el Ministerio de Salud y Desarrollo Social, acusando recibo de la demanda, se redacta una resolución. Bajo la resolución ministerial 2.492, del año 2000, se instrumenta un protocolo administrativo que sería aplicado en los hospitales públicos, centros de Salud y dependencias tanto del ministerio como de la obra social a su cargo (OSEP). Mediante ese protocolo se contemplan una serie de causales a partir de las cuales alguien puede requerir ante estas instituciones la práctica de la ligadura de trompas sin necesidad de la intervención judicial. Ello es de vital importancia, dado que, como había adelantado, los profesionales de la salud se negaban a realizar la mencionada práctica (al menos en el marco de los efectores públicos) sin esa autorización judicial. Autorización que en la mayoría de los casos era demorada infinitamente y sólo concedida en casos de riesgo de muerte para la mujer. El resultado: en los hechos, que aquellas mujeres que se atendían en los servicios de salud públicos de la provincia, encontraban que acceder a la ligadura de trompas, resultaba sumamente difícil.²⁰

A partir de la mencionada resolución, es decir, de cierta institucionalización del asunto, las cosas en relación con el pedido y acceso a la ligadura de trompas se han modificado un poco. Ahora, se conforma un expediente en función del concepto de salud integral avalado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), al cual se anexan los informes clínicos, psicológicos y sociales y se rea-

20. Aun cuando la judicialización no era privativa de estos sectores, es sabido que en la práctica quienes se atendían en el área privada de la salud accedían a la ligadura de trompas con mucha mayor facilidad.

liza la evaluación pertinente para la aceptación o el rechazo de su ejecución. Todo esto lo realiza un equipo multidisciplinario específico dedicado a ello, no el sistema judicial. Esto hace que el procedimiento sea mucho más ágil y que, por lo tanto, una práctica contraceptiva legal sea prácticamente accesible para todas las mujeres. Al menos en cuanto a la normativa se refiere.

EL PROYECTO DE LEY DE MÉTODOS DE CONTRACEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA, 2000, EN DEBATE²¹

La audiencia pública fue convocada por el Partido Demócrata, la mayor fuerza opositora, dentro del recinto, a cualquier proyecto que contemple los derechos sexuales y (no) reproductivos, y, por ende, también a un proyecto de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria. Lo que estaba en discusión era la legalización de la ligadura de trompas y la vasectomía en función del concepto integral de salud (de acuerdo con cómo lo define la OMS), a simple pedido del paciente, sin autorización del marido o tutor en el caso de las mujeres, como suele ocurrir en la actualidad. La iniciativa de la redacción del proyecto había partido de la UCR (Unión Cívica Radical) en un momento político especial. La provincia era gobernada por Iglesias, el segundo gobernador radical del último período democrático,²² luego de una larga zaga de gobiernos justicialistas, y el cargo de máxima responsabilidad en la OSEP estaba ocupado por Marcellino Iglesias, el propulsor de la Ley Provincial de Salud Reproductiva.

La mención de Marcellino Iglesias y su cargo en la OSEP viene a cuento de cómo se insertó el tema de la ligadura de trompas en la agenda pública y luego cómo se produce una mínima institucionalización con la resolución ministerial del año 2000. La resolución ministerial (2.492, de 2000) fue redactada con posterioridad a la presentación de un caso de recurso de amparo ante la OSEP, realizado a mediados de 1999. Demanda de la sociedad civil, respuesta institucional vía resolución y luego discusión legislativa. Tal es el camino que siguió la puesta en debate de la ligadura tubaria y la necesidad de incluirla en el marco más general de la ley, como un derecho ciudadano de las mujeres.

El proyecto de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria presentado a debate recoge la resolución ministerial en marcha, el proyecto madre que había sido aprobado en Río Negro poco tiempo atrás, y, fundamentalmente, el edificio se apoyaba sobre la resolución de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de marzo de 2000, por la que la Dra. Alicia Oliveira reiteraba la recomendación efectuada al Secretario de Salud para que dictara

21. La palabra “métodos” en la denominación de la ley alude a la inclusión en el proyecto de la posibilidad de realización de la vasectomía –que la resolución no incluye–.

22. El primero había sido el Dr. Llaver, quien ocupó ese cargo en el período 1983-1987.

las reglamentaciones o instrucciones necesarias a fin de evitar en lo sucesivo que se les exigiera autorización judicial a las mujeres con indicación médica precisa para practicar la “ligadura de trompas de Falopio”, a fin de evitar riesgos a la vida o graves lesiones a su salud, resultando suficiente el consentimiento informado de la paciente, siempre que se encuentre garantizado el acceso a la información actualizada sobre esta práctica y sobre los distintos métodos que pudieran sustituirla.²³ Eso estipulaba la resolución ministerial provincial y el proyecto de ley en cuestión simplemente pretendía poner a disposición de los profesionales de la salud el instrumento legal que argüían, les faltaba. Además de la posibilidad que brindaba a las mujeres de realizarse la ligadura de trompas con su expreso consentimiento (sin necesidad del propio del cónyuge o sucedáneo) aun cuando conforme a criterios estipulados, también incluía la posibilidad de la vasectomía como método de esterilización masculina. La mayor controversia aquí, tal como ya se había insinuado con los métodos anticonceptivos, cuya información y suministro son obligaciones del Programa, era el tema de la irreversibilidad o no de la ligadura y el hecho de que bastara con el consentimiento del solicitante.

Como adelantábamos, el proyecto presentado por el diputado Montaña (UCR) fue sometido a una audiencia pública el 25 de noviembre de 2000 en coincidencia con el Día de la No Violencia hacia la mujer. En ese momento, el Poder Ejecutivo no intervino expresamente. Sin embargo, la existencia de la resolución emanada del Ministerio de Salud bajo su dependencia, es un buen indicador de su posición. La ligadura tubaria es realizada por la OSEP y con muchas menos trabas en los hospitales públicos luego de que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social emitiera la resolución 2.492 a mediados del año 2000, por la que se permite la realización de este tipo de intervenciones sin autorización judicial, siempre que exista indicación terapéutica (diario *Los Andes*, 21 de noviembre de 2000, pág. 9).

En cuanto a los partidos políticos, el proyecto fue apoyado por la Alianza y el Justicialismo, con una dura oposición por parte del Partido Demócrata,²⁴ encabezada en este tema, por Teresa Peltier, quien reconoció ser católica apostólica romana y tener una profunda fe y adhesión a la doctrina de Juan Pablo II (ibíd.), sintetizando con esa pertenencia su posición política.

El enfrentamiento se produce nuevamente aquí entre quienes proponen la ley y los grupos Pro Vida. Para el diputado Montaña, representante de la primera posición, “Esta ley está a favor de la vida, en contra del aborto y de muchos embarazos no deseados a los que sometemos a muchas mujeres humildes” (ibíd.). En cambio, para uno de los voceros del grupo Pro Vida, lo “que buscan

23. La resolución completa puede consultarse en el sitio de la AABA: www.aaba.org.ar.

24. Es necesario resaltar la excepción que, en ese sentido, representa el legislador demócrata Verdini, quien avala con su firma la presentación original del mencionado proyecto.

es esterilizar para controlar los nacimientos en aquellas franjas sociales que al Estado le resultan parasitarias” (ibíd.).

Todos los argumentos de este grupo estaban orientados a demostrar que las mujeres pobres, debido a la falta de recursos, tanto económicos como culturales, no eran capaces de decidir libre y responsablemente y que una legislación en este sentido obligaría a las mujeres de estas condiciones a someterse a esta intervención quirúrgica. De allí que existiera la posibilidad, para esta posición, de que el Estado les impusiera la esterilización.

Quienes apoyaban la mencionada posición coparon el recinto donde se realizaba la audiencia y en virtud de cierta extraña presión sobre la lista de oradores, muy pocas personas que no coincidieran con esa postura pudieron expresarse.²⁵ Ni siquiera los invitados especiales pudieron hacer uso de la palabra debido a los silbidos y abucheos por parte de este grupo mayoritario. “No estaba en los participantes de esta audiencia discutir el texto de manera crítica sino imponer dogmáticamente cuestiones fundamentalistas sin ninguna apertura, con una enorme falta de respeto y agresividad” (diario *Los Andes*, 26 de noviembre de 2000), fueron las declaraciones que vertió Diana Maffía, la Defensora Adjunta del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, una de las invitadas especiales, tras retirarse en medio de los abucheos.

La Iglesia Católica volvió a manifestarse en contra, aunque manteniendo la medida, expresando que “no hay que violar las leyes naturales” (diario *Los Andes*, 21 de noviembre de 2000, pág. 9). La ligadura de trompas sólo es aceptable para esta institución cuando está en peligro la vida de la mujer. El religioso Ricardo Poblete fue el encargado de representar la posición de la Iglesia en la audiencia pública. Allí señaló “La Iglesia no está en contra de la esterilización por causas terapéuticas, lo que nos preocupa es que se la quiera justificar por una causa social. Hay otros modos menos cruentos y con menos repercusiones a nivel psíquico de regular la fertilidad” (diario *Los Andes*, 26 de noviembre de 2000).

Había en el recinto también algunas militantes del movimiento de mujeres y feministas, que no sólo no pudieron expresarse, sino que sufrieron agresiones por parte de algunos integrantes de Pro Vida. “La agresión se manifestó desde el comienzo. Mientras una integrante del Encuentro de Mujeres de Mendoza [...] colgaba un cartel de apoyo al proyecto, dos chicos se lo arrancaron de la mano y lo cortaron con tijeras” (ibíd.).

“Soy cristiana y amo al Señor Jesús, y pienso que el Señor Jesús se hubiera sentido avergonzado de que estas personas actuaran con una agresividad sorprendente, y que se identificaran como cristianos hacedores de la obra de Dios. La ley no apunta a ligar indiscriminadamente las trompas, por el contrario, sólo

25. La situación en cuanto a las listas fue idéntica en 1996, durante la audiencia pública por la Ley de Salud Reproductiva. No sólo se trata del número de oradores, los inscriptos, sino del tiempo empleado en las argumentaciones.

apunta a darles un amparo legal a todas estas mujeres que cada día peregrinan por los centros de salud y hospitales rogando [...] para que los médicos le den un tratamiento efectivo y definitivo a su necesidad interior de no tener más hijos” (diario *Uno*, 5 de diciembre de 2000).

Así se expresaba en una carta al lector publicada en los dos diarios provinciales, esta mujer, argumentando que optaba por ese medio dado que le había sido imposible expresarse en el recinto legislativo. De todos modos, insistía, ella tenía la obligación de luchar para que ese derecho no fuera sólo suyo sino de todas las mujeres. En su opinión, esta ley lo que pretendía era, justamente, asegurar el acceso en forma gratuita al tratamiento quirúrgico. Este hecho, recalca, lejos de mutilar a nadie, les da la posibilidad a estas mujeres de disfrutar de una sexualidad plena, sin temor a un embarazo no deseado (ibid.). La posición de esta lectora resume en buena medida, los argumentos centrales de quienes apoyaban la aprobación del proyecto en cuestión.

TRES AÑOS DESPUÉS, ¿Y QUÉ DICEN LOS PROTAGONISTAS?²⁶

La información presentada en este apartado es una síntesis de parte del análisis de los datos recogidos para una investigación realizada conjuntamente entre el Programa Provincial de Salud Reproductiva y la Unidad de Estudios de Género.²⁷ El objetivo central de aquella investigación era realizar una primera evaluación del impacto que la puesta en marcha de la resolución ministerial sobre la ligadura de trompas había tenido, tanto sobre los profesionales de la salud como en las mujeres que pasaron por esa experiencia en los hospitales públicos de la provincia. Lo que presentaré a continuación será una síntesis gruesa de la información que ha sido analizada desde otra perspectiva y con énfasis parcialmente diferentes, en otros trabajos (Brown, 2004 a y b; Rodríguez, 2004). Los datos que aquí traeré a colación serán los referidos a los argumentos, a fin de continuar el hilo que he venido desarrollando. El objetivo de traer a colación las narraciones u opiniones de los profesionales así como de las mujeres es ilustrar otra perspectiva que exceda lo público por se, en tanto posi-

26. Gran parte de los contenidos que siguen formaron parte de las ponencias presentadas durante 2004 y que han sido publicadas o se encuentran en proceso de publicación. Me refiero a Brown, 2004 a y b, respectivamente.

27. El proyecto, dirigido por la Dra. Alejandra Ciriza, se denominó “Ligadura tubaria: reconstrucción de la experiencia en hospitales públicos del Gran Mendoza (2000-2002). Un análisis desde el punto de vista de género”. Convenio entre el Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia, y el CRICYT Mendoza, decreto 1.395, del 21 de agosto de 2003. La fuente de los datos es un poco más de una decena de entrevistas a profesionales de la salud involucrados con la temática en hospitales públicos del Gran Mendoza, por un lado. Por otro, idéntica cantidad de entrevistas a mujeres que se ligaron las trompas en el marco de la atención estatal de la salud, en el área del Gran Mendoza. Para más detalles pueden consultarse Ciriza (2003), Rodríguez (2004) y Brown (2004 a y b).

bilidad de comprender mejor lo que se discute y en los términos que se lo hace, toda vez que estos relatos corresponden, precisamente, a sus protagonistas más directos.

DESDE LA EXPERTICIA: EL DISCURSO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

En el relato de los profesionales de la salud existe una referencia constante a la legislación sobre derechos reproductivos, tanto a la que se encuentra vigente (la Ley Provincial de Salud Sexual y Reproductiva), como a la que se encuentra en tratamiento parlamentario (el Proyecto de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria). Sin embargo, cuando se indaga un poco, se advierte que existe un desconocimiento casi total de la normativa. Las excepciones del caso pueden mencionarse, básicamente, para aquellos que están a favor de los derechos (no) reproductivos en general y en, particular, apoyan la iniciativa que permitiría la ligadura de trompas así como la vasectomía que, en este caso, corresponde a la minoría del grupo bajo la lupa.

Sobre la denominación y el significado atribuido. En términos generales los entrevistados se refieren a esta práctica médica contraceptiva en términos que van desde infertilización y esterilización hasta castración y mutilación. La denominación es importante porque supone no sólo concepciones y posiciones, en ocasiones disímiles, tanto respecto del entendimiento de su función social al ser profesionales vinculados a la salud, como en relación con la sexualidad de las mujeres. Quienes sostienen el primer binomio entienden que la ligadura de trompas constituye una práctica legítima para evitar la posibilidad de nuevos embarazos. Para quienes levantan el segundo par, en cambio, se trata de una práctica ilegítima, excepto en los casos en los que la vida de la mujer corra riesgos severos y comprobados. De acuerdo con ellos, esta intervención médica es castratoria y, por lo tanto, entra en colisión con los fundamentos de la práctica de la medicina, en el marco de la cual las lesiones al aparato reproductor son consideradas gravísimas.

Van conformándose de este modo dos grupos que, a pesar de sus diferencias y matices internos, es posible distinguir. El primero, a favor de que se legisle sobre la contracepción quirúrgica voluntaria, avanzando por sobre lo que la resolución establece. El segundo, en cambio, opone resistencia a cualquier tipo de legislación que permita esta opción no reproductiva. Aquí incluimos tanto a quienes no están de acuerdo con la implementación del Programa Provincial de Salud Reproductiva, se oponen abiertamente a la puesta en marcha de la resolución ministerial que facilita la realización de la ligadura tubaria, como a quienes cuestionan o rechazan sólo el proyecto de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria.

DE LOS ARGUMENTOS Y LAS POSICIONES ÉTICAS, IDEOLÓGICAS Y POLÍTICAS. OPINIONES Y ARGUMENTOS EN CONTRA

Uno de los argumentos de oposición a cualquier práctica anticonceptiva, incluida la ligadura de trompas es, el *argumento poblacional* que puede sintetizarse como sigue: “A usted le parece que un país donde hace falta población le estén ligando las trompas a la gente [...]”.

A éste se le adosa, normalmente, el *argumento imperialista*, que señala que no sólo se están importando modelos (no) reproductivos y tecnología en ese sentido sino también, valores éticos o morales vinculados a la sexualidad y la (no) reproducción, que no tienen nada que ver con nuestra idiosincrasia y que apuntalan objetivos externos. El nacionalismo es lo que subyace tras este argumento, unido a la promoción de políticas poblacionales natalistas.

Por su parte, el *argumento paternalista* conjuga mujeres y pobres, identifica a ambas como menores de edad, incapaces de medir las consecuencias y tomar decisiones responsables sobre sus cuerpos y sus vidas. Lo que desde aquí se sostiene es que:

Los médicos tenemos una formación paternalista que nos viene de años. Las decisiones sobre los pacientes parecen que son exclusivas de los médicos [...] durante muchas generaciones el médico era el padre, el sacerdote [...] y, por lo tanto, el que toma la decisión en lo que hacía a la vida y la salud de los pacientes.

El argumento anterior está estrechamente vinculado a cómo se perciben a sí mismos los profesionales vinculados al campo médico tanto en su función social como en relación con los asuntos que atañen a la sexualidad, el cuerpo y las capacidades de las mujeres.²⁸ Los profesionales de la salud se perciben a sí mismos como poseedores de un saber exclusivo y privilegiado. A tal punto, que entienden que las decisiones vinculadas a esos temas sólo pueden ser legítimamente tomadas por ellos, “los que saben”, aun cuando tengan lugar en el cuerpo de otras. Las consecuencias de esta experticia que reclama la exclusividad sobre un saber y unas decisiones cuyo impacto ocurre en el cuerpo y la subjetividad de otras, están vinculadas a la tendencia a la reprivatización de la sexualidad y la (no) reproducción, así como la tendencia a la medicalización de las decisiones que de allí se deriven, como lo insinuábamos unas líneas atrás.²⁹

Lo que se advierte como subyacente tras el reclamo del privilegio exclusivo,

28. Respecto de los modos de apropiación y expropiación de los cuerpos y las capacidades (no) reproductivas de las mujeres vinculados al asunto de la ciudadanía, he trabajado esos temas con anterioridad (Brown, 2001, 2004c). Ciriza (1996-1997), por su parte trae a colación otros argumentos valiosos sobre el particular.

29. Sobre el tema de la medicalización del cuerpo de las mujeres puede consultarse Rodríguez (2004).

que sobre los asuntos atinentes a la sexualidad y la (no) reproducción tendrían médicos, psicólogos y otros, es el temor frente a la amenaza que perciben en cualquier indicio de autonomía (o de su posibilidad) por parte de las mujeres. Ese sentimiento amenazante también se percibe en el campo médico cuando por ejemplo, profesionales de disciplinas como la psicología o el trabajo social pretenden incidir e influir en decisiones tan importantes como la prohibición o la permisión de una ligadura de trompas. Son médicos y obstetras quienes se perciben a sí mismos como los legítimos detentadores de ese saber-poder sobre el cuerpo de las mujeres por sobre cualquier otro profesional del campo. Así lo dicen: “[...] todo lo que sea reproducción le corresponde a la obstetricia”, y respecto de sus colegas, el mismo entrevistado decía:

[...] para mí son todos unos ñoquis [...] le vuelvo a decir que para mí esto es patrimonio de la obstetricia, como lo ha sido desde hace treinta años la maternidad.

El *argumento de la excepción* indica que la ley debe hacerse para regular prácticas generales y no excepcionales. Por ende, legislar sobre la ligadura de trompas es una desviación de los temas esenciales e importantes atendiendo a particularidades. Las leyes sólo deben atender a casos universales, dicen.

El de la *justicia* es un tópico cuyo uso es recurrente tanto por parte de quienes apoyan como de quienes se oponen a los derechos (no) reproductivos. Para el primer grupo implica igualdad de oportunidades en el ejercicio de derechos independientemente de la clase social a la que pertenezcan los sujetos. Para el otro, significa una injusticia social, sobre todo si se lo combina con el argumento poblacional y el de eugenesia social.³⁰

OPINIONES Y ARGUMENTACIONES A FAVOR

Los argumentos de los profesionales de la salud que apoyan la iniciativa podrían resumirse en la consideración de las mujeres como sujetas autónomas capaces de gozar de derechos.

Lo que desde esta posición se sostiene es el *derecho* de cada uno a *decidir* sobre su propio cuerpo, su sexualidad, sus opciones (no) reproductivas y su salud, que es expresado del siguiente modo:

Yo pienso que cada una decide sobre su propio cuerpo, yo te puedo sugerir [...] pero vos vos la responsable de tu cuerpo y la que toma sus decisiones (médica obstetra).

30. Nos referimos al argumento que sostiene que con estas normas legales lo que se persigue es la eliminación de los pobres, razón por la cual suele ir asociado estrechamente al argumento poblacional.

Quienes argumentan a favor sostienen que las mujeres deberían ser tratadas como sujetos autónomos y adultos, capaces de tomar decisiones responsables respecto de su salud, su sexualidad, su (no) reproducción.

Por otro lado, y al revés de lo que sostenían quienes argumentaban en contra, estos profesionales se posicionan a favor de la *generalidad* y *universalidad* del derecho a decidir sobre las cuestiones que atañen el propio cuerpo y, por ende, frente al argumento de “la excepción”.

La ley tiene que ser pensada para la aplicabilidad de todas las gentes, uno no puede legislar para unos pocos, [...] lo que la comunidad necesita es asesoría y que se le brinde la posibilidad de tener métodos de planificación familiar, después, en última instancia es el paciente quien tiene que decidir si los usa o no [...] mi obligación es asesorarla [...] (médica obstetra).

La *justicia*, mirada ahora desde un ángulo diferente, es uno de los fundamentos más fuertes de los defensores de la legalización de la práctica contraceptiva quirúrgica, dado que tiende a la equiparación del derecho de los que tienen y de los que no.

OTROS ARGUMENTOS ESGRIMIDOS EN TORNO DE ALGUNOS NUDOS ESTRATÉGICOS:

1. En cuanto al *consentimiento informado*, de nuevo aparecen dos posturas antagónicas:

- a. “Lo hacemos por la parte legal más que nada, pero yo le puedo asegurar que en la mayoría de los casos, la paciente no sabe lo que firma”, y agrega: “La paciente no es capaz de medir el riesgo que tiene [...] vienen adoctrinadas”.
- b. “La elección informada debería darse en todos los campos de la vida. El médico asesoró pero la decisión es conjunta [...]”.

2. En cuanto a la valoración asignada a la maternidad y su vinculación con la posición respecto de la ligadura de trompas, se advierte que todos asignan un valor elevado a la maternidad y, sin embargo, ello no significa necesariamente reprobar el control de la reproducción y oponerse sistemáticamente a la ligadura de trompas. La oposición a la legalización de la ligadura de trompas va asociada a una visión de la maternidad en términos que llamo “idealista y esencialista”: “Para mí ser madre significa VIDA. [...] Estamos asistiendo a un milagro” (médico obstetra). En una dirección similar, el Comité de Bioética expresaba: “Nuestro hospital es una institución dedicada muy especialmente a la función de la mujer [...]”.

3. *Los casuales y sus justificaciones.* La resolución ministerial 2.492/00 contempla una serie de casos y factores que deben ser considerados a la hora de evaluar la aprobación o rechazo de un pedido de ligadura de trompas. Las causas consideradas son las que se enmarcan dentro de la definición de salud aceptada por la OMS; esto es: factores de índole estrictamente médica-clínica, psicológicos y socioeconómicos. No existe ninguna restricción en cuanto a edades ni a cantidad de hijos previos. Sin embargo, los profesionales de la salud que aplican la norma, la ponen en diálogo y relación con aquellos presupuestos éticos, ideológicos y políticos de los que hemos dado cuenta antes, y ello explica la diversidad de resultados que se obtienen de la aplicación de una misma norma. Quienes se oponen opinan que:

¡No puede ser! Tenés mujeres que a cualquier edad quieren ligarse las trompas, no les importa, ellas quieren ligarse las trompas. Mirá, yo le digo: “¿Señora qué pasaría si se le mueren los hijos? [...] Esto tendría que ser a algunas mujeres con riesgo médico quirúrgico, y ahora todo el mundo se cree con derecho a que le liguemos las trompas.

En términos generales, es más sencillo llegar a la aprobación de una solicitud de ligadura de trompas, a medida que crece la edad, aumentan las causas aludidas y, sobre todo, si lo que se incrementa es el riesgo de vida o salud de la mujer, y aumenta, simultáneamente, la cantidad de hijos. A medida que estos factores disminuyen (entre los cuales los más influyentes son la cantidad de hijos, la edad y el riesgo), el trámite, las vueltas y la resolución afirmativa suele demorar cada vez más, llegando al rechazo en algunos casos de mujeres jóvenes (menos de treinta a treinta y cinco años) con pocos hijos (menos de cuatro), aun cuando exista algún riesgo para la salud. Todo el tiempo está en juego aquí aquello de las normas, valores éticos y creencias que existan sobre la sexualidad y la (no) reproducción, que variarán el péndulo hacia una mayor o menor permisividad en cuestiones (no) reproductivas y hacia una mayor o menor consideración de las mujeres como ciudadanas plenas, capaces de decidir.

LA SITUACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES

Lo primero que es necesario dejar sentado es que aun cuando la muestra de mujeres entrevistadas es pequeña y no admite generalización, ninguna de estas mujeres se arrepiente de haberse ligado las trompas, que es uno de los temores más frecuentes, y es uno de los argumentos populares más fuertemente usado por quienes pertenecen al área de la salud y se niegan a realizarla o legalizarla.

Las mujeres conocían la existencia de la ligadura, pero varias de ellas no sabían de la posibilidad efectiva de llevarla a cabo en servicios de salud dependientes del Estado. Algunas llegan luego de varios peregrinajes y derivaciones previas, otras, por relatos de sus familiares o amigas, y aproximadamente la

mitad, por recomendaciones médicas (aunque en general la llegada a ese médico es por recomendación previa sobre la posibilidad).

El factor a partir del cual solicitan la ligadura tubaria, mencionado por la mayoría es el riesgo en salud. Sin embargo, para las mujeres igual que para los profesionales de la salud que están a favor del proyecto, existen otros motivos por los que solicitar la ligadura, igualmente atendibles. Éstos son el número de hijos, independientemente de la edad, y las condiciones económicosociales. Todos estos motivos sin embargo, no en abstracto, sino también vinculados a sus proyectos personales, la necesidad de tener tiempo para sí mismas y para compartir en pareja así como para dedicarle a los hijos que ya tienen.

Lo que sigue una vez tomada la decisión depende de cuál sea la causa más fuerte que pueda argumentarse en el pedido y las condiciones de la solicitante. Es más sencillo, como acabo de anotar unos párrafos atrás, a medida que crece la edad, aumentan las causas aludidas y, sobre todo, si lo que se incrementa es el riesgo de vida o salud de la mujer, y aumenta simultáneamente la cantidad de hijos. Permanentemente está en juego aquí la imagen tradicional y más estereotipada de las mujeres como madres y esposas, dadoras de hijos y las dos preguntas básicas y centrales que repiten una y otra vez los profesionales de la salud (mucho más quienes tienen serias resistencias) giran en torno de la posibilidad de arrepentimiento ya sea porque se separe, se quede viuda o lo que sea y el próximo señor le pida (¿le exija?) un hijo o, por si se le llegara a morir uno. Éstos serían en principio los riesgos que varios de los profesionales aluden que las mujeres (las mamis o mamitas, para ellos) no pueden medir correctamente.

Contrariamente a esas presunciones, lo que las mujeres relatan parece en general bastante promisorio en relación con el efecto de la ligadura de trompas, excepto en dos casos en los que más que una decisión personal supuso una decisión médica. En términos generales, la mayoría revela una mejoría en el disfrute y la cantidad de encuentros íntimos y sexuales con sus parejas, así como una mayor predisposición para emprender proyectos personales propios que van desde retomar los estudios a trabajar.

Quizás, aquí también como en el caso de los profesionales más favorables a la legalización de la ligadura, la noción de maternidad aunque profundamente valorada, incluye un modelo un poco más flexible que el consabido y estereotipado de las mujeres vistas única y exclusivamente como madres y la maternidad como su única realización posible y la única medida de manifestación y medida de lo femenino.

Finalmente, todas destacan que la ligadura debería ser un derecho, que ellas deberían poder decidir y elegir y que todas tendrían que tener la posibilidad de acceder. No unas pocas.

CONSIDERACIONES FINALES

A primera vista puede advertirse un hilo de continuidad entre dos posiciones contrapuestas que atraviesan los distintos ámbitos, contextos y momentos considerados: una que podríamos denominar más liberal y otra más conservadora. Puestas así las cosas, no sorprende que sea el Partido Radical el que haya impulsado la mayoría de los proyectos de ley y políticas públicas en este sentido y que haya sido el Partido Demócrata el que haya opuesto las mayores objeciones en clara alianza con la postura de la jerarquía católica argentina y algunos de sus grupos más conservadores.³¹

La UCR ha sido históricamente un partido liberal, expresamente laico, democrático y modernizante. El PD es el partido conservador provincial que ha tendido algunas redes (aunque no institucionalmente) con los sectores más conservadores de la Iglesia aun cuando en los últimos tiempos haya intentado aggiornarse y modernizarse; el PJ, si bien guarda en sus filas toda clase de posiciones (como la mayoría de los partidos políticos en la Argentina), a excepción del sector que durante los noventa en Mendoza tuvo relativa fuerza, el sector renovación, la doctrina cristiana sigue pensando en el marco de los principios peronistas, como mencionaba María Luisa Nicoleau de Bracelis³² en el comentario más arriba referido. Históricamente, las políticas relativas a la sexualidad y la (no) reproducción de las personas, aplicadas por el PJ, han sido de corte natalista.³³

Hablo y he hablado a lo largo de este escrito de la jerarquía católica y sus grupos aliados o simpatizantes, los grupos más conservadores ligados a ella, puesto que a pesar de la pretendida unidad que esta legendaria e influyente institución pretenda mostrar, como cualquier institución social no es monolítica y existen corrientes disidentes. Una de las más visibles es la existencia de la organización Católicas por el Derecho a Decidir pero también, la voz contrahegemónica se escucha de personas que, como el obispo De Nevares en Neuquén, se opusieron abiertamente a las políticas sustentadas por las esferas máximas de su institución. Esa disidencia también es visible en la actitud de sus fieles, que muchas veces contrasta con la postura sostenida por las máximas autoridades de la Iglesia (CDD, 1998). Sin embargo, es claro que el grupo con más poder y el

31. Esta afirmación merece una aclaración. Como dejé anotado en mi tesina de grado, aun cuando señalo esta esquematización partidaria en relación con la posición sobre los temas referidos a sexualidad y (no) reproducción es preciso recordar que, estos asuntos no ameritan decisiones homogéneas dentro de los partidos. En realidad, los atraviesan horizontalmente, precisamente porque, en general, no se los considera temas propiamente políticos sino morales en el sentido de las propias creencias personales (Brown, 2001, págs. 98, 112 y 116).

32. La presidenta del Instituto de la Mujer en 1996. Véase apartado del debate por la Ley Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

33. Como dato, puede recordarse que el decreto 659/74 que restringía la venta de anticonceptivos se puso en marcha bajo el gobierno peronista.

que comanda las riendas políticas representa al ala más conservadora dentro de la institución, que ha fortalecido en los últimos tiempos su posición fruto de la creciente ingerencia que el Opus Dei va teniendo (Vasallo *et al.*, 2002).

Decía entonces que se dibujan, mirado muy esquemáticamente y simplificando las cosas, dos posiciones: una liberal y otra conservadora. La liberal estaría integrada en terreno público político por el movimiento de mujeres/feministas, partidos (o posiciones partidarias) de centroizquierda. La conservadora, por la jerarquía católica argentina y partidos (o posiciones partidarias) de centroderecha. Sin embargo y a pesar de esta línea de continuidad, cuando se cruza de contexto y se modifica el momento del debate, aparecen algunos elementos de discontinuidad y algunas diferencias que merecen destacarse.

