

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN
DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:
DIAGNÓSTICO DESDE LA PERSPECTIVA
DE LAS/OS USUARIAS/OS

ARGENTINA 2003

Diseño y armado

Estudio CelisBernardo
colaboró Mariano Nuñez Freire

www.celisbernardo.com

Impresión

Se terminó de imprimir en el mes de agosto
2004 en **Altuna Impresiones**, Doblas 1968,
Buenos Aires, Argentina.

SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: DIAGNÓSTICO DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS/OS USUARIAS/OS

ARGENTINA 2003

EQUIPO DE REDACCIÓN

Cristina Zurutuza
(CLADEM / Argentina)

Mabel Bianco
(Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer)

Martha Rosenberg - Susana Checa
(Foro por los Derechos Reproductivos)

Cecilia Correa
**(Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual
y Reproductiva)**

INDICE

1. Presentación general

2. Situación de la atención y promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en Argentina.

Introducción

2.1 Encuesta desde la perspectiva de Usuarios y Usuarias

a. Aspectos metodológicos y operativos

b. Análisis de Resultados

c. Síntesis general de las encuestas

2.2 Análisis de la Encuesta de Condiciones de Vida - Siempre 2001

a. Introducción

b. Variables seleccionadas

c. Comentarios

3. Marco Conceptual del CoNDeRS

3.1 Derechos Sexuales y Reproductivos como parte integral de los Derechos Humanos

3.2 Control y Monitoreo Social como ejercicio de la ciudadanía

4. Reflexiones Finales

Anexos:

I. Glosario y Siglas

1. PRESENTACIÓN GENERAL

El Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales –CoNDeRS- se constituyó formalmente en mayo de 2003, por iniciativa de algunas organizaciones de mujeres y de jóvenes que trabajan en el tema desde hace muchos años y que hoy constituyen su Comité Coordinador ¹. En la última década en varias ocasiones se asociaron para proyectos puntuales. En el 2003 decidieron encarar un proyecto más sistemático con un componente innovador para Argentina: *el monitoreo de las políticas públicas por parte de la sociedad civil*. A partir de su constitución, el desafío fue y sigue siendo fortalecerlo, motorizar la participación y hacerlo sustentable.

Hoy el CoNDeRS está integrado por más de trescientas organizaciones no gubernamentales a lo largo y ancho de Argentina y son sus objetivos principales:

- 1) Realizar y promover actividades de control social o ciudadano que permitan monitorear el funcionamiento de las actividades y servicios realizados por el estado (a nivel nacional, provincial y local).
- 2) Desarrollar herramientas para facilitar actividades de control social y de articulación con las diferentes instancias del estado que se relacionan con el tema. Entre ellas:
 - Estudios diagnósticos e investigaciones.
 - Talleres de capacitación dirigidos a públicos diversos: (profesionales, grupos de la sociedad civil, usuarios/as, funcionarios/as, comunicadores).
 - Elaboración y distribución de materiales de difusión: (digitales, impresos y audiovisuales).
- 3) Promover una participación cada vez más amplia y activa entre diversas organizaciones de la sociedad civil sin distinciones, que compartan nuestros objetivos y marcos de referencia.

En otros términos: las actividades de investigación, abogacía, defensa, difusión y capacitación, constituyen aportes para que la sociedad civil incorpore el monitoreo de las acciones gubernamentales como conducta ciudadana permanente.

Durante el año 2003 las acciones se han concentrado en la difusión y monitoreo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable previsto por la ley de la Nación N° 25.673/02 dado que es el principal instrumento en este campo, pero se ha estimulado también el seguimiento de normas y programas provinciales y municipales.

¹ Comité Latinoamericano para la Defensa de los Derechos de la Mujer-Argentina (**CLADEM** Argentina), Fundación para la Investigación y Estudios sobre la Mujer (**FEIM**), Foro por los Derechos Reproductivos (**ForoDDRR**), Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva (**REDNAC**).

2. SITUACIÓN DE LA ATENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ARGENTINA



INTRODUCCIÓN

Para el logro de nuestros objetivos, consideramos importante partir de un diagnóstico básico sobre la situación actual de la atención de la salud sexual y reproductiva de nuestro país, para lo cual establecimos una línea de base conformada por datos primarios producidos por el Conders y el análisis de datos secundarios provenientes de la Encuesta de Condiciones de Vida desde la perspectiva de las y los usuarias/os. Su objetivo fue contar con elementos diagnósticos sistematizados provenientes de las realidades locales a lo largo de todo el país, sobre la Atención y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en los inicios de la implementación de la ley nacional N° 25.673 en el 2003. En el contexto del proyecto, esto permitió establecer un hito de partida contra el cual comparar variaciones futuras. Por otro lado, también facilitó la difusión del proyecto y la sensibilización de una serie de actores relacionados con el tema. En suma, no nos propusimos un diagnóstico exhaustivo sino una herramienta para conocer y operar concretamente hacia la promoción del monitoreo social en este campo.

En su diseño debimos abordar y resolver de manera operativa una serie de obstáculos, en parte estructurales al campo que nos proponíamos abordar, y en parte dependientes de cuestiones coyunturales en los diferentes distritos del país. En primer lugar, llegar de manera directa a las/os usuarias/os significaba un abordaje metodológico que incluyera una muestra representativa en todas las jurisdicciones del país, su procesamiento y análisis estricto², cuyos requerimientos en términos del financiamiento y tiempo disponibles estaban totalmente fuera de los recursos del proyecto. Por otra parte, aspirábamos a abordar en profundidad diferentes aspectos cuantitativos y cualitativos, lo que requirió el análisis cuidadoso y la toma de decisiones sobre cuáles consideramos más relevantes al interior de un campo complejo

² Por ejemplo, realizar una encuesta por muestreo sistemático y por azar en todo el país.

y sobredeterminado por factores de muy diversa índole.

El diseño inicial de este estudio diagnóstico proyectó tres instrumentos, a fin de cruzar información proveniente de distintas fuentes. Ellos fueron:

- a) Encuesta cualitativa de diseño propio, (testado previamente), aplicada en todas las provincias del país³, y análisis de sus resultados.
- b) Sistematización propia y análisis de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida del Sistema de Información Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales (SIEMPRO)⁴.
- c) Realización de grupos focales en cuatro subregiones de Argentina.

En esta primera etapa desarrollada en 2003 se llevaron a cabo los dos primeros componentes: el diseño, aplicación y evaluación de la encuesta, y un análisis propio de las variables seleccionadas de la Encuesta de Condiciones de Vida elaborada por el Programa Siempro (Consejo Nacional de Políticas Sociales). La realización de grupos focales debió cancelarse, debido a que las mismas restricciones de tiempo y financiamiento ya aludidas impidieron su realización en este período.

A continuación, detallamos las características y hallazgos de cada una de estas dos actividades diagnósticas realizadas a lo largo de 2003.

3 Con excepción de Tierra del Fuego.

4 La Encuesta de Condiciones de Vida fue realizada por el Programa Siempro, (Consejo Nacional de Políticas Sociales). Se aplicó una Encuesta sobre Condiciones de Vida a nivel nacional, directamente a usuarias/os de servicios de salud, en jurisdicciones urbanas de 5.000 habitantes y más.

2.1 ENCUESTA DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS Y USUARIAS



A) ASPECTOS METODOLÓGICOS Y OPERATIVOS

La encuesta fue de carácter descriptivo y exploratorio y se aplicó en una muestra intencional. Ante la imposibilidad de llegar directamente a usuarios/as, se decidió seleccionar y entrevistar, en cada una de las jurisdicciones, a informantes calificados en el tema, con relación directa con las personas que utilizan estos servicios. En su diseño, que fue realizado por las integrantes del Comité Coordinador del CoNDeRS, se consideraron dos propósitos centrales:

1. Relevar información cuantitativa y cualitativa y opiniones de informantes claves insertados en las realidades locales a lo largo de todo el país, para contribuir al establecimiento de la línea de base en SSR y PR en Argentina.
2. Sensibilizar a través de su difusión a distintos actores de la sociedad civil vinculados al tema, para que participen en las acciones de monitoreo previstas en el proyecto.

En su diseño se abordaron tres grandes acápites conceptuales:

Oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en el sector público.

- Características del programa de salud sexual y reproductiva en cada provincia, tipo y calidad de las prestaciones planificadas y las que se brindan en la realidad, identificando los factores que obstaculizan o favorecen su implementación.
- Situación y prácticas desarrolladas en los servicios públicos de salud, así como la opinión de los informantes claves sobre un conjunto de temas en debate: ligadura de trompas y vasectomía, atención de la violencia sexual, prevención/atención del VIH/SIDA, anticoncepción de emergencia, atención del aborto no punible y acceso libre de los y las adolescentes a los programas de salud sexual y reproductiva.
- Posición y opinión de los entrevistados acerca de la posible despenalización o legalización del aborto.

Educación sexual en las escuelas del sistema formal (públicas y privadas)

- Estado de situación. Actividades que se realizan en este tema.
- Actores significativos involucrados en su puesta en práctica.
- Contenidos y enfoques existentes y deseables.
- Factores que obstaculizan o favorecen su implementación efectiva y universal.

Difusión en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos:

- Identificar acciones y campañas que hayan sido desarrolladas tanto por el Estado como por la sociedad civil en cada provincia y a nivel nacional, a favor o en contra de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR). Se buscó comprender en qué medida fueron efectivas, así como explorar los temas y enfoques más sustantivos a ser desarrollados en campañas futuras.

La encuesta se estructuró con un conjunto de preguntas cerradas y precodificadas, y algunas pocas abiertas de tipo cualitativo. Estas últimas se codificaron posteriormente agrupando las respuestas de los/las entrevistados/as. En las distintas categorías de las preguntas la mayoría relevaban la información que

podían proveer estos informantes clave; mientras algunas interrogaban sobre opiniones personales. Asimismo, se incluyeron preguntas sobre el contexto social y cultural de cada jurisdicción, y algunas que permitieron identificar si la persona encuestada era prestador/a de salud o pertenecía a una organización de la comunidad.

En cada provincia o distrito la encuesta fue aplicada por representantes de ONGs y grupos que trabajan este tema desde hace años desde el movimiento de salud de las mujeres: grupos de mujeres, universidades y organismos sociales. Los y las informantes clave a quienes se aplicó la encuesta se seleccionaron en base a ciertos indicadores que trataron de cubrir un espectro amplio de instituciones, actores sociales y roles relacionados con el tema. Así, en cada provincia o distrito se entrevistó a:

- Él/la responsable del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable (SSyPR);
- Prestadores de salud en el tema; especialmente médicos/as, obstétricas, psicólogas, enfermeras y/o asistentes sociales.
- ONGs de mujeres, mixtas, de adolescentes y jóvenes, y de derechos humanos.
- Responsable o referente de la defensoría provincial o equivalente.

A fin de estandarizar la aplicación y contribuir a la confiabilidad de los resultados, los equipos trabajaron con un instructivo elaborado especialmente. Tanto la encuesta como el instructivo se testearon previamente con parte de los equipos responsables de su aplicación⁵, lo que permitió realizar ajustes para su versión definitiva.

Se realizaron 10 encuestas en cada provincia del país⁶, en cada ciudad capital. En el caso de la provincia de Buenos Aires debido a su dimensión y complejidad se aplicó en tres diferentes áreas del conurbano y en la Ciudad de La Plata; en Santa Fe se estudió Santa Fe Capital y Rosario⁷; la ciudad de Buenos Aires constituyó un distrito aparte. Se obtuvieron 260 encuestas, que fueron codificadas y procesadas en una base de datos. El análisis final incluyó gran parte de las dimensiones previstas, y sobre todo aquellos elementos que permiten planificar acciones de control y monitoreo social por parte de las organizaciones y grupos comunitarios.



B) ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

A continuación sintetizamos los principales hallazgos, agrupados temáticamente, y en base a la elaboración propia de los resultados. A cada provincia le fueron enviados sus resultados particulares, a fin de facilitar la elaboración de planes de trabajo locales. En caso de requerir estos datos más pormenorizados, rogamos contactar a los equipos provinciales o a la sede administrativa de CoNDeRS.

De un total de 260 encuestas realizadas, dos no cumplían con todos los requisitos, por lo que se desecharon. Resultó un universo de 258, de las cuales 87 (33,8%) correspondían a prestadores de servicios de salud (incluidos el/la responsable del programa provincial, un médico/a y otro personal de salud no médico, como obstétrica/o, psicóloga/o, enfermera/o, trabajadora social u otro) y 171 (66,2%) a representantes de organizaciones y grupos comunitarios.

5 Se organizó un taller de dos días de duración, basado en una aplicación piloto de la encuesta y evaluación posterior. Participaron referentes de la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Chubut y Santiago del Estero.

6 Excepto Tierra del Fuego.

7 Las y los entrevistadas/os fueron seleccionados por los equipos provinciales, basándose en su involucramiento y conocimiento del tema. Los formularios fueron registrados manualmente y, siempre que fue posible, se grabó la entrevista.