En cuanto a las diferencias cronológicas del debate, lo primero que puede advertirse es que, a medida que avanza el tiempo, las opiniones tienden a endurecerse y a polarizarse cada vez más. Quizás, por aquello de la percepción especular al decir de Noelle-Neumann (Petracci, 2004, pág. 98). Lo de la rigidez de las posiciones puede verse claramente cuando se observa cómo los argumentos se repiten una y otra vez en los distintos temas y momentos, en una construcción que ocurre por espejo con muy pocas posibilidades de diálogo o entendimiento entre ambas posturas. Sin embargo, parte de ese endurecimiento, hipotetizo, es la puesta en debate de lo que teóricamente no se debate pero que está todo el tiempo en discusión sin importar el tiempo, el momento, ni el contexto: el tema del aborto al que el movimiento de mujeres/feministas eludía en orden a la construcción de un consenso dificultoso alrededor de los derechos reproductivos³⁴ y que este año se han propuesto enfrentar al amparo de las declaraciones de Ginés González García y el clima favorable al debate que ello ha supuesto. Bajo la consigna “Educación sexual para decidir, anticonceptivos para no abortar, aborto legal para no morir” un grupo de organizaciones de mujeres, feministas y de DDHH lanzaron el 28 de mayo pasado, por primera vez una Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.³⁵

Sin embargo y retomando el tema del aborto como asunto recurrente en todos los debates, ya sea a favor o en contra, ya sea demonizado o apuntalado a índices de morbimortalidad, llama la atención que las únicas que no lo mencionen (al menos no espontáneamente) sean las mujeres a quienes se les adjudican

34. He desarrollado con más profundidad ese asunto en Brown (2001 y 2004c).

35. Es pertinente aclarar que si bien las declaraciones del ministro de Salud y Ambiente de la Nación se constituyeron junto con otros elementos contextuales, en el detonante de una campaña nacional, el tema del aborto y su despenalización/legalización ha sido sostenido desde el retorno democrático por, al menos, una parte del movimiento de mujeres y feministas argentinas. La labor de la Comisión por el Derecho al Aborto, fundada en 1988, es destacable en ese sentido. Y fue justamente esa organización mancomunadamente con muchas otras, las que impulsaron la primera Asamblea por el Derecho al Aborto, en el Encuentro Nacional de Mujeres de Rosario (2003), constituida en un hito, producto del consenso que estos asuntos habían generado también, en el movimiento de mujeres/feminismos (*cf.* AA.VV., 2005).

los abortos clandestinos. Éste es un dato que merece resaltarse. Por ello, resulta sumamente interesante contar con estudios de opinión y encuestas que requieran la opinión de la ciudadanía o los profesionales de la salud, pero sobre todo de las involucradas con estos temas. Es sabido que es más probable que anónimamente y sobre todo hablando sobre otros y a través de experiencias ajenas, se pueda conocer mejor la opinión de estas mujeres, que normalmente queda tergiversada, mezclada, hablada, expresada e interpretada por otros (pero sobre lo que suele haber pocos datos empíricos para respaldar las afirmaciones); entre otras cosas, porque es un discurso que se encuentra más lejano de lo público y al que también es difícil acceder, dado que pone en juego cuestiones íntimas y privadas, asuntos éticos, morales, religiosos... en definitiva, la subjetividad más profunda de muchas personas. En este sentido es pionera la publicación, *Salud, derecho y opinión pública* (Petracci, 2004) que apunta a sintetizar, sistematizar y analizar algunos de los datos más significativos arrojados por las investigaciones realizadas en la línea apuntada. Siguiendo esa dirección, y aun cuando no es de Mendoza sino nacional me parece oportuno traer a colación un estudio reciente realizado por la consultora Knack para la fundación Friedrich Ebert Stiftung (FES, 2004),³⁶ que ha incorporado algunas preguntas innovadoras en esta clase de estudios, tales como por ejemplo, “Independientemente de su opinión personal: ¿Qué cree usted que hace la mayoría de las mujeres en la Argentina frente a un embarazo no deseado?”. La respuesta espontánea: un 69% cree que se realizan un aborto, llegando al 81% para el caso del NOA y un 74% en ciudades medianas (FES, 2004).³⁷

Otro asunto que se debe resaltar y que aparece como una marca distintiva en el caso específico de las últimas discusiones sobre ligadura de trompas es la posibilidad de que ésta alcance estatuto legal. En los argumentos analizados aparece que la mayor resistencia no está directamente relacionada con la ligadura de trompas o con las causas que se esgrimen como justificación (aunque la social es la que obtiene menos consenso entre quienes se oponen). De cualquier modo, sobre ello estarían dispuestos a discutir en casos puntuales y particulares. El nudo de la resistencia se vincula al hecho de incluir lo que, en su opinión, constituye una excep-

36. Menciono este estudio porque es el más reciente que conozco y tiene datos actuales, pero todas las veces que se ha discutido algún tema relativo a DRRR el movimiento de mujeres y las feministas o sus aliados han procurado alguna clase de datos de este tipo tal como ocurrió cuando se discutió la ley de SSRR, el debate en la Convención Constituyente, etcétera.

37. En realidad, si bien la pregunta a la que hago referencia fue incorporada por Gerardo Adrogué en la investigación que menciono, su inclusión no es azarosa y responde a preguntas teóricas y epistemológicas que guían la elaboración de los cuestionarios a fin de obtener determinados datos o interrogar mejor sobre algunos asuntos. Es justamente sobre cómo acercarse más y mejor a la opinión pública y, parafraseando a una especialista sobre estos asuntos, a lo que *habla y llama* sobre lo que Petracci viene trabajando desde hace más de una década. Son estos desarrollos previos los que se encuentran detrás de esa pregunta y que muchas veces no se ven. Una apretada síntesis de esa década de elaboraciones sobre el particular puede verse en Petracci (2004, págs. 94-102).

ción dentro del marco general del derecho, que se aboca a lo que Rousseau (2003) llamaría la voluntad general, el bien común en un sentido fuerte.

Esta mirada sobre la ley contrasta con la sostenida por la posición liberal que entiende la libertad en términos negativos (como no interferencia) en relación con el respeto de una zona de privacidad donde se restringe la intervención pública. Vale la pena traer a colación a Hobbes cuando señala: “En cuanto a las otras libertades, dependen del silencio de la ley. En los casos en que el soberano no ha prescrito una norma, el súbdito tiene libertad de hacer o de omitir, de acuerdo con su propia dirección” (Hobbes, 1995, cap. 21, pág. 179). Efectivamente, como reza la proclama que alguna vez aprendimos: la ley no obliga a hacer lo que ella no obliga, ni prohíbe lo que la ley expresamente no prohíbe. Y, en el caso de los derechos (no) reproductivos, en general, y la ligadura de trompas y la vasectomía, en particular, no se trata ni de obligaciones ni de prohibiciones respecto de cómo ejercer la sexualidad o regular la reproducción. Más bien, la idea que comanda las iniciativas es la de la ley como dadora de condiciones habilitantes para poder ejercer derechos.

Sin embargo, el debate y la discusión son más complejos, mucho más de lo que podemos anotar aquí. Mientras no se lo incorpora en el marco general de la ley que supone, además, condiciones de exigibilidad y la previsión de garantías para el ejercicio del derecho en cuestión, la ligadura de trompas (o los derechos [no] reproductivos) sigue siendo tratada como una cuestión ligada al orden privado, íntimo y personal y, en algunos casos, sujeta al arbitrio de los expertos. Inscribir estos derechos en el orden de la ley, el espacio de reconocimiento en los regímenes políticos modernos, no sólo puede derribar el ejercicio de derechos por simple privilegio de clase, sino que también puede obtener otra serie de ejercicios autoritarios del poder. Aunque defectuosamente, el derecho supone alguna clase de límite al ejercicio arbitrario del poder (de los médicos, de los jueces, etcétera).

Y éste es uno de los nudos centrales de la discusión: el papel central que cumple el derecho en los regímenes políticos modernos. Para quienes se oponen a la legalización de los derechos (no) reproductivos, el asunto pasa por poder considerar cada caso de modo particular y privado y no ingresar en el orden general de la ley. Para los otros, el asunto se dirige en lograr que la cuestión sea considerada política y se provean políticas públicas más o menos universales para garantizar ese derecho. Que, como dicen las mujeres entrevistadas, las decisiones ligadas a la (no) reproducción (incluida la ligadura de trompas) sea una decisión que puedan tomar y decidir autónomamente, en cualquier momento. Y que, además, exista un Estado que garantice que sea un derecho de todas y no, el privilegio de unas pocas.

Finalmente, el desacuerdo persiste y el debate sigue convocando antiguos dilemas: público-privado, particularidad-universalidad, autonomía-tutela, etcétera, en un juego que, al menos discursivamente, oscila entre la generalidad y la excepción como propuestas políticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AA.VV. (2005): Presentación de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto legal, Seguro y gratuito. Disponible en <http://www.derechoalaborto.org.ar/>
- Brown, J. (2001): Los derechos reproductivos como derechos ciudadanos. Debates, tesis de licenciatura, Mendoza, FCPyS, UNCuyo.
- Brown, J., (2004a): “Ligadura Tubaria y después...”, en Actas del II Congreso Nacional de Sociología, pre ALAS 2005, Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Brown, J. (2004b): “Ligadura tubaria. La visión de los profesionales. El caso de Mendoza”, ponencia presentada en las IV Jornadas de Discurso Social y Construcción de Identidades - Mujer y Género, Córdoba, CEA, UNCórdoba (en prensa).
- Brown, J. (2004c): “Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina”, en *Revista Política y cultura*, N° 21, México D.F., Universidad Autónoma Metropolitana, págs. 111-126.
- CDD (1998): *La opinión católica ante la reproducción. Un panorama mundial*, México D.F., CFFC y CDD. Disponible en <http://www.catolicasporelderechoadecidir.org/documento1.shtm>
- Ciriza, A. (2003): Proyecto “Ligadura tubaria: reconstrucción de la experiencia en hospitales públicos del Gran Mendoza (2000-2002)”, mimeo.
- Ciriza, A. (1996-1997): “De contratos, derechos e individuos. Problemas y encrucijadas en torno a la condición ciudadana de las mujeres”, en *El Rodaballo*, Año 3, N° 5, págs. 19-25.
- FES (Friedrich Ebert Stiftung) y Knack (2004): *Estudio Nacional de opinión pública. Derechos reproductivos, aborto y violencia sexual*, Buenos Aires, mimeo.
- Guzmán, V. (2001): “La institucionalidad de género en el Estado: nuevas perspectivas de análisis”, en *Serie Mujer y Desarrollo* N° 32, Santiago de Chile, CEPAL/ECLAC.
- Hobbes, T. (1995) [1651]: *Leviatan*, México D.F., FCE.
- Kabeer, N. (1998): *Realidades trastocadas. Las jerarquías de género en el pensamiento del desarrollo*, México D.F., Editorial Paidós Mexicana.
- Pecheny, M. (2005): “Yo no soy progre, soy peronista: ¿Por qué es tan difícil discutir políticamente sobre aborto?”, www.ciudadaniasexual.org, Lima.
- Petracci, M. (2004): *Salud, derechos y opinión pública*, Buenos Aires, Norma.
- Rodríguez, R. (2004): *Medicalización del cuerpo femenino. Debates éticos y políticos. El caso de la ligadura de trompas en Mendoza*, tesina de grado, Mendoza, FCPyS-UNCuyo.
- Rousseau, J. J. (2003) [1762,1750,1755]: *El Contrato Social; Discurso sobre las ciencias, las artes. Discurso sobre el origen y los fundamentos de la desigualdad entre los hombres*, Buenos Aires, Editorial Losada.
- Vasallo, M. et al. (2002): *El Opus Dei y la restauración católica*, Buenos Aires, Le Monde Diplomatique.

PUBLICACIONES PERIÓDICAS Y OTRAS FUENTES

Diario *Los Andes*, Mendoza.

Diario *Uno*, Mendoza.

www.rimaweb.org.ar

www.catolicasporelderechoadecidir.org.ar

www.aciprensa.com

www.cnm.gov.ar

www.aaba.org.ar

Ley de Salud Sexual y Reproductiva, 6.433, Mendoza, 1996.

Proyecto de ley de Métodos de Contracepción Quirúrgica Voluntaria, 2000.

Resolución 2.492/2000 del Ministerio de Desarrollo social y Salud, Provincia de Mendoza.

LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS¹

Virginia E. D'Angelo Gallino

[...] la definición del problema es ardua, pero saber encontrar las soluciones es realmente el reto del análisis y diseño de las políticas (Bardach, 1996).

Los esfuerzos por construir una política de salud sexual y reproductiva en Entre Ríos tienen una historia de más de veinte años. Su reconocimiento como política pública data de abril de 2002, año en el que se lanza formalmente el Programa de Salud Sexual y Reproductiva según resolución 531/02 de la Secretaría de Estado de Salud y se convalida en el año 2003 con la sanción de la ley provincial 9.501/03 y la articulación con el Programa Nacional.

Este trabajo tiene como objetivo realizar un análisis de la política pública de salud sexual y reproductiva, en el ámbito de la provincia de Entre Ríos, con una mirada que integre diferentes perspectivas y concibiendo la política pública como un ciclo abierto, complejo y dinámico (Martínez Nogueira, 1995).

CONSIDERACIONES TEÓRICAS

El derecho a la salud integra el conjunto inseparable de derechos humanos, y estos derechos se convierten en utopías cuando no están ligados a condiciones, sin las cuales las mayorías no pueden ejercerlos. Tal es el caso de los derechos a la salud reproductiva y sexual. Para hablar de estos derechos en la Argentina hay que hacer referencia a un conjunto de problemas interdependientes (Subirats, 1994) que demandan ser abordados y resuel-

1. Este artículo fue escrito en octubre de 2003 y actualizado y reformulado en marzo de 2006.

tos desde una aproximación holística para evitar la segmentación. La problemática de la salud reproductiva y sexual está vinculada a temas de graves implicancias sociales, como la elevada mortalidad materno infantil, las enfermedades de transmisión sexual, la desnutrición infantil, los chicos de la calle abandonados y/o explotados.

Las denominaciones que ha ido recibiendo esta problemática de la salud han ido variando en su significado a medida que el concepto ha ido adquiriendo nuevas connotaciones que trascienden lo biológico y se adentran en campos disciplinares estudiados por la antropología, la sociología, la psicología, la medicina y el derecho, entre otras disciplinas. De ahí que inicialmente fue planificación familiar, después salud reproductiva, para otros, procreación responsable, salud sexual, etcétera.

Los derechos sexuales y reproductivos expresan el derecho a disfrutar de una sexualidad no necesariamente procreativa; a la realización plena, segura y libre de la vida sexual; a decidir acerca de tener hijos, su número y oportunidad; a recibir educación para decidir libremente; a que la mujer no sea discriminada por tener hijos; a contar con protección médica, jurídica y legal contra la violencia y los abusos sexuales; a la prevención y el tratamiento de la infertilidad y a la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

La Argentina adhirió a la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995, comprometiéndose a garantizar y promover la “salud sexual y reproductiva”. A partir de ella, las mujeres pueden exigir de los gobiernos políticas públicas que atiendan el cuidado de su salud, recibir la información adecuada y la garantía de ejercer sus derechos en igualdad y libertad. Ante la carencia de medios para ejercer sus derechos, el Estado debe dar lugar a acciones tendientes a suplirla, de lo contrario, configurará una injusta violación de esos derechos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud reproductiva es la ausencia de enfermedades en el proceso reproductivo, en el marco de un estado de bienestar físico, mental y social. La OMS centra su concepto en dos pilares: el respeto a los derechos de la familia a decidir el número de hijos que quiere tener, cuándo y cómo, y el deber del Estado de proveerles servicios de buena calidad antes, durante y después del proceso reproductivo.

Abordar políticas de salud reproductiva es establecer pautas para garantizar la vida y no cualquier vida sino una vida con calidad; de allí la necesidad de definir y concretar el rol protagónico que el Estado debe asumir como garante de esas políticas, a cuyo diseño e implementación debe comprometerse a través de acciones y prestaciones que aseguren a todas las personas el libre acceso y ejercicio de sus derechos reproductivos y sexuales.

No se puede ignorar que formular políticas de esta naturaleza al igual

que legislar en tal sentido presenta en, ambos casos, índices de conflictividad en la sociedad civil, porque la salud reproductiva, en general, y los métodos anticonceptivos, en particular, constituyen temáticas en las que se funden y confunden valores legales, científicos, morales y religiosos, así como demandas concretas originadas en necesidades reales y derechos de las personas a las que el Estado debe responder (Marino, 2001).

En síntesis, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar tanto de una vida sexual satisfactoria como de procrear. Los derechos humanos de las mujeres y los varones incluyen el derecho a tener control sobre su sexualidad, a decidir libre y responsablemente, sin discriminación ni violencia, el número de hijos y el intervalo entre éstos, y a disponer de información y medios para ello.

ALGUNOS NÚMEROS PARA TENER EN CUENTA

La detección anticipada del problema no asegura el éxito de la política, pero coloca a su responsable en mejor posición para lograrlo (Tamayo Sáez, 1997).

Mónica Fassoni, actual responsable de la implementación del Programa en la provincia, considera que el porcentaje de mujeres que podría llegar a estar bajo el Programa supera el 30% de los estándares internacionales, estimando que la población en edad reproductiva en Entre Ríos ronda las 320.000 mujeres.

Los indicadores de salud materno infantil del Ministerio de Salud de la Nación del año 2003 dan cuenta de que Entre Ríos tiene que atender cuestiones relativas a la mortalidad infantil y mortalidad materna y estar alerta a las cifras de recién nacidos vivos de madres menores de 15 y de 20 años.

Al respecto, un estudio realizado por un equipo de investigación de la Facultad de Trabajo Social de la UNER sobre embarazo adolescente revela que, en el año 2000, del 32,25% que representan estos embarazos, un 25% está comprendido en el rubro de adolescencia temprana y media (10 a 16 años). Esto se agudiza si tenemos en cuenta que del total de adolescentes menores de 17 años, el 36% de la muestra se prepara a parir su segundo hijo, y el 30% se dispone a parir su tercer hijo. Si a ello le sumamos la cifra que muestra la cantidad de mujeres solteras o sin compañero estable, observamos que el 42% asume la decisión de su embarazo y posterior maternidad desde un lugar de mayor desprotección (Genolet *et al.*, 2001).

Al respecto, surge de los consolidados cuatrimestrales que se elaboran en la provincia que es muy baja la población de adolescentes (menores de veinte años) captados por el programa y su porcentaje alcanza sólo el 6%

(3% mujeres y 3% varones) de la población bajo programa (Comas *et al.*, 2005).

El año 2005 expiró dejando una estadística en la que se reflejan los datos de una dramática situación social: el 17,3% de los nacimientos en Entre Ríos tuvieron como protagonistas a madres adolescentes. Nada o poco sabían de métodos anticonceptivos, de ciclos de ovulación, y algunas hasta desconocían cómo es que llegaron a convertirse en madres. Este dato fue revelado a *El Cronista Digital* por el área de Maternidad e Infancia de Entre Ríos.

Otros indicadores preocupantes se dieron a conocer desde el Programa Provincial de Sida: “En territorio entrerriano habría unas 7.000 personas con VIH, muchas de las cuales desconocen su situación de enfermas”.

Estas pocas cifras ilustran acerca de la necesidad de sostener el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, así como de las responsabilidades que al respecto debe asumir el gobierno de Entre Ríos, y sobre la urgencia de cumplir con lo dispuesto por la ley 9.501/03, implementando el programa de educación sexual en todas las escuelas del territorio provincial.

EVOLUCIÓN DE LA SITUACIÓN EN LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS

El primer equipo que trabajó en la provincia de Entre Ríos en salud reproductiva abordó el tema desde la planificación familiar e inició sus actividades en el Hospital Materno-infantil “San Roque” de la ciudad de Paraná. Simultáneamente se desarrollaron procesos similares en el Hospital “Felipe Heras” de la ciudad de Concordia y en el Hospital “Justo José de Urquiza” de la ciudad de Concepción del Uruguay.

En 1974, cuando José López Rega, mediante un decreto nacional, prohibió la atención hospitalaria en planificación familiar, las actividades que se estaban realizando debieron prestarse de manera solapada y bajo la anuencia de los directivos de los hospitales. Con la restauración de la democracia (1983), el entonces presidente Raúl Alfonsín derogó el decreto y las consultas en los diferentes centros sanitarios se hicieron públicas y legales.

La demanda en ese período giraba en torno de la atención a grandes múltiparas de bajos recursos, en su mayoría analfabetas, con diversas patologías severas y muy baja calidad de vida, quienes acudían al hospital público para consultar acerca de formas y métodos para no tener más hijos. A esta realidad se sumaba la problemática de la automedicación con fines anticonceptivos.

Los equipos de trabajo en el año 1987 recibieron el respaldo de la ley de la Nación 23.179 Contra toda Forma de Discriminación en Contra de la Mujer, basada en la convención de 1983 de Naciones Unidas del mismo

nombre, de la cual Argentina sería signataria desde 1985. También impactaron localmente otros importantes acontecimientos internacionales, como la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de 1994 y la Conferencia de Naciones Unidas sobre la Mujer de Beijing en 1995. Coincidentemente, algunos centros comenzaron a trabajar más organizadamente con un sistema de fichas de seguimiento y con los recursos que podía aportar el hospital, más los que llegaban desde programas nacionales, laboratorios medicinales, la Asociación Argentina de Protección Familiar (AAPF) y otras organizaciones de la sociedad civil.

A la demanda original de las grandes múltiparas de muy bajos recursos se sumaron en los noventa la de mujeres de clase media empobrecida privadas de cobertura social; el embarazo adolescente, y los abortos complicados.

Desde 1983 a 1993, un grupo de profesionales del Hospital San Roque de Paraná, que logró capacitarse sin contar con recursos para ello, llevó adelante una intensa campaña de educación por escuelas, villas de emergencia y centros de salud.

La demanda de atención en los servicios de planificación familiar superó ampliamente la oferta prevista y este fenómeno promovió la desconcentración espontánea desde los consultorios de hospitales a los centros de atención primaria de la salud (APS). Grupos de médicos, auxiliares de salud y trabajadores sociales, que se hacían cargo del problema, recibían la demanda de atención e insumos en sus consultorios y la trasladaban a los directivos de sus hospitales. Éstos prestaron cierto apoyo con los recursos con los que contaban porque la Secretaría de Salud se mantuvo renuente a estos requerimientos hasta el año 1995.

En el período comprendido entre 1999 y 2002 la Secretaría de Salud implementó el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, pero la actitud de los decisores políticos tendió a “dejar que transcurra el tiempo”, asumiendo el organismo público un papel más o menos pasivo y en muchos casos permeable a las presiones ejercidas en contra del Programa.

Con posterioridad a la promulgación de la ley 9.501/03 y no habiéndose cumplido con muchas de sus disposiciones, el Senado provincial en el año 2005 introdujo una modificación contraria a lo dispuesto por la ley original; será la Cámara de Diputados la que dé curso o impida su modificación.

La tensión existente entre organismos gubernamentales y no gubernamentales por esta situación y por la implementación de la educación sexual en el sistema educativo, está atravesada por fuertes cuestiones políticas, religiosas e ideológicas; al mismo tiempo que provocan contradicciones en cada sector, haciendo compleja la comprensión del proceso a quienes no están involucrados en él o no lo siguen de cerca.

Paralelamente a los obstáculos señalados, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ha ido ampliando y homogeneizando la entrega de insumos en todo el territorio provincial y desarrollando acciones de capacitación destinada a efectores.

EL PODER LEGISLATIVO Y SU ROL COMO COFORMULADOR DE LA POLÍTICA

Una de las características centrales de la institucionalidad democrática en América latina es el papel poco descollante que suele cumplir el Poder Legislativo en la definición de ciertas políticas sociales, recayendo la responsabilidad central en el Poder Ejecutivo (Acuña *et al.*, 2001). En el caso argentino, el Poder Legislativo Nacional y los Poderes Legislativos Provinciales han cumplido un rol importante como coformuladores de políticas de salud sexual y reproductiva, ya que diecinueve provincias argentinas han sancionado leyes de salud reproductiva.

El proceso previo a la sanción de la ley en Entre Ríos arranca durante el segundo gobierno de Jorge Pedro Busti (1995-1999), cuando el diputado del FREPASO Federico Soñez (coautor de la ley nacional) presenta el primer proyecto sobre salud reproductiva y procreación responsable. Este proyecto no llegó a ser tratado porque el justicialismo se opuso mayoritariamente.

En agosto del año 2000 se aprobó en la Cámara de Senadores el proyecto presentado por un senador de la UCR (Daniel Rosas Paz) con oposición del PJ (minoría), a excepción de un senador del PJ (Daniel Irigoyen) quien votó favorablemente. Simultáneamente, tuvieron ingreso en la Cámara de Diputados tres proyectos de similar tenor provenientes de legisladores de la Alianza. Ambas cámaras decidieron unificar los proyectos, ya que éstos coincidían en sus aspectos sustantivos y, finalmente, se sancionó la ley 9.501, en julio de 2003.

En el último tramo del proceso incidió favorablemente el cambio del secretario de Salud, porque se logró el apoyo del gobernador para la inmediata promulgación de la ley.

La participación de la sociedad civil fue muy amplia y plural. La Iglesia Católica, en tiempos de Monseñor Estanislao Karlic, no se opuso institucionalmente, sino que la oposición fue ejercida desde los sectores más conservadores. Vale aclarar que el proceso de participación, análisis y debate con los diferentes actores de la comunidad entrerriana se extendió durante casi tres años.

A treinta meses de la promulgación de esa ley, y a pesar de que media un proyecto de reglamentación de Sonia Velásquez, actual directora de Maternidad e Infancia, ésta no ha sido reglamentada; no se ha concretado el programa de educación sexual en las escuelas y con respecto al financia-

miento que prevé la ley, no se destinaron las partidas para este Programa en las leyes de presupuesto de los años 2004, 2005 y 2006.

En el año 2005 los senadores López (PJ) y Zambón (UCR) presentaron un proyecto modificatorio de la ley que fue aprobado mayoritariamente con una abstención y un voto en contrario del senador Majul del Partido Nuevo Espacio Entrerriano (NEE). Esas modificaciones implican un retroceso histórico por cuanto eliminan la perspectiva de género, entre otros puntos. Concretamente, el proyecto impulsa modificaciones en los incisos a) y b) del artículo 2º, suprime el inciso c) y reemplaza el artículo 4º.

Como en la Cámara de Diputados el PJ cuenta con mayoría simple y, tanto la oposición como algunos diputados justicialistas ya adelantaron su negativa a las mencionadas modificaciones, por el momento no se alcanzan los 2/3 de los votos necesarios para conseguir la modificación definitiva. Las fuertes presiones de la Iglesia Católica sobre el Consejo General de Educación, órgano encargado de diseñar los programas de educación sexual, han producido idas y vueltas, renunciadas, ausencias y propuestas cada vez más conservadoras. El punto de tensión llega a tal nivel que podría desembocar en una presentación judicial por parte de los diputados de la oposición y de ONG por incumplimiento de la ley o por mal cumplimiento, en el caso de que se implemente un programa educativo que no se corresponda con lo que establece esa norma.

A continuación se incluye un cuadro que sigue las pautas del diseño propuesto por Sandra Cesilini y Norma Gherardi, para volcar información acerca de las leyes de salud sexual y reproductiva de otras provincias argentinas.

Información sobre la ley en Entre Ríos	Ley 9.501/03
Resolvió crear	El Sistema de Salud Sexual y Reproductiva y Educación Sexual.
Organismo/s a cargo	Secretaría de Salud de la Provincia.
Prestadores de servicio	A través del Área Materno Infante Juvenil: profesionales y agentes de salud, sexólogos educativos, trabajadores sociales, y todo otro trabajador vinculado al Sistema tanto de ámbitos formales como no formales.
Otros organismos involucrados	Consejo Provincial del Menor, Dirección de Integración Comunitaria (Área Mujer) para la capacitación familiar y con el Consejo General de Educación para la capacitación, asesoramiento, divulgación y educación sexual sistemática.
Objetivos	Garantizar la gratuidad del servicio a toda persona, en especial a hombres y mujeres en edad fértil, el derecho a decidir responsablemente sobre sus pautas de reproducción, asegurando el acceso a la información procreativa en forma integral y la educación sexual en todos los ámbitos. En todos los casos se deberán respetar sus creencias y valores.

**Información sobre
la ley en Entre Ríos**
Ley 9.501/03

	<p>Promover la reflexión conjunta entre los adolescentes y sus padres, sobre la salud sexual y reproductiva y sobre la responsabilidad con respecto a la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Orientar e informar a la población sobre el ejercicio de la sexualidad con perspectiva de género.</p> <p>Evitar la práctica del aborto provocado.</p> <p>Prevenir la morbimortalidad materno infantil.</p> <p>Detectar, prevenir y tratar enfermedades transmisibles sexualmente y el cáncer genitomamario.</p> <p>Impulsar la participación del componente masculino de la pareja en el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio, la salud reproductiva y la paternidad responsable.</p> <p>Orientar y asistir a los dos componentes de la pareja en asuntos de infertilidad y esterilidad.</p> <p>Promocionar los beneficios de la lactancia materna.</p> <p>Favorecer períodos intergenésicos no menores a dos años.</p>
Beneficiarios	No los identifica específicamente (hombres y mujeres en edad fértil).
Acciones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Concretar la atención primaria de la salud en hospitales y centros de salud a su cargo en el tema. 2. Efectuar la divulgación de los temas que atañen a la sexualidad humana, prevención de enfermedades transmisibles por vía sexual, procreación responsable y atención materno infantil, a través de los medios de comunicación social. 3. Capacitar al personal dependiente de la Secretaría de Estado de Salud con desempeño en hospitales y centros de salud bajo su dependencia a los fines de brindar asesoramiento en relación a los objetivos de esta ley. 4. Coordinar con el Ministerio de Acción Social, el Consejo Provincial del Menor y la Dirección de Integración Comunitaria, Área Mujer, las acciones tendientes a llevar, por medio de los profesionales bajo su dependencia, a cada grupo familiar o menor vinculado a esta institución, la información o capacitación necesaria. 5. Invitar a los municipios de la provincia a coordinar con la Secretaría de Estado de Salud programas para la implementación de esta ley e impulsar acciones para informar a la población y capacitar al personal dependiente de los centros municipales de salud. 6. Llevar información estadística e información científica sobre aspectos relacionados con la sexualidad humana, incluyendo lo relacionado a condiciones y medio ambiente general de trabajo.
Partida presupuestaria	Del Tesoro Provincial con imputación al mismo. El Poder Ejecutivo garantizará las partidas necesarias para el cumplimiento de la presente ley.
Fondos de Seguro Social de salud	No hace mención.
Monitoreo y evaluaciones	No están especificados en la ley.
Disposiciones reglamentarias	Dentro de los 60 días posteriores a su promulgación.

ACERCA DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ENTRE RÍOS

Evaluación ex ante

Desde la perspectiva del análisis de la política pública, este tipo de evaluación anticipada trata de elegir entre alternativas posibles para reducir el marco de incertidumbre. Tiene por finalidad proporcionar criterios racionales para una decisión cualitativa (Cohen y Franco, 1992). Si aspiramos a construir alternativas en función de sus posibilidades de implementación y de los resultados esperados, es prioritario reconocer la importancia de esta "fase" y es necesario contar con información completa y detallada.

Este ejercicio de plantear las "alternativas de actuación" no ha sido realizado en ninguno de los lugares de decisión consultados. Es necesario, por lo pronto, hacer el esfuerzo de obtener y organizar la información necesaria y de elegir la metodología y técnicas apropiadas, o una vía intermetodológica que combine razonamientos inductivos, deductivos y analógicos (Subirats, 1994).

Poder caracterizar la población objeto, demanda contar con datos precisos acerca de edad, localización, status socioeconómico, educación, motivación, etcétera.

Cuando el proceso de la política no cumple con las fases y condiciones que describen los autores en la teoría, y es alta la incidencia de la intuición y el voluntarismo en decisores e implementadores, es necesario, como mínimo, realizar "conjeturas" para suplir la falta de datos fiables, actualizados y consistentes y es útil construir posibles escenarios que contemplen el carácter cambiante y complejo de las condiciones socioeconómicas y culturales de la población.

Otro aspecto decisivo por tener en cuenta, en la definición de alternativas, es la potencialidad del aparato administrativo para el desarrollo de las fases de implementación y evaluación.

Para un análisis prospectivo, es importante contar con series temporales lineales, tanto continuas como discontinuas. En el Hospital San Roque de Paraná existe información para construir series temporales de cinco años, que pueden dar cuenta de algunos fenómenos locales, aunque no puedan ser proyectados a otros centros.

Considerando la información relevada sobre la política de salud sexual y reproductiva en la provincia de Entre Ríos, no se pueden conformar alternativas en el sentido estricto, pero sí se puede trabajar sobre ideas que dan pistas acerca de las múltiples combinaciones posibles a partir de las siguientes variables: número de destinatarias, fondos del Programa, control periódico, horas de consulta, equipos profesionales, tipos de insumos, capacitación, infraestructura, etcétera.

Es importante destacar que los insumos que recibe anualmente Entre Ríos provienen del Programa nacional y que para mejorar la situación del Programa en la provincia, es necesario asignar las partidas correspondientes en el presupuesto del año 2007.