■ SITUACIÓN SOCIOCULTURAL

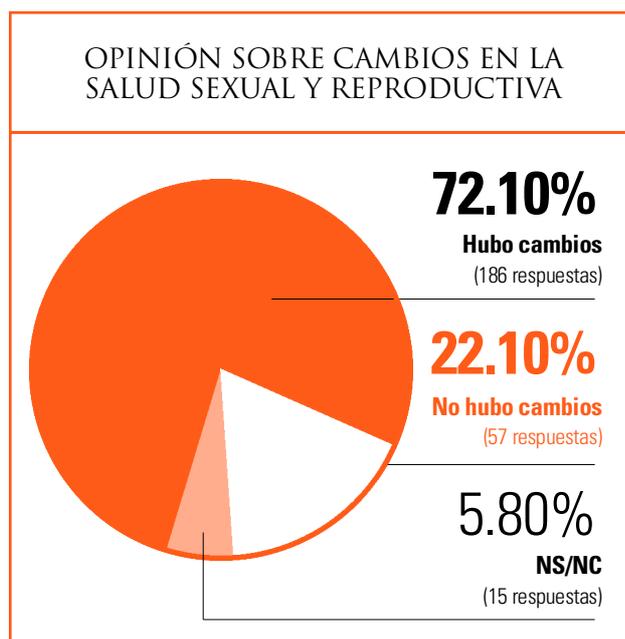
La primer pregunta trató de evaluar si recientemente se registraron cambios en este tema. Las respuestas no dejan dudas.

Esto indica que se ha iniciado un proceso importante para el país, que durante muchos años no había podido instalar este tema con legitimidad, y que en décadas anteriores sufriera la prohibición absoluta de brindar servicios en este campo fundamental para la salud de las mujeres.

Clima social de la provincia o distrito respecto a los DSR

Esta pregunta caracteriza a grandes rasgos el contexto socio-cultural en la provincia o área territorial frente a los derechos sexuales y reproductivos. Se consideraron tres categorías: *favorable, *desfavorable e *indiferente⁸.

Gráfico 1.



Cuadro 2. Opinión sobre el contexto sociocultural

	Nº	%
Favorable	140	54,4
Desfavorable	55	21,4
Indiferente	56	21,7
NS/NR	7	2,3
TOTAL	258	100

Podemos observar que más de la mitad de las/os encuestadas/os lo evalúa como favorable. Algunos distritos se destacan por encima del promedio: Ciudad de Buenos Aires (100%)⁹, Neuquén (90%), Entre Ríos (88,9%) y Santa Fe (75%). Otros se destacan con opiniones contrarias: lo consideran "desfavorables" la provincia de San Juan (cifra más alta, con 60%), seguida por Santiago del Estero (55,6%).

Esto indica que, en general, en el país predomina un contexto socio-cultural favorable a los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, existen variaciones que pueden relacionarse con aspectos específicos o locales. Por otra parte, esta afirmación no siempre concuerda – como se verá más adelante - con resultados obtenidos en otras preguntas y que se encuentran relacionados con este tema, como por ejemplo el grado de aplicación del programa o los factores que favorecen su implementación.

“ EN EL PAÍS PREDOMINA UN CONTEXTO SOCIOCULTURAL FAVORABLE A LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, AUNQUE EXISTEN VARIACIONES.

⁸ Todas las preguntas codificadas contemplan la posibilidad de "no saber/No contesta". (NS/NR)

⁹ En adelante, los porcentajes que se incluyen entre paréntesis representan la proporción de entrevistados / as de ese distrito que respondieron en esa categoría.

■ OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EL SECTOR PÚBLICO

Normas que regulan la oferta de Servicios

“ EL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO ENTRE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS ES DISPAR. LAS/OS PRESTADORES DE SALUD NO TIENEN CLARIDAD SOBRE LAS NORMAS Y/O LEYES VIGENTES

Se indagó acerca del **marco legal y normativo** en que se inscribe la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en cada jurisdicción. Se clasificaron a las provincias según si adhirieron a la ley nacional, si existen leyes provinciales u ordenanzas municipales, o se brindan servicios sin existir normativa legal. También se trató de indagar el año de comienzo de las acciones, aunque hubiera sido antes de la aprobación de normas.

Se registró una gran dispersión de respuestas, aunque el 55% indica que las acciones se inician a partir del 2003. Esto indica que el conocimiento específico entre las personas entrevistadas es dispar. Es notable que no siempre las/os prestadores de salud tienen claridad sobre las normas y/o leyes vigentes. Es evidente que se trata de un aspecto importante para incorporar especialmente en la difusión, a fin de brindar bases para el control y monitoreo social, así como adecuar las prestaciones a la normativa vigente.

Nivel de Atención

Respecto al nivel de atención donde se brindan servicios, se encontraron los siguientes resultados:

Cuadro 3. Nivel de atención		
	Nº	%
Sólo en centros de Atención Primaria	45	17,4
Sólo en hospitales Mediana Complejidad	12	4,6
Sólo en hospitales Alta Complejidad	44	17,1
En todos los niveles	102	39,5
Otros	26	10,1
NS/NR	29	
TOTAL	258	99,9

Predomina la categoría "en todos los niveles" seguida por los "centros de Atención Primaria de la Salud" y "hospitales de alta complejidad". Los distritos en que la "atención en todos los niveles" supera el promedio nacional son: Neuquén (90%), Ciudad de Buenos Aires (89%) y las provincias de Chubut, La Pampa, Chaco y Mendoza con porcentajes entre 70 y 50 por ciento. Las provincias en las que sólo se brinda en los hospitales de alta complejidad, con los mayores porcentajes aparecen San Juan (78%), Tucumán (66,7%) y Córdoba (40%). Respecto a aquellas en que solo se realiza en los centros de atención primaria pueden destacarse: Formosa (89%), Buenos Aires y San Luis (40%).

Llama la atención que en algunas provincias (Corrientes, Río Negro y Santa Cruz, por ejemplo, con porcentajes cercanos al 30%) la categoría NS/NR concentra una buena proporción de las respuestas. Esto indica un alto grado de desconocimiento, entre actores calificados en el tema, acerca del lugar donde se brindan los servicios. Esto puede asociarse a la no prestación, a que se presta de manera discontinua o a que no se difunde o divulga. Es posible, por tanto, que su cobertura sea baja o poco confiable en cuanto a su sistematicidad o permanencia.

El hecho de que la respuesta "en todos los niveles de atención de la salud" registre solamente alrededor del 40% del total de respuestas indica el aún escaso desarrollo del programa. Por su lado, que el porcen-

taje de respuestas que indican "sólo en hospitales de alta complejidad" sea similar al de "sólo en establecimientos de atención primaria" resulta muy preocupante, ya que esto indicaría una mala cobertura como atención primaria de la salud, objetivo central del programa, y disparidades en los criterios de ejecución. Las escasas respuestas sobre hospitales de mediana complejidad podría indicar que esta categoría no está suficientemente identificada entre los/as entrevistados/as.

Calidad de la Atención

Se investigaron **las distintas prestaciones que se brindan y su calidad**, lo cual significó abordar varios aspectos de los servicios. Una primer pregunta abordó dos aspectos: a) atención médica y b) asesoramiento sobre Métodos Anticonceptivos (MAC).

Cuadro 4. Opinión sobre la Calidad atención médica

	Nº	%
Muy Buena	19	7,4
Buena	102	39,5
Regular	67	26
Mala	23	8,9
NS/NR	47	18,2
TOTAL	258	100

Se observa que alrededor de la mitad (46,9%) considera la atención médica Buena o Muy Buena. En la categoría Buena superan el promedio nacional (70% o más de respuestas) la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Chubut, Entre Ríos y Mendoza. Sin embargo, algunas provincias, como Río Negro (62,5%) y Catamarca (50%) la consideran Regular; mientras otras, como Santa Cruz, la consideran Mala (27,3%). Aquí podemos resaltar que las categorías Buena y Regular concentran la mayor frecuencia de respuestas, con un 65,5%. Finalmente, es de destacar el bajo porcentaje que la considera Muy Buena. Cabe señalar el peso relativo de los que no contestan sobre la calidad de la atención, lo cual supone uno de cada cinco entrevistados no puede calificarla.

Analizada la calidad del Asesoramiento sobre MAC en todo el país, el patrón de respuestas es semejante a la pregunta anterior.

Cuadro 5. Opinión sobre la calidad de Asesoramiento en MAC

	Nº	%
Muy Buena	28	10,8
Buena	85	32,9
Regular	72	27,9
Mala	33	12,8
NS/NR	40	15,5
TOTAL	258	99,9

“ LAS RESPUESTAS INDICAN UN DESARROLLO DEL PROGRAMA CON CRITERIOS DISPARES Y UNA MALA COBERTURA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD, SU OBJETIVO CENTRAL.

“ EL 65,5% DE LAS RESPUESTAS CONSIDERA LAS PRESTACIONES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ENTRE BUENA (39,5%) Y REGULAR (26%).

Las dos categorías que concentran más del 60% de las respuestas son Buena y Regular, mientras sólo el 42,9% la considera entre Buena y Muy Buena. Superan el promedio nacional en la categoría Buena las provincias de Chaco (80%), Catamarca (60%), Ciudad de Buenos Aires (57%), Santiago del Estero y Río Negro (50%). Entre las que responden Regular, los valores más altos correspondieron a Neuquén (60%) y Santa Cruz (46%). Esto es un indicador de cómo se debe mejorar la capacidad del personal de salud para asesorar sobre los MAC, algo básico para que las personas puedan elegir libre e informadamente. Nuevamente en este ítem el peso de los que no responden es relativamente alto, lo cual habla del desconocimiento sobre el tema.

Otro aspecto abordado fue si existía **provisión y seguimiento de MAC**. El 91% respondió afirmativamente y solo un 9% negativamente. Entre las provincias que en mayor medida dijeron "no se brinda" se encuentran Tucumán (40%) y Salta (30%).

Se ahondó en este tema preguntando por la **calidad de prestación** según cada tipo de MAC. Los datos se presentan a continuación.

Anticonceptivos orales

Cuadro 6. Opinión sobre la Calidad prestación.		
Nº	%	
Muy Buena	35	13,6
Buena	82	31,8
Regular	61	23,6
Mala	28	10,8
NS/NR	52	20,2
TOTAL	258	100

La mayoría de las respuestas se concentran en las categorías Buena y Regular, que sumadas concentran el 55,4% del total. Le siguen la suma de las categorías Buena y Muy Buena, con el 46,9%. Las provincias con valores más altos de atención Buena son: Misiones (78%), Río Negro (62%) y Neuquén (50%).

Cuadro nº 7. Opinión sobre la calidad de las prestaciones y provisión de Anticonceptivos Orales, según sean prestadores de salud o no				
	Prestadores		No prestadores	
	Nº	%	Nº	%
Muy Buena	29	33,3	6	3,5
Buena	35	40,2	47	27,4
Regular	16	18,4	45	26,3
Mala	2	2,3	26	15,2
NS/NR	5	5,7	47	27,5

“ LOS PRESTADORES PRESENTAN UNA MARCADA TENDENCIA A EVALUAR LAS PRESTACIONES COMO DE MAYOR CALIDAD QUE LAS PERSONAS DE LA COMUNIDAD.

Si diferenciamos entre las respuestas según los tipos de entrevistados, encontramos que los prestadores presentan una marcada tendencia a evaluar las prestaciones como de mayor calidad que las personas de la comunidad: es considerada Buena por el 33,3% de los prestadores, contra el 3,5% de los no prestadores; y en la otra punta, es considerada Mala por solo el 2,3% de los prestadores, contra el 15,2% de los no prestadores. Respecto a los que no NS/NR el 5,7% de los prestadores se encuentra en esa categoría, mientras que entre las personas de la comunidad se registra el 27,5%.

Anticonceptivos Inyectables

Cuadro 8. Opinión sobre la Calidad de prestación y provisión		
	Nº	%
Muy Buena	28	10,8
Buena	42	16,3
Regular	43	16,7
Mala	53	20,5
NS/NR	92	35,7
total	258	100

“ HAY UN ALTO DESCONOCIMIENTO SOBRE LOS MAC INYECTABLES. LOS/AS USUARIOS/AS EN SU MAYORÍA NO ESTÁN INFORMADOS/AS CON CLARIDAD. Y SON POCO UTILIZADO EN LOS SERVICIOS.

La mayor frecuencia se observa en las/os que no saben / no responden, seguido por quienes la evalúan como Mala. En conjunto, las respuestas que no saben o la consideran Mala suman el 56,2% En algunas provincias, cerca de dos tercios de los entrevistados responden No Saber: San Luis (66%), La Rioja y Chaco (60%), Chubut y Neuquén (57%). *Es evidente un alto desconocimiento sobre éste método, así como su baja utilización.*

Cuadro nº 9. Opinión sobre calidad de la prestación y provisión según sean Prestadores de Salud o no				
	Prestadores		Comunidad	
	Nº	%	Nº	%
Muy Buena	24	27,6	4	2,3
Buena	27	31,0	15	8,8
Regular	11	12,6	32	18,7
Mala	13	14,9	40	23,4
NS/NR	12	13,8	80	46,8

Se observa asimismo que entre las/os prestadores, las respuestas NS/NR disminuyen; representan casi un quinto de las equivalentes entre las/os representantes comunitarios. También las/os prestadores la califican como de mejor calidad: un 58,6% la califica como Buena o Muy Buena, mientras para las personas que representan a la comunidad estas categorías corresponden al 11,1%.

Consecuentemente, la calificación Regular/Mala es también mucho menor entre los/as prestadores, y asciende notoriamente en las respuestas comunitarias.

Esto refuerza lo señalado anteriormente: los/las usuarios desconocen mayormente este método, y es poco utilizado en los servicios.