Para el caso de que no pueda disponerse de estas partidas especiales, como ha ocurrido en los tres últimos años, es necesario analizar la posibilidad de hacer cumplir la ley o identificar los sectores de mayor riesgo y priorizarlos en la entrega de insumos, a la vez que se analizan las modificaciones posibles en los esquemas de atención y control periódico, hora-

Propósito del Programa	Objetivos explícitos	Objetivos implícitos
<p>Garantizar a la población los medios para el ejercicio pleno del derecho humano de decidir libre y responsablemente acerca de su salud sexual y su capacidad reproductiva, protegiendo la vida desde el momento de la concepción.</p>	<p>Promover el autocuidado de la salud en las mujeres de edad fértil, favoreciendo el ejercicio de una sexualidad plena y responsable, evitando el embarazo no deseado, el embarazo de riesgo, el aborto y propiciando el espacio intergenésico de dos o más años.</p> <p>Implementar la provisión de métodos anticonceptivos a las mujeres y parejas, garantizando la realización de los controles periódicos necesarios, previamente normatizados.</p> <p>Contribuir a las acciones de prevención, detección y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual (ETS), de HIV/sida, y patologías del aparato genital mamario.</p> <p>Educar para la salud sexual y reproductiva a toda la población escolar en los tres niveles de la Educación General Básica de Entre Ríos.</p> <p>Desarrollar una estrategia de capacitación dirigida a los miembros del Equipo de Salud, educadores y personal de desarrollo social, para que puedan informar y asesorar en temas de sexualidad y reproducción, asegurando la atención en todos los niveles de atención del sistema de salud.</p>	<p>Reducir índices alarmantes de muertes maternas por complicaciones de embarazo, parto y puerperio e índices de mortalidad infantil.</p> <p>Combatir la desnutrición infantil.</p> <p>Promover la salud de los adolescentes y evitar el embarazo adolescente.</p> <p>Evitar el aborto clandestino.</p> <p>Dar información sobre la marcha de algunos aspectos del programa.</p>

rios y modalidades, que no impliquen ampliar la planta de personal, unificando programas de atención primaria.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se implementa en Entre Ríos a través del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. Sus acciones consisten en la entrega de insumos y algunos servicios de capacitación. La provincia, según consta en el sitio oficial de la gobernación, tiene distribuidos en el territorio 62 hospitales y 266 centros de salud. No cuenta con una estructura apropiada, ni con equipos interdisciplinarios para esta tarea (Comas *et al.*, 2005), y de acuerdo con los datos brindados por el monitoreo social del año 2005 del CoNDeRS para Entre Ríos, el número total de efectores incorporados al programa de salud sexual y reproductiva es de 326, distribuidos de la siguiente manera: 54 hospitales provinciales, 55 centros de salud provinciales y 217 centros de salud municipales.

Entregan en forma gratuita anticonceptivos hormonales (orales-inyectables) 315 efectores. Durante el año 2004, proveen anticoncepción para la lactancia, hospitales con servicios de parto, y en el año 2005 se incorporan centros de salud.

Colocan dispositivos intrauterinos: 52 hospitales y 53 centros de salud.

A continuación se incluyen, con fines comparativos, dos cuadros que corresponden a dos consolidados cuatrimestrales de 2003 y 2005 y cuya fuente es la Dirección Materno Infanto Juvenil/Programa de Salud Sexual y Reproductiva de Entre Ríos.

Cuatrimstre: mayo-junio-julio-agosto
Año: 2003

EFFECTORES

Nº total de efectores bajo Programa	282
Nº total de efectores que informaron al 10-11-03	153
54% de los efectores	153
Nº de efectores con actividades de información	153
Nº de efectores con actividades de consejería	153
Nº de efectores con actividades de anticoncepción	153

El 56% del total de hospitales y centros de salud de la provincia está bajo el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Al 10 de noviembre sólo informó sobre la marcha del Programa, el 54%.

Cuatrimstre: mayo-junio-julio-agosto
Año: 2005

EFFECTORES

Nº total de efectores bajo el Programa	422
Nº total de efectores que informaron al 15-11-05	242
57,5% de los efectores	242
Nº de efectores con actividades de información	117
Nº de efectores con actividades de consejería	144
Nº de efectores con actividades de anticoncepción	241

El 78% del total de hospitales y centros de salud de la provincia está bajo el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Al 10 de noviembre sólo informó sobre la marcha del Programa el 57,5%.

BAJO PROGRAMA

Nº total de personas bajo el Programa	Mujeres	Varones
Menor de 20 años	2.749	151
20 años o más	9.302	85

Un total de 14.665 personas se encuentran bajo la órbita del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

INSUMOS

Nº total de personas que recibieron método anticonceptivo en el período	
DIU	1.169
Anticonceptivos hormonales orales	9.607
Anticonceptivos hormonales inyectables	671
Condomes	49
Nº de personas dadas de baja en el período	242

BAJO PROGRAMA

Nº total de personas bajo el Programa	Mujeres	Varones
Menor de 20 años	48.686	3.493
20 años o más	13.788	2.394

Un total de 74.361 personas se encuentran bajo la órbita del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

INSUMOS

Nº total de personas que recibieron método anticonceptivo en el período	
DIU	3.080
Anticonceptivos hormonales orales	30.645
Anticonceptivos hormonales inyectables	5.258
Condomes	15.020
Lactancia	4.176

Mujeres cubiertas con PAP en el período: 7.650.*

Nota: *La Dirección considera que el dato presenta un alto margen de error.

A partir de enero de 2005 se estableció como norma la realización de un Pap a cada mujer bajo programa y su correspondiente información.

INFORMACIÓN ACERCA DE METAS, INDICADORES Y SU CUMPLIMIENTO

Esta información se lee desde el seguimiento que realiza el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y se complementa con los datos brindados por la responsable del Programa a nivel provincial.

Las metas 1 a 6 son indicadoras de proceso y se evalúan cuatrimestralmente. Las restantes son indicadoras de impacto y están en etapa de procesamiento.

Meta 1: Implementar Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable en todas las jurisdicciones provinciales del país para 2005. Meta cumplida en Entre Ríos en un 100%.

Meta 2: Lograr que todas las jurisdicciones provinciales implementen un sistema de monitoreo, seguimiento y evaluación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. Meta cumplida en un 100%, lo cual no implica que Entre Ríos disponga de un sistema propio.

Meta 3: Lograr que a los tres años de implementado el Programa provincial haya incorporado al menos el 50% de efectores de la provincia. En esta meta, Entre Ríos supera la media nacional.

Meta 4: Lograr que al menos el 80% de los efectores de cada programa de salud sexual y procreación responsable provincial cuente con disponibilidad regular de insumos para 2005. El inconveniente que se señala desde el Programa Provincial radica en la disponibilidad "en término" de los insumos.

Meta 5: Lograr que todas las jurisdicciones provinciales con Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable realicen actividades de información para 2005. El cumplimiento de esta meta en Entre Ríos está por debajo de la media nacional.

Meta 6: Asegurar que todos los Programas Provinciales incluyan actividades de consejería para el año 2005. Meta cumplida en Entre Ríos en un 36%, muy por debajo de la media nacional.

Meta 7: Reducir en al menos un 15% para 2005 la tasa de mortalidad materna en todas las jurisdicciones. Sin información.

Meta 8: Reducir en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto a cinco años de iniciado el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable provincial con respecto a los valores del año 2000-2001. Para el cumplimiento de esta meta será necesaria la mejora de los registros correspondientes: En Entre Ríos se están registrando por departamento el egreso de mujeres (19-49 años), las altas por abortos - defunciones por abortos.

Meta 9: Disminuir la tasa de fecundidad adolescente en al menos el 10% en cinco años de implementado el Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable. Información aún no disponible.

Meta 10: Asegurar que todas las mujeres bajo el Programa provincial se hayan realizado PAP en los últimos tres años. La información disponible en el consolidado expuesto, indica que puede existir un importante margen de error.

FACTORES CRÍTICOS DE IMPLEMENTACIÓN (SCHWEINHEIM, 1997)

De las entrevistas realizadas a personas vinculadas al programa en la provincia, se infiere que el incumplimiento en los envíos a la Secretaría de Salud de las planillas de seguimiento sobre la entrega y distribución de

insumos y el desconocimiento de los escollos técnico-operativos que esto trae aparejado en los procesos de seguimiento del Programa está relacionado con la baja capacitación de los agentes de salud distribuidos en el territorio provincial y fundamentalmente con el bajo nivel de conciencia y compromiso de los decisores respecto de éstos y otros problemas de implementación. Es muy irregular el desempeño de los referentes locales, estimándose que sólo un 30% cumple acabadamente con las tareas asignadas; otros no responden a las directivas y un tercer grupo cumple tareas pero con diferentes criterios de implementación.

Las diferencias existentes entre los implementadores de la Secretaría de Salud y los efectores, en cuanto a la interpretación de los objetivos del Programa, repercuten negativamente sobre sus distintas actividades. Estas diferentes interpretaciones, según argumentación de Sonia Velásquez, tenían un canal de expresión, discusión y consenso, creado a partir del PRO-MIN que ha sido reemplazado por otras metodologías de capacitación e intercambio que no son reconocidas como válidas por todos los efectores.

El grado desigual de predisposición y compromiso de implementadores y efectores es un tema crítico y complejo porque responde a diferentes causas, que pueden ser atribuibles a la falta de capacitación, situación laboral inestable, bajas remuneraciones, heterogeneidad de formaciones, sobrecarga de tareas. Este último punto es muy importante, ya que este Programa les significa a los efectores sumar otra tarea más a las que ya vienen realizando.

Las estimaciones del número de potenciales demandantes del Programa se realizaron sobre la base de los estándares internacionales. Hoy se está comprobando que este porcentaje no se corresponde con la realidad de Entre Ríos, ya que la población de mujeres en edad reproductiva estaría superando el 50%. Esta diferencia ha provocado faltantes de insumos y recursos que deberían ser provistos por la provincia, si se pretende cumplir con los objetivos del Programa.

Como el proceso de implementación no cuenta con un sistema de monitoreo y control efectivo, la información que se maneja tiene un carácter subjetivo y no es fiable a la hora de contar con datos precisos para la toma de decisiones. En este sentido, significó un avance el relevamiento que se realizó en toda la provincia en el año 2003 porque permitió por primera vez contar con información sobre la marcha de la implementación del Programa a las autoridades de salud, a los coordinadores y a los responsables del Programa nacional, a instancia de los cuales se realizó el relevamiento mencionado y de quienes actualmente continúan sistematizando la información que se les envía cuatrimestralmente desde la provincia. En este punto corresponde destacar que la respuesta, por parte de los efectores en el territorio provincial, a las demandas de información ha mejorado respecto de los años anteriores.

MONITOREO Y EVALUACIÓN

[...] toda evaluación social de proyectos, para ser tal, debe considerar tres aspectos: la realidad social en que se inscriben dichos proyectos, el marco ideológico político que los sustenta y cómo los proyectos contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida y condición social de la población (Pozo de Ruiz, 1986).

La evaluación es un concepto polémico y por lo mismo dificulta su realización en la medida que no se defina desde qué marco se instrumenta.

En el diálogo con quienes tienen a su cargo el Programa provincial no se percibe que consideren la evaluación como una fase decisiva para la toma de decisiones. Además, la información se eleva y procesa en el nivel nacional y la Secretaría de Salud no cuenta con un sistema que analice localmente esos datos. No está previsto conformar o convocar a equipos de investigadores para que diseñen sistemas de seguimiento y/o evaluación del tipo del que coordinó la Dra. Elsa López, del Instituto de Investigaciones Gino Germani, durante los años 2001 y 2002, para el Programa de Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires o experiencias similares realizadas en el territorio nacional.

El aporte realizado en el año 2003 por el Consorcio Nacional de Derechos Sexuales (CoNDeRS) a nivel país, en su actividad de control y monitoreo de políticas públicas desde la sociedad civil, es sumamente importante por cuanto lo enfoca desde la perspectiva de satisfacción de los usuarios. Las ONG que integran el CoNDeRS en la provincia de Entre Ríos produjeron su informe a fines de 2005, que aporta información cuantitativa de carácter provincial y profundiza en los aspectos más cualitativos en el ámbito de la ciudad de Paraná.

EFFECTOS DE LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Los entrevistados del área de salud coinciden en lo siguiente:

- Aumentó significativamente la cantidad de mujeres atendidas por el Programa.
- Disminuyó el número de hijos en la población atendida acorde a sus demandas.
- Hubo un importante avance en el respeto del espacio intergenésico en las pacientes de consulta continua (atención y control del primer embarazo, curso psicoprofiláctico, capacitación en la sala de puerperio y atención en el consultorio de planificación familiar).
- Se aprecian avances en la prevención y el control del cáncer genitomaario.

- No se logró disminuir el número de abortos; lo que es peor, va en aumento.
- No se logró disminuir el embarazo adolescente, problemática que se acrecienta en relación directa con la pobreza y la vulnerabilidad.

Pueden mencionarse como impactos positivos de la política los siguientes:

- Los varones se acercan a recibir o solicitar anticonceptivos, cuando sus esposas no pueden hacerlo, como conducta natural y cada vez más frecuente.
- Se van perdiendo mitos sobre prácticas de salud, sobre la hegemonía médica y se incorporan otros agentes sanitarios.
- Comenzó a abrirse un espacio sólo para adolescentes a nivel hospitalario.

RECOMENDACIONES PARA EL MEJORAMIENTO DE LA POLÍTICA Y DEL PROGRAMA

El Programa puede ser reformulado en la provincia, dimensionando todos sus aspectos para facilitar la retroalimentación en el ciclo de la política.

Esto importa cumplir en todos sus artículos con lo que dispone la ley 9.501/03. Habrá que coordinar interjurisdiccionalmente con la Nación y los municipios, y asumir cada uno la responsabilidad que le compete. Se hace necesario avanzar en la coordinación intersectorial entre las áreas de salud y educación, y asumir un rol articulador entre la política de salud reproductiva con otras políticas de salud. Garantizar la “accesibilidad” a las prestaciones médicas desde la atención primaria de la salud y a los insumos necesarios para ello. Brindar educación y capacitación a todos los actores del sistema con miras a la prevención y a la mejor prestación del servicio. Mejorar el funcionamiento del sistema de monitoreo y evaluación. Lanzar el Programa de educación sexual en todas las escuelas de la provincia y dar mayor difusión acerca de los alcances de la ley y del Programa. Evaluar las posibilidades y potencialidades que ofrece la “red sanitaria” que existe desde la implementación del PROMIN y utilizar el soporte informático existente, que permite identificar a los beneficiarios o usuarios del sistema de salud y de los diferentes programas en diferentes localizaciones (referencia y contrarreferencia).

COMENTARIOS FINALES

Existen diferentes niveles de compromiso con la política de salud sexual y reproductiva en el Poder Ejecutivo provincial. El lanzamiento del Programa en Entre Ríos en el año 2002 y la sanción de la ley 9.501/03, no han garantizado su cumplimiento.

En el año 2005 el Senado provincial introdujo modificaciones a la ley y si el justicialismo logra en la Cámara de Diputados, los 2/3 de los votos que se necesitan para su aprobación definitiva, se habrá desandado un largo camino.

El Poder Judicial de Entre Ríos ha tomado intervención en este tema cuando delegó en las juntas médicas hospitalarias la decisión de practicar la lisis tubaria.

Los pioneros que lucharon durante más de veinte años por el reconocimiento de estos derechos, hoy todavía asisten a la pulseada que se sostiene con los sectores más conservadores de la Iglesia Católica y con la ineficiencia del Estado.

Los militantes de organizaciones de la sociedad civil han cubierto el vacío de representatividad y de mediación política que ha provocado la crisis de los partidos políticos (Botana, 2006), dando curso a las demandas de una población que necesita atención continua, educación, insumos y contención, y cuya capacidad de negociación, de movilización social y de acción colectiva es muy baja o prácticamente nula y se circunscribe al ámbito hospitalario o de los centros de salud.

Es urgente tomar contacto con los datos de la realidad entrerriana en materia de Salud Sexual y Reproductiva, y asumir que éstos tornan impostergable el lanzamiento de un programa de educación sexual, en todos los establecimientos educativos de la provincia, bajo los diferentes niveles y modalidades, sean éstos de gestión pública o privada.

En una sociedad que se llama democrática es necesario tener en cuenta y respetar las perspectivas de algunos actores que están sustentadas en posiciones honestas y generalmente vinculadas a creencias subjetivas y/o sectoriales acerca de la concepción de vida, y que tienen derecho a sostener como ciudadanos particulares o como organizaciones de la sociedad; y es igualmente necesario un posicionamiento oficial y democrático que se traduzca en conductas de la administración estatal dirigidas a tutelar el interés público, interés que, en el caso de la salud sexual y reproductiva, no tiene otro objetivo que garantizar una mejor calidad de vida para todos.

Por último, el Estado no tiene que obligar a nadie a hacer uso de las acciones y prestaciones que el sistema disponga en materia de salud sexual y reproductiva. Lo que el Estado provincial debe hacer es garantizar a todos sus habitantes la posibilidad de acceder, de elegir y de ejercer sus

derechos en materia de salud sexual, salud reproductiva, procreación responsable y educación sexual.

ENTREVISTAS Y CONSULTAS

- Loskin, E., Servicio de Obstetricia del Hospital Materno Infantil “San Roque” de Paraná, 2003.
- Velásquez, S., Directora Provincial de Maternidad e Infancia, Paraná, 2003 y 2006.
- Fassoni, M., Responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva en Entre Ríos, Paraná, 2003 y 2006.
- Reggiardo, S., diputado provincial por la ALIANZA, Paraná, 2003.
- D’Angelo, A., diputada provincial por la ALIANZA, Paraná, 2003.
- Reca, S., Centro de Información s/ONG, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2003.
- Grimalt, L., diputada provincial por la RED, Paraná, 2006.
- Das Biaggio, N., miembro integrante del CONDeRS en Entre Ríos, Paraná, 2006.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, C. y Repetto, F. (2001): “Proyecto sobre políticas sociales en América Latina”, BID-CEDI, mimeo.
- Bardach, E. (1996): “Problemas de la definición de problemas en el análisis de políticas públicas”, en L. Aguilar Villanueva (comp.), *Problemas públicos y agenda de gobierno*, México D.F., Editorial Miguel Porrúa.
- Botana, N. R.: “Voces de experiencia”, en *La Nación*, 19 de enero de 2006, Buenos Aires.
- Cesilini, S. y Gherardi, N. (2003): “Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina”, Buenos Aires, Banco Mundial.
- Cohen, E. y Franco, R. (1992): *Evaluación de proyectos sociales*, México D.F., Siglo XXI Editores, primera edición.
- Comas, S. *et al.* (2005): “Monitoreo Social de Derechos Sexuales y Reproductivos, Paraná, Entre Ríos”, mimeo.
- Consortio Nacional de Derechos Sexuales (CoNDeRS) (2003): “Situación de la atención de la salud sexual y reproductiva: Diagnóstico desde la perspectiva de las/os usuarias/os”, Buenos Aires, <http://www.conders.org.ar/Libro20CONDERS.pdf>.
- Genolet, A. *et al.* (2001): “Estudio sobre maternidad adolescente en la ciudad de Paraná”, en *Hecho en Red por la salud de la mujer*, Red Nacional por la Salud de la Mujer, Buenos Aires, Editorial Dunken.
- Lindblom, Ch. (1996): “Todavía tratando de salir del Paso”, en L. Aguilar Villanueva (comp.), *La hechura de las políticas*, México D.F., Editorial Miguel Porrúa.
- López, E.: “Informe acerca de la aplicación del Programa de Salud Reproductiva

- en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, a partir de la promulgación de la ley N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Período 2000/2001”, Instituto de Investigaciones “Gino Germani”, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, mimeo.
- Marino, J.: “Políticas de Salud Reproductiva”, ponencia presentada en el “XIII Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Obstetricia y Ginecología Psicosomática”, Buenos Aires, 26 de abril de 2001.
- Martínez Nogueira, R. (1995): “Análisis de políticas públicas”, Documento 22/95, Buenos Aires, FORGES.
- Pozo de Ruiz, G. (1986): Documento UNESCO SS-82/WS/43.
- Schweinheim, G. (1997): “Modernización de la gestión pública y sanidad animal”, Buenos Aires, Ediciones de la Universidad del Salvador.
- Subirats, J. (1994): “Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración”, Madrid, Ministerio para las Administraciones Públicas.
- Tamayo Sáez, M. (1997): “El análisis de las políticas públicas”, en R. Bañón y E. Carrillo, *La nueva administración pública*, Madrid, Editorial Alianza, cap. 11.

SITIOS WEB OFICIALES, PRENSA DIGITAL Y OTROS

- http://www.msal.gov.ar/hm/site/programas_index.asp
<http://www.ucmisalud.gov.ar>
<http://www.entrerios.gov.ar/salud>
<http://www.entrerios.gov.ar/noticias/v2/info/contacto.php>
<http://www.eldiariodeparana.com.ar>
<http://www.analisisdigital.com.ar>
<http://www.aciprensa.com>
<http://www.derechoalaborto.org.ar/campana/repudio.htm>
<http://www.cronistadigital.com.ar/contenidos/portada>
<http://www.lavoz901.com.ar>
<http://www.conders.org.ar/home2.html>
<http://www.artemisanoticias.com.ar/site/anunciantes.asp>
<http://www.apfdigital.com.ar>
http://www.rimaweb.com.ar/derechos_sex_reproductivos/juliana_marino_salud.html

DERECHOS, SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN: EL LUGAR DE LOS ADOLESCENTES EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL Y EN LA DE CHUBUT¹

Daniel Eduardo Jones

En América latina, en nombre de los derechos se vienen formulando numerosos reclamos relativos al cuerpo en tanto sexuado y generizado. Las demandas giran en torno a ejes como la reproducción, la anticoncepción, el aborto, la educación sexual, la orientación sexual y la identidad de género, entre otros, y en la Argentina han tenido algunas respuestas a través de nueva legislación y programas entre mediados de la década de 1990 y comienzos de la de 2000.

En este artículo se propone, en primer término, dar cuenta brevemente de la constitución de un nuevo discurso político a partir del cruce entre derechos humanos y demandas sobre sexualidad y reproducción. En segundo término, con estas herramientas se analiza la legislación nacional y de la provincia del Chubut vigente (las leyes 25.673 y 4.545), procurando clarificar el lugar de los adolescentes en las leyes y sus alcances en dos temas sensibles en cuanto al cuerpo, la sexualidad y la reproducción: el suministro de anticonceptivos y la educación sexual. Por último, el artículo concluye con una reflexión sobre los límites y las posibilidades de la ciudadanía de los jóvenes, en general, y lo que refiere a su sexualidad y su reproducción dentro de esta ciudadanía, en particular.

1. Una versión previa de este trabajo se presentó en las VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, organizadas por el Área Salud y Población, del Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, de la Universidad de Buenos Aires, del 25 al 27 de julio de 2005. Para la presente versión, de mayo de 2005, agradezco los comentarios de Ana Lía Kornblit, Mario Pecheny, Josefina Brown, Sara Barrón López y Mónica Petracci.

APORTES CONCEPTUALES

Las demandas sobre sexualidad y reproducción en el discurso de los derechos humanos

Como punto de partida consideramos a los derechos humanos “simplemente parte de un discurso, una estructura de comunicación y acción política” (Bowles y Gintis, 1987, pág. 152), un discurso que reviste un carácter eminentemente abierto. Esto implica que, al tener como punto de arraigo al propio ser humano, “los derechos del hombre [...] exceden [...] a toda formulación producida: lo que también significa que su formulación contiene la exigencia de su reformulación o que los derechos están necesariamente llamados a sostener derechos nuevos” (Lefort, 1990, pág. 25). En otras palabras, podemos comprender la constante ampliación de los derechos humanos ante la creciente complejización de lo social si recordamos que, desde sus orígenes, su tarea ha sido proteger la mayor gama posible de situaciones. Por último, avanzar en la comprensión de la sexualidad y la reproducción desde una perspectiva de derechos humanos también implica ampliar la mirada sobre estos dos campos, al cuestionar la distinción radical entre público y privado y sus efectos políticos.

Por lo general, son los grupos oprimidos los que exigen que se reconozcan socialmente sus aspiraciones (Bowles y Gintis, 1987, pág. 169). El surgimiento y expansión del discurso de los derechos humanos se ha dado históricamente a través de luchas sociales, presentes desde el origen mismo de los Estados-naciones occidentales (Bowles y Gintis, 1987; Lefort, 1990; Tilly, 1998). Las batallas en torno a este discurso se refieren tanto a los términos admitidos en el vocabulario y sus significados, como también al dónde, cuándo y cómo aplicarlos (Bowles y Gintis, 1987, pág. 158). En este caso, son luchas sobre nuevos derechos, sus contenidos, su alcance y su titularidad. Esto es lo que ha venido ocurriendo con las reivindicaciones relativas a la reproducción y a la sexualidad llevadas adelante por los movimientos de mujeres, las feministas y las distintas minorías sexuales, fenómeno que tomó fuerza en el contexto internacional a fines de la década de 1970 y comienzos de 1980.²

Debemos destacar, finalmente, la eficacia simbólica de la noción de derechos humanos. ¿Por qué reclamar en nombre de derechos y no de intereses o deseos? Lefort apunta que las reivindicaciones fundadas en el interés necesariamente chocan unas con otras y se resuelven en virtud de una relación de fuerzas, en la que los poderosos llevan las de ganar. En

2. Estas luchas tienen como antecedentes necesarios las reivindicaciones de diversos derechos (desde el derecho al voto hasta el de control de la fecundidad) realizadas por el movimiento de mujeres, al menos, desde comienzos del siglo XIX.

cambio, frente a la exigencia o la defensa de un derecho, el Estado necesita brindar una respuesta que dé razón de sus principios, que produzca los criterios de lo justo y lo injusto (Lefort, 1990, pág. 30). Los propios analistas y activistas del campo de la sexualidad y la reproducción destacan la eficacia del discurso de los derechos humanos para plantear sus demandas. Dos rasgos de este discurso permiten comprender su eficacia simbólica: su alta legitimidad moral y emocional (Jelin, 1996, pág. 195) y su carácter polémico (Corrêa y Petchesky, 1994, pág. 110), al expresar aspiraciones de justicia que atraviesan culturas y condiciones político-económicas sumamente diferentes.

En los regímenes políticos modernos donde el derecho es la forma de reconocimiento del Estado hacia los individuos, grupos oprimidos han expresado sus demandas mediante un discurso de los derechos humanos, y sus reivindicaciones han tenido relativo éxito al obtener algunas respuestas en términos de nueva legislación. Retomemos algunos términos y principios de este discurso para orientar nuestro análisis de la legislación.

SOBRE TÉRMINOS Y SIGNIFICADOS

Varios investigadores señalan que la enunciación de derechos relativos a la sexualidad y la reproducción en documentos internacionales es resultado de una evolución del derecho internacional público posterior a la Segunda Guerra Mundial. Ésta se produce a partir de una dinámica entre la intensa labor de *advocacy* nacional e internacional del movimiento feminista (Álvarez *et al.*, 2003; Alonso, 2003) y los debates en conferencias internacionales, principalmente, entre 1968 y 1995 (Raupp Ríos, 2004; Gogna, 2004).

Aunque la progresiva legitimación de este discurso sobre sexualidad y reproducción ha constituido un avance político, sus nociones están constantemente sujetas a redefiniciones. A partir de 1995, se popularizan y simplifican términos como “salud reproductiva”, “derechos reproductivos”, “salud sexual” y, en menor medida, “derechos sexuales”, por lo que a veces son usados de manera intercambiable. Sin embargo, los distintos actores interesados saben que estos términos no implican los mismos significados.

La etimología de la expresión “derechos reproductivos” se encuentra entre grupos de mujeres y en un campo no institucional: su desarrollo está directamente vinculado a la batalla por el derecho a la anticoncepción y al aborto seguro y legal en países industrializados en las décadas de 1970 y 1980. El concepto es refinado cuando algunas autoras ubican las necesidades reproductivas de las mujeres dentro del campo de los derechos humanos (Corrêa, 1997, pág. 108), en el caso de América latina, en sintonía con

el clima generado por las restauraciones democráticas. En cambio, la noción de “salud sexual” fue definida originalmente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1975³ y luego utilizada para legitimar una serie de demandas relativas al cuerpo y la salud de las mujeres ante diferentes actores institucionales (gubernamentales e intergubernamentales), entre la década de 1980 y mediados de la década de 1990.

También tienen historias distintas las expresiones “salud sexual” y “derechos sexuales”. Por lo que apuntamos, de las dos nociones, “salud sexual” siempre ha sido la más aceptable para instituciones oficiales; en varios casos comenzó a ser utilizada por la existencia de la pandemia del sida y, ya antes de los años noventa, era usada como un paraguas para investigación y acción en el campo de la sexualidad. Por su parte, los “derechos sexuales” han evolucionado política y discursivamente producto de cambios políticos y culturales de las propias sociedades. En estos cambios han tenido un papel importante, por un lado, las reflexiones feministas sobre las conexiones entre sexualidad, reproducción y desigualdades entre sexos y la consecuente formulación del concepto de autodeterminación sexual y, por otro lado, las luchas políticas contra la discriminación desarrolladas por las comunidades gays y lésbicas (Corrêa, 1997, págs. 109-110). Algunos investigadores sugieren que los derechos sexuales son los “niños menores” en los debates internacionales sobre el significado y la práctica de los derechos humanos, es decir, aquellos que emergieron más recientemente y sobre los que aún falta madurar el debate.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES

¿Qué principios orientan a los derechos humanos relativos a la sexualidad y la reproducción? ¿Qué tensiones surgen al definir derechos, alcances y titulares? Corrêa y Petchesky (1994) señalan cuatro principios éticos que fundamentan los derechos reproductivos y sexuales: integridad corporal, autonomía, igualdad y respeto por la diversidad.

La integridad corporal se refiere al derecho a la seguridad y el control sobre el propio cuerpo, considerándolo como una parte integral de uno mismo y, por lo tanto, base necesaria para la participación activa en la vida social, lo que nos recuerda que los derechos sexuales y reproductivos

3. En 1975, la OMS publicó su informe “Education and Treatment in Human Sexuality: The Training of Health Professionals”, en el que ofreció la siguiente definición de salud sexual: “Salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”. Extraído de la página web “Archivos de Sexología”, <http://www2.hu-berlin.de/sexology>.

son tanto necesariamente sociales como irreductiblemente personales (Corrêa y Petchesky, 1994, pág. 113). La autonomía moral y legal constituye el derecho a la autodeterminación de cada persona, e implica considerar a cada una como la principal decisora en cuestiones de reproducción y sexualidad. El principio de diversidad exige el respeto por las diferencias entre las personas en cuanto a valores, cultura, religión, orientación sexual, condición familiar o médica, entre otras (Corrêa y Petchesky, 1994, págs. 115-117).

El principio de igualdad se aplica en los derechos sexuales y reproductivos en dos áreas principales: las relaciones entre géneros y las relaciones intragénero (es decir, cómo condiciones tales como clase social, edad, orientación sexual, nacionalidad o etnia dividen a las mujeres como grupo o a los varones como grupo). Con respecto a las relaciones entre géneros, la idea de derechos reproductivos emergió históricamente para remediar la falta de control de las mujeres sobre su fertilidad en un contexto social adverso. Al mismo tiempo, esta noción contiene la semilla de una contradicción, dado que sólo las mujeres quedan embarazadas, por lo que su situación –y su grado de riesgo– no puede nunca ser equiparada a la de los varones (Corrêa y Petchesky 1994, pág. 116). Esto nos introduce a una de las tensiones por considerar en nuestro análisis: aquella entre el principio de igualdad y el derecho a la diferencia. La otra tensión que abordamos más adelante es la que existe entre las responsabilidades públicas y el respeto a la privacidad.

En la bibliografía especializada, las reflexiones sobre la tensión igualdad/diferencia en la titularidad y el ejercicio de estos derechos se concentran abrumadoramente en los ejes género y, en menor medida, orientación sexual. Corrêa y Petchesky plantean por qué los varones y las mujeres deberían tener los mismos derechos reproductivos, cuando las mujeres no sólo son las que llevan adentro al niño, sino también quienes en la mayoría de las sociedades tienen la responsabilidad de su crianza (Corrêa y Petchesky, 1994, pág. 116). Y Jelin se pregunta: ¿los derechos reproductivos son derechos de las mujeres o derechos enraizados en las relaciones de género?, ¿son derechos individuales o de la pareja?, ¿quién puede ser árbitro o instancia de justicia para dirimir conflictos? (Jelin, 1996, pág. 206). A su vez, la combinación de una multiplicidad de decisiones individuales y de pareja tiene consecuencias sociales de largo plazo, a través de las tasas de natalidad y de crecimiento poblacional, lo cual transforma el tema en objeto de políticas nacionales y aun internacionales (*op. cit.*).