Preservativos

Cuadro nº 10. Opinión sobre Calidad de la prestación y provisión		
	Nº	%
Muy Buena	16	6,2
Buena	54	20,9
Regular	53	20,5
Mala	68	26,3
NS/NR	67	26,0
TOTAL	258	99,9

Llama la atención que las respuestas se distribuyen de manera aproximadamente pareja (incluida NS/NR),

“ EN EL CASO DE LOS PRESERVATIVOS NO HAY UNA DIFERENCIA ENTRE A E VALUACIÓN DE PRESTADORES/AS DE SALUD Y MIEMBROS DE LA COMUNIDAD.

con excepción de la respuesta Mala, que sólo concentra el 6,2% de las respuestas. La mayoría corresponden a las categorías Mala / Regular con el 46,8 %, mientras las categorías Buena / Regular suman el 41,4%. Un 26% no sabe o no contesta, lo que se podría asociar con mala calidad por la presunción de que no se distribuyen. En provincias como Neuquén (60%), Ciudad de Buenos Aires (57%), Chubut (56%) y Mendoza (50%) se registran las mayores frecuencias que la evalúan como Buena, indicando esto una mayor distribución de este método en esas provincias.

Cuadro n° 11. Opinión sobre la calidad de la prestación y provisión de Preservativos según sean Prestadores de salud o no

	Prestadores		Comunidad	
	Nº	%	Nº	%
Muy Buena	11	12,6	5	2,9
Buena	21	24,1	33	19,3
Regular	12	13,8	41	24,0
Mala	31	35,6	37	24,6
NS/NR	12	13,8	55	32,2

Quando se analizan por separado las respuestas de los prestadores de salud de las personas de la comunidad, no se observan diferencias tan marcadas como en los otros métodos. *Esto podría correlacionarse con que es el método que se usa habitualmente sin entrar en relación con los servicios de salud y requiere menos intervención específicamente médica en su aplicación o utilización. Podría indicar que los/as prestadores no se sienten tan involucrados profesionalmente al evaluar la calidad de los servicios brindados.*

Dispositivos Intrauterinos

Cuadro n° 12. Opinión sobre la Calidad de la prestación y provisión

	Nº	%
Muy Buena	29	11,2
Buena	74	28,7
Regular	59	22,9
Mala	34	13,2
NS/NR	62	24,0
TOTAL	258	100

“ TENIENDO EN CUENTA LA IMPORTANCIA DE LA DISPONIBILIDAD DE ESTE MÉTODO POR LA PROTECCIÓN A LARGO PLAZO QUE BRINDA, ES PREOCUPANTE LA BAJA CALIDAD MENCIONADA.

Predomina la calificación Buena/Regular con el 51,6% de las respuestas, mientras las categorías Muy Buena / Buena concentra casi el 40% y las Regular/Mala el 36,1%. Entre las provincias que registran frecuencias más altas en la evaluación Mala encontramos Salta (42,9%) y Santiago del Estero (37,5%) seguidos por Santa Cruz (27,5%) y Formosa (25%).

Teniendo en cuenta la importancia de la disponibilidad de este método por la protección a largo plazo que brinda, es preocupante la baja calidad mencionada.

Cuadro nº 13. Opinión sobre la calidad de prestación y provisión según sean prestadores de salud o no

	Prestadores		Comunidad	
	Nº	%	Nº	%
Muy Buena	23	26,4	6	3,5
Buena	41	47,1	33	19,3
Regular	14	16,1	45	26,3
Mala	2	2,3	32	18,7
NS/NR	7	8,0	55	32,1
TOTAL	87	99,9	171	100

Cuando se diferencia la calificación entre prestadores y comunidad, nuevamente se observa que aumenta considerablemente la buena calificación entre los/as prestadores de salud: el 73,5% la consideran Muy Buena / Buena, contra el 22,8% de las personas de la comunidad. Estas últimas, en cambio, concentran sus respuestas en las categorías Buena / Regular con el 45,6% de las respuestas, y siguen en orden de frecuencia la categoría Mala (18,7% contra 2,3% de los prestadores) y No Sabe /No Contesta (32,2%). *Esto refuerza la hipótesis de que los prestadores tienden a dar más altas calificaciones a los métodos que son provistos y aplicados por el equipo de salud. Podemos agregar además, que la alta valoración por parte de los prestadores indicaría desconocimiento acerca de que entre usuarios/as existe una alta proporción de necesidades insatisfechas sobre las prestaciones de este MAC.*

LOS PRESTADORES DAN MEJORES CALIFICACIONES QUE LOS USUARIOS A LOS MAC PROVISTOS Y/O APLICADOS POR EL EQUIPO DE SALUD, ESTO MUESTRA EL DESCONOCIMIENTO SOBRE LAS NECESIDADES INSATISFECHAS DE LA POBLACIÓN.

Anticoncepción de Emergencia.

Cuadro nº 14. Opinión sobre la Calidad de la prestación y provisión

	Nº	%
Muy Buena	5	1,9
Buena	11	4,2
Regular	31	12
Mala	108	42
NS/NR	103	39,6
TOTAL	258	100

Se desconocen las prestaciones en este método en una elevada proporción (39,9%) y también se registra un alto porcentaje en la categoría Mala (41,9%), -casi la mitad-, lo que puede asociarse a que no se brinda. Entre Mala y NS-NR encontramos el 81,8% de las respuestas. En provincias como San Luis el 77,8% no puede responder, seguida por Chaco (75%), La Rioja (66,7%), Catamarca (60%) y Santa Cruz (50%). La consideran de Mala calidad principalmente las provincias de Santiago del Estero (87,5%), Buenos Aires (83%), Córdoba (80%), La Pampa y Tucumán (75%), Entre Ríos (70%) y Misiones (66,7%). Solo en Ciudad de Buenos Aires (28,6%) y en las provincias de Chubut y Río Negro (25%) se observa una mayor consideración de Buena / Muy Buena.

LA AE ES PRACTICAMENTE DESCONOCIDA. CASI NO ES PROVISTA POR EL ESTADO. NI SE INFORMA COMO UTILIZAR MAC ORALES PARA ESTOS FINES.

Teniendo en cuenta que, por el momento, el Programa Nacional no compra ni distribuye este método, los resultados podrían ser comprensibles, aunque indican que tampoco son provistos por la mayoría de los Estados provinciales ni municipales ya que solo lo hacen Ciudad de Buenos Aires y Mendoza. Por otro lado, es llamativo que la consideren Buena, con valores similares, la Ciudad de Buenos Aires, que la provee, y las provincias de Chubut y Río Negro, que no la proveen.

Cuando se diferencian las respuestas según sean prestadores de salud o comunidad se observan que disminuye entre las/os prestadores las respuestas no sabe al 17,7% aumentando en la comunidad a 37,3%. En las otras categorías no se registran diferencias muy marcadas entre unos y otros.

OTRAS PRESTACIONES:

A continuación, se indagó sobre la existencia y calidad de las prestaciones en otros aspectos centrales de la salud sexual y reproductiva.

Cáncer genitomamario

A nivel de todo el país, la gran mayoría (93%) afirma que se brindan prestaciones en esta área. El promedio es superado en varias provincias con porcentajes cercanos al 100%. Sólo Santiago del Estero y Ciudad de Buenos Aires (77,8%) y Tucumán (60%) están por debajo del promedio nacional.