Desde una mirada más amplia, Raupp Ríos recupera esta tensión entre diferencia e igualdad para su propuesta de construir un derecho democrático de la sexualidad que exceda la mera protección identitaria y que, simultáneamente, reconozca el mismo respeto a diversas manifestaciones de la sexualidad y dé igual acceso a todas las personas a los bienes neces-

rios para la vida en sociedad (Raupp Ríos, 2004, pág. 176). Plantea así la existencia de un dilema de complementariedad entre el reconocimiento y la distribución: es un “dilema porque en tanto la primera demanda tiende a producir diferenciación y particularidad, la segunda tiende a debilitarlos; en tanto las medidas redistributivas proponen esquemas universalistas e igualitarios, las políticas del reconocimiento tienden a condenarlos. Complementariedad porque los remedios redistributivos generalmente presuponen una concepción subyacente del concepto de reconocimiento” (Raupp Ríos, 2004, pág. 177).⁴

En la bibliografía especializada debemos destacar la ausencia de referencias sobre cómo se da esta tensión entre el principio de igualdad y el derecho a la diferencia en el caso particular de los adolescentes, considerando que la edad también es un eje que estructura relaciones de poder y subordinación que sitúan a los jóvenes en una situación relativamente desfavorable.⁵

La segunda tensión que mencionamos es la que existe entre las responsabilidades públicas y el respeto a la privacidad. El discurso liberal clásico de los derechos ha asumido tradicionalmente una dicotomía entre la esfera pública y la privada, proponiendo así una visión dualista de la sociedad en la que los derechos existen en un ámbito privado donde los individuos deberían alejarse lo máximo posible del Estado para maximizar sus autointereses (Corrêa y Petchesky, 1994, pág. 110). El paradigma dominante de los derechos humanos se construye sobre la base de esa diferencia: los derechos civiles y políticos de los individuos se sitúan en la vida pública, quedando fuera las violaciones de estos derechos en la esfera privada de las relaciones familiares (Jelin, 1996, pág. 195). Estas formulaciones más tradicionales restringen la eficacia jurídica de los derechos humanos y de los derechos constitucionales a violaciones cometidas por agentes del Estado, dejando al margen las violaciones cometidas por agentes privados, para las que se reserva la intervención jurídica de las normas del derecho penal o del derecho civil (Raupp Ríos, 2004, pág. 180). Esta separación y oposición que considera los principios que dominan el ámbito público separados o independientes de las relaciones en el ámbito privado ha sido el principal objeto de la crítica feminista.⁶ Esta dicotomía se presenta como “natural”, cuando en realidad ha sido construida histórica-

4. Siguiendo un razonamiento semejante, Fraser propone una concepción bidimensional de justicia que incluye tanto redistribución como reconocimiento (Fraser, 2002).

5. Esta ausencia de referencias puede conectarse con los orígenes históricos de la ciudadanía, pensada exclusivamente para los varones adultos durante un largo tiempo. Al respecto, véase Pateman (1995, 1996) y su análisis sobre la crítica de Locke al poder paternal.

6. Esta crítica ha variado enormemente en las distintas fases del movimiento feminista. Al respecto, véase Pateman (1996).

mente, situando a la mujer en el más desvalorizado de los dos espacios (el privado) y reforzando la dominación masculina.

Para este trabajo es importante apuntar que no son sólo las mujeres las que ocupan un papel subordinado en estas esferas: la esfera privada, especialmente la familiar, suele ser un refugio para la desvalorización cultural de todo aquello vinculado a la adolescencia. Así, estas desigualdades en el medio familiar inciden de manera decisiva y continua en la restricción de la autonomía y de la igualdad de oportunidades entre los géneros y entre padres, madres e hijos (Raupp Ríos, 2004, pág. 180). La privacidad asociada a la familia aparece como justificación para limitar la intervención del Estado en esta esfera, lo que afecta sensiblemente el ejercicio de los derechos relativos a la sexualidad y la reproducción.⁷

ANÁLISIS POLÍTICO DE LA LEGISLACIÓN

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, se logra una nueva política global de consenso que enfatiza un enfoque de salud sexual y reproductiva basado en los derechos, y que tiene a los adolescentes como una de sus poblaciones prioritarias. En 1995, la Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer realizada en Pekín confirmó estas directrices. Mientras tanto, en el ámbito nacional se produjo la Reforma de la Carta Magna de la Argentina en 1994, que otorgó rango constitucional a los tratados internacionales a los que suscribe el país (la Declaración Universal de Derechos Humanos; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros). Para cumplir con los compromisos asumidos en estas conferencias internacionales, cada país debía disponer de sistemas y servicios de salud para satisfacer las expectativas reproductivas y el bienestar de las usuarias, lograr la integración de los servicios y de los programas de organización tradicionalmente vertical e incluir la sexualidad y la perspectiva de género en los programas locales.

La secuencia de leyes y programas provinciales y nacionales⁸

En este marco surgen las iniciativas legislativas locales para crear programas integrales de salud sexual y reproductiva en los niveles provincia-

7. La dicotomía público/privado ha funcionado en el plano simbólico e ideológico, pero no en la práctica: el Estado moderno siempre ha tenido el interés y el poder de vigilar la familia (Donzelot, 1990; Jelin, 1996, pág. 196; Pateman, 1996, pág. 18), y su grado de intervención ha dependido de contextos históricos y de decisiones políticas.

8. En este apartado seguimos el trabajo de Alonso (2003).

les y, más recientemente, la sanción de una ley nacional de salud sexual y procreación responsable.

En el caso de la ley 4.545 de la provincia del Chubut, sancionada en 1999 y reglamentada en 2000, el programa se pone en funcionamiento efectivo en 2001; en el caso de la ley nacional 25.673, sancionada en octubre de 2002 y reglamentada en 2003, el programa ya estaba funcionando antes de su sanción legal, desde enero de 2002.⁹ Así como la implementación del programa nacional fue previa a la sanción de la legislación, también lo fue la definición de sus prioridades, basada en la Constitución Nacional reformada en 1994, que otorga rango constitucional a los tratados internacionales relativos a derechos humanos suscriptos por la Argentina. Este punto es relevante porque, en consonancia con lo ya señalado, implica que la premisa de la ley 25.673 es trabajar este campo desde la perspectiva de los derechos humanos: la ley nacional vincula la salud sexual y la procreación responsable al derecho a la adopción de decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.

Varios de los programas provinciales en salud reproductiva (como el de Chubut) se crearon con anterioridad a la sanción de una ley nacional en la materia, y articularon sus acciones con programas verticales nacionales iniciados durante la misma década de 1990 y con dependencias administrativas de larga trayectoria, como las direcciones de maternidad e infancia.¹⁰

La implementación de los programas provinciales en salud reproductiva, en general, se desarrolló por la combinación de las acciones de sectores de las administraciones públicas provinciales y organizaciones de la sociedad civil, comprometidos con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos (Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Provincia del Chubut, 2001, pág. 7; Alonso, 2003, pág. 18). Como al inicio de la implementación del programa nacional había provincias que tenían ley y programa, otras que sólo tenían programa y algunas que no tenían ni ley ni programa, el Estado nacional se propuso dar un marco legal por medio de una ley nacional y proveer los insumos necesarios para acompañar y fortalecer los programas provinciales que ya estaban funcionando y poner

9. En ese momento se distribuyeron insumos mediante una reasignación de fondos provenientes de fuentes de financiamiento externo, principalmente del Banco Mundial (Alonso, 2003, pág. 24).

10. Los programas nacionales a los que nos referimos son el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) iniciado en 1994, el Programa Nacional contra los Retrovirus del Humano VIH/SIDA y ETS - Proyecto de Control del SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual (LUSIDA) creado en 1997, y el Programa Nacional de Control de Cáncer (que incluye prevención secundaria del cáncer de mama y detección precoz del cáncer de cuello uterino), con inicio en 1998.

recursos a disposición de las provincias que no tenían experiencia en este sentido (Alonso, 2003, pág. 24).

¿Qué condiciones posibilitaron que muchas provincias se adelantaran a la Nación en la implementación de los programas integrales? Un elemento que consideramos central es que ciertos contextos provinciales, sobre todo en los que tiene menor peso la Iglesia Católica Argentina, permiten desarrollar “estrategias silenciosas” para avanzar en materia de sexualidad y reproducción, por parte de organizaciones de la sociedad civil y funcionarios públicos provinciales (incluyendo algunos legisladores). Éste parece ser el caso de Chubut: una provincia patagónica alejada de la Ciudad de Buenos Aires y de la atención de los medios de comunicación nacionales, con una baja influencia de la Iglesia Católica en la toma de decisiones políticas, y considerada “joven” y moderna en términos institucionales.¹¹

Otra cuestión que se debe considerar es la posible vinculación entre la secuencia de leyes y programas, por un lado, y los procesos de descentralización de los servicios públicos de salud de la década de 1990, por el otro. Como indica Alonso, “si la transferencia de los hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales respondió principalmente a la búsqueda de mayor eficiencia en la utilización de los recursos presupuestarios bajo la modalidad de una ‘racionalización’ administrativo-financiera, la concomitante transferencia a las provincias de responsabilidades en la definición de prioridades de salud pública pudo haber contribuido a la aceleración de la institucionalización de la agenda de la salud reproductiva, respecto de los tiempos de la Nación, a través de la creación de programas integrales en las estructuras locales” (Alonso, 2003, págs. 19-20).

Nombres, ámbitos y objetivos de los programas

Veamos cuatro puntos sobre los ámbitos y los correspondientes objetivos de estas leyes.

Una primera diferencia es el nombre del programa creado: el provincial es de Salud Sexual y Reproductiva, mientras que el nacional es de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ambas leyes coinciden en dos puntos: sus títulos incluyen la noción de salud sexual y omiten cualquier referencia a derechos. El término “derechos”, y más aún cuando está acompañado del adjetivo sexuales, suena más radical, ya que la construcción de dere-

11. Chubut fue uno de los últimos territorios nacionales argentinos en ser declarado provincia, en 1955. En cuanto al contexto religioso, además de católicos, en la provincia hay una presencia visible de protestantes (producto de la temprana inmigración galesa) y, recientemente, de pentecostales y neopentecostales.

	Ley Provincial 4.545 Crea el Programa de Salud Sexual y Reproductiva	Ley Nacional 25.673 Crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
ÁMBITOS	OBJETIVOS	OBJETIVOS
Salud Decisión Libertad Responsabilidad	Promocionar la salud individual y familiar, garantizando el derecho que asiste a las personas de poder decidir libre y responsablemente sus pautas sexuales y reproductivas, y ofrecer los medios para posibilitar ese derecho (artículo 1º, inc. a).	Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia (artículo 2º, inc. a).
Madre-niño	Contribuir al mejoramiento de la salud de la madre, el niño y la familia, propendiendo a reducir la morbilidad materno-infantil (artículo 1º, inc. b).	Disminuir la morbilidad materno-infantil (artículo 2º, inc. b).
ETS y patologías genitomamarias	Brindar asesoramiento preventivo sobre posibles enfermedades de transmisión sexual y cáncer genitomamario (artículo 1º, inc. c).	Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias (artículo 2º, inc. e).
Embarazo	El Programa deberá priorizar [...] a las madres solas (artículo 3º).	Prevenir embarazos no deseados (artículo 2º, inc. c).

chos implica el rebalanceo de relaciones de poder y un horizonte de justicia. Es por esto que, en algunos contextos, la noción de derechos sexuales es abandonada en la elaboración y aplicación de políticas públicas (Corrêa, 1997, págs. 110-111); por caso, es significativo que el término “derechos sexuales” no haya sido utilizado siquiera en algún documento consensuado en las grandes cumbres de la ONU, por miedo a la oposición o por la oposición efectiva de los sectores conservadores (Shepard, 2004, pág. 147). La historia es distinta en el caso de la noción de salud sexual, que ha puesto en juego una concepción medicalizada del sexo al estar estrechamente vinculada a la existencia de la pandemia del sida. Una interpretación posible es que la salud sexual se ha constituido como un concepto más aceptable que la idea de derechos (y, en ciertos ámbitos, bastante más difuso), lo que ha favorecido su inclusión tanto en el debate público como en la legislación. Otra interpretación, no excluyente respecto de la primera, indica que el reemplazo de derechos sexuales por salud sexual es

parte de un procesamiento despolitizante de las demandas relativas a la sexualidad.¹²

Estas leyes tampoco se refieren en sus títulos a derechos reproductivos: mientras que la ley provincial habla de salud reproductiva, la ley nacional hace referencia a la procreación responsable. En el caso de la ley 4.545, su utilización parece implicar una asociación no problematizada, casi automática, entre salud sexual y salud reproductiva, asociación que a veces se mantiene estratégicamente para eludir posibles críticas conservadoras o argumentar ante ellas. Aunque los campos a los que refieren estos conceptos muchas veces se superponen en la práctica, existe una distinción analítica, producto de historias diferenciadas. Hay una gran aceptación de las cuestiones vinculadas a la salud reproductiva y del propio concepto, entre otras cosas, por su origen en el campo de las instituciones gubernamentales e intergubernamentales y el amplio consenso sobre la definición dada por la OMS.¹³ La salud reproductiva y, más aún, la procreación responsable mencionada por la ley 25.673 denotan una suerte de “buen comportamiento”, en términos morales. En cambio, la noción de derechos reproductivos, omitida en ambos títulos, se desarrolló directamente en vinculación a la batalla por el derecho a la anticoncepción y al aborto seguro y legal.

En sus artículos, las dos leyes comienzan destacando la promoción de la salud (individual, familiar o de la población) relativa a la sexualidad y reproducción, y ponen el énfasis en las decisiones libres y responsables al respecto. En la formulación de este punto aparece más clara la influencia de un paradigma de derechos humanos, al promover explícitamente dos de sus principios fundamentales: cuando se enfatiza la capacidad de cada persona de decidir libremente sobre su sexualidad y su reproducción, sin coacciones, violencia o discriminación, se garantiza tanto la autonomía moral y legal (el derecho a la autodeterminación de la propia sexualidad y reproducción), como la integridad corporal (el derecho al control sobre el propio cuerpo). Es decir, en esta parte inicial se abandona el tratamiento de las personas como meros objetos de regulación (tal como lo hacían los antiguos planes de control de la natalidad) y se las restituye como sujetos

12. Agradezco a Josefina Brown esta última observación.

13. Según la OMS, “la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos” (Schutt-Aine y Maddaleno, 2003). Por su parte, Gogna sugiere que “el concepto de salud sexual y reproductiva es producto del tránsito desde un enfoque que privilegió lo reproductivo-biológico hacia un enfoque que, sin desconocer este componente, busca una mayor integración de la dimensión de la salud sexual y la consideración de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y fundamentales” (Gogna, 2004, pág. 17).

de derechos, de acuerdo con el discurso político de los derechos humanos. Sin embargo, en la legislación analizada no quedan claros los alcances de la noción de responsabilidad, más allá de su implícita referencia al “buen comportamiento”: ¿cuál es el criterio de responsabilidad y sobre quién recae esa responsabilidad, por ejemplo, en las decisiones reproductivas?; ¿quién tiene capacidad de reclamar y ante quién frente a decisiones irresponsables sobre pautas sexuales? El análisis de los considerandos de las leyes y sus reglamentaciones tampoco nos permite clarificar los alcances de esta noción de responsabilidad que se muestra bastante más difusa que la de libertad.

¿Qué temáticas específicas se destacan entre los objetivos de las leyes? Ambas apuntan a reducir la morbilidad materno-infantil y a prevenir las patologías genitomamarias y las enfermedades de transmisión sexual.¹⁴ En cuanto al embarazo, hay una diferencia significativa: la ley nacional menciona entre sus objetivos el prevenir embarazos no deseados, cuestión que no está explícitamente en la ley provincial. Esta última sí habla de las “madres solas” como una población prioritaria, algo que puede ser interpretado como una referencia elíptica a una consecuencia del embarazo no deseado.

La selección de temas enumerados en ambas leyes y la ausencia total de referencias a cuestiones específicas de la salud sexual de los varones (como el cáncer de próstata, por ejemplo) pueden comprenderse porque los programas a los que dan origen estas leyes son herederos de, y se superponen parcialmente con otros programas nacionales y provinciales sobre temáticas afines.¹⁵ Desde una mirada crítica, Corrêa apunta que en algunos contextos latinoamericanos los nuevos programas de salud reproductiva son meras “reinterpretaciones semánticas” de los viejos programas de planificación familiar (Corrêa, 1997, pág. 110), indicando así que el cambio operado puede ser más de forma que de contenido.

EL LUGAR DE LOS ADOLESCENTES

Existen dos tipos de referencias a los adolescentes en cada una de las leyes analizadas: como una población objetivo, es decir, una población por cubrir de modo privilegiado por los programas a los que dan origen las leyes, y como sujetos de derechos, indicando sus límites en tanto menores de edad.

14. A pesar de que los trabajos más recientes en la materia se refieren a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), ambas leyes continúan utilizando el término Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).

15. Nos referimos a los programas mencionados en la nota al pie 12.

	Ley provincial 4.545	Ley nacional 25.673
REFERENCIA A ADOLESCENTES	OBJETIVOS	OBJETIVOS
Como población objetivo	El Programa deberá (priorizar) [...] a los niños y adolescentes (artículo 3º).	Promover la salud sexual de los adolescentes (artículo 2º, inc. d).
Como sujetos de derechos	Cuando los servicios sanitarios específicos que establece la presente norma sean prestados a niños, adolescentes e incapaces, los agentes y profesionales de la salud intervinientes propiciarán y favorecerán, toda vez que resulte posible, la presencia y autorización de los padres, tutores o cuidadores y/o quienes ejerzan el mencionado rol dentro del grupo familiar (artículo 5º).	La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (artículo 4º).

Mientras que la ley nacional enumera como un objetivo específico la promoción de la salud sexual de los adolescentes, la ley provincial los considera un segmento prioritario y los incluye en la categoría de “grupo poblacional en riesgo”:

El Programa deberá contemplar el relevamiento, evaluación y seguimiento permanente sobre los *grupos poblacionales en riesgo*, para la provisión de recursos, tanto humanos como materiales, asignados al mismo, priorizando a la población en situación de pobreza estructural y a los niños, *adolescentes* y madres solas (ley 4.545, artículo 3º; el énfasis es nuestro).

El “riesgo” al que se refieren es, principalmente, aquel relativo a enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos inducidos.¹⁶ La categoría de “grupo poblacional en riesgo” da cuenta de la particular vulnerabilidad del grupo, en razón de “su inmadurez física y mental” (preámbulo de la Convención sobre los Derechos del Niño). Esta categoría ha sido utilizada estratégicamente para justificar la necesidad de educación sexual desde temprana edad, por ejemplo, en el debate en la Legislatura de

16. La lógica que subyace tras este uso de la categoría “riesgo” implica prevenir los embarazos no deseados para, a su vez, evitar que las adolescentes intenten abortar de manera clandestina. El aborto se realiza en condiciones precarias debido a su penalización legal, lo que trae aparejado graves riesgos para la salud física y psíquica de la mujer que decide hacerlo.

la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2004 (Suppa, Kravetz y Polimeni, 2004).

Nos interesa detenernos en una tensión parcial que recorre gran parte del debate reciente sobre la sexualidad y la reproducción de los adolescentes, y que está presente en el artículo 4° de la ley nacional 25.673: la tensión entre la patria potestad y el interés superior del niño. La primera institución marca los límites para el ejercicio de derechos por parte de los menores:

La patria potestad es el conjunto de derechos y deberes que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos y mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado (artículo 264° del Código Civil, *cf.* ley 23.264).

En esta institución los sujetos activos son, salvo excepciones, el padre y la madre, mientras que los sujetos pasivos son las personas por nacer (ya que la patria potestad de los padres comienza con la concepción del hijo) y los hijos menores de veintiún años, siempre que éstos no se hayan emancipado o se haya quitado judicialmente a los padres la patria potestad. Al estar compuesta por derechos y deberes que apuntan a la protección y promoción integral de los hijos, la patria potestad suele ser una institución a la que recurren los sectores conservadores en los debates relativos a sexualidad y reproducción de menores de edad.¹⁷ El tema en discusión puede ser tanto la educación sexual como el acceso a los servicios de salud reproductiva, y la apelación a la patria potestad se hace presente en los debates en los medios de comunicación, en la formulación de las leyes o en su reglamentación. Mencionemos algunos ejemplos para comprender esta tensión con el interés superior del niño.

Algunos objetan las iniciativas de leyes de educación sexual con el argumento de que “la educación de los menores de edad constituye un derecho y obligación que corresponde primariamente a los padres, quienes podrán delegarla parcialmente en los institutos públicos o privados que ellos mismos elijan en el uso de su patria potestad” (Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires, 2004). Así, todo intento por parte del Estado de establecer una serie de lineamientos mínimos que serán transmitidos en la escuela, chocaría con la prioridad educativa atribuida a los padres. Bajo la oposición a los programas de educación sexual subyace una idea

17. En el caso de estos debates en la Argentina desde mediados de la década de 1990, por sectores conservadores nos referimos principalmente a la jerarquía de la Iglesia Católica Argentina, algunas asociaciones civiles (Asociación Pro Familia, Liga de Amas de Casa de la República Argentina, entre otras) y representantes legislativos de esos sectores, no necesariamente agrupados en un mismo partido.

sobre la división del trabajo entre el Estado y la familia, especialmente en la socialización de los jóvenes. Según esta visión, la familia y la Iglesia están encargadas de la socialización moral, y, en el caso de la sexualidad, de la orientación de los jóvenes en el camino moralmente correcto, por lo que el Estado no debe interferir en esta tarea, ni mucho menos subvertirla (Shepard, 2004, pág.144). La idea que subyace tras estas estructuras sociales y legales es que el sexo *per se* es perjudicial para los jóvenes y, por lo tanto, hay que aislarlos del conocimiento y experiencias sexuales (Rubin, 1989, pág. 116).

Otro ejemplo es el debate sobre el acceso a los servicios sanitarios específicos. Aunque la ley provincial 4.545 no hace referencia explícita a la patria potestad, indica que los agentes de salud deben propiciar que los adolescentes accedan a los servicios sanitarios específicos acompañados y autorizados por los padres, tutores o cuidadores, es decir, adultos. Podemos pensar que en algunas situaciones de consulta médica, la presencia de un adulto cercano puede ser positiva como acompañamiento y consejería y, en cierta medida, esta presencia podría considerarse un deber (escasamente cumplido) de la patria potestad. Sin embargo, de respetarse estrictamente el mandato de acompañamiento y/o autorización, pueden surgir varias complicaciones de hecho, que en tanto horizonte posible pero no deseado por los menores, dificultarían su acceso a esos servicios de salud. En un marco donde las prácticas sexuales de la mayoría de los adolescentes son clandestinas a la mirada adulta (principalmente de los padres), la exigencia de ir acompañado y/o autorizado a una consulta sobre sexualidad y reproducción parece un requisito, por lo menos, desalentador para algunos adolescentes. Si gran parte de los adolescentes no comunican a sus padres de ninguna manera el hecho de mantener relaciones sexuales, difícilmente le pedirán a uno de ellos que los acompañen a buscar píldoras anticonceptivas a una consulta médica.

Sin embargo, tanto en las leyes y sus reglamentaciones como en los fallos de las máximas instancias judiciales se introducen elementos que flexibilizan la institución de la patria potestad. La propia ley 4.545 señala que:

[...] los agentes y profesionales de la salud intervinientes propiciarán y favorecerán, *toda vez que resulte posible*, la presencia y autorización de los padres, tutores o cuidadores [...] (ley 4.545, artículo 5°; el énfasis es nuestro).

El interés superior del niño es el otro polo de la tensión con la patria potestad, y la ley nacional 25.673 introduce la satisfacción de ese interés como su criterio decisorio primordial. Con este concepto se refiere al pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (ley 23.849), de rango constitucional.

El artículo 4° de la reglamentación de la ley 25.673 sintetiza el contenido del extenso artículo 24° de esa Convención, cuando especifica:

A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades (decreto nacional 1.282/2003, artículo 4°).

Como señala Shepard, esto significa que si las decisiones de los padres van en contra del interés superior del niño, el Estado debería actuar para hacer cumplir cualquier derecho negado por los padres, como el derecho a la salud. Los últimos comentarios generales sobre la Convención son decisivos al definir las obligaciones de los Estados partes de proteger la supervivencia, el desarrollo y la salud de los adolescentes, con servicios de salud sexual y reproductiva privados y confidenciales (Shepard, 2004, págs. 149-150). La exigencia de privacidad y confidencialidad de los servicios no se explicita en las leyes analizadas, pero sí en sus reglamentaciones (originadas en decretos a cargo del Poder Ejecutivo correspondiente), en lo que parece una decisión destinada a reducir los cuestionamientos públicos al no llevar estos puntos al debate legislativo. En esta línea, tampoco parece casual que el ex presidente Duhalde haya firmado este decreto de reglamentación dos días antes de concluir su mandato en mayo de 2003. Las estrategias silenciosas en materia de políticas sobre sexualidad y reproducción parecen repetirse en situaciones análogas: provincias como Chubut, cuyos programas de salud reproductiva tienen un marco legal definido, también han trabajado de modo discreto, evitando la promoción y la publicidad de sus acciones. Como señala una funcionaria de esa provincia, Teresa Ordiales: “Nosotros no salimos con altoparlantes a decir que estamos repartiendo anticonceptivos... pero los repartimos” (comunicación personal). Existen otras provincias que, no contando con ley propia y antes de la ley nacional, han emprendido la implementación silenciosa de acciones en salud reproductiva, evitando un debate social y los posibles obstáculos (Alonso, 2003, pág. 25).

Concretamente, la reglamentación de la ley 25.673 en su artículo 4° señala que:

En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años. Las *personas menores de edad* tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo *confidencialidad* sobre la misma y respetando su *privacidad* (decreto nacional 1.282/2003, artículo 4°; el énfasis es nuestro).

Aquí también se introduce la distinción entre menores de menos y de más de catorce años, flexibilizando las condiciones legales de atención de estos últimos. En los considerandos de esta reglamentación se refleja la posible tensión entre patria potestad e interés superior del niño, aunque se procura no presentarla como una tensión. Vale la pena citar un extenso párrafo que nos muestra precisamente cómo lo que está en juego es la propia condición de sujetos de derechos de los adolescentes:

(CONSIDERANDO) Que la ley que por el presente se reglamenta no importa sustituir a los padres en el asesoramiento y en la educación sexual de sus hijos menores de edad sino todo lo contrario, el propósito es el de *orientar y sugerir acompañando a los progenitores en el ejercicio de la patria potestad*, procurando respetar y crear un ambiente de confianza y empatía en las consultas médicas cuando ello fuera posible.

Que nuestro ordenamiento jurídico [...] incorporó a través del artículo 75°, inc. 22 de la Constitución Nacional la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, y con esa orientación, esta ley persigue brindar a la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, siendo aspectos sobre los que, de ninguna manera, nuestros adolescentes pueden desconocer y/o permanecer ajenos.

Que, concretamente, la presente ley reconoce a los padres, justamente, la importantísima misión paterna de orientar, sugerir y acompañar a sus hijos en el conocimiento de aspectos, enfermedades de transmisión sexual, como ser el SIDA y/o patologías genitales y mamarias, entre otros, para que en un marco de responsabilidad y autonomía, *valorando al menor como sujeto de derecho*, mujeres y hombres estén en condiciones de elegir su Plan de Vida.

Que la Ley 25.673 y la presente reglamentación se encuentran en un todo de acuerdo con lo prescripto por el artículo 921 del Código Civil, que otorga discernimiento a los menores de CATORCE (14) años y ésta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica.

Que en concordancia con la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, se entiende por *interés superior* del mismo, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evaluación de sus facultades.

Que el temperamento propiciado guarda coherencia con el adoptado por prestigiosos profesionales y servicios especializados con amplia experiencia en la materia, que en la práctica asisten a los adolescentes, sin perjuicio de favorecer fomentar (SIC) la participación de la familia, privilegiando no desatenderlos (Considerandos del decreto nacional 1.282/2003; el énfasis es nuestro).

¿Por qué hablamos de una tensión *parcial* entre interés superior del niño y patria potestad? En primer lugar, porque si analizamos los contenidos de cada una de estas instituciones hallamos muchas coincidencias en sus planteos. De hecho, la Convención sobre los Derechos del Niño reconoce los derechos y deberes de los padres (artículo 5° de la Convención) y

su prioridad en la crianza y educación del niño (artículo 18°), ya que “el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales” (preámbulo). Sin embargo, en segundo lugar, estas instituciones pueden entrar en contradicción cuando, por ejemplo, el interés superior del niño implica su derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de todo tipo (artículo 13°) o a recibir educación y servicios en materia de planificación familiar (artículo 24°), y a esto se opone el argumento de la preeminencia de los padres en su educación y formación integral.¹⁸ Se constituye aquí una tensión entre la protección del derecho a la salud e integridad física de los menores de edad y el reconocimiento de que no son sujetos de pleno derecho.

Como toda tensión, ésta también es irresoluble, pero vimos cómo puede rebalancearse a favor de la promoción y el respeto de algunos de los principios fundamentales de los derechos relativos a la sexualidad y la reproducción, en el caso de los adolescentes, poniendo límites a las atribuciones que la patria potestad brindaría a sus padres. Si el respeto a rajatabla de la patria potestad implica restringir el acceso de los menores a información y servicios relativos a sexualidad y reproducción, se violaría el principio de igualdad, al no considerar el sesgo desfavorable de las poblaciones más vulnerables como, por ejemplo, los adolescentes, en general, y las adolescentes mujeres y pobres, en particular. Siempre las peores consecuencias de las políticas restrictivas recaen sobre los sectores de bajos ingresos y sobre grupos que poseen desventajas (Shepard, 2000, pág. 115).¹⁹ La ausencia de

18. Un ejemplo ilustrativo son los fallos del Superior Tribunal de Justicia porteño, ante los pedidos de inconstitucionalidad de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires. Estos reclamos presentados por asociaciones civiles de corte conservador durante el año 2003 fueron rechazados por todos los miembros del tribunal, y en las fundamentaciones de sus fallos aparece reflejada la tensión mencionada. Los jueces subrayan que la ley permite y promueve la participación de los padres en la educación sexual de sus hijos, con la salvedad de que el Comité sobre los Derechos del Niño obliga a los Estados a “capacitar a los niños para que se protejan a sí mismos”, por lo que la ley “sólo pone a disposición de la población –y no impone– la información y los medios necesarios para proteger la salud de la población en este terreno”. La jueza Ana María Conde señala que “la historia muestra un paulatino e incontenible debilitamiento de este poder absoluto que era la patria potestad”, a lo que Julio Maier agrega, “los profesionales están mejor formados que los padres para asesorar a niños y menores en materia de salud reproductiva, del mismo modo que se presume que los médicos están mejor formados que los padres en materia de pediatría” (diario *Clarín*, 16 de octubre de 2003). Para concluir, todos los miembros del tribunal coinciden en que la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable responde a la Convención de los Derechos del Niño y a otros tratados internacionales.

19. Como ejemplifica Shepard, “las mujeres de ingresos medios y altos generalmente pueden pagar para acceder a un aborto clandestino relativamente seguro, por lo que los mecanismos clandestinos para expandir las opciones reproductivas discriminan en contra de los pobres” (Shepard, 2000, pág. 121).

educación y de medios para la planificación de la fecundidad puede volver a situar a los adolescentes como meros objetos de regulación antes que sujetos de derecho libres y responsables. Por último, aunque hoy podemos aspirar a un consenso respecto de la protección de la integridad corporal de los menores, gran parte de nuestra sociedad parece estar lejos de aceptar y respetar las decisiones de los adolescentes en materia de su autonomía sexual y reproductiva.

Dos temas sensibles a los adolescentes: el suministro de anticonceptivos y la educación sexual

Estas leyes y sus reglamentaciones contemplan adecuaciones y posibles restricciones referidas a creencias y valores de los sujetos e instituciones que debe enfrentar cualquier programa que incluya provisión de anticonceptivos y/o educación sexual.

Como apunta Htun, un rasgo distintivo de las leyes en los países de América latina es su naturaleza exhortatoria (*hortatory nature*), es decir, que se considera que la ley no sólo debe controlar socialmente las conductas, sino que debería reforzar el orden moral existente conduciendo a los ciudadanos hacia la virtud, en un sentido platónico (Htun, 2003, pág. 10). Esto significa que cada conflicto en torno a nuevos derechos sexuales y reproductivos es visto como una batalla cultural entre visiones del mundo en competencia, una batalla sobre las normas morales y sociales que gobiernan una esfera fundamental del comportamiento humano (Htun, 2003, pág. 11). En estos debates se pone en juego lo que Rubin llama “la falacia de la escala extraviada”: las pequeñas diferencias en valores o conductas sexuales son vistas como amenazas cósmicas, debido a que los actos sexuales están gravados con un exceso de importancia (Rubin, 1989, págs. 135-136). Así, las partes interesadas consideran que en estas leyes se pone en juego mucho más que la formulación y el reconocimiento legal de un derecho: es la legitimación social y moral de un comportamiento lo que puede poner en riesgo al propio entramado social.

Veamos un cuadro comparativo de las dos leyes en la siguiente página.