Respecto a la **calidad**, la pregunta diferenció la **atención clínica**, la **prevención** y la **provisión gratuita de medicamentos**. A nivel nacional la evaluación de la atención clínica se ubica mayoritariamente entre Regular y Buena (64,7%). En las provincias, la distribución es similar. La consideración de que esta prestación es Buena es mayor en Santa Cruz (81,8%), Chubut (72,7%) y Ciudad de Buenos Aires (71,4%).

En cuanto a la **Prevención**, predominan las categorías Regular (35%), mientras la suma de Buena / Muy Buena concentra un porcentaje similar (35%). Este promedio de respuestas en la categoría Regular/Buena es superado por Ciudad de Buenos Aires (85%) Entre Ríos (80%) o Río Negro (62%).

Sobre la **provisión gratuita de medicamentos oncológicos** predomina el desconocimiento en todo el país (respuesta NS/NR) con un tercio de las respuestas, promedio que es superado por la provincia de Chaco (70%), Capital Federal (57%); Córdoba, Entre Ríos y Neuquén (50%), Misiones (44%). Estas respuestas indican la fuerte necesidad de verificar esta prestación y difundirla. Por otro lado, a nivel de todo el país poco más del 45% la califica de Buena o Regular; entre las provincias que superan ese promedio cabe mencionar a: Catamarca (60%) Corrientes y Jujuy (50%), Una provincia que resalta es La Pampa, donde el 50% la considera Buena y 12,5 % Muy Buena.

“ SI BIEN LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN ITS Y VIH/SIDA ES EVALUADA MAYORITARIAMENTE COMO BUENA, EXISTE UNA GRAN DISPARIDAD REGIONAL VINCULADA A CONOCIMIENTO Y/O COBERTURA.

ITS (Infección de Transmisión Sexual) y VIH/SIDA

El 94% de los/as entrevistados/as (promedio total del país) afirman que esta prestación se brinda. El único distrito con un porcentaje menor es Capital Federal (89%) algo que no coincide con otras observaciones respecto a esta atención, como en otras ocasiones se reitera que en el/los distrito/s con mejores prestaciones, el criterio de evaluaciones es más exigente. Como en otras prestaciones, se interrogó sobre la

atención clínica, la prevención y la provisión gratuita de medicamentos retrovirales.

Atención clínica

Cuadro nº 15. Opinión sobre la Calidad de la atención clínica en VIH/SIDA		
	Nº	%
Mala	20	7,7
Regular	51	19,8
Buena	104	40,3
Muy Buena	33	12,8
NS/NR	50	19,4
TOTAL	258	100

Más de la mitad de los encuestados a nivel del país manifestó que la calidad de la atención clínica es Buena (40,3%) o Regular (19,8); si sumamos ambas, tenemos un 60,1% de las respuestas. Si consideramos la calificación Buena y Muy Buena alcanza 53,1%. Superan el promedio nacional en la categoría Buena la Ciudad de Buenos Aires (75%), las provincias de Chubut (70%), Entre Ríos y Jujuy con 50% respectivamente. En las demás provincias la ubicación en los diferentes valores de la escala se distribuye de manera similar, resaltando la categoría Regular y Buena. La respuesta NS/NR se ubica entre un 10 y 20%, salvo en algunas provincias que se encuentran por encima del promedio en esta categoría de respuestas, como Chaco (30%), San Luis (50%) o La Rioja (60%), *indicando el desconocimiento y/o la baja cobertura de esta atención en ellas.*

Prevención en ITS y VIH/SIDA

Cuadro nº 16. Opinión sobre la Calidad de la prevención en ITS y VIH/SIDA		
	Nº	%
Mala	54	20,9
Regular	77	29,8
Buena	67	26,0
Muy Buena	20	7,7
NS/NR	40	15,5
TOTAL	258	99,99

La **prevención** es valorada como Regular: (29,8%) y Buena (26,0%). Si combinamos ambas (Regular / Buena) corresponden al 55,8% de las respuestas. En las provincias hay oscilaciones en ambas categorías, prevaleciendo la consideración de Regular en Santa Fe (70%) Jujuy (58%), Misiones y Neuquén (50%). En el caso de Jujuy y Misiones, se asocia con respuestas altas de la categoría Mala en la provisión de preservativos, mientras En Santa Fe y Neuquén no se observa una asociación con la respuesta a esa pregunta. Por su parte, valoran como Mala la prevención las/os entrevistados de San Juan (60%) y Córdoba (50%), mientras en las provincias restantes la consideración de que la prevención es Mala oscila entre 10 y 30%.

Provisión gratuita de medicación antiretroviral –ARV- para VIH/SIDA

Cuadro nº 17. Opinión sobre la Calidad de la provisión ARV		
	Nº	%
Mala	36	14,0
Regular	45	17,4
Buena	77	29,8
Muy Buena	22	8,5
NS/NR	78	30,2
TOTAL	258	99,9

Esta prestación es valorada como Buena con 29,8% de las respuestas, pero este promedio es superado ampliamente en Ciudad de Buenos Aires (75%), Neuquén (44,4%) y Córdoba, Jujuy y San Juan (40%). La consideración Regular oscila en todas las provincias entre 10 y 30%, a excepción de Buenos Aires y Jujuy que la califican por arriba de ese valor (40% cada una). Las respuestas que indican desconocimiento del tema tienen peso con la mitad de la muestra en Chaco y San Luis, mientras que en el resto se ubica en el orden del 17 y 30 %.

Atención que reciben mayoritariamente los casos de violación sexual

Cuadro nº 18. Opinión sobre Calidad de la atención						
	Policía		Sede judicial		Servicios salud	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mala	141	54,6	95	36,8	46	17,8
Regular	47	18,2	78	30,2	83	32,2
Buena	18	7,0	30	11,6	82	31,8
Muy Buena	1	0,4	2	0,80	9	3,5
NS/NR	51	19,8	53	20,5	38	14,7
TOTAL	258	100	258	99,9	258	100

Se buscó diferenciar entre la atención en sede policial, judicial y en los servicios de salud. Entre las respuestas, llama la atención que hay más de 20% de respuestas NS/NR acerca de la atención de la policía y los tribunales, y alrededor del 15% en el caso de los servicios de salud, *lo que indica un fuerte desconocimiento acerca del tipo de atención brindada efectivamente*. Quienes tienen opinión sobre el tema, creen que la atención es mejor en los servicios de salud que en sede judicial, y a su vez, esta es mejor que en la policía. En todos los casos, la respuesta Muy Buena concita cifras muy bajas (desde 3,5% en los servicios de salud a 0,4% en la policía). *En síntesis, en la mayoría de las provincias, ningún entrevistado/a responde que la atención sea Muy Buena en ninguna de estas instituciones, lo que resulta muy alarmante*.

“ EXISTE UN FUERTE DESCONOCIMIENTO ACERCA DEL TIPO DE ATENCIÓN BRINDADA EFECTIVAMENTE A LOS CASOS DE VIOLACIÓN SEXUAL, LO QUE RESULTA UNA DOBLE VIOLACIÓN A ESTOS DERECHOS.