Respecto de los métodos anticonceptivos, ambas leyes nuevamente coinciden en destacar la capacidad de elección de los sujetos destinatarios de los programas, una elección que debe ser voluntaria y según los criterios o convicciones de los beneficiarios, es decir, de acuerdo con los valores y creencias propias de cada persona. La ley nacional agrega que se prescribirán y suministrarán anticonceptivos a demanda de los beneficiarios, otorgándoles así la capacidad de iniciativa. En ambas leyes y sus respectivas reglamentaciones, la capacidad de elección tiene dos tipos de restricciones: las que surgen del saber médico (indicación o contraindicación específica) y las que provienen del marco normativo mayor (los anticonceptivos deben tener un carácter reversible y transitorio y estar autorizados por la ANMAT). La ley nacional, además, destaca que estos métodos

	Ley provincial 4.545	Ley nacional 25.673
ÁMBITO	OBJETIVOS	OBJETIVOS
Métodos anticonceptivos	Los métodos deberán ser de carácter reversible y transitorio, y serán elegidos voluntariamente por los beneficiarios, salvo indicación o contraindicación médica específica. Los profesionales médicos podrán prescribir todos los métodos autorizados por el organismo competente al momento de la sanción de la presente ley (artículo 4º).	A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido (artículo 6º, incisos b y c).
Educación y valores	El organismo competente del área educativa incluirá en la currícula los programas de políticas elaborados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a partir del Tercer Ciclo de EGB y Nivel Polimodal (artículo 6º). Orientar y asesorar a la población en general, en los Centros de Asistencia de Salud, sobre los alcances del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, respetando las pautas culturales y el sistema de valores vigentes (artículo 2º, inciso a).	Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa (artículo 5º, inc. b). Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones (artículo 9º). Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6º, inciso b), de la presente ley (artículo 10º).

deben ser no abortivos, un punto consistente con la penalización legal del aborto inducido en la Argentina. Aunque en las leyes no hay referencias específicas a la relación entre adolescentes y anticonceptivos, sí la hay en la reglamentación de la ley nacional:

En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular

el uso del preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considera, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la ANMAT debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable (decreto nacional 1.282/2003, artículo 4°).

En cuanto a la educación sexual, debemos señalar que no existe una ley nacional ni una ley provincial específica de educación sexual, probablemente por las dificultades que emergen ante cualquier iniciativa al respecto en la Argentina. Sin embargo, la ley provincial 4.545 menciona la educación sexual de los adolescentes en el marco de la educación formal de nivel medio, y la ley nacional se refiere genéricamente a su responsabilidad hacia la comunidad educativa:

El organismo competente del área educativa incluirá en la currícula los programas de políticas elaborados por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, a partir del Tercer Ciclo de EGB y Nivel Polimodal (ley 4.545, artículo 6°).

Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa (ley 25.673, artículo 5°, b).

Es significativa la mención de la ley nacional sobre posibles excepciones o adecuaciones de su cumplimiento en las instituciones educativas de gestión privada:

Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones (ley 25.673, artículo 9°).

Aunque el Estado nacional conserva legalmente la capacidad de establecer los lineamientos de la política educativa nacional y jurisdiccional, y las instituciones educativas de gestión privada tienen la obligación de responder a esos lineamientos (ley 24.195, artículo 36, inc. b), estos artículos indican una salvedad relativa a la educación sexual y reproductiva que abre una brecha en la que las escuelas de gestión privada pueden refugiarse para no acatar aquellos lineamientos que no deseen, opción bastante atractiva para una gran parte de las escuelas confesionales.²⁰

Un último punto relativo a las adecuaciones o restricciones por valores

20. De todos modos las instituciones educativas de gestión privada en la Argentina han gozado en la práctica de una autonomía más que considerable para decidir sobre sus contenidos y modalidades, según señalan especialistas (comunicación personal con Silvia Gutiérrez).

es el de los objetores de conciencia. Aquí, la reglamentación de la ley nacional indica que:

Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de la participación en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable previa fundamentación. [...] Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada (decreto nacional 1.282/2003, artículo 10°).

La ley provincial se refiere a adecuaciones a las pautas culturales y el sistema de valores vigente, de la orientación y el asesoramiento a la población en materia de salud sexual y reproductiva (ley 4.545, artículo 2°, inc. c), y en su reglamentación menciona a los objetores de conciencia:

En la selección del personal que participará en la ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser eximidos/as de su participación, lo cual será debidamente fundado y elevado a conocimiento de la autoridad que corresponda (decreto provincial 1.518/2000, artículo 2°).

Lo que señalamos sobre las instituciones de gestión privada y los sujetos objetores de conciencia nos da pistas sobre una nueva tensión que puede surgir de la propia letra de la ley: la tensión entre el interés superior del niño (que incluye las condiciones necesarias para el ejercicio efectivo de su derecho a la salud, por ejemplo, y los límites establecidos por las restricciones valorativas de ciertas instituciones y/o personas. En la tensión entre estos intereses, se desnuda que las restricciones valorativas son también eminentemente políticas. En el caso de los objetores de conciencia, la tensión podría superarse, por ejemplo, garantizando que otra persona brinde el servicio de salud sexual y reproductiva. El caso de las instituciones educativas de gestión privada parece bastante más complejo, dados sus amplios márgenes de acción respecto de las directivas brindadas por el Estado y la escasa capacidad de éste para intervenir si una escuela decide no dar educación sexual, reducir los contenidos mínimos o tergiversarlos.

COMENTARIOS FINALES: SOBRE LA CIUDADANÍA DE LOS ADOLESCENTES

En la primera parte de este artículo procuramos reconstruir el cruce entre un discurso de derechos humanos y cuestiones relativas a sexualidad y reproducción. En la segunda parte analizamos comparativamente la ley nacional 25.673 y la ley 4.545 de la provincia del Chubut, y pusimos de

relieve una tensión parcial entre la patria potestad y el interés superior del niño. Esta tensión emerge en los debates relativos a dos temas, que son justamente con los que concluimos este apartado: la educación sexual de los adolescentes, especialmente en las escuelas, y su acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular la provisión de anticonceptivos. En ambas cuestiones se presentan, además, restricciones valorativas que generan nuevas tensiones.

Considerando que en nuestro país el status formal de ciudadano pleno se obtiene con la mayoría de edad a los veintiún años, queremos concluir nuestro análisis reflexionando sobre qué tipo de ciudadanía se propone a los adolescentes en lo referido a su sexualidad y su reproducción.

En primer lugar, si dos elementos básicos del concepto de ciudadanía son la participación ciudadana y el ser sujeto de derechos, concordamos con Shepard en que la ciudadanía de la mayoría de los jóvenes en América latina es muy débil, y más débil aún en lo que respecta a sexualidad y reproducción. Además de no poder votar hasta los dieciocho años, los adolescentes generalmente no tienen voz ni en los programas de sus colegios, ni en aquellos diseñados para beneficiarlos; ambos tipos de programas afectan su ejercicio autónomo de la sexualidad y de la reproducción que, por otra parte, suele ser realizado en la clandestinidad (Shepard, 2004, pág. 142). Tanto la ausencia de su voz en el diseño de programas como el ejercicio clandestino de la sexualidad se comprueban en el caso de los adolescentes de Chubut, según nuestra investigación.²¹

En segundo lugar, existen brechas entre los derechos formalmente enunciados y la situación concreta de los adolescentes como grupo específico.

Por un lado, hay una brecha entre los derechos enunciados y las percepciones de estos adolescentes: ¿se conciben ellos mismos como titulares de derechos relativos a su sexualidad y reproducción?; ¿se saben titulares del derecho a la integridad física, a la salud, a la no discriminación, a la libertad de expresión, y a decidir libremente sobre el momento, número y espaciamiento de los hijos?; ¿sienten que pueden reclamar al Estado ante la violación de alguno de estos derechos? Estudiar esta dimensión de las percepciones de derechos es tan importante políticamente como metodológicamente difícil ya que depende, entre otras cosas, de las expectativas de la población. Los indicadores necesarios para analizar el cruce entre derechos y salud no pueden limitarse a la calidad y nivel de acceso a los servicios sanitarios, sino que implican una consideración global de la autono-

21. Analizando los documentos de trabajo previos y posteriores a la sanción de la ley provincial 4.545, y mediante entrevistas a funcionarios públicos de Chubut, pudimos comprobar que los adolescentes no tuvieron ninguna participación en el diseño del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva.

mía de individuos y grupos sociales (Pecheny y Manzelli, 2003, pág. 566; Alonso, 2003, pág. 26).

Por otro lado, hay otra brecha que es la que existe entre los derechos enunciados y las condiciones que posibilitan su ejercicio efectivo. Leer las tablas de indicadores sobre distintos fenómenos relativos a la sexualidad y la reproducción nos recuerda que ni todos somos iguales, ni todos tenemos la misma posibilidad de ser titulares de derechos más allá de la letra escrita. Para que las decisiones reproductivas sean ejercidas libremente en algún sentido relevante, antes que compelidas por las circunstancias y la desesperación, se requiere de ciertas condiciones de posibilidad. Las dimensiones individuales (libertad) y sociales (justicia) de los derechos son inseparables, es decir, *libertades personales* (ámbitos en los que el Estado debe dejar solas a las personas) y *condiciones sociales* son dos caras de una misma moneda (Corrêa y Petchesky, 1994, pág. 112). Esas condiciones de posibilidad, o derechos sociales, implican directamente la responsabilidad de los Estados y las instituciones mediadoras para asegurar que los derechos sean accesibles a todos. Este punto nos recuerda que “los deberes correlativos asociados con los derechos sexuales y reproductivos corresponden no sólo a los portadores de esos derechos, sino a las agencias gubernamentales e intergubernamentales” (Corrêa y Petchesky, 1994, pág. 118). La noción de derechos y responsabilidades presupone el reconocimiento de individuos autónomos, y si el Estado exige de los individuos una parte de responsabilidades y obligaciones hacia la comunidad, ello se hace en contrapartida de la garantía de los derechos de cada uno (Pecheny y Manzelli, 2003, pág. 558).

Las tensiones y debates que analizamos nos recuerdan que el cuerpo es la condición y el soporte ineludible del individuo-ciudadano (Pecheny y Manzelli, 2003, pág. 569). Sin embargo, en la medida en que existan restricciones legales y materiales que dificulten el acceso a la educación sexual y a los servicios de salud sexual y reproductiva para los grupos más vulnerables, esta nueva ciudadanía “ligada al cuerpo” continuará siendo muy débil en el caso de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alonso, V. (2003): “Salud reproductiva y reformas del sector salud en la Argentina: aportes y recomendaciones del diálogo nacional”, Buenos Aires, CEDES, mimeo.
- Álvarez, S.; Jay Friedman, E.; Beckman, E.; Blackwell, M.; Chinchilla, N.; Lebon, N.; Navarro, M. y Ríos Tobar, M. (2003): “Encountering Latin American and Caribbean Feminisms”, en *Signs: A Journal of Women in Culture and Society*, vol. 28, N° 2, invierno de 2003, págs. 537-579.
- Bowles, S. y Gintis, H. (1987): *Democracy and Capitalism. Property, Community,*

- and the Contradictions of Modern Social Thought*, Nueva York, Basic Books, págs. ix-xv, 152-175 y 231-233.
- Colegio de Abogados de la Ciudad de Buenos Aires (2004): extraído de <http://www.colabogados.org.ar> el 30/11/04.
- Comunicación personal con la Licenciada en Educación Silvia Gutiérrez, Directora de Nivel Medio del Colegio Ward, 2 de diciembre de 2004.
- Comunicación personal con la médica Teresa Ordiales, Directora de Maternidad, Infancia y Familia de la Provincia del Chubut, 25 de abril de 2005.
- Convención sobre los Derechos del Niño, en Constitución de la Nación Argentina.
- Corrêa, S. (1997): "From Reproductive Health to Sexual Rights: Achievements and Challenges Ahead", en *Reproductive Health Matters*, N° 10, págs. 107-117.
- Corrêa, S. y Petchesky, R. (1994): "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", en G. Sen, A. Germain y L. C. Chen (eds.), *Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment, and Rights*, Boston, MA, Harvard series on population and international health, págs. 107-123.
- Decreto nacional 1.282/2003. Reglamentación de la ley 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Presidente de la Nación.
- Decreto provincial 1.518/2000. Reglamentación de la ley 4.545, Creación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Gobernador de la Provincia del Chubut.
- Donzelot, J. (1990): *La policía de las familias*, Valencia, Pre-Textos.
- Fraser, N. (2002): "Política feminista en la era del reconocimiento: una aproximación bidimensional a la justicia de género", Buenos Aires, PRIGEPP- FLACSO.
- Gogna, M. (coord.) (2004): *Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile. Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*, Buenos Aires, CEDES-BID.
- Htun, M. (2003): *Abortion, Divorce, and the Family Under Latin American Dictatorships and Democracies*, Cambridge, Cambridge University Press, cap. 1, "Sex and the State in Latin America", págs. 1-29.
- Jelin, E. (1996): "Mujeres, género y derechos humanos", en E. Jelin y E. Hershberg, *Construyendo la democracia: Derechos humanos, ciudadanía y sociedad en America Latina*, Caracas, Nueva Sociedad, págs. 193-212.
- Lefort, C. (1990): "Derechos del hombre y política", en *La invención democrática*, Buenos Aires, Nueva Visión, págs. 9-36.
- Ley nacional 23.264. Sobre la patria potestad. Extraído de: <http://www.todoiure.com.ar> el 30/11/04.
- Ley nacional 23.849, Sobre la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño.
- Ley nacional 24.195 Federal de Educación.
- Ley nacional 25.673, Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, 2002.
- Ley provincial 4.545, Creación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Legislatura de la Provincia del Chubut, 1999.
- Página web "Archivos de Sexología", <http://www2.hu-berlin.de/sexology>. Consultada 14-02-06.

- Pateman, C. (1995): *El contrato sexual*, Barcelona, Antrhops.
- Pateman, C. (1996): “Críticas feministas a la dicotomía público-privado”, en C. Castells (comp.) *Perspectivas feministas en teoría política*, Buenos Aires, Paidós.
- Pecheny, M. y Manzelli, H. (2003): “Notas sobre ciencias sociales y salud: el regreso del cuerpo en tiempos de liberalismo”, en C. Cáceres *et al.* (comps.) *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 555-571.
- Raupp Ríos, R. (2004): “Apuntes para un derecho democrático de la sexualidad”, en C. Cáceres *et al.* (comps.), *Ciudadanía sexual en América Latina. Abriendo el debate*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 167-186.
- Rubin, G. (1989): “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”, en C. Vance (comp.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (selección de textos), Madrid, Hablan las mujeres, págs. 113-190.
- Schutt-Aine, J. y Maddaleno, M. (2003): *Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas*, Washington DC, OPS.
- Shepard, B. (2000): “The ‘Double Discourse’ on Sexual and Reproductive Rights in Latin America: The Chasm between Public Policy and Private Action”, en *Health and Human Rights* 4, N° 2, págs. 111-143.
- Shepard, B. (2004): “Pecado y derechos humanos: la falta de ciudadanía sexual de la juventud”, en C. Cáceres *et al.* (comps.), *Ciudadanía sexual en América Latina. Abriendo el debate*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, págs. 141-152.
- Suppa, L.; Kravetz, D. y Polimeni, F.: “Proyecto de Ley Directrices de Educación Sexual Integral”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2004.
- Tilly, Ch. (1998): “Where do Rights Come From?”, en T. Skocpol (ed.), *Democracy, Revolution and History*, Ithaca, Cornell University Press.

PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: MONITOREO TÉCNICO Y POLÍTICO¹

Mónica Petracci, Silvina Ramos y Dalia Szulik

EL CAIRO: COMPROMISOS Y RESULTADOS

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo estableció una serie de objetivos y metas, entre los cuales figuraba el acceso universal a servicios de salud reproductiva. Los acuerdos de esa Conferencia se centraron en el compromiso de los Estados respecto de la adopción de “todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva que incluye la planificación de la familia y la salud sexual” (Naciones Unidas, 1995). También se incorporó la promoción del ejercicio responsable de esos derechos como base primordial de las políticas y los programas estatales y comunitarios. Estas políticas debían incluir acciones, como asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación, servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, atención después del parto, prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones, e información, educación y asesoramiento sobre sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.

El compromiso de promover y garantizar los derechos sexuales y reproductivos en la agenda de las políticas públicas fue reafirmado en 1999 en El Cairo + 5 (Fondo de Población de Naciones Unidas en Venezuela, 2003) y, más recientemente, en El Cairo + 10 (CEPAL, 2004). En estos nuevos acuerdos se avanzó en la especificación de otro conjunto de medi-

1. Este artículo fue escrito en noviembre de 2004.

das que los Estados debían adoptar, como la institucionalización de los servicios de salud sexual y reproductiva en los ministerios de salud, la protocolización de normas y procedimientos de atención, la capacitación del personal y la institucionalización de mecanismos nacionales y de un sistema de indicadores para monitorear las políticas. Paralelamente a estos avances en los acuerdos, la revisión y sistematización de diversas experiencias nacionales mostraron la necesidad de evaluar periódicamente las políticas de salud reproductiva implementadas por los países desde los compromisos de El Cairo (Family Care International, 1999-2000).

Muchos de los factores que influyen sobre el diseño y la implementación de este tipo de políticas públicas son similares a los que afectan cualquier otra política: conflictos de intereses, una mayor o menor voluntad política de los actores sociales involucrados, barreras culturales, ideológicas y sociales para introducir los cambios de gestión que la política requiere, restricciones presupuestarias que limitan el cumplimiento de las metas y objetivos propuestos, entre otros (Walt y Gilson, 1994; Kingdon, 1995; Foltz, 1996; Reich, 1996). En el caso de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva, a estos factores se añaden otros, propios del escenario político-cultural, frecuentemente refractario o resistente a la introducción de los cambios de enfoque, de gestión y de perfil de recursos humanos, que este tipo de política requiere (OMS, 2001). Estos factores suelen poner en juego la implementación de la política tal como fue diseñada y, frecuentemente, provocan una brecha entre lo formulado en la política y lo que efectivamente se logra.

El monitoreo es una estrategia eficaz para observar cómo funcionan las políticas y medir sus resultados e impactos. Es un proceso de aprendizaje tanto político como institucional a través del cual se generan oportunidades para el cambio. En la medida en que permite detectar los logros así como los problemas en la implementación de una política, proporciona información para la toma de decisiones a los diversos actores de la política. En esta misma dirección, permite que las opiniones de la población destinataria sean consideradas para reorientar las acciones. Por otro lado, el monitoreo también resulta útil para las organizaciones de la sociedad civil, en tanto la información producida les permite orientar sus estrategias de control ciudadano para incidir sobre la política y demandar al Estado por el cumplimiento de sus compromisos o exigir rectificaciones en su diseño y/o implementación.

El presente artículo tiene un doble objetivo. Por un lado, describir la estrategia de monitoreo utilizada para evaluar una política pública en salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina, y presentar los hallazgos obtenidos. Por el otro, contribuir a la discusión acerca de las formas posibles de monitorear una política, tanto desde el punto de vista técnico como político. Está ordenada en cuatro secciones. En la primera se

presenta la historia política reciente de la política en salud y derechos reproductivos en la Argentina. En la segunda sección se describe el modelo de monitoreo utilizado para evaluar el estado del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires. La tercera sección está dedicada al análisis de los resultados del diagnóstico, elaborado con especial énfasis en la calidad de la atención y los derechos sexuales y reproductivos. Por último, en la cuarta sección se discuten las lecciones aprendidas de esta experiencia de monitoreo de una política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos.

LA POLÍTICA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ARGENTINA

En la política argentina de salud sexual y reproductiva convergen actualmente los avatares ocurridos en la política nacional de las dos últimas décadas del siglo XX y los efectos del cambio de paradigma sobre población y desarrollo aportados por la Conferencia de El Cairo (1994). En esa confluencia de circunstancias políticas y sociales, el movimiento de mujeres tuvo una participación protagónica. A través de su accionar persistente y progresivo logró la incorporación de cuestiones vinculadas a la salud reproductiva en la agenda pública. Asimismo, las opiniones de la ciudadanía, reflejadas en las encuestas, evidenciaron un consenso mayoritario respecto de la necesidad de que el Estado implementara programas de salud reproductiva y de educación sexual para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población, sin discriminación de ningún tipo (Mercer *et al.*, 2001; Ramos *et al.*, 2001; Gogna *et al.*, 2002; Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES, 2003).

Uno de los resultados más notorios de esos cambios políticos, internos y externos, fue la aprobación de leyes de salud reproductiva y programas en la mayoría de las provincias y municipios del país. El grado de implementación de cada una de estas iniciativas es muy disímil debido a que en muchas ocasiones los programas enfrentan dificultades de orden presupuestario para financiar los recursos humanos, la compra de anticonceptivos y las actividades de promoción, así como obstáculos institucionales e ideológicos para llevar adelante acciones de este tipo (Cesilini y Gherardi, 2002).

El otro resultado fue la aprobación de la ley nacional 25.673/02 por la cual se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La finalidad de ese Programa, que se aplica a la población general sin discriminación de edad ni de sexo, es promover la educación y la información en salud reproductiva, la libertad de decisión y el acceso a métodos anticonceptivos. La sanción de esta ley y la voluntad política de la actual gestión de gobierno de implementarla formalizaron la incorpora-

ción, por primera vez en nuestro país, de la salud sexual y reproductiva en la agenda de las políticas públicas del Estado nacional.

Más recientemente, en sintonía con lo antedicho, el gobierno argentino reiteró la prioridad asignada a la salud reproductiva al definirla como una de las áreas clave para intervenir estratégicamente en el Plan Federal de Salud (2004). En este Plan, aprobado por los ministros de salud de todas las provincias argentinas, se comprometieron las siguientes metas: implementar programas de salud sexual y procreación responsable en todas las jurisdicciones del país; incorporar al Programa al menos al 60% de los efectores de cada provincia y que al menos el 80% cuente con disponibilidad regular de insumos; reducir al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto de los valores del período 2000-2001; referir al menos el 60% de las mujeres en situación de posparto o posaborto a los programas de salud sexual y procreación responsable de cada jurisdicción; aplicar las normas, en estudio, para el tratamiento posaborto y para los casos de violencia en todas las jurisdicciones, y controlar que todas las mujeres, beneficiarias del programa provincial, se hayan realizado al menos un PAP en los últimos tres años.

Esta nueva orientación de la política pública argentina también tuvo repercusiones en los planos regional e internacional. Recientemente fue puesta de manifiesto en el “Acuerdo sobre la participación de los Estados Partes del Mercosur, la República de Chile y la República del Perú para la elaboración de una posición común en las Reuniones Internacionales sobre Población y Desarrollo” (2004), en el que, a partir del reconocimiento del Plan de Acción de El Cairo y la Plataforma de Acción de Beijing como herramientas para diseñar políticas de salud en la región y el papel primordial de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el desarrollo humano, se acordó la coordinación de las políticas sanitarias –en especial, la política de salud sexual y reproductiva–, y la revisión de la legislación vigente en cada país. Así, en la 30ª Reunión del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de CEPAL (Cairo+10), realizada en San Juan de Puerto Rico, en junio de 2004, los países del Mercosur no sólo adhirieron al consenso general de ratificación de los compromisos de El Cairo y de profundización de las políticas en este campo, sino que también presentaron una posición conjunta, en la que se recuperan los acuerdos ministeriales mencionados.

No obstante los avances legislativos logrados y el amplio consenso de la opinión pública, los cambios en las políticas públicas siguen siendo conflictivos en la Argentina. La Justicia es actualmente el escenario de los embates de los sectores conservadores que intentan coartar las decisiones del Parlamento y del Ejecutivo nacional. A partir del proceso de sanción de leyes de salud reproductiva, grupos minoritarios, ligados a los sectores más conservadores de la Iglesia Católica, han realizado presentaciones en

diversos juzgados del país, solicitando la no implementación de los programas y la declaración de inconstitucionalidad de las leyes. También las presentaciones a la Justicia intentaron impedir la implementación de la ley 418 de la Ciudad de Buenos Aires, evitar la prescripción de métodos anticonceptivos a menores de edad y prohibir la anticoncepción de emergencia (Ramos *et al.*, 2001).

Si bien el actual escenario es sustancialmente mejor que el de décadas anteriores, permanece en la Argentina el desafío de eliminar las brechas en el acceso y la calidad de la atención entre las áreas urbanas y las rurales, entre los sectores pobres y no pobres, y entre las mujeres adolescentes y jóvenes y las mujeres adultas.

EL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: UNA EXPERIENCIA DE MONITOREO

La Ciudad de Buenos Aires fue un distrito pionero en la formulación e implementación de políticas y programas acordes con los compromisos y el Plan de Acción de El Cairo y también fue precursora en el monitoreo de su política.

En 1988, en esta ciudad se comenzó a implementar un programa de procreación responsable como una experiencia piloto en un número muy limitado de servicios. Este programa funcionó durante mucho tiempo sin presupuesto propio y merced al compromiso de los equipos de salud, con muy baja cobertura y sin difusión.

En 2000, doce años más tarde de la puesta en marcha de esa iniciativa, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires sancionó la ley 418 que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, basado en el reconocimiento de los derechos reproductivos y en el compromiso indeleable del Estado de satisfacer las necesidades en salud reproductiva de la población y de garantizar esos derechos. Esta ley, sancionada luego de un intenso debate político, recuperó el espíritu de la Constitución de la ciudad, sancionada en 1996, primer cuerpo normativo de alto rango que reconoció los derechos reproductivos como derechos humanos en la Argentina (Vitale, 1992; Zamberlin, 2000).

La perspectiva integral de este Programa está plasmada en sus principales objetivos: prevenir embarazos no deseados; proveer información y acceso a métodos anticonceptivos con libre elección; promover el preservativo como método de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida; promover la participación de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad responsable; promover la información y provisión de anticonceptivos a los adolescentes y capacitar a los agentes sanitarios en estas temáticas.

En el año 2001, la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires decidió, dada la experiencia de otros países de América latina acerca de la eficacia de las defensorías del pueblo para la promoción y defensa de los derechos humanos de las mujeres (Abad Yupanqui, 1999), llevar adelante un monitoreo de la política pública, al entender que es tan importante el reconocimiento normativo de los derechos sexuales y reproductivos como su efectiva protección.² Este monitoreo fue encargado al CEDES, Centro de Estudios de Estado y Sociedad.

Los propósitos del monitoreo fueron dos. Por un lado, el desarrollo de estrategias e instrumentos para la fiscalización de la política pública de salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Por el otro, la apertura de un camino para el ejercicio de nuevas prácticas de complementariedad entre el Estado, las defensorías y las organizaciones de la sociedad civil, de manera tal que la ciudadanía disponga de herramientas idóneas para controlar al Estado y promover acciones para la salvaguarda de los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, la iniciativa no sólo se proponía desarrollar un modelo para el monitoreo de la política pública y producir información que pudiera ser utilizada como una línea de base, sino también, transferir esas herramientas de monitoreo a organizaciones de la sociedad civil a través de actividades de capacitación para que esas organizaciones pudieran asumir actividades de monitoreo en el futuro.

El monitoreo analizó información de diferentes fuentes y actores de esta política pública (la ciudadanía, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, las usuarias y los profesionales de los servicios de salud). Se utilizaron tres estrategias. En primer lugar, un análisis de las demandas de la ciudadanía presentadas a la Defensoría en forma espontánea. En segundo lugar, un análisis del pedido de informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2002 a los servicios de salud en los que se implementa el Programa. Por último, un diagnóstico comprehensivo del Programa, cuyos resultados constituyen el foco central del presente artículo. A continuación se describen brevemente cada una de estas estrategias y se hace referencia a algunos de los principales resultados obtenidos a través de cada una de ellas.

2. Esa iniciativa fue implementada durante la gestión de la Dra. Diana Maffía, a través del Programa de Promoción, Control y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, que contó con el apoyo de la Fundación Ford.

Estrategia 1: análisis de las demandas de la ciudadanía

En la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, las demandas de la ciudadanía se inician como un expediente denominado “actuación”. Así, las actuaciones se inician por petición de personas interesadas, ya sean éstas físicas o jurídicas, sin que estén sujetas a formalidad alguna, respetando principios como la gratuidad, la imparcialidad, la accesibilidad, la confidencialidad, y el pronunciamiento obligatorio. Estas actuaciones pueden ser denuncias, quejas o solicitud de intervenciones de la Defensoría, y se pueden presentar a través de diferentes canales: cartas escritas en formato personalizado, cartas escritas en formularios de la Defensoría, y entrevistas personales. También la Defensoría puede iniciar una actuación por decisión propia, las llamadas actuaciones de oficio, prosiguiendo investigaciones conducentes al esclarecimiento o rectificación de los actos, hechos u omisiones susceptibles de afectar derechos y garantías e intereses individuales, difusos o colectivos.

Para el análisis de las demandas de la ciudadanía se realizó una búsqueda en el sistema de archivo de la Defensoría, que comprendía el período desde el 1° de agosto de 1998 al 30 de junio de 2002. La búsqueda se realizó sobre la base de un listado de cuarenta y seis palabras clave (“voces”) relacionadas con la temática analizada. Se identificaron 53 actuaciones en los temas de aborto (6), calidad de la atención (8), infertilidad (1), ley 418 (1), ligadura tubaria (27) y VIH/sida (10). El 50% de las actuaciones correspondió a solicitudes de autorización para la realización de ligaduras tubarias y la amplísima mayoría fue iniciada por los ciudadanos a través de los diversos canales disponibles (formularios, cartas o entrevistas); sólo seis actuaciones fueron presentadas de oficio por la Defensoría.

Estrategia 2: análisis del pedido de informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires a los servicios de salud

Una de las atribuciones de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, como órgano fiscalizador de las acciones del Estado, es la potestad para requerir información sobre las actividades desarrolladas por los servicios públicos para dar cumplimiento a las leyes vigentes. Así fue como la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría encaró un pedido de informe a los máximos responsables de los servicios de salud de la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2002. Los temas indagados fueron: el número de profesionales y horas de atención, la provisión de métodos anticonceptivos y una evaluación global de las fortalezas y debilidades del Programa.

El pedido de informe fue respondido por doce de los dieciocho hospita-

les de la ciudad. El número promedio de profesionales asignados al Programa es de 4,7 y el número de horas de atención del Programa no excede las 16 horas semanales en cada establecimiento. Los responsables de los servicios evaluaron la dotación y diversidad de profesionales, la capacitación recibida por el equipo de salud y la cantidad de horas de atención semanal del Programa con respecto al año 2000. Esa evaluación mostró diferencias entre las dimensiones. La mayoría de los servicios no registró cambios en la cantidad de horas de atención semanal ni en la composición disciplinaria del equipo de salud; el número de profesionales asignados al Programa aumentó sólo en el 50% de los servicios consultados.

Con respecto a la provisión de métodos anticonceptivos se señaló que siempre se dispuso de hormonales inyectables y orales y de preservativo masculino; a veces se dispuso de dispositivos intrauterinos y óvulos espermicidas, y nunca se contó con anticoncepción de emergencia, diafragmas, esponjas y gel espermicidas y preservativos femeninos. Con relación al tipo de proveedor se señaló al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como el principal proveedor de dispositivos intrauterinos, preservativos masculinos, hormonales inyectables y orales y óvulos espermicidas. En el caso de hormonales inyectables y orales, y óvulos espermicidas, también se contó con la provisión de los laboratorios. En el caso de la anticoncepción de emergencia se señala a los laboratorios como única fuente proveedora. Por último, la principal fortaleza atribuida al Programa es el compromiso de los profesionales, mientras que las principales debilidades son la insuficiencia de profesionales rentados y la escasez de personal administrativo.

Además del análisis de la información agregada se diseñó una base de datos, específica para cada servicio, de manera tal que la Defensoría pudiese dar continuidad al monitoreo para constatar avances y retrocesos a través del seguimiento del Programa en cada servicio de salud.

Estrategia 3: diagnóstico del Programa

Para elaborar el diagnóstico comprehensivo se emplearon cuatro instrumentos de relevamiento de información. Se aplicó una guía de observación en los consultorios y salas de espera de los servicios donde se implementa el Programa para conocer el estado de los aspectos ambientales (limpieza, privacidad auditiva, privacidad física, temperatura ambiental, comodidad) y registrar la presencia de materiales de información, educación y comunicación en las áreas de espera, así como sus fuentes de origen. Una entrevista semiestructurada fue aplicada a los jefes de los servicios (N = 47) para conocer las perspectivas sobre los derechos sexuales y reproductivos de los responsables de fijar los criterios de organización y funcionamiento. Los profesionales que prestan servicios en el Programa (N = 195) y las mujeres usuarias (N = 665) fueron encuestados para reco-

ger sus opiniones sobre calidad de la atención, conocimiento del marco normativo y nociones acerca de los derechos sexuales y reproductivos. Por último, también se realizaron grupos focales a profesionales (N = 5) y usuarias (N = 4) para profundizar los resultados de la encuesta.

Dada la magnitud de la información recogida por los instrumentos de esta estrategia, en el apartado siguiente se presentan exclusivamente los hallazgos de la encuesta a las usuarias del Programa. Este recorte no sólo responde a razones de espacio, sino también al interés por resaltar la visión de quienes son las destinatarias principales de la política y, como tales, voces privilegiadas para evaluar su performance.

LA VISIÓN DE LAS USUARIAS

La edad promedio de las mujeres entrevistadas es de 28 años (rango: 13-54 años). La mitad de ellas tiene educación secundaria y se dedica exclusivamente a las tareas domésticas. Entre quienes trabajan fuera del hogar (26%), la mayor proporción es empleada doméstica o trabajadora manual sin calificación y 9 de cada 10 carecen de cobertura de la seguridad social.

En esta sección se presentan los principales hallazgos sobre calidad de la atención y derechos sexuales y reproductivos de la encuesta que se aplicó a la muestra seleccionada de usuarias del Programa.

La calidad de la atención

El diagnóstico empleó el modelo de las tres dimensiones de la calidad de la atención –técnica, interpersonal y nivel de confort– desarrolladas por Donabedian, (1966, 1990) y utilizó, desde una perspectiva de género y derechos, la bibliografía sobre salud sexual y reproductiva producida más recientemente para la definición de los indicadores correspondientes a cada dimensión (Bruce, 1998; Matamala, 1998; Reyes Zapata *et al.*, 1999; Federación Internacional de Planificación de la Familia, 2000; Valdés, 2001). Los indicadores de la dimensión interpersonal fueron el trato, la voluntad para contestar dudas y preguntas, la capacidad para resolver necesidades, así como la claridad y la comprensión de la información ofrecida por los profesionales. Los indicadores de la dimensión técnica fueron el tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos, la posibilidad de formular quejas, la información sobre trámites, el trato del personal administrativo y el tiempo de espera para recibir atención. Los indicadores de la dimensión ambiental fueron la privacidad durante la consulta y la limpieza.

La calidad de la atención percibida fue relevada a través del nivel de satisfacción general, la recomendación del Programa a otra mujer y, final-

mente, la calificación de los indicadores mencionados con el fin de elaborar un ranking.

El 95% de las usuarias manifestó estar muy o bastante satisfecha con la atención recibida, dato coincidente con el de otros estudios realizados en nuestro país y en América latina. La satisfacción está estrechamente asociada con las expectativas y la calidad interpersonal, técnica y ambiental (EDIS, 1998; Langer *et al.*, 1998; Petracci *et al.*, 2002; Petracci, 2003). También está relacionada con otros aspectos, como la condición socioeconómica, el nivel educativo, las experiencias previas y el género (Langer *et al.*, 1998; Matamala, 1998). Cuando una usuaria concurre a atenderse y encuentra –no obstante los condicionamientos que la crisis socioeconómica y las condiciones de salud imponen a sus condiciones de vida– que sus necesidades de salud y/o anticonceptivas se resuelven, se manifiesta positivamente con respecto al grado de satisfacción general con la atención recibida. Ello no significa, tal como se verá seguidamente, que la usuaria no formule quejas o no registre los problemas que sí existen.

A la pregunta sobre el nivel de satisfacción global siguió otra, sugerida por la bibliografía (Petracci *et al.*, 2002; Althabe *et al.*, 2004), que apuntó a conocer si las usuarias recomendarían a otra mujer atenderse en ese servicio. En sintonía con la evaluación mencionada en el párrafo previo, el 96% de las usuarias contestó afirmativamente.

Otra vía para conocer la calidad percibida fue la elaboración de un ranking a partir de la calificación de 1 a 10 –siendo 1 la peor calificación y 10 la mejor– de los indicadores de las tres dimensiones de la calidad de la atención (véase cuadro 1). Si bien todos los indicadores recibieron un puntaje superior a los seis puntos, el ranking permitió diferenciar los que presentaron una mejor evaluación de los peor evaluados. A tal efecto hemos clasificado los indicadores en tres grupos: los mejor calificados (más de 9); los que recibieron una calificación intermedia (entre 8 y 7) y los peor calificados (menos de 7).

En primer lugar, todos los atributos vinculados a la dimensión interpersonal proveedor-usuaria se encuentran dentro del grupo mejor calificado. Otros hallazgos de esta encuesta apoyan la excelente evaluación del trato y la información brindadas. Una gran mayoría de las usuarias manifestó que los profesionales siempre las tratan con respeto (95%), las escuchan con atención (90%), las saludan al llegar (81%), toman en cuenta la situación familiar/personal (80%), las llaman por sus nombres (79%), y pueden formular las preguntas que tienen (82%).

Con respecto a la información ofrecida por los profesionales, otro indicador relevante para evaluar la calidad de la atención, los temas sobre los que una mayor proporción de usuarias recibe información son: pastillas anticonceptivas (85%), preservativo (83%), ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos (82%), Papanicolau (81%), derecho a recibir

CUADRO 1
RANKING DE INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

	Puntaje promedio
DIMENSIÓN INTERPERSONAL PROVEEDOR-USUARIA	
Voluntad de los médicos para contestar dudas y preguntas	8,80
Trato de los médicos	8,78
Capacidad de los médicos para resolver necesidades	8,74
Claridad de la información proporcionada por los médicos	8,58
DIMENSIÓN TÉCNICA	
Tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos	8,97
Posibilidad de formular quejas	7,95
Información sobre trámites	7,87
Trato del personal administrativo	7,32
Entrega de turnos	6,90
Tiempo de espera para recibir atención	5,93
DIMENSIÓN AMBIENTAL	
Limpieza del consultorio	8,42
Limpieza de baños	6,74

gratuitamente métodos anticonceptivos (77%), cómo se previene el VIH/sida (74%), derecho a recibir atención gratuita (73%), dispositivo intrauterino (72%), enfermedades de transmisión sexual (60%), lactancia materna (54%), y derecho a conocer su historia clínica (45%). Menos de la mitad manifestó haber recibido información sobre otros métodos anticonceptivos (cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales, esponjas, diafragma y anticoncepción de emergencia), aborto, violencia, reglamentaciones sobre salud sexual y reproductiva, ligadura de trompas, e infertilidad y esterilidad. Cuando se consultó a las usuarias si la información que habían recibido era la que les hacía falta, el 78% contestó de manera afirmativa.

Las usuarias señalan que hay diferencias en la información ofrecida según el sexo del profesional: el 50% opina que las médicas mujeres brindan más información sobre el uso del preservativo y la participación del varón en las decisiones sobre anticoncepción. El 49% considera que tanto

los médicos varones como las médicas mujeres informan con claridad. No hay una definición tan categórica con respecto a la dedicación para escuchar preguntas y resolver necesidades, ya que el 41% no encuentra diferencias y el 34% opina que las médicas mujeres escuchan más.

La dimensión técnica ofrece una variada gama de evaluaciones. El atributo mejor calificado –y el que ocupa el primer lugar en el ranking– es el tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos, uno de los motivos fundamentales de concurrencia al Programa. En este sentido, quince años después de su puesta en marcha, puede decirse que el Programa está cumpliendo con uno de sus objetivos principales que es la entrega de métodos anticonceptivos. Otro conjunto de atributos referidos a cuestiones administrativas tiene una calificación intermedia y, entre ellos, el tiempo de espera para recibir atención es el que ocupa el último lugar. Las usuarias manifestaron que el tiempo de espera que transcurre desde que llegan al servicio hasta que son atendidas es, en promedio, 1 hora 45 minutos. Respecto del tiempo que pensaban esperar: para el 50% es mayor, mientras que para el otro 50% coincide. En cambio, respecto del tiempo promedio de duración de la consulta –15,6 minutos–, 9 de cada 10 entrevistadas manifestaron que ese tiempo coincidía con sus expectativas previas.

La dimensión ambiental también ofrece contrastes: la buena evaluación de la limpieza de los consultorios contrasta con la mala evaluación de la limpieza de los baños. Otro indicador relevado fue la privacidad: cuatro de cada diez usuarias manifestó no haber tenido privacidad durante la consulta. Si bien no se trata de una gran mayoría, esas usuarias manifestaron que la falta de privacidad (que entre y salga gente del consultorio cuando son atendidas o que no haya lugar para desvestirse sin ser vistas) les molestaba.

En síntesis, las usuarias del Programa se encuentran satisfechas y evalúan positivamente la calidad de la atención ofrecida. Esa evaluación se destaca en todas aquellas situaciones que transcurren entre el momento en que son recibidas e interactúan con el profesional durante la consulta, mientras que es más crítica en todas aquellas situaciones que ocurren desde que ingresan al servicio y esperan hasta que llega el momento de ser atendidas.

Derechos: reconocimiento y posibilidades de ejercicio

Entre los compromisos asumidos por los Estados en El Cairo, posteriormente refrendados y ampliados en las reuniones de seguimiento, figuraba la promoción del ejercicio responsable de los derechos como base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios. En el diagnóstico se abordó esta dimensión relevando información acerca de dos indicadores: el conocimiento sobre el marco legal vigente relacionado con

la salud sexual y reproductiva, así como la noción sobre los derechos sexuales y reproductivos y sus posibilidades de ejercicio.

Se solicitó a las usuarias que indicaran si conocían leyes o reglamentaciones vinculadas a la salud sexual y reproductiva. Sólo el 13% contestó afirmativamente y expresó su conocimiento, mencionando dos de los contenidos de la ley que regula el funcionamiento del Programa monitoreado: el acceso a información y provisión de métodos anticonceptivos y la gratuidad de la atención. Otros contenidos de esa ley, como la atención del embarazo, parto y puerperio, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida o la promoción de la lactancia materna no fueron mencionados por las mujeres.

Con respecto a las nociones de las mujeres sobre los derechos sexuales y reproductivos, el grado de adhesión al reconocimiento de los cinco derechos listados en el cuestionario es prácticamente unánime. Por otro lado, la evaluación de las usuarias acerca de las posibilidades de su ejercicio muestra algunas diferencias importantes entre esos derechos, tal como se observa en el cuadro 2.

La menor brecha entre el reconocimiento del derecho y sus posibilidades de ejercerlo se observa en el derecho relativo al funcionamiento de los servicios de salud –ser consultadas siempre que se les realiza un procedimiento médico–. Este dato refuerza la evaluación positiva sobre la calidad de la atención del Programa, y más específicamente sobre el vínculo entre los profesionales y las usuarias, en la misma dirección de los resultados presentados más arriba.

CUADRO 2
RECONOCIMIENTO Y EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

	Derechos reconocidos	Posibilidad de ejercer derechos	Brecha entre reconocimiento y ejercicio
	%	%	%
Tener la información y los recursos necesarios para tomar decisiones sobre la vida sexual	100	34	66
Tener relaciones sexuales sin temor a quedar embarazadas	99	36	63
Decidir libre y responsablemente si tener o no tener hijos y el número de hijos	99	37	62
Decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales	99	51	48
Ser consultadas siempre que se les realice un procedimiento médico	100	62	38

En cambio, la brecha aumenta en todas las situaciones referidas a la vida sexual y reproductiva. La distancia mayor entre el reconocimiento y el ejercicio del derecho se encuentra en la posibilidad de disponer de recursos e información. En esa dirección, al consultar a las usuarias acerca de los obstáculos para ejercer esos derechos, el 62% contestó que ellos se referían a la falta de información y educación de las mujeres. Ambos resultados destacan la importancia que las usuarias otorgan a su propias dificultades en el manejo de información y a su déficit educativo. A una considerable distancia, otros obstáculos mencionados fueron el desinterés u oposición de la pareja (17%), la falta de acciones del gobierno (11%) y la oposición de la Iglesia (4%). Finalmente, temas tales como el descuido de las mujeres, los problemas económicos y la mala distribución de anticonceptivos fueron escasamente mencionados.

REFLEXIONES FINALES

En el presente artículo se propuso contribuir a la discusión sobre el monitoreo de las políticas públicas en el marco de los compromisos asumidos por los Estados en El Cairo y las reuniones de seguimiento posteriores. Para ello se presentó el diseño de las estrategias empleadas en el monitoreo de la política en salud y derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires y se reseñaron algunos de sus resultados.

En esta sección se caracterizará el estado actual de implementación de esa política pública y se señalarán las lecciones aprendidas.

Los resultados del monitoreo muestran una política pública en situación de avance, dado que se evidencian cambios y señales favorables desde los acuerdos de El Cairo hasta la fecha. La sanción de una ley específica para regular los alcances y el funcionamiento de un programa de salud reproductiva, por un lado, así como los resultados positivos del monitoreo en aspectos clave de esta política (como provisión gratuita de insumos anticonceptivos y calidad de trato e información ofrecida por los profesionales) son claros indicios de una situación sensiblemente mejor. Es importante destacar algunos resultados de cada una de las estrategias utilizadas en el monitoreo que permiten dar cuenta de los avances más significativos.

El análisis de las demandas espontáneas presentadas a la Defensoría, primera estrategia del monitoreo, muestra que este medio es cada vez más utilizado para canalizar pedidos de la ciudadanía relacionados con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Esto puede interpretarse como una ampliación de la conciencia acerca de la exigibilidad de la protección que el Estado debe hacer de estos derechos, y al mismo tiempo, un fortalecimiento de nuevos mecanismos de participación ciudadana. A su vez, durante el proceso de aplicación de esta estrategia, la Defensoría asu-

mió el compromiso activo de protección y promoción de derechos y no sólo de recepción y tramitación de denuncias.

Así, a partir de presentaciones de usuarias de servicios de salud la Defensoría realizó diversas intervenciones. Un ejemplo claro de este “círculo virtuoso” es el caso de la ligadura tubaria: fue el principal motivo de demandas espontáneas de la ciudadanía en el período analizado y, al mismo tiempo, eje de las intervenciones de la Defensoría para garantizar el acceso a este procedimiento. El resultado final de este proceso fue un Consenso de Expertos que sirvió de base para una resolución de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad (874/03) por la cual se estableció que la ligadura tubaria debe ser accesible para las mujeres cuando exista una indicación terapéutica precisa por parte del médico o el equipo interdisciplinario de salud, basada en pronósticos que indiquen un riesgo a la vida o a la salud, y que se realizará con el consentimiento informado de la mujer, sin requerir autorización judicial (Defensoría del Pueblo y CEDES, 2004).

El análisis del pedido de informes, segunda estrategia del monitoreo, muestra que a partir de la sanción de la ley 418/00 aumentó el número de profesionales en el Programa y hubo mayor disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos. La utilización del pedido de informes como estrategia de monitoreo permitió dinamizar la fiscalización de la política pública en un doble sentido. Por un lado, el diseño de una base de datos para cada servicio, por parte de la Defensoría, y la posterior devolución de resultados del pedido de informes permitió a los equipos de salud conocer el estado del Programa en su conjunto y de cada servicio en particular, identificando áreas de avances y de *statu quo*. Que esa devolución sistematizada haya sido encarada por la Defensoría en el marco del monitoreo es un hecho que se debe destacar, ya que la práctica habitual de las agencias gubernamentales en nuestro país es la producción de datos que no son transformados en acciones destinadas a mejorar las políticas y, más aún, son datos que permanecen encerrados en el marco de la clausura comunicacional característica de las burocracias. Por otro lado, la utilización del pedido de informes también permitió a la Defensoría identificar las demandas de los operadores de la política (mayor capacitación y dedicación horaria de los profesionales y del personal administrativo, por ejemplo) y presentarlas a las autoridades sanitarias. Un ejemplo de este nuevo “círculo virtuoso” fue la elaboración de un documento sobre la normativa aplicable respecto de los derechos sexuales y reproductivos y las regulaciones que rigen la práctica médica, que fue distribuido entre los efectores de salud de la red asistencial pública de la Ciudad de Buenos Aires (Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y CEDES, 2003).

Por último, el diagnóstico del Programa, tercera estrategia utilizada, también mostró una situación de avance. Esto se refleja en la buena evaluación que las usuarias hicieron de la calidad de la atención, con énfasis

en la relación profesional-usuaria en todos los indicadores evaluados. Sin embargo, al considerar el papel de las expectativas de las usuarias en el grado de satisfacción, la evaluación positiva del Programa no está exenta de matices: el trato y la información brindada por los profesionales, y la duración de la consulta presentan una concordancia entre las expectativas y los resultados. En contraposición, no hay coincidencia en la evaluación de la privacidad. El tiempo de espera para ser atendidas presenta una situación intermedia, ya que sólo hay coincidencia entre las expectativas y el resultado en la mitad de las usuarias consultadas.

Con relación a los derechos sexuales y reproductivos, el diagnóstico muestra una situación compleja. Por un lado, se trata de una población que desconoce las disposiciones legales que garantizan sus derechos. Por otro lado, esa misma población reconoce que debe existir un conjunto de derechos ligados a la vida sexual y la capacidad reproductiva, pero también es consciente de las dificultades para su ejercicio.

Tal como los resultados del diagnóstico indican, el conocimiento acerca de las normativas legales que garantizan los derechos sexuales y reproductivos no es indispensable para que las usuarias del Programa los reconozcan. Sin embargo, puede pensarse que el desconocimiento del marco legal afecta sus posibilidades de exigir su cumplimiento: si no saben que sus derechos están amparados por la ley y que el Estado tiene la obligación de protegerlos y garantizarlos con un conjunto de prestaciones, mal podrán demandarlos.

Otros factores sociales y culturales, como la falta de autonomía de las mujeres y las desigualdades en las relaciones de género respecto de la vida sexual y reproductiva, por un lado, y las asimetrías de poder entre las usuarias de los servicios de salud y los profesionales, por el otro, también afectan las posibilidades de las mujeres de demandar sus derechos. Cuando las usuarias opinan que su falta de información y educación es el principal obstáculo para ejercer sus derechos, minimizando el desinterés u oposición de la pareja y la falta de acciones del gobierno, están haciendo visible el efecto de ese conjunto de condicionantes.

En síntesis, el Programa cumple la mayor parte de las prestaciones de salud reproductiva que la ley le exige, en condiciones de aceptabilidad por parte de las usuarias. Sin embargo, la insuficiente capacitación que los equipos de salud reciben sobre derechos sexuales y reproductivos y normativas legales relacionadas atenta contra sus posibilidades de encarar las acciones prestacionales, incluyendo la información, desde un enfoque de derechos que contribuya a promoverlos entre la población usuaria.

El modelo comprehensivo de monitoreo recuperó el escenario público-político en el cual se formula, implementa y controla la política. En ese sentido, la inclusión de los actores centrales de este campo social y su interacción durante el proceso potenciaron el impacto del monitoreo. Así,

cada uno de ellos, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad, los proveedores de servicios, las usuarias, las ONG de promoción y defensa de derechos de las mujeres, y una institución académica, pusieron en juego sus intereses, necesidades y recursos, haciendo del monitoreo no sólo un proceso de control sino también una intervención de incidencia.

En este marco, las lecciones aprendidas durante el proceso son varias.

La asociación entre las herramientas de control disponibles para un organismo como la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y la expertise técnica de una institución con visibilidad pública, como el CEDES, dio legitimidad pública al proceso de fiscalización de la política y contribuyó a una buena aceptabilidad entre las autoridades del Programa y los jefes y profesionales de los servicios.

La iniciativa y el liderazgo de la Defensoría en este proceso sentó las bases de una experiencia que mostró la capacidad para controlar e incidir sobre la política pública de este nuevo organismo de la arquitectura institucional democrática argentina (Saba y Böhmer, 2000). Respaldada en la experiencia de otros países de América latina acerca de la eficacia de este tipo de institución para la promoción y defensa de los derechos humanos de las mujeres, la experiencia del monitoreo realizado contribuyó en esa dirección y podrá ser utilizada por otras Defensorías en el futuro.

Las estrategias seleccionadas mostraron su eficacia para identificar necesidades y asignar prioridades. Valgan algunos ejemplos. El análisis de las demandas espontáneas de la ciudadanía (estrategia 1) permitió identificar los problemas de la población y orientar la asignación de prioridades para las decisiones políticas de la Defensoría respecto de las áreas necesarias para intervenir, como fue en el caso de la ligadura tubaria antes descrito. También el análisis del pedido de informe (estrategia 2) fue útil para identificar necesidades de los servicios en materia de promoción de derechos y capacitación. La elaboración del material de difusión relativo a la normativa de derechos sexuales y reproductivos y los talleres de capacitación realizados por la Defensoría en los servicios son otros ejemplos de asignación de prioridades de intervención.

La utilización de diversas fuentes e instrumentos de relevamiento de información en el diagnóstico (estrategia 3) permitió comparar las visiones de los jefes de servicios, de los equipos de salud y de las usuarias sobre las dimensiones que fueron objeto del monitoreo. Aun cuando por razones de espacio en este artículo no se ha presentado la totalidad de los resultados del diagnóstico, vale resaltar que la concordancia observada entre las apreciaciones tanto de profesionales como de usuarias sobre los obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos –la falta de educación e información de las mujeres– muestra la necesidad de diseñar intervenciones para ambas poblaciones, dirigidas a desmontar este argu-

mento estereotipado. Por otro lado, la discordancia observada entre profesionales y usuarias respecto de la información ofrecida y recibida respectivamente, también alerta sobre la necesidad de intervenir: el 88% de los profesionales dijo informar sobre anticoncepción de emergencia contra el 24% de las usuarias; el 92% de los profesionales dijo informar sobre violencia contra el 35% de las usuarias.

La transferencia de los instrumentos de monitoreo y de incidencia a organizaciones de la sociedad civil a través de talleres de capacitación y la elaboración y el desarrollo de proyectos con supervisión de la Defensoría y del CEDES permitió fortalecer sus capacidades técnicas y consolidar una red de organizaciones que contribuirán a la sustentabilidad del control ciudadano de las políticas públicas.

Para concluir, el monitoreo fue una experiencia positiva que dio como resultado un modelo de trabajo, así como una línea de base y valores de referencia de un conjunto de indicadores sobre el estado de implementación de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos, que serán de utilidad para iniciativas que evalúen las situaciones de avance y retroceso en el futuro. También fue una experiencia positiva que hizo posible la asociación política de instituciones de diversa naturaleza, ensayando un escenario novedoso para la promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos en la Argentina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad Yupanqui, M. (1999): “Garantías constitucionales y derechos de las mujeres: Defensoría del Pueblo, hábeas y amparo”, en A. Facio y L. Fries (eds.), *Género y Derecho*, Santiago de Chile, LOM Ediciones, págs. 371-405.
- Althabe, F.; Belizán, J.; Villar, J. *et al.* (2004): “Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: a cluster randomised controlled trial”, en *The Lancet* (363), págs. 1934-1940.
- Área Salud, Economía y Sociedad del CEDES (2003): “La salud y los derechos sexuales y reproductivos: 2000-2003, un período de avances y retrocesos”, en *Derechos humanos en la Argentina. Informe 2002-2003*, Buenos Aires, CELS.
- Bruce, J. (1998): “Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo”, en *Documentos de Trabajo 21*, México D.F., Population Council.
- CEPAL, Comité Especial de Población y Desarrollo (2004): *Conmemoración del Décimo Aniversario de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: acciones emprendidas para la implementación del Programa de Acción en América Latina y el Caribe*.
- Cesilini, S. y Gherardi, N. (2002): *Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina*, Buenos Aires, Banco Mundial.
- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y CEDES (2003): *Ciudadanía y Sexualidad*, Buenos Aires.

- Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y CEDES (2004): *Manual para Organizaciones de la sociedad civil*, Buenos Aires.
- Donabedian, A. (1966): "Evaluating the quality of medical care", en *Miltbank Memorial Fund Quarterly*, 44, págs. 166-206.
- Donabedian, A. (1990): "Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio", en *Perspectivas en Salud Pública*, México, Instituto de Salud Pública.
- Encuesta de disponibilidad de servicios de planificación familiar (EDIS), Perú, 1992, citado en Consorcio Mujer (1998), *Calidad de atención en la salud reproductiva. Una mirada desde la ciudadanía femenina*, Perú.
- Family Care Internacional (1999-2000): *Enfrentando el desafío de Cairo. Aprendizajes y acciones futuras*, Nueva York, Family Care Internacional, cap. III, "Ampliar el contenido y diversidad de los servicios de salud reproductiva", sección 4, pág. 10.
- Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. (2000): *Manual para evaluar la calidad de atención desde una perspectiva de género*, Nueva York.
- Foltz, A. (1996): "The policy process", en K. Janovsky (ed.), *Health policy and systems development: an agenda for research*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas en Venezuela (2003): *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, 1º de julio de 1999, Caracas.
- Gogna, M.; Romero, M.; Ramos, S.; Petracci, M. y Szulik, D. (2002): "Abortion in a restrictive legal context: The views of Obstetrician-Gynaecologists in Buenos Aires, Argentina", en *Reproductive Health Matters*, vol. 10, N° 19, págs. 128-137.
- Kingdon, J. (1995): *Agendas, alternatives and public policies*, Nueva York, Harper Collins.
- Langer, A. et al. (1998): "Conceptual bases and methodology for the evaluation of women's and provider's perception of the quality of antenatal care in the WHO Antenatal Care Randomised Controlled Trial", en *Paedriatric and Perinatal Epidemiology*, (12) suplemento 2.
- Matamala, M. I. (1998): "Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services", en *Reproductive Health Matters*, vol. 6, N° 11.
- Mercer, R.; Ramos, S.; Szulik, D. et al. (2001): "The need for youth-oriented policies and programmes on responsible sexuality in Argentina", en *Reproductive Health Matters*, vol. 9, N° 17, págs. 184-191.
- Naciones Unidas (1995): *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, realizada en El Cairo, del 5 al 13 de septiembre de 1994. Nueva York, Principio 8, pág. 11 y cap. VII, "Derechos reproductivos y salud reproductiva", Medidas 7.6., pág. 38.
- OMS (2001): *Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva*, traducido por el CEDES, Buenos Aires.
- Petracci, M.; Ramos, S.; y Romero, M. (2002): "Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-ute-

- rino”, en Informe final de investigación Partners for Appropriate Technology in Health (PATH).
- Petracci, M. (2003): “Calidad total en la atención de la salud: las perspectivas del equipo médico y de los usuarios”, Informe final de investigación, Beca Conarpris, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Ramos, S.; Gogna, M.; Petracci, M.; Romero, M. y Szulik, D. (2001): *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES.
- Reich, M. (1996): “Applied political analysis for health policy”, en *Current Issues in Public Health*, vol. 12, N° 4, págs. 186-191.
- Reyes Zapata, H.; Cuevas, M. L.; Robledo, C. et al. (1999): “Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género”, en *Documento de Trabajo 29*, México D.F., Population Council.
- Saba, R. y Böhmer, M. (2000): “Participación ciudadana en la Argentina: Estrategias para el efectivo ejercicio de los derechos”, en M. Abregú y S. Ramos (eds.), *La sociedad civil frente a las nuevas formas de institucionalidad democrática*, Buenos Aires, CEDES-CELS.
- Valdés, T. (coord.) (2001): *El índice de compromiso cumplido - ICC. Una estrategia para el control ciudadano de la equidad de género*, Santiago de Chile, FLACSO Chile.
- Vitale, A. (1992): “La planificación de los nacimientos: ¿una propuesta pública a mitad de camino?”, en *Cuadernos Médicos Sociales*, 59, págs. 19-25.
- Walt, G. y Gilson, L. (1994): “Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis”, en *Health Policy and Planning*, vol. 9, N° 4, págs. 353-370.
- Zamberlin, N. (2000): “New reproductive health law, Buenos Aires, Argentina”, en *Reproductive Health Matters*, vol. 8, N° 16, pág. 185.

EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: DESAFÍOS IDEOLÓGICOS E INSTITUCIONALES. EL CASO DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. COSME ARGERICH" Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA¹

Andrea Daverio

INTRODUCCIÓN

En la historia de las mujeres occidentales es relativamente reciente el estudio de la reproducción y del cuerpo de las mujeres no ya como vehículo de control demográfico o asociado a la salud infantil sino como ejercicio de un derecho humano. El siglo XX fue testigo privilegiado de los cambios de paradigma en su abordaje como problema social y político. En América latina el modelo demográfico del control de la natalidad fue sustituido por el de la planificación familiar para luego ser interpelado por un nuevo paradigma de salud sexual y reproductiva orientado por la equidad entre los géneros y la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos (Langer, 2001; Hardy, 2001; Checa, 2003b).

El nuevo paradigma de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y de derechos implica una visión integral según la cual los hombres y las mujeres tienen el derecho a disfrutar de su sexualidad satisfactoriamente y sin riesgos, independientemente de sus decisiones en materia reproductiva. Supone la reivindicación del derecho a resolver acerca de todos los aspectos relacionados con la procreación, y del derecho a disponer de información y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en los cuales se aborden problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de acuerdo con sus necesidades específicas. El respeto de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos se asocia de manera indisoluble a la equidad de género en el control autónomo y libre del propio cuerpo y la sexualidad de varones y mujeres (Scott, 1999; Gysling, 1993; Petchesky, 1984; Langer, 2001; Hardy, 2001; Checa, 2003a; Dixon-Mueller, 1999, Corrêa y Petchesky, 1994). Desde estos supuestos el nuevo paradigma *cuestiona* los fun-

1. Este artículo fue escrito en marzo de 2006.

damentos sobre los cuales estuvo (está) asentado un enfoque biomédico tradicional de la salud reproductiva para el cual la sexualidad humana no es una dimensión ligada a la plenitud y la salud; la salud sexual y la salud reproductiva no son derechos humanos; el género de las personas no es considerado una variable fundamental tanto en su experiencia vital como en las relaciones entre los mismos; y, por último, no guarda relación con la ciudadanía. Este modelo tradicional responde a una cosmovisión patriarcal que interpreta el mundo a través de la mirada y las necesidades de un varón blanco, urbano y heterosexual, sin posibilidad de contemplar la diversidad (Zurutuza, 1998; Fraser, 2002; Durand y Gutiérrez, 1998; Cook, 1997). Si bien la legitimidad de este modelo ha sido y es fuertemente cuestionada por los movimientos feministas, y los organismos internacionales se han pronunciado a favor de un cambio en ese sentido, es pertinente explorar sobre su presencia en las políticas y los servicios de salud reproductiva.

El enfoque de género remite al cuerpo teórico que permite analizar tanto las normas e instituciones como las representaciones, significados y prácticas que las sociedades y las personas construyen a partir de las diferencias biológicas (Moser, 1991; Guzmán, 2002). En su aplicación al campo de las políticas públicas permite no sólo identificar las causas y los mecanismos institucionales y culturales que estructuran la desigualdad, sino diseñar e implementar estrategias orientadas por la equidad de género. A los efectos de abordar de manera integral las desigualdades de género, distintas estrategias de transversalización permiten actuar de manera simultánea y coordinada en diferentes áreas del Estado en el campo de las políticas públicas. Se trata de procesos complejos que implican lograr el compromiso de la voluntad política de quienes deciden y ejecutan las políticas, generar espacios de debate en las instituciones, introducir en la práctica el análisis de la información incluyendo la perspectiva de género, generar herramientas como los indicadores de género, que operacionalicen esta perspectiva en el Estado, entre otras. En los mismos los Estados cumplen importantes funciones por acción y/u omisión a través de la formulación y ejecución de las políticas públicas (Guzmán, 2001, 2002; Incháustegui Romero, 2000; Herrera, 2002; Loría, 2002).

Este artículo se propone reflexionar sobre la presencia de este paradigma no sólo en la *retórica* del diseño de las políticas sino también en sus *prácticas* más concretas a través de la implementación de programas en servicios públicos de salud reproductiva. Para ello, luego de revisar sucintamente las orientaciones discursivas de las políticas y programas que dan cuenta de la posición del Estado en el tema, se aborda la puesta en marcha de la política a través de cuya implementación emerge el universo de prácticas de las instituciones que las llevan adelante.² En este pasaje del discurs-

2. Este trabajo aborda algunas cuestiones de la tesis de la autora de este artículo (2005):

so a los hechos intervienen diversos factores que, como obstáculos o facilitadores –oportunidades– están presentes en el proceso de implementación. Políticos, ideológicos, culturales, socioeconómicos o materiales emergen ya en los aspectos organizativos y operativos del Programa, ya en la interacción de las percepciones entre los profesionales y las usuarias. En las páginas siguientes se explorarán solamente las características de la implementación del Programa.

En la Argentina –al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos– se asiste desde las transiciones democráticas de los años ochenta en adelante a un proceso de construcción de nuevos problemas públicos en torno a la desigualdad de género. La instalación del debate en la sociedad argentina en los noventa sobre sexualidad, reproducción y derechos supuso un corrimiento de la temática desde los márgenes al centro de la agenda pública (Brown, 2004). Si bien se registran avances legislativos importantes en la materia, los debates en torno a la instalación de la educación sexual en las escuelas públicas o el aborto demuestran la vitalidad de una pugna entre posiciones encontradas en el campo de la salud reproductiva: a) una visión restrictiva, representada por los sectores más conservadores y las jerarquías eclesiásticas, contrarias a las políticas de salud reproductiva, a favor de la defensa de la vida desde la concepción, y según la cual la mujer es un instrumento de la voluntad de Dios (Gutiérrez 1997, 2002); b) una visión de la salud sexual y reproductiva, representada por los movimientos de mujeres y sectores políticos progresistas, asociada a la expresión de la libre elección como derecho humano que los Estados deben respetar, promover y proteger. En el medio de este conflicto dicotómico parece asomar una posición intermedia –discursivamente cercana a la segunda visión–, que encuentra su límite en la defensa del derecho a la libre decisión de su cuerpo por parte de las mujeres a través de la legalización del aborto.