Acerca de la **atención policial**, más de la mitad de las opiniones (54,2%) consideran que es Mala. Este promedio es superado por las provincias de Mendoza (91,7%), Buenos Aires (83,3%), Entre Ríos (80%), San Juan (70%) Capital (66,7%), La Pampa y Río Negro (62,5%), Catamarca y Tucumán (60%). Los porcentajes más bajos en la categoría Mala los encontramos en Santa Cruz (9,1%), San Luis (10%), La Rioja (20%), Chaco (30%). En varias provincias, la suma de las categorías Mala y Regular cubren el 100% de las respuestas: Ciudad de Buenos Aires (67-33% respectivamente), Prov. de Buenos Aires (83-13%), Entre Ríos (80-20%), Mendoza (92-8%), *lo que implica un alto grado de acuerdo en esta calificación*. No ocurre así en La Rioja, Misiones, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán, donde hay mayor dispersión en las opiniones.

En lo que respecta a la **atención en sede judicial**, disminuyen las respuestas de la categoría Mala y aumenta la Regular, mientras las restantes siguen un patrón similar a la atención policial. A nivel país, las categorías Mala y Regular sumadas concentran el 67% de las respuestas (con porcentajes similares en cada una de estas categorías). Superan estos promedios en la categoría Mala la Capital (55,6%) y las provincias de Mendoza (66,7%), La Pampa (62,5%), Santiago del Estero (55,6%), Formosa y Río Negro (50%), Buenos Aires (46,7%), Chubut (45,5%). Revisando las respuestas según las provincias, vemos que Capital Federal concentra el 100% de las respuestas entre Regular y Mala, mientras otras provincias tienen mayor dispersión. En Santa Cruz predomina la respuesta Regular (54%) en ambos casos, es alta

en Río Negro (62 y 50%) y Santiago del Estero (56%). En Corrientes, La Rioja y Misiones se registra un 30% de calificación Buena para la justicia, que es el máximo concedido en el país.

En relación a la atención en los **servicios de salud**, disminuye la respuesta NS/NR (14,7%), aunque continúa siendo llamativamente alta para personas que trabajan y/o se encuentran involucradas activamente en el tema. En todo el país, la valoración entre Regular y Buena suma 64%, aunque la calificación Mala tiene todavía un porcentaje excesivamente alto (17,8%), cercano al 20% o sea 1 de cada 5 entrevistados con el consiguiente riesgo para la salud de las víctimas de violencia. Los distritos donde la categoría Mala concentra la mayor frecuencia de respuestas son La Pampa (62,5%), Río Negro (50%), Entre Ríos (40%), Santiago del Estero (33,3%), Formosa (30%). Así, las bajas calificaciones en Capital, Buenos Aires, Córdoba, Río Negro y Santa Fe permiten suponer un mayor grado de exigencia en los juicios de las /os entrevistadas/os en esas jurisdicciones. En el otro extremo, los distritos con mayor frecuencia de respuesta Buena (ya que la categoría Muy Buena tiene frecuencias irrelevantes), encontramos a Entre Ríos (60%), Mendoza, La Rioja, Corrientes, San Luis (50%). La suma de las respuestas Buena-Muy Buena, son relativamente altas en Chubut (54%) y va decreciendo en las provincias de Mendoza, San Luis y Corrientes (50%), Neuquén (44%), Tucumán y Catamarca (40%) y Buenos Aires (33%). Encontramos algunas variaciones al interior de los distritos, como en Capital donde las categorías Buena y Regular suman el 100% de las respuestas con predominio de la categoría Regular (78%) y Entre Ríos, donde el 60% la califica de Buena (la más alta del país en esta categoría), pero el 40% de Mala, constituyendo respuestas polarizadas extremas. En La Rioja el conjunto Muy Buena-Buena llega al 70%, pero coexiste con una alta respuesta NS/NR (67%) en la pregunta por la calidad en la provisión de Anticoncepción de Emergencia, lo que indica una fuerte inconsistencia¹⁰.

La mejor calificación obtenida por el sistema de salud puede indicar tanto que la atención es mejor, como el posible sesgo de la muestra, parte de la cual está constituida por prestadores del sistema. *Sin embargo, por esto mismo llama la atención el alto nivel de desinformación*, si se considera el impacto que la violencia tiene en la salud de las mujeres.

Provisión de Anticoncepción de Emergencia en casos de violación

Cuadro n° 19. Opinión sobre la provisión AE en casos de violación		
	N°	%
No	131	50,8
Si	41	15,9
NS/NR	86	33,3
TOTAL	250	100

Ante la pregunta acerca de si habitualmente se provee Anticoncepción de Emergencia (AE) en casos de violación, el 50,8% contesta negativamente y el 33,3% no sabe. Sólo el 15,9% responde afirmativamente. Los distritos con frecuencias más altas por el No, son: Córdoba (90,9%), Formosa y San Juan (80%), Misiones (70%), Santiago del Estero (66,7%), La Pampa y Río Negro (62,5%). Llama la atención que en Mendoza, donde se ha hecho una campaña y se incluye la AE en el protocolo de asistencia a víctimas de violencia sexual, el 50% responde que no está disponible y el 33% NS/NR. Por otro lado es notable que el 40% de los informantes de La Rioja contesta que es habitual la provisión de AE, contra un 30% de respuestas negativas y un 30% NS/NR¹¹. Esto puede deberse a problemas en la comprensión de esta pregunta y que en muchos casos se contesta en base al "deber ser" y no a la realidad. Las cifras expuestas indican que este recurso anticonceptivo está lejos de estar a disposición de las mujeres beneficiarias de la ley 25673 agredidas sexualmente, y que existe una evidente falta de información sobre una de las

¹⁰ En la medida en que consideramos exigible la provisión de Anticoncepción de Emergencia en todos los casos de violación.

¹¹ La inconsistencia se refuerza porque esta provincia tiene un 67% de entrevistados que informa que es Mala la provisión de AE en la respuesta sobre calidad de la prestación de AE.