En la primera parte se presenta una revisión rápida de los cambios y las continuidades de la política pública de salud reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires entre 1987 y 2004, esto es, desde la instalación del Programa de Procreación Responsable (PPR) en 1987 hasta la aplicación de la ley 418 de Salud Reproductiva (2000) y su transformación en el actual Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PSRPR). En la segunda parte, a través de un estudio de caso de cinco servicios del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y su área programática incorporados al PSRPR, se analiza el pasaje de la *retórica* a la *práctica* a través de la implementación del Programa.

“Entre la ‘retórica y la práctica’: salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en la Ciudad de Buenos Aires (1987-2004)”, Maestría en Políticas Públicas y Gerenciamiento del Desarrollo, UNSAM/Georgetown University.

En la implementación de las políticas a través de acciones y prácticas concretas pueden aparecer problemas que atenten de un modo u otro contra las orientaciones de la misma, en este caso, el paradigma de salud sexual y reproductiva.³ Siguiendo a Langer (2001, págs. 135-149) en el tránsito *de la retórica* de una política pública *a la práctica* de los programas de salud reproductiva pueden actuar obstáculos o “barreras”, como prefiere la autora. En este trabajo se explora la presencia de dos tipos de obstáculos: a) programáticos y operativos, referidos tanto al diseño del Programa como a la organización de su implementación; b) ideológicos y de género referidos a la conceptualización de la salud sexual y reproductiva vigente en los servicios, el abordaje de la sexualidad en los mismos, la presencia de un enfoque de género y de derechos en las prácticas de los servicios.

1. CAMBIOS Y PERMANENCIAS DE LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD REPRODUCTIVA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

1.1. *El Programa de Procreación Responsable*

El diseño de una política en relación con sus aspectos cognitivos y su filosofía general, sus orientaciones y los caminos para alcanzarlos, puede sufrir modificaciones más o menos formales en función de los cambios en el contexto y los movimientos de las posiciones del Estado sobre la cuestión. El tránsito de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires desde el Programa de Procreación Responsable al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable es un buen ejemplo. En efecto, en la Ciudad de Buenos Aires la salud reproductiva se instaló temprano en el debate público –en comparación con otras jurisdicciones del país–, ingresando también antes en la agenda pública. En el ámbito de la Secretaría de Salud, en 1988 la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires inició el primer Programa de Procreación Responsable en el país (Vitale, 1992; López y Findling, 2003, págs. 139-165; PPR, 1987). Este Programa nace como un programa médico ligado a la planificación familiar y aún en la actualidad se trata de un programa profundamente medicalizado. Fueron sus piezas fundamentales, el Estado y un conjunto de profesionales de la salud, en el marco del contexto político, social, cultural e ideológico vigente en el país en el momento. En sus fundamentos, el concepto de “procreación responsable” se asocia a cuatro ideas: la regulación del período intergenésico; evitar tener hijos no deseados; el ejercicio

3. Subirats (1998), O’Toole (1993).

de una sexualidad plena sin temor al embarazo; la adecuación del tamaño de la familia a las posibilidades reales de cada pareja; la disminución de niños abandonados o maltratados, y evitar el aborto “criminal” (sic). Fue pensado para funcionar en los hospitales municipales y efectores de sus áreas programáticas, con grupos de trabajo interdisciplinarios. En el documento inicial no está prevista otra fuente de recursos tanto humanos como físicos que no provengan de los propios hospitales municipales. Esto significa que se trata de un programa que nace sin una asignación presupuestaria propia, lo cual tiene consecuencias sobre su desarrollo futuro. De lento crecimiento, el PPR no dispuso desde el comienzo de una planificación de los tiempos y mecanismos de incorporación de nuevos efectores. En consecuencia, quedó librado a la casuística y lejos de la previsión en materia de política pública. Según las primeras evaluaciones realizadas sobre el PPR, fueron varios los problemas presentes en los primeros tiempos (1992, 1996). Los mismos pueden ser abordados desde la mirada de las barreras que obstaculizaron el funcionamiento del Programa. La primera *barrera* fue sin duda *programática*: uno de los principales obstáculos en los inicios fue la carencia de una partida presupuestaria asignada específicamente al PPR. En efecto, como se aludió anteriormente, éste nació sin una partida presupuestaria asignada al mismo. Posteriormente, se estableció que el primer millón de pesos de la lotería nacional sería destinado a este Programa.⁴

Se trata entonces de un programa que nace sin insumos, sin marco legal e “inserto en una estructura inexistente”.⁵ Así, la provisión de recursos humanos y horas de atención dependía –aún en la actualidad– de cada hospital. Éste es un hecho de especial relevancia en la medida en que el funcionamiento del Programa queda indisolublemente asociado a los criterios de cada director de hospital, cada jefe de servicio, en términos de prioridades y de orientaciones ideológicas. Esta circunstancia emerge con claridad en el estudio de los servicios del PPR en el Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y los efectores de su área programática que serán analizados en la segunda parte de este trabajo. Una de las principales dificultades de este Programa desde sus inicios ha sido la falta de homogeneidad en sus orientaciones pautada por la carencia de un equipo propio (López y Findling, 2003, pág. 152). El otro aspecto que emerge de estas primeras evaluaciones remite a los médicos que llevan adelante la atención en el PPR, su formación y concepciones en materia de anticoncepción y salud reproductiva. El PPR no previó como tal la formación

4. Decreto nacional 1.772/992 B.O. 28-09-92 (financiación del PSRPR). Ordenanza 47.731 B.M. 19.862, publ. 06-09-94.

5. Entrevista a la Coordinadora del Programa.

específica de recursos humanos para la atención en el tema. Esto significa que la atención de la demanda en “procreación responsable” se incorporó como una tarea más a las realizadas cotidianamente por los profesionales de la salud, según los disímiles criterios de cada hospital y sus jefes de servicio y de cada profesional.

1.2. *Nuevo marco legal*

En la nueva Constitución de la Ciudad de Buenos Aires –1996– se incorporaron innovaciones en materia de salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos (artículo 37º). Si bien los mismos son reconocidos, llama la atención la inclusión de referencias a la *protección de la familia* como si se tratara de una cuestión relacionada con el ejercicio de los primeros. Luego de la aprobación de la Constitución fueron sancionadas otras normas que suponen importantes contribuciones al establecimiento de un marco legal en la materia. En 1998 fue aprobada la Ley Básica de Salud (153), en 1999 la ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, y en 2000 fue aprobada la ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, que reconoce los DDSS y DDDR. Si bien la ley establece y garantiza estos derechos como derechos humanos, con el doble respaldo de la Constitución Nacional y la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, son necesarias políticas públicas que garanticen su respeto y vigencia y coadyuven a la toma de conciencia por parte de los ciudadanos de la exigibilidad de esos derechos.

En suma, la Ciudad de Buenos Aires dispone en materia de salud reproductiva de un marco legal amplio, que –con las limitaciones señaladas– garantiza a las personas el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

1.3. *El Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable*

Los cambios que estaba procesando la sociedad en el campo de la salud reproductiva –una de cuyas expresiones se encuentra en el nuevo marco legal– también permearon el PPR. El primer signo fue el cambio de nombre. En el año 2001 pasó a llamarse Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. No hay ningún documento oficial de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires a través del cual el Estado haya transmitido en forma explícita y pública –además del marco legal vigente– sus nuevas orientaciones al estilo del inicial programa de PPR. No obstante, como será analizado a continuación, puede interpretarse como un acercamiento a un nuevo paradigma de salud reproductiva.

A partir de entonces se inicia un proceso de “reformulación”⁶ –que continúa en la actualidad– en el cual conviven algunos componentes del diseño del PPR con las nuevas orientaciones del PSRPR, ya que este último se desarrolla sobre parte de la estructura del viejo programa. Esto significa que el PSRPR sigue funcionando con los recursos presupuestarios asignados al PPR exclusivamente para insumos, sin una estructura propia ni recursos humanos propios y sin una asignación presupuestaria que permita transformar esta situación. En los efectores de salud continúa funcionando sobre los recursos humanos y las horas de atención que cada hospital o centro de salud dispongan con las consiguientes heterogeneidades.

Al cambio de nombre le siguieron otras transformaciones. A fines de 2002, a instancias de un cambio en la coordinación se propusieron un conjunto de metas para el año siguiente orientadas a la superación de aspectos deficitarios del mismo. Entre ellas figuran: mejorar la comunicación con los efectores; agilizar el funcionamiento de todos los engranajes de distribución de insumos desde su pedido, compra y entrega; optimizar los mecanismos de obtención de información estadística; realizar acciones de capacitación para los profesionales afectados al Programa, con particular énfasis en su marco legal e incrementar las tareas de difusión de la información y, continuar con el proceso de incorporación de nuevos efectores, como los hospitales monovalentes de salud mental y el Hospital Muñiz, así como los tocoginecólogos del Plan Médicos de Cabecera, y los servicios de adolescencia que aún se encuentren fuera del Programa.^{7,8} Los cambios en las orientaciones del Programa se inscriben en una presencia más explícita del enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos.

Con relación a los *recursos humanos* “propios”, el PSRPR dispone de un equipo reducido de profesionales, una de ellas como Coordinadora del mismo y dos funcionarios administrativos, ninguno de ellos financiados por el Programa sino por la Secretaría de Salud. La organización del pedido, adquisición y distribución de los insumos de métodos anticonceptivos se realiza a partir de un circuito según el cual cada efector solicita mensualmente –mediante una planilla que envía al Programa– los tipos y las cantidades de MAC requeridos. En la provisión de insumos, el PSRPR

6. Informe Programa Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Licenciada Gabriela Perrotta, junio de 2003.

7. Informe Programa Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Licenciada Gabriela Perrotta, junio de 2003.

8. El Programa se encontraba presente en los siguientes *efectores*: todos los hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires (13); la Maternidad Sardá; los Hospitales de Niños (2); todos los Centros de Salud y Acción Comunitaria dependientes de las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales; el Hospital Tobar García, el Hospital Borda y el Hospital Muñiz; algunos servicios de adolescencia de los hospitales generales, y tocoginecólogos del Plan Médicos de Cabecera.

además de disponer de los que compra con sus recursos presupuestales, recibe los insumos enviados por el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación por el Programa Nacional. Para el intercambio de información acerca de la marcha del Programa con los efectores se realiza una reunión mensual el primer jueves de cada mes con el equipo de coordinación del programa.

El Programa ha organizado el funcionamiento de comisiones de trabajo en las cuales coordinan algunas acciones los efectores. Ellas son: la Comisión de información y educación y la Comisión de adolescencia. Es importante destacar el carácter novedoso de la mención explícita desde la Coordinación del Programa de acciones especialmente orientadas a los adolescentes como población objetivo del Programa y de la disposición a incorporar la atención en salud reproductiva a otros servicios de adolescencia. Se trata de una acción a través de la cual deliberadamente se promueven el cumplimiento del marco legal vigente y el respeto de los derechos a la salud de los adolescentes así como de sus derechos sexuales y reproductivos.

Las nuevas metas recogen viejas demandas de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, indicadas como obstáculos programáticos o ideológicos desde los primeros diagnósticos y primeras evaluaciones. Es el caso de la necesidad de capacitar a los efectores para mejorar la calidad de atención del servicio.⁹

A partir de la entrada en vigencia de la ley 418 se desarrollaron diferentes estudios de control sobre el grado de cumplimiento de la norma así como las debilidades y fortalezas del Programa. La emergencia del proyecto Ciudadanía y Sexualidad de monitoreo ciudadano en el ámbito de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires es parte de este proceso.^{10,11}

La Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires fue otro organismo público que llevó adelante un estudio con el objetivo de evaluar el grado de cumplimiento de los fines y objetivos de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el período 2000-2001, a través de un análisis de gestión del PPR. Entre sus observaciones más relevantes a la Coordinación del Programa, se encuentran: 1) falta de continuidad en el abastecimiento de insumos; 2) falta de cumplimiento de la ley en todos los

9. Puede consultarse Checa (2003b).

10. En virtud de que uno de los trabajos incluidos en esta publicación refiere en particular esta temática, se omite su abordaje.

11. La revisión del instrumento de relevamiento de información y las acciones del mismo fueron desarrolladas para el año 2002 por el CEDES/Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires (2003), *Programa Ciudadanía y Sexualidad, Capacitación a organizaciones de la sociedad civil, Manual de apoyo al curso presencial*, págs. 61-62.

efectores (no se registran servicios de procreación responsable en los consultorios de urología, y en los hospitales generales de agudos funciona solamente en los consultorios de tocoginecología; 3) falta de políticas con relación a la aplicación y el diseño de herramientas de registro y evaluación de las actividades del PPR (falta de información estadística y desconocimiento de la población bajo el Programa); 4) falta de difusión de la oferta (no se garantiza el acceso a los varones en los servicios que funcionan sólo en consultorios de ginecología y obstetricia); 5) falta de coordinación con los efectores en la actualización de las normas; 6) falta de políticas de capacitación y sensibilización del personal de salud (no se registraron actividades de capacitación en 2000 y una actividad en 2001).

Como se desprende de la lectura de ambos estudios, dos organismos de contralor del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires realizaron estudios de control, evaluación y monitoreo casi en el mismo período en el que se procesó el cambio de coordinación y orientación del Programa. En el caso del informe de la AGCBA cabe remarcar que siendo el objetivo evaluar el grado de cumplimiento de la ley 418, la única alusión a la equidad de “género” –sin mencionarla como tal– se relaciona con la falta de servicios para varones, no formulándose ninguna observación en relación con la falta de mecanismos de empoderamiento de las usuarias en sus derechos sexuales y reproductivos.

En síntesis, en la Ciudad de Buenos Aires se han experimentado avances sustantivos en materia de salud reproductiva y derechos sexuales y reproductivos en el período estudiado. Con los límites ya analizados –ilegalidad y penalización del aborto– se dispone también de un marco legal amplio tanto para la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva en adultos y adolescentes como para el respeto a los derechos sexuales y reproductivos. El tránsito desde el PPR al PSRPR es expresión del comienzo de un cambio de paradigma de salud reproductiva hacia la inclusión del enfoque de género y de derechos. En esta transición se observa un cambio importante hacia su aplicación en los servicios de la Ciudad de Buenos Aires, así como un compromiso importante de sus autoridades en igual sentido. En ese camino, concomitantemente también se observan obstáculos programáticos y operativos relacionados con el diseño inicial del PPR sobre el cual continúa funcionando el PSRPR.

2. EL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “DR. COSME ARGERICH” Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA

En las siguientes líneas, este trabajo se interna en la implementación del PSRPR a través de un estudio de caso de cinco servicios del Hospital

General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y de su área programática incorporados al PSRPR a los efectos de explorar, a través del *estado en acción*, algunos de los caminos del pasaje de la *retórica* a la *práctica*. Siguiendo este horizonte de análisis se busca identificar tanto los obstáculos que operan en el funcionamiento del Programa en los servicios seleccionados como las oportunidades para la vigencia de un paradigma de salud reproductiva con un enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos. Se propone un estudio de caso de cinco de los servicios del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y su área programática integrados al PSRPR. El cuadro 1 permite identificar el tipo de servicio (intra o extrahospitalario), las dependencias donde están insertos y el tipo de demanda (adultas o adolescentes).

El estudio de caso incluye cinco servicios: a) el Consultorio de Salud Reproductiva (Adultas) y el Servicio de Adolescencia; b) el Centro de Salud N° 15, las tocoginecólogas del Plan Médicos de Cabecera y el Cen-

CUADRO 1
EL PSRPR EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS “DR. COSME ARGERICH”
Y ÁREA PROGRAMÁTICA

	Servicios intrahospitalarios		Servicios extrahospitalarios			
Dependencia	Dirección del Hospital	Dpto. Materno	Área programática			
	Dpto. Cirugía	Infanto Juvenil				
	Div. Ginecología					
Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable	Consultorio de Salud Reproductiva (adultas)	Servicio de Adolescencia	CESAC N° 9	CESAC N° 15	Tocoginecóloga(s) PMC	CMB N° 10

Fuente: elaboración propia.¹²

12. El conjunto seleccionado no tiene la pretensión de constituir una “muestra” del universo de efectores adheridos al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Se trata de un universo heterogéneo marcado por una serie de factores, entre los que se encuentran las especificidades de cada institución y las características de cada equipo de trabajo, entre otras. Tampoco es el objetivo realizar un estudio comparativo, ya que los servicios seleccionados forman un solo caso. No obstante, la emergencia en el análisis de diferencias entre los servicios permite reflexionar al final en esos términos.

tro Médico Barrial N° 10. En su diseño se han articulado diferentes criterios, entre los que se encuentran la presencia de diferentes tipos de efectores y servicios (hospital, centro de salud, centro médico barrial, tocoginecólogas del Plan Médicos de Cabecera); la atención de adolescentes, y c) antigüedad (espacio de tiempo que permita observar un servicio antes y después de la ley 418). En cada uno de los servicios fueron analizados los siguientes tópicos: a) orígenes y evolución del PSRPR en el servicio; b) organización del servicio (infraestructura, recursos humanos y atención); c) interacciones del servicio con la institución, las usuarias y la comunidad; d) abordaje de género y de derechos sexuales y reproductivos. El cuadro 2 presenta una síntesis comparada de los resultados de la indagatoria con los obstáculos y oportunidades identificados.

3. RETRATO DE LA SALUD REPRODUCTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS "DR. COSME ARGERICH"

El Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich –uno de los más antiguos de la ciudad– se encuentra ubicado en el barrio de La Boca, zona sur de la Ciudad de Buenos Aires. Su radio de cobertura asistencial abarca la zona sudeste de la ciudad que comprende los barrios de La Boca, San Telmo y parte de los barrios San Nicolás, Montserrat, Constitución y Barracas, una de las zonas más antiguas de la ciudad. A ello se suma la atención de una alta demanda del área sur del conurbano bonaerense (Avellaneda, Quilmes, etc.). Se trata de un hospital de alta complejidad con todas las especialidades e integrado a través de la docencia y la investigación a la estructura de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

En el cuadro 2 se presenta un resumen de la información relevada en el estudio de caso:

A partir del análisis de la implementación del PSRPR en los servicios seleccionados se observa que algunos aspectos son *oportunidades* que propician o facilitan el desarrollo del Programa en los términos analizados en este estudio, en medio de una marcada heterogeneidad. Dentro de ellos algunos son comunes a todos los servicios y otros específicos de cada uno. Entre los primeros pueden señalarse: la voluntad política y el compromiso político de las autoridades con los servicios de salud reproductiva; la orientación programática de los servicios hacia la salud sexual y reproductiva; la buena predisposición de los profesionales para la tarea; la buena comunicación con la Coordinación del PSRPR, y la buena disponibilidad –cantidad y variedad– de MAC.

Además, en el caso del Consultorio de Salud Reproductiva se agregan: la reorganización y jerarquización institucional del servicio y la produc-

CUADRO 2
EL PSRPR EN CINCO SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS
“DR. COSME ARGERICH” Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA

	Intrahospitalarios		Extrahospitalarios	
	Consultorio de Salud Reproductiva	Servicio de Adolescencia	CESAC N° 15	Tocoginecólogos PMC CMB N° 10 ¹
Ubicación institucional	Departamento de Cirugía/ División de Ginecología	Departamento Materno Infanto Juvenil	Área Programática	Área Programática
Infraestructura	Insuficiente Inadecuada	Aceptable	Insuficiente Inadecuada	Insuficiente Inadecuada
Recursos humanos	Grupo de profesionales médicos	Equipo de profesionales interdisciplinario	Equipo de profesionales interdisciplinario	Grupo de profesionales médicos
	Cantidad insuficiente			
	Falta personal administrativo			
	Buena predisposición para la tarea			
Disponibilidad de MAC	Muy buena en cantidad y variedad			
Mecanismos de captación de la demanda	Espontánea			
Registro de información	Historia clínica	Historia clínica	Historia clínica modificada Fichero cronológico	Historia clínica
Coordinación intrahospitalaria	No se registran mecanismos institucionales de coordinación Contactos informales e irregulares entre los profesionales de los servicios			
Comunicación con la coordinación del PSRPR	Buena. Asistencia a las reuniones mensuales de efectores			
Orientación programática de los servicios	Salud sexual y reproductiva			

CUADRO 2 (cont.)
 EL PSRPR EN CINCO SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS
 “DR. COSME ARGERICH” Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA

	Intrahospitalarios		Extrahospitalarios	
	Consultorio de Salud Reproductiva	Servicio de Adolescencia	CESAC N° 15	Tocoginecólogos PMC CMB N° 10 ¹
Enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos	Presencia irregular en el discurso de los profesionales	Presencia en el discurso de los profesionales y en los contenidos de los talleres de sala de espera como actividad	Presencia en el discurso de los profesionales y en los contenidos de los talleres de salud reproductiva	Presente en el discurso de los profesionales
	No se registran actividades específicas de promoción, concientización y empoderamiento de adolescentes y adultos			
	No se registran actividades específicas en la introducción del enfoque de equidad de género en las prácticas			
Actividades de información y promoción sobre DDSSyRR con usuarias	No se registran	Talleres ²	Talleres	No se registran
Oportunidades	Voluntad política y compromiso político de las autoridades con los servicios de salud reproductiva			
	Orientación programática de los servicios: salud sexual y reproductiva			
	Buena disponibilidad de MAC			
	Buena comunicación con la coordinación del PSRPR			
	Buena predisposición de los profesionales para la tarea			
	Reorganización y jerarquización institucional del servicio	Modelo de atención de “oportunidades perdidas”	Enfoque de la atención como “oportunidad histórica”	Dinámica de atención en escala de consultorio particular
	Producción de información sobre el perfil de la demanda y calidad de atención	Equipo de trabajo interdisciplinario Investigaciones y producción de información Talleres de sala de espera ³	Fichero cronológico de seguimiento Equipo de trabajo interdisciplinario Investigaciones y promoción de información Talleres Trabajo extramural	

CUADRO 2 (cont.)
 EL PSRPR EN CINCO SERVICIOS DEL HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS
 “DR. COSME ARGERICH” Y SU ÁREA PROGRAMÁTICA

	Intrahospitalarios	Extrahospitalarios
	Consultorio de Salud Reproductiva	Servicio de Adolescencia CESAC N° 15 Tocoginecólogas PMC CMB N° 10 ¹
Obstáculos programáticos	<p>Debilidad institucional del PSRPR</p> <p>Ausencia de mecanismos institucionalizados de formación y capacitación en salud sexual y reproductiva, género y derechos sexuales y reproductivos</p> <p>Ausencia de políticas institucionales que integren la investigación como parte de las actividades de los servicios</p>	
Obstáculos operativos	<p>Ausencia de mecanismos institucionalizados de coordinación interinstitucionales</p> <p>Límites normativos y presupuestarios para el desarrollo de actividades con la comunidad</p> <p>Preeminencia del modelo de atención asistencialista</p> <p>Insuficiencia de recursos humanos y financieros</p> <p>Ausencia de personal administrativo</p> <p>Ausencia de recursos informáticos</p> <p>Infraestructura inadecuada</p>	
Obstáculos (ideológicos/género y derechos)	<p>Preeminencia del modelo de atención asistencialista y escasez de acciones de educación y prevención en salud</p> <p>Ausencia de actividades o dispositivos institucionales específicamente orientados a la promoción, concientización y empoderamiento de adolescentes y adultos de sus derechos sexuales y reproductivos como ciudadanos</p> <p>Ausencia de actividades o dispositivos institucionales específicos a través de los cuales se encuentre transversalizado el enfoque de género en las prácticas del PSRPR</p>	

Notas:

1. Si bien son dos servicios diferentes, a los efectos de la síntesis presentada en este cuadro se ha unificado la información de las tocoginecólogas del PMC y del CMB N° 10 en una sola columna.

2. Zingman, 2004.

3. Vázquez (2004), Vázquez, Berner y Calandra (2003), Zingman (2004).

Fuente: elaboración propia.

ción de información sobre el perfil de la demanda y la calidad de atención. En el Servicio de Adolescencia pueden mencionarse: el modelo de atención de “oportunidades perdidas”; la presencia de un equipo de trabajo inter-

disciplinario con algunos profesionales especialmente capacitados en salud sexual y reproductiva; la producción de investigaciones e información sobre diferentes temas relacionados con la atención de la salud reproductiva y la adolescencia en los servicios públicos; los talleres de sala de espera. En el caso del servicio en el Centro de Salud N° 15 se registran: el enfoque de la consulta en salud reproductiva como una “oportunidad histórica”; el fichero cronológico de seguimiento; la presencia de un equipo de trabajo interdisciplinario con algunos profesionales especialmente capacitados en salud sexual y reproductiva; la producción de investigaciones e información sobre diferentes temas relacionados con la atención de la salud reproductiva, el perfil de la demanda y la adolescencia en los centros de atención primaria de salud; los talleres de salud reproductiva y el trabajo de promoción y educación extramural con la comunidad. Por último, en la atención de los profesionales del PMC y en el CMB N° 10 puede señalarse la dinámica de atención en la escala de un consultorio particular.

Si se mira la implementación del PSRPR en el estudio de caso seleccionado, se observan como obstáculos programáticos comunes: la debilidad institucional del PSRPR en relación con sus alcances y limitaciones; la ausencia de mecanismos institucionalizados de formación y capacitación, y la ausencia de políticas institucionales que integren la investigación como parte de las actividades de los servicios. En relación con el primer punto, se observa que la exclusiva concentración del presupuesto asignado en la compra de insumos supone que a excepción de éstos –de vital importancia para su desarrollo– el resto de los componentes necesarios para que funcione, tales como recursos humanos especializados y capacitados, infraestructura, investigación y producción de información, materiales, etcétera, dependen de cada hospital, cada centro de salud y, muchas veces, de cada jefe de sección o cada médico. Si bien la Coordinación del PSRP realiza esfuerzos para el desarrollo de actividades de capacitación, la ausencia de mecanismos sistemáticos institucionalizados –en el ámbito de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o de cada hospital– de formación específica de profesionales y equipos interdisciplinarios en salud reproductiva desde una perspectiva de género y de derechos sexuales y reproductivos y capacitación, tiene como resultado un mosaico policromático que incluye desde profesionales y/o equipos que se acercan a este perfil en virtud de esfuerzos individuales o colectivos hasta profesionales para quienes la atención en salud reproductiva no se diferencia de una consulta médica ginecológica de rutina.

Como fue señalado en las páginas precedentes, el PSRPR funciona sobre los servicios en funcionamiento de la red pública asistencial. En consecuencia, hay aspectos que obstaculizan el funcionamiento de este Programa desde las instituciones mismas. Como obstáculos operativos se identifican: la ausencia de mecanismos institucionalizados de coordinación

interinstitucionales; los límites normativos y presupuestarios para el desarrollo de actividades con la comunidad; la preeminencia de un modelo de atención asistencialista; la insuficiencia de recursos humanos y financieros; la ausencia de personal administrativo; la ausencia de recursos informáticos, e infraestructura inadecuada.

Más allá de los contactos esporádicos e informales no hay mecanismos de coordinación a través de los cuales se establezca una corriente de intercambio de saberes, experiencias, e información sobre los servicios del mismo PSRPR. En esta ausencia tiene incidencia la normativa organizacional propia de una institución de las características, dimensiones y complejidad del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”. Si se pasa revista a los servicios analizados no hay dos en el conjunto que compartan las mismas fuentes de captación y derivación, la misma modalidad de registro de los datos, y los mismos mecanismos de seguimiento. Es pertinente agregar que la preeminencia de modelos de atención asistencialistas se encuentra instalada a pesar de la voluntad de la mayoría de los profesionales involucrados en la atención de los servicios descriptos que señalan las dificultades institucionales para llevar adelante acciones de educación y prevención en salud.

Por último, en la implementación del PSRPR –en el tránsito de la *retórica* a la *práctica*– se advierten *obstáculos* específicamente vinculados a la aplicación del enfoque de género y de derechos sexuales y reproductivos en las prácticas de los servicios o que tienen consecuencias sobre las mismas: la escasez de acciones de educación y prevención en salud (relacionada con la preeminencia de un modelo de atención asistencialista, obstáculo operativo e ideológico); la ausencia de actividades o dispositivos institucionales específicamente orientados a la promoción, concientización y empoderamiento de adolescentes y mujeres adultas de sus derechos sexuales y reproductivos como ciudadanas; ausencia de actividades o dispositivos institucionales específicos a través de los cuales se encuentre transversalizado el enfoque de género en las prácticas del PSRPR.

Por último, la contrapartida de la debilidad institucional del PSRPR se encuentra, en medio de la heterogeneidad de los servicios, en el peso determinante de las decisiones políticas e institucionales de las autoridades de cada uno de los efectores (director del hospital, jefe de sección, jefa del Área Programática, directora del Centro de Salud) no sólo para que las normas vigentes se cumplan, sino como canal a través del cual los cambios que la sociedad viene procesando hace tiempo penetren las instituciones y las modifiquen de forma tal que se produzca un acercamiento a la demanda del tipo de servicios que necesita una población dada. La historia de los servicios analizados del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y de su área programática da cuenta de ello.

ALGUNAS CONSIDERACIONES FINALES

La Ciudad de Buenos Aires fue pionera con la instalación del primer Programa de Procreación Responsable a fines de la década de 1980 y la profundización de la discusión pública que culminó con la aprobación de la ley 418 en el año 2000. Los debates sobre la salud sexual y reproductiva se encuentran instalados desde entonces en múltiples espacios de interacción entre las demandas de la sociedad en favor de la inclusión de la misma como parte de los procesos de construcción de la ciudadanía y la decisión pública construida de acciones y omisiones en políticas y programas. El Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable analizado en este trabajo es una parte de esta problemática.

A través de los diferentes niveles de análisis recorridos lo primero que se advierte es que esta nueva forma de mirar y pensar la salud reproductiva como un derecho humano y desde el género está presente desde la retórica y forma parte de las orientaciones conceptuales de la política analizada en un escenario complejo en el cual las oportunidades y los obstáculos para su desarrollo son parte de la cuestión. A continuación se presentan algunas reflexiones sobre este cuadro de situación.

En primer lugar, la Ciudad de Buenos Aires presenta un *escenario favorable y de oportunidades* para el desarrollo de una política pública de salud sexual y reproductiva con enfoque de género y de derechos pautado por las siguientes coordenadas: la vigencia de un marco legal (Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, leyes 114 y 418) que garantiza a las personas el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; la sintonía político ideológica de las agencias estatales comprometidas en el diseño y la ejecución de la política –la Secretaría de Salud del GCBA y el PSRPR– con la vigencia de un concepto de salud reproductiva desde un enfoque de género y derechos; la interacción de estas agencias estatales con otras agencias estatales de contralor –la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires–, con organizaciones de la sociedad civil, así como con diversas instancias académicas, que han propiciado interesantes encuentros entre la *técnica* y la *política*, como la experiencia en curso de monitoreo ciudadano.

En segundo lugar, en la medida en que el PSRPR se encuentra en una fase de reformulación, conviven cambios y permanencias que pueden ser pensados como *oportunidades* y *obstáculos* en el desarrollo del Programa de acuerdo con el enfoque planteado. Entre las *oportunidades* se destacan: los cambios en las orientaciones del Programa de acuerdo con el nuevo marco legal –si bien no hay ningún documento oficial que lo consagre formalmente–; las modalidades de comunicación interna del Programa; su imbricación con la política pública de promoción de la salud y la prevención del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires; la expansión de la pre-

sencia del PSRPR; la coordinación con otros agentes públicos y de la sociedad civil comprometidos con la aplicación de la ley 418 y la promoción de la salud sexual y reproductiva; el desarrollo de acciones de capacitación para los profesionales afectados al PSRPR; el aumento de la difusión de la información para usuarias y profesionales y, de manera muy especial, el abordaje de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes con la consiguiente incorporación de nuevos servicios al PSRPR dedicados a esta población objetivo.

Entre los *obstáculos* se advierten algunos rasgos heredados del PPR: la asignación presupuestaria y criterios de distribución de la misma; ausencia de definición explícita del Programa respecto de los recursos humanos necesarios para su implementación en términos de cantidad, distribución, perfil disciplinario e interdisciplinario tanto de los profesionales como de los equipos, y escasa capacitación específica para las actividades de atención, educación y promoción en salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos; ausencia de mecanismos de evaluación propios por parte del Programa y ausencia de actividades de operacionalización del enfoque de género.

Se trata de un programa que continúa funcionando sobre los defectos de diseño y formulación del PPR, lo cual tiene importantes consecuencias sobre su implementación en términos de la aplicación de un nuevo enfoque de salud sexual y reproductiva como el que se explora en este estudio. A pesar de los cambios analizados, el PSRPR sigue sostenido con los recursos presupuestarios asignados exclusivamente para insumos, sin una estructura propia ni recursos humanos propios y sin posibilidades presupuestarias que permitan transformar esta situación.

Si bien el PSRPR ha dado muestras de su compromiso con la vigencia y el cumplimiento de la ley de salud reproductiva en toda su extensión, su debilidad institucional limita sus posibilidades de control del universo heterogéneo de efectores sobre el cual funciona el Programa. Además de estar supeditado a las horas de atención y los recursos humanos disponibles en cada efector, este diseño vuelve dificultoso no sólo el control de la calidad de la atención en los diferentes servicios sino el logro de un consenso ideológico en las orientaciones conceptuales del PSRPR. Como se ha señalado, las políticas públicas a través de sus respuestas expresan no solamente la posición del Estado sino los modos de asumir sus responsabilidades en la materia.

La *debilidad institucional* del PSRPR en los términos analizados resulta contradictoria con la voluntad y el compromiso de reformulación del mismo orientado por un nuevo paradigma de salud sexual y reproductiva. Desde esa perspectiva la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires parece estar más cerca, todavía, de la retórica que de la práctica de un enfoque de derechos sexuales y reproductivos.

En tercer lugar, continuando con este cuadro de situación, tanto el examen de la implementación del PSRPR a través del estudio de caso de los servicios seleccionados del Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” y su área programática, como la exploración en las percepciones de los profesionales y las usuarias adultas de los servicios, permitieron observar la intervención de otros aspectos de carácter operativo e ideológico que, en interacción con los ya señalados, también operaban como obstáculos u oportunidades. Cabe señalar que las apreciaciones sobre este punto refieren exclusivamente a los servicios del estudio de caso seleccionado y no al PSRPR en su totalidad.

En virtud de las características del PSRPR, en su implementación en los servicios, las orientaciones del Programa deben articularse con la voluntad política de las autoridades de cada institución y servicio en la materia. Una de las primeras observaciones que surge con claridad en el estudio de caso es una curiosa combinación de compromiso político e ideológico de las autoridades y los profesionales con la salud sexual y reproductiva y una gran heterogeneidad de los mismos en relación con sus modelos de atención. Si se continúa el análisis en términos de las *oportunidades*, se observa en el marco de orientaciones comunes en salud sexual y reproductiva, buena predisposición de los profesionales para la tarea, buena comunicación con el PSRPR y buena disponibilidad de insumos, cada servicio desarrolla valiosas experiencias en la atención y promoción de la salud sexual y reproductiva que no son compartidas e incorporadas por el resto de los servicios más que a través de contactos informales entre los profesionales. En el cuadro 2 se presenta una síntesis de las mismas. Si bien la información refiere al caso analizado, la heterogeneidad señalada entre servicios del mismo hospital y de su área programática es una invitación a reflexionar acerca de la situación en el conjunto total de los servicios del Programa.

Si se detiene la mirada en los factores que pueden identificarse como *obstáculos*, con los aspectos programáticos ya analizados interactúan otros relacionados con las especificidades institucionales y organizativas de cada efector. La ausencia de mecanismos institucionalizados de coordinación, las limitaciones normativas para la realización de tareas comunitarias por parte de los servicios intrahospitalarios y la escasez de recursos humanos e infraestructura son ejemplo de ello.

En este sentido hay otras *ausencias* que si bien son parte de la implementación del PSRPR, su relación directa con la puesta en práctica de las orientaciones ideológicas del nuevo paradigma de salud sexual y reproductiva hace pensar en ellas como obstáculos “ideológicos, de género y de derechos”. En otras palabras, supone preguntarse cómo se encuentran incorporados en los servicios públicos de salud reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires el género y los derechos sexuales y reproductivos. La misma ha sido respondida parcialmente al señalar dentro de los cambios en la reformula-

ción del PSRPR, la incorporación del enfoque de género y de derechos en las orientaciones conceptuales del Programa y en el discurso de sus responsables. Pero es parte de la respuesta señalar la carencia de mecanismos institucionales orientados deliberadamente tanto a la promoción, concientización y el empoderamiento de adolescentes y mujeres adultas de sus derechos sexuales y reproductivos como *ciudadanas*, como a la capacitación de los profesionales que trabajan en los servicios. De igual modo no se registran dispositivos institucionales específicos orientados a la incorporación del género en las prácticas cotidianas del Programa en los servicios del PSRPR.

Y es aquí justamente donde emerge con claridad que la política pública de salud reproductiva parece estar instalada en un espacio –el del derecho a la salud– en el cual, si no median acciones deliberadas no necesariamente se producirán cambios en las relaciones de poder en términos de recursos físicos e ideológicos que posibiliten a las mujeres tomar sus propias decisiones sobre su sexualidad y su reproducción. No puede olvidarse que los servicios públicos de salud y los profesionales que trabajan en ellos son parte del debate que atraviesa a la sociedad argentina en el campo de la salud sexual y reproductiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, J. (2004): “Derechos, ciudadanía y mujeres en Argentina”, en *Política y Cultura*, N° 21, primavera de 2004, págs. 111-125.
- Cook, R. J. (1997): “Los derechos humanos internacionales de la mujer: el camino a seguir”, en R. Cook, *Derechos humanos. Perspectivas nacionales e internacionales*, Santa Fe de Bogotá, Profamilia.
- Corrêa, S. y Petchesky, R. (1994): “Reproductive and Sexual Rights in Feminist Perspective”, en G. Sen, A. Germain y L. C. Chen (eds.), *Population policies reconsidered: Health, Empowerment and Human Rights*, Boston, Harvard University Press.
- Checa, S. (comp.) (2003a): *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós.
- Checa, S. (comp.) (2003b): *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós.
- Dixon-Mueller, R. (1999): “Las conexiones entre sexualidad y salud”, en S. Zeidenstein y K. Moore (eds.), *Sexualidad. Una manera práctica de comenzar*, Nueva York, The Population Council, International Women’s Health Coalition, págs. 157-181.
- Durand, T. y Gutiérrez, M. A. (1998): “Tras las huellas de un porvenir incierto: del aborto a los derechos sexuales y reproductivos”, en *Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad*, AEPA-CEDES- CENEP, Buenos Aires, 1998, págs. 281-302.
- Fraser, N. (2002): *Política feminista en la era del reconocimiento. Una aproximación bidimensional a la justicia de género*, Buenos Aires, Documentos PRI-

GEPP (Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas)-FLACSO.

- Gutiérrez, M. A. (1997): “Parirás con dolor: Aborto, derechos sexuales y reproductivos en la cosmovisión eclesial”, en Foro por los Derechos Sexuales y Reproductivos, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, Buenos Aires.
- Gutiérrez, M. A.; Gogna, M.; Romero, M.; Szulik, D. y Zamberlin, N. (2001): “Programas de salud reproductiva para adolescentes en Buenos Aires, Argentina”, en M. Gogna (comp.), *Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México D.F. y San Pablo*, Buenos Aires, Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad.
- Gutiérrez, M. A. (2002): “Iglesias, política y derechos sexuales y reproductivos: estado actual en Latinoamérica”, en CLADEM, III Seminario Regional Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Derechos Humanos, Lima, CLADEM.
- Guzmán, V. (2001): *La institucionalidad de género en el Estado: nuevas perspectivas de análisis*, Santiago, CEPAL.
- Guzmán, V. (2002): Seminario “Análisis comparado de legislación, políticas públicas e instituciones orientadas al logro de la equidad de género, unidades 1 y 2”, documento, Buenos Aires, PRIGEPP-FLACSO.
- Gysling, J. (1993): Salud y derechos reproductivos: conceptos en construcción, Documento de Trabajo FLACSO-Programa Chile, Serie Estudios Sociales N° 54, Santiago de Chile.
- Hardy, E. (2001): “Del control de la natalidad a la salud reproductiva”, en M. Bronfman y R. Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México, D.F., INSP, EDAMEX e International Forum for Social Sciences in Health.
- Herrera, G. (2002): Equidad de género en las políticas públicas: el caso de Ecuador, Documentos PRIGEPP/FLACSO.
- Incháustegui Romero, T. (2000): Género y políticas públicas en América Latina, a cinco años de Beijing, Primer Seminario Regional “Women in Management”, documento, México, D. F.
- Langer, A. (2001): “Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar vs. salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica”, en M. Bronfman y R. Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, México, D.F., International Forum for Social Sciences in Health.
- Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2000): Ley 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.
- López, E. y Findling, L. (2003): “Mujeres jóvenes: salud de la reproducción y prevención”, en S. Checa (comp.), *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Buenos Aires, Paidós.
- Loría, C. (2002): El enfoque de género en las políticas públicas y la legislación mexicana, documento de trabajo, Buenos Aires, PRIGEPP/FLACSO.
- Moser, C. (1991): “La planificación de género en el Tercer Mundo: Enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género”, en V. Guzmán *et al.*

- (comp.), *Una nueva lectura. Género en el desarrollo*, Lima, Entre Mujeres/Flora Tristán, págs. 55-124.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1995): "Estado y políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación", en *REDES* N° 4, vol. 2, Buenos Aires.
- O'Toole, L. J. (1993): "Recomendaciones prácticas para la implementación de las políticas que involucran múltiples actores: una evaluación de campo", en L. F. Aguilar Villanueva, *La implementación de las políticas*, México D. F., Miguel Angel Porrúa Editor, págs. 413-470.
- Petchesky, R. (1984): "Teoría feminista y libertad de reproducción", en P. González Casanova (coord.), *Estados Unidos, hoy*, México D.F., Siglo XXI.
- Scott, J. W. (1999): "El género: una categoría útil para el análisis histórico", en M. Navarro y C. Stimpson (comps.), *Sexualidad, género y soles sexuales*, Buenos Aires, FCE, págs. 37-73.
- Secretaría de Salud. Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires (1987): Programa de Procreación Responsable.
- Servicio de Adolescencia del Departamento Materno Infante Juvenil, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" (1996): Proyecto Adolescencia Buenos Aires, Buenos Aires, FUSA 2000 Editora.
- Subirats, J. (1998): *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*, Madrid, INAP.
- Vázquez, S. (2004): Riesgos en salud reproductiva. Uso indebido del misoprostol en adolescentes embarazadas, Ministerio de Salud de la Nación, Becas R. Carrillo-A. Oñativia, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich"-Servicio de Adolescencia, informe, Buenos Aires.
- Vázquez, S.; Berner, E. y Calandra, N. (2003): "Estrategia para la reducción de oportunidades perdidas en salud reproductiva", en *Archivos argentinos de pediatría*, Buenos Aires, diciembre de 2003, págs. 466-469.
- Vitale, A. (1992): "La planificación de los nacimientos: ¿Una propuesta pública a mitad de camino?", en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 59.
- Zingman, F. (2004): "Repercusiones en adolescentes que han participado de talleres sobre salud reproductiva en la sala de espera de un servicio de adolescencia en un hospital público. Búsqueda cualitativa y cuantitativa", Informe final, Ministerio de Salud de la Nación, Becas R. Carrillo-A. Oñativia, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich"-Servicio de Adolescencia, Buenos Aires.
- Zurutuza, C. (1998): "El derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos. ¿Utopías o estrategia?", en M. Bianco, T. Durand, M. A. Gutiérrez y C. Zurutuza, *Mujeres sanas, ciudadanas libres*, Buenos Aires, FEIM, Foro por los Derechos Reproductivos, CLADEM, FNUAP.

INFORMES Y DOCUMENTOS

- Departamento Materno Infante Juvenil, Secretaría de Salud Municipalidad de Buenos Aires, Sección Adolescencia, Memoria Anual 1995.
- Informe de Avance (1997), CESAC N° 15, Procreación Responsable.

- Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, Nota DGSALUD N° 483/02 al PPR.
- Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”, 18 de abril de 2002, Buenos Aires.
- Informe del Jefe de Ginecología a la Directora del Hospital, 15 de agosto de 2000.
- Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”, División de Ginecología, Memoria año 1998.
- Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”, Área Programática (2003): Informe de Gestión.
- Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich” (2004): Encuesta de satisfacción del Consultorio de Salud Reproductiva, Dra. Paula Camín.
- Informe Programa Salud Reproductiva CESAC N° 15, Buenos Aires, 16 de abril 2003. Metodología de Trabajo de un equipo de trabajo de Procreación Responsable (CESAC N° 15), s/f; Informe Programa Salud Reproductiva CESAC N° 15, junio de 2002, Informe sin título CESAC N° 15, 1998.
- Cuaderno de Crónicas CESAC N° 15 y fichero cronológico CESAC N° 15.
- Informe al Programa de Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2002 (CESAC N° 15).
- Centro de Salud N° 15 Programa de Salud Reproductiva. De lo observado sobre la deserción, 26 de marzo de 2003.

LA INVESTIGACIÓN SOBRE POLÍTICA DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS EN LA ARGENTINA

Este libro es una prueba más de un hecho del que no somos del todo conscientes: en la Argentina, y en América latina, existe a esta altura una verdadera tradición de investigación científica y activismo político-intelectual sobre salud reproductiva y sexualidad, sobre derechos reproductivos y sexuales.

El contenido del libro muestra además otra cuestión fundamental: en los noventa, década de retrocesos sociales y embestidas conservadoras, tanto en nuestro país como en el continente, cada vez son más los programas, planes, políticas públicas y entidades gubernamentales de todos los niveles que se ocupan –o al menos proponen ocuparse– de atender las necesidades y derechos de la población en materia de salud reproductiva y sexual.

Por supuesto, mucho queda por hacer y por investigar, faltan incluir, proteger, promover y garantizar derechos, hay sujetos que todavía permanecen excluidos de la titularidad o el ejercicio de los derechos, y cuestiones cruciales –como el acceso al aborto legal, seguro y eficaz– siguen siendo deudas increíblemente pendientes.

Sin embargo, como lo muestran este volumen y otros trabajos recientes, la situación es incomparable respecto del inicio de la transición democrática en 1983.

Por ejemplo, hoy ya no hace falta explicar ni justificar una expresión tan corriente como la de “salud reproductiva”, o incluso “derechos reproductivos”. Las “sexualidades”, a su vez, se convirtieron en objeto de reivindicación, protección y debate sociopolítico, y se van abriendo camino en estos momentos en los que está cada vez más en el centro de la política, y –para exagerar sólo un poco– del cambio civilizatorio, la definitiva con-

sagración del valor de la autonomía individual y colectiva de “sujetos con cuerpo” que quieren y pueden, o no, reproducirse, y quieren y pueden, o no, ser sujetos sexuales, es decir sujetos de deseos, placeres y prácticas. En suma, estamos frente al creciente reconocimiento social y político de que reproducción y sexualidad pueden ir juntas, como no.

Este camino no es solamente, ni principalmente, nacional o local. Pero tiene su traducción argentina y provincial, de la que dan cuenta los trabajos de este libro. Si comprendemos que las políticas públicas se declinan en plural, que el Estado habla cacofónicamente a través de voces disonantes y hasta contradictorias, que los actores, procesos y circunstancias deben mucho al azar y al concurso aparentemente caótico de factores, no nos extrañará tanto que los procesos de formación de una política federal de salud reproductiva se haya gestado en uno de los períodos más hostiles de nuestra historia en cuanto a la posibilidad de que el Estado (en todos sus niveles) intervenga para garantizar derechos individuales y sociales, como lo fue este último cuarto de siglo. Pero no es sólo el azar. Los trabajos reunidos en este volumen dan cuenta de actores, en el seno del Estado, la sociedad civil, los movimientos sociales, incluyendo a profesionales que, con su esfuerzo y muchas veces valentía, lograron ir dando forma a un marco jurídico-legal y de políticas públicas que apunta, por primera vez, a proteger los derechos de las mujeres, varones y parejas.

En este sentido, poco a poco, con dificultades, y en muchos aspectos aún de manera desigual e injusta, el Estado se está aggiornando a lo que sucede en la sociedad. Hace décadas que los sujetos tienen prácticas sexuales que muchas veces escapan a los marcos normativos vigentes: usan métodos anticonceptivos, buscan “artificialmente” o interrumpen embarazos, y tratan de decidir el número y espaciamiento de los hijos. Mediante las leyes y programas que se describen en este libro, el Estado no está dando lugar a prácticas nuevas sino apuntando a hacer que prácticas ya existentes dejen de tener consecuencias negativas para la salud e incluso la vida de gran parte de la población. ¿Qué parte de la población? La formada por aquellas y aquellos que, debido a las desiguales relaciones de género, clase y otras, no pueden garantizar hacer eso que hacen en materia de sexualidad y reproducción, de manera satisfactoria, segura y eficaz.

Algunos trabajos muestran asimismo que las leyes y programas tienen una traducción “mediata” en los servicios, y entre los profesionales de la salud. Es necesario conocer qué pasa en el sector pues existen brechas entre la letra de las políticas (tanto las políticas restrictivas como las que en principio se basan en una perspectiva de género y de derechos) y las realidades locales y cotidianas.

No me gustaría, sin embargo, que la lectura de estos párrafos pueda dar lugar a falsos optimismos o a sesgos acrílicos. Los enemigos de la “democracia sexual y reproductiva” siguen estando ahí, sí, y la lista se

transformó casi en una letanía de este tipo de publicaciones: la Iglesia Católica, los conservadores, Bush, los nuevos grupos religiosos, los fundamentalismos, muchos políticos y muchas políticas... Son fuertes, *pero están perdiendo*. No está de más resaltar este hecho. Hay que decirlo y escribirlo, con insistencia, pues nuestros compañeros y compañeras de ruta del progresismo político, o este mismo gobierno, o esta misma oposición, creen que apostar a la salud reproductiva y los derechos reproductivos y sexuales pueden hacerles perder elecciones. Y no. Los que hacemos esta apuesta somos mayoría en la Argentina.

Dicho esto, ¿cómo es posible que cueste tanto aprobar una ley de educación sexual? ¿cómo es posible que a esta altura sea considerado un “atentado a la familia” el acceso igualitario y voluntario a la ligadura tubaria o a la vasectomía? La sociedad –los individuos, los grupos, la gente– sabe esto, aunque como lo muestran los sondeos crea en muchos casos que “los otros” no piensan u opinan como ellos.

Y esto nos lleva a la gran deuda pendiente: la legalización del aborto. Como cuestión de derechos sexuales, como cuestión de derecho a la salud desde una perspectiva de género y, como cuestión de derechos humanos básicos de mujeres y hombres. No es el objeto de este libro, pero ¿cuánta más información y argumentos son necesarios para que el Estado reconozca una práctica que, cotidianamente, resuelven moralmente, miles de mujeres y de parejas? Ninguna mujer interrumpe un embarazo livianamente, sin sopesar sus necesidades, deseos y valores, y los de los suyos, y los de los demás. ¡Qué fácil es sostener altisonantes discursos defendiendo la prohibición del aborto y criminalización de las mujeres que abortan, cuando no nos cuesta nada, cuando nuestros cuerpos, vidas y proyectos no están directamente en juego! Es al Estado y sus representantes a quienes les corresponde justificar por qué mantienen reglas inmorales para el conjunto de la población y en particular para las mujeres, es al Estado y sus representantes a quienes les corresponde justificar por qué una mujer que se haga o consienta un aborto debe ir presa. No a nosotros justificar lo contrario.

ACERCA DE LOS AUTORES

Mabel Bianco

Médica, Master en Salud Pública y Especialista en Epidemiología. Fundadora y miembro del Comité Coordinador del Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS). Preside la Fundación para Estudios e Investigación de la Mujer (FEIM). Fue docente en la Escuela de Salud Pública, UBA, y Jefa del Departamento de Investigación y Asesoramiento del Centro de Investigaciones Epidemiológicas, Academia Nacional de Medicina. Coordinó el Programa Mujer, Salud y Desarrollo en el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. En 2000-2001 coordinó el Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud, y el Proyecto Lusida. Asesora y consultora de organismos internacionales. Autora de varios libros, y autora invitada en libros publicados en el país y en el exterior, y de más de 100 artículos científicos y de difusión.

Josefina Brown

Licenciada en Sociología, Universidad Nacional de Cuyo. Especialista en género y políticas públicas de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Maestranda en Ciencias Políticas, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Doctoranda de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (2002-2007). Participa en diversos proyectos de investigación sobre ciudadanía, género y salud en la Facultad de Ciencias Políticas, Universidad Nacional de Cuyo; en el Instituto de Investigaciones Gino Germani, UBA, y en el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (Unidad de Sociedad Política y Género del Instituto de Ciencias Humanas, Ambientales y Sociales).

Marta Cappuccio

Médica Especialista en Pediatría y en Neonatología. Diplomada en Salud Pública. Condujo servicios hospitalarios de pediatría y neonatología. Participó en la creación y puesta en marcha de proyectos de reforma hospitalaria: Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, Plan de Salud de Río Negro y Hospital Nacional de Pediatría J. P. Garrahan, donde organizó y condujo el Hospital de Día polivalente. Fue Jefa de la División Centros de Salud de la ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y Gerenta de Programación y de Monitoreo y Evaluación del Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Ha desempeñado funciones de sindicatura en obras sociales. Fue docente de posgrado en programas de formación de médicos y enfermeras.

Cecilia Correa

Psicóloga, especialista en Psicopatología Clínica de niños y adolescentes. Fundadora y miembro del Comité Coordinador del Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS). Desde 1993 integra el equipo profesional de la FEIM. Coordinadora de la Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva. Coordinadora General de la Red Latinoamericana y del Caribe de Jóvenes por los Derechos Sexuales y Reproductivos desde octubre de 2002; miembro del Comité Editorial de *DeSIDAmos* desde 2000. Participó en varias Conferencias de las Naciones Unidas. Ha publicado numerosos artículos sobre la temática.

Susana Checa

Socióloga. Fundadora y miembro del Comité Coordinador del Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS). Integra la comisión directiva del Foro por los Derechos Reproductivos. Desde 1974 Profesora de Sociología de la Salud y de Seminarios de Salud Reproductiva, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Directora de investigaciones de UBACyT desde 1992, en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos. Consultora en organismos gubernamentales y no gubernamentales en salud, adolescencia y derechos humanos. Ha publicado diversos libros y artículos sobre la temática.

Virginia E. D'Angelo Gallino

Profesora de Políticas Públicas en la carrera de Administración Pública, de la Facultad de Ciencias de la Gestión de la Universidad Autónoma de

Entre Ríos. Coordinadora del programa de fortalecimiento de la investigación y miembro del Comité Editorial de la revista *Tiempo de Gestión* de esa facultad. Participa en el Centro de Evaluación de Políticas Públicas y Evaluación Institucional de la Escuela de Gobierno de la Universidad de Palermo. Especialista en Desarrollo Local. Integra actualmente el equipo del programa de capacitación a municipios entrerrianos de la Secretaría de la Producción de E.R. y el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Ex rectora de la Escuela Superior de Administración Pública de la Provincia de Entre Ríos. Ex becaria de organismos nacionales e internacionales. Autora de publicaciones en el campo de la gestión pública.

Andrea Daverio

Politóloga. Magíster en Políticas Públicas y Gerenciamiento del Desarrollo, UNSAM, Provincia de Buenos Aires-Georgetown University, Washington D.C. Egresada del Diploma de Especialización del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (FLACSO/PRI-GEPP). Profesora de Historia. Actualmente es Consultora del Programa Médicos Comunitarios y de la Dirección de Promoción y Protección de la Salud, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Docente de Políticas Públicas en la Universidad Nacional de Lanús. Ha desarrollado tareas de docencia e investigación en universidades en Uruguay y Argentina, en temas de políticas sociales, reforma del Estado, políticas públicas, género y salud reproductiva, entre otros. Ha sido consultora en organismos gubernamentales e internacionales en Uruguay, Argentina y Panamá. Es tutora del Programa en Gestión de Organizaciones con Enfoque de Género (PROGEO).

Mariana García Jurado

Abogada, Facultad de Derecho de la Universidad Nacional de Rosario. Autora y coautora de investigaciones, ensayos y publicaciones sobre derechos humanos de las mujeres, especialmente derechos sexuales y reproductivos. Integrante de Ingsenar, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, de Rosario, y de la red CLADEM, Comité de América Latina y el Caribe para Defensa de los Derechos de la Mujer.

Daniel Eduardo Jones

Licenciado en Ciencia Política y doctorando en Ciencias Sociales, ambos en la Universidad de Buenos Aires. Becario de formación doctoral del CONICET. Docente de la Carrera de Ciencia Política y Joven Investigador del Instituto de Investigaciones Gino Germani, ambos de la Facultad

de Ciencias Sociales, UBA. Participa del Grupo de Estudios sobre Sexualidades de ese instituto.

Paula Martellini

Licenciada en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Consultora para la formulación de proyectos en la Fundación Hospital de Pediatría J. P. Garrahan. Miembro de la Subcomisión de Ética Clínica de la Sociedad Argentina de Pediatría. Docente de la materia Teoría Política, Cátedra Mario Justo López en la Facultad de Derecho, UBA. Becaria del Estudio Colaborativo Multicéntrico: Conocimiento y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución, CONAPRIS, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), 2004-2005. Becaria del CONICET en el Centro de Estudios de Población (CENEP), 2006-2009.

Griselda Meng

Candidata a Magíster en Economía Social. Licenciada en Política Social. Coordinadora del Programa no académico de Bienestar Universitario en la Universidad Nacional de General Sarmiento y docente e investigadora contratada de esa universidad. Desde el año 2003 realiza investigaciones sobre la perspectiva de género en la planificación e implementación de políticas públicas en dos esferas: salud sexual y programas asistenciales en el ámbito local. Estuvo a cargo del proyecto Programa de capacitación de agentes promotores/as de salud sexual y procreación responsable desde la perspectiva de género para receptores del Programa Familias en el partido de José C. Paz. Actualmente coordina SUMATE, el Programa de promoción de la salud en la Universidad Nacional de General Sarmiento.

Lorena Moscovich

Licenciada en Ciencia Política, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Maestranda en Investigación en Ciencias Sociales, UBA, y profesora de la Carrera de Ciencia Política, UBA. Ha obtenido la beca categoría maestría del programa UBACYT 2002-2004 y la beca de joven investigador del programa de estudios de la pobreza CLACSO/CROP 2003-2004. Becaria del Estudio Colaborativo Multicéntrico: Conocimiento y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución, CONAPRIS, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, y Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), 2004-2005. Becaria del CONICET en el Centro de Estudios sobre

el Desarrollo y Territorio (CEDET), Escuela de Gobierno de la Universidad de San Martín, 2006-2009.

Olga Nirenberg

Doctora en Ciencias Sociales y Diplomada en Salud Pública. Evaluadora de programas sociales y de salud, e investigadora de AASSER y de la Universidad Nacional de General Sarmiento. Preside la ONG Centro de Apoyo al Desarrollo Local (CEADEL). En el nivel nacional participó en diversos programas sociales de infancia y adolescencia (en los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social). En el orden internacional, ha sido evaluadora del Programa Regional de Desarrollo del Adolescente, de la OPS, consultora de la OMS y consultora de la Fundación W.K. Kellogg. Docente en maestrías y cursos de especialización de distintas carreras y universidades, en temas de gestión y evaluación de programas sociales y del desarrollo de adolescentes y jóvenes. Tiene diversos artículos y libros publicados sobre los temas ya mencionados y ha participado de distintos congresos y seminarios, en carácter de panelista o conferencista.

Jorge Pailles

Sociólogo. Es Director Ejecutivo de la Asociación Argentina de Salud Sexual y Reproductiva (AASSER), consultor de procesos educativos e institucionales y educador de la sexualidad. Ha sido consultor en VIH/sida para la OPS/OMS (Ministerios de Salud de Venezuela, Brasil, Ecuador y Chile). Realizó trabajos con la AAPF, Pathfinder Fund, Development Associates, CRESALC International Science & Technology Institute e IPPF. Fue director de información, educación y comunicación del Servicio de Planificación Familiar (SPF) en Perú. Fue miembro del equipo de Evaluación de Programas Nacionales de Paternidad Responsable (OPE/IPPF) de la Asociación Demográfica Costarricense, BEMFAM, Brasil, y de la Asociación Demográfica Salvadoreña.

Mario Pecheny

Doctor en Ciencia Política por la Universidad de París III. Investigador visitante del CEDES, Investigador Categoría II (Ministerio de Educación); Investigador Adjunto del CONICET; Investigador del Instituto de Investigaciones Gino Germani de la Facultad de Ciencias Sociales (Universidad de Buenos Aires); Profesor Titular de Ciencias Políticas, CBC, UBA; Profesor Adjunto de Filosofía y Métodos de las Ciencias Sociales, FCS, UBA; Profesor de Avances en Antropología y Sociología de la Salud, Maestría en Ciencias Sociales y Salud, FLACSO-CEDES; coordinador del Grupo de

Estudios sobre Sexualidades (GES), del Instituto de Investigaciones Gino Germani. Investiga y ha publicado artículos en revistas nacionales e internacionales sobre cuestiones de salud, sexualidad y derechos humanos.

Mónica Petracci

Socióloga. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Asociada del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e Investigadora del Instituto de Investigaciones Gino Germani (FCS-UBA). Profesora de grado Titular y Adjunta Regular de la Carrera de Ciencias de la Comunicación (FCS-UBA), y de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, sede Buenos Aires. Fue Secretaria Académica de la Carrera de Ciencias de la Comunicación, UBA. Fue Asesora de la Dirección Nacional de Estudios e Investigaciones del Instituto Nacional de la Administración Pública (INAP) y Consultora del Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, LUSIDA. Entre otros libros, publicó *Feliz posteridad. Cuatro estudios de opinión pública sobre el SIDA*, Ediciones Letrabuena; *Salud, derechos y opinión pública*, Editorial Norma, y más de sesenta artículos incluidos en compilaciones y revistas especializadas argentinas y extranjeras.

Silvina Ramos

Socióloga. Egresada del Programa de Formación de Jóvenes Investigadores del CEDES. Doctoranda de la Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Especialista en investigación social en los campos de sociología de la salud, salud reproductiva y evaluación de políticas y programas de salud. Directora e Investigadora titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Ha sido consultora de la OPS/OMS, UNICEF, FNUAP, Banco Mundial y BID en el campo de salud de la mujer. Actualmente también se desempeña como Coordinadora alterna de la Comisión Nacional de Programas de Investigaciones Sanitarias (CONAPRIS) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y es miembro de la Red de Conocimiento sobre Mujer y Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud.

Martha Rosenberg

Psicoanalista. Médica. Posgrado en Psiquiatría de la Niñez y Adolescencia. Fundadora y miembro del Comité coordinador del Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS). Preside el Foro por los Derechos Reproductivos (1997-2006). Integra el Comité Académico del Programa de Actualización en Psicoanálisis y Género de la

Asociación Argentina de Psicólogos de Buenos Aires (1997-2006). Dirige el equipo del Foro por los Derechos Reproductivos en el Programa de Sexualidad, Género y Derechos del Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Convocante e integrante del Comité de Articulación de la Campaña Nacional por el Aborto Legal, Seguro y Gratuito. Ha publicado numerosos artículos sobre la temática.

Marta Schufer

Licenciada en Sociología y Doctora por la Universidad de Buenos Aires. Investigadora Independiente del CONICET. Investigadora invitada en el Centro de Estudios de Población (CENEP). Ha sido y es Directora de Proyectos CONICET y codirectora de Proyectos UBACYT. Ha participado como investigadora en proyectos realizados con subsidios de la OMS. Ha publicado numerosos trabajos en revistas especializadas del país y del exterior y es coautora de varios libros. Se desempeñó como Coordinadora del Estudio Colaborativo Multicéntrico Conocimiento y actitudes de los profesionales médicos sobre el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su programa de ejecución, CONAPRIS, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación y Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), 2004-2005.

Gloria Schuster

Docente, Magister en Problemática de Género, Poder y Sociedad, Universidad Nacional de Rosario. Ha realizado trabajos de investigación, sensibilización, difusión, especialmente en los temas vinculados a los derechos sexuales y reproductivos y violencia contra las mujeres. Integrante de Insignar, Instituto de Género, Derecho y Desarrollo, de Rosario, y de la red CLADEM, Comité de América Latina y el Caribe para Defensa de los Derechos de la Mujer.

Dalia Szulik

Licenciada en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Magister en Ciencia Política, Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de General San Martín. Candidata al Doctorado de la Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Investigadora adjunta del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) e Investigadora asistente del CONICET. Docente de la Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales, UBA. Desde 1991 ha trabajado como investigadora en diferentes proyectos en el campo de la salud y las políticas públicas y se ha

desempeñado como docente de grado y posgrado en universidades nacionales públicas y en instituciones privadas.

Cristina Zurutuza

Psicóloga. Posgrados en psicología clínica (residencia hospitalaria), derechos humanos (IIDH), abordaje sistémico de las organizaciones (UBA), psicología forense (APFRA). Fundadora y miembro del Comité Coordinador del Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS). Integra el Consejo Consultivo de CLADEM Regional y es Coordinadora del Área Derechos Sexuales y Reproductivos a nivel regional. Ex profesora de posgrado en Estudios de la Mujer (UBA y Universidad del Comahue). Integrante de CLADEM Argentina. Consultora e Investigadora en el diseño, gestión y evaluación de proyectos y políticas públicas en temas de género, en particular en derechos sexuales y reproductivos. Ha publicado numerosos artículos sobre la temática.

Impresos 1.000 ejemplares en noviembre de 2006
en Talleres Gráficos Leograf SRL,
Rucci 408, Valentín Alsina, Argentina