“ LA MITAD DE LOS ENTREVISTADOS INFORMA QUE NO SE PROVEE HABITUALMENTE AE A LAS MUJERES VIOLADAS, ESTO SE CORRELACIONA CON LA NO PROVISIÓN E INDICA TAMBIÉN LAS RESISTENCIAS TODAVÍA EXISTENTES ENTRE LOS PRESTADORES DE SALUD

es afirmativa, el 11% dice que no y sólo el 6% NS/NR. Estas cifras indican una opinión mayoritariamente favorable a su reglamentación, lo que permitiría garantizar cierto piso aceptable en la calidad de la atención de un grave problema de salud pública que por el momento no es enfrentado, en general por posiciones ideológicas de los/as prestadores de salud y las autoridades. Cabe señalar que la respuesta afirmativa llega al 100% en las provincias de Catamarca, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán, mientras en Buenos Aires, Córdoba, Misiones, Neuquén, Santa Cruz y San Juan alcanza al 90%, en la Ciudad de Buenos Aires 89% y con el 60% figuran Mendoza¹³, La Rioja y Corrientes. Llama la atención que en esta última, existe el 40% de opiniones en contra de la reglamentación, lo que indicaría una población muy polarizada en sus opiniones. La única provincia por debajo del 60%

“ HAY UNA GRAN RESPUESTAS A FAVOR DE PROTOCOLIZAR ESTA ATENCIÓN AUNQUE EN MENOR MEDIDA ENTRE PRESTADORES. ESTO PODRÍA INDICAR QUE NO LLEGAN A PERCIBIRLO COMO UNA MEDIDA DE PROTECCIÓN DE LAS USUARIAS Y DE SU PROPIA SU PRÁCTICA PROFESIONAL.

indicaciones más importantes de la AE.

Estos altos porcentajes de respuestas negativas pueden explicarse, además de otros factores, por que el Programa Nacional de SSPP todavía no ha incluido este MAC entre los insumos que envía gratuitamente a las provincias. Tampoco ha capacitado sobre la utilización de AC para este fin. Sin embargo, también debe considerarse que tampoco son provistos por gobiernos provinciales o municipales. Indica también las resistencias todavía existentes entre los prestadores de salud por considerarlo directamente abortivo, a pesar de las evidencias científicas que rechazan esta creencia.

Atención postaborto

Se preguntó acerca de la necesidad de reglamentar o protocolizar la atención postaborto en los casos legalmente no punibles¹². En todo el país, el 83% de las respuestas Se preguntó acerca de la necesidad de reglamentar o protocolizar la atención postaborto en los casos legalmente no punibles¹². En todo el país, el 83% de las respuestas afirmativa llega al 100% en las provincias de Catamarca, Entre Ríos, Formosa, Jujuy, Santiago del Estero y Tucumán, mientras en Buenos Aires, Córdoba, Misiones, Neuquén, Santa Cruz y San Juan alcanza al 90%, en la Ciudad de Buenos Aires 89% y con el 60% figuran Mendoza¹³, La Rioja y Corrientes. Llama la atención que en esta última, existe el 40% de opiniones en contra de la reglamentación, lo que indicaría una población muy polarizada en sus opiniones. La única provincia por debajo del 60% por la afirmativa es Santa Fe (58%), donde hay además igual cantidad de opiniones negativas que de NS/NR (21%). Las respuestas negativas más altas corresponden a Corrientes y Mendoza (30%), Río Negro (25%), Santa Fe, Salta, San Luis y La Rioja (20%). De todas formas, en todos los distritos la mayoría de los entrevistados está a favor de esta medida.

Diferenciando entre prestadores y no prestadores, los primeros presentan cifras en contra ligeramente más altas (13% frente a 9%) y consecuentemente, también más bajas a favor (79% frente a 85%). También se registran menores porcentajes de NS/NR entre los no prestadores.

Esta diferencia podría indicar una postura defensiva por parte de los prestadores, que probablemente no perciben la necesidad de la reglamentación como una protección de las usuarias, en la medida en que evita la reiteración de abortos. También es una protección de su práctica profesional ya que normatiza el ejercicio de sus obligaciones terapéuticas en este campo.

¹² Como se sabe, el Código Penal Argentino exime de pena el aborto en caso de peligro para la salud o vida de la gestante, y cuando el embarazo es producto de violación de mujer idiota o demente.

¹³ El caso de Mendoza es digno de observación dado que recientemente se ha sancionado y se está implementando una norma de atención post-aborto.

Legalización de ligadura de trompas y vasectomía

Se indagó la opinión de los/as entrevistados / as sobre este procedimiento, que en la actualidad se ha concretado en algunos distritos del país como Río Negro, Neuquén y Chubut.

Cuadro n° 20. Opinión sobre la legalización de la ligadura de trompas y la vasectomía		
	N°	%
En contra	20	7,75
A favor	194	75,2
Depende	40	15,5
NS/NR	4	1,5
TOTAL	258	99.9

“ EXISTE UN AMPLIO CONSENSO SOBRE LA LEGALIZACIÓN DE LAS LIGADURAS DE TROMPAS Y VASECTOMÍAS, SIEMPRE QUE SEAN VOLUNTARIAS.

Como se ve, existe un amplio consenso sobre la legalización de estos procedimientos anticonceptivos, de tal manera que pueda ser realizado en servicios públicos a pedido de las/os usuarios. Las respuestas negativas más altas se concentraron en Corrientes, Formosa y la Rioja (30% de las respuestas), mientras la respuesta “depende” fue alta en Catamarca (60%) y La Rioja (40%).

Atención de Adolescentes

Preguntados acerca si las/os adolescentes **deben tener acceso a los servicios de Salud Sexual y Procreación Responsable**, el 80,5% responden “sí, libremente”; el 19,5% “sí, acompañados de los padres o algún adulto”. No se registraron respuestas negativas. En las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Santiago del Estero, el 100% afirmó que deben poder acceder solas/os. Superaron la media nacional además las provincias de Córdoba, Entre Ríos, Misiones, Neuquén y Tucumán con el 90%, y Capital con el 88,9%.

Otra pregunta abordó **cómo acceden actualmente las/os adolescentes a los servicios de salud**, diferenciando menores y mayores de 15 años.

Cuadro n° 21. Opinión sobre el Acceso de adolescentes a servicios SSR según edad		
	menores 15 años	mayores 15 años
Solos	38,8%	53,1%
Acompañados	31,5%	13,5%
Otros requisitos	15,8%	14,2%
NS/NR	13,9%	19,2%

Las respuestas evidencian que los encuestados consideran las/os menores de 15 años en general deben ir acompañados o cumplimentar otros requisitos (entre ambas respuestas, 47,3%).

En cambio, el 53,1% de las respuestas informa que los mayores de 15 son atendidos/as aunque vayan solos/as. Sin embargo, el porcentaje que informa que deben ir acompañados/as o cumplimentar otros requisitos es más alto de lo esperable, ya que asciende al 27,7% de las respuestas. Un alto porcentajes de los/as entrevistados no lo sabe con seguridad (13,9% en menores de 15 y casi el 20% en mayores de esa edad). Si se analizan las variaciones provinciales, informan que los menores de 15 son atendidos solos el 20% de los entrevistados de Corrientes, Neuquén y San Juan, el 18,2% de los de Córdoba y Santa Cruz y el 10% de los de Catamarca y Salta; todos estos distritos por debajo del promedio nacional. Por encima del promedio nacional encontramos que las siguientes provincias informan que los menores de 15 son atendidos solos: Jujuy, La Pampa, Mendoza y Santa Fe con (más del 60% de las respuestas), Chubut, Entre Ríos, La Rioja, San Luis, Tucumán, Santiago del Estero y Capital Federal con variaciones alrededor del 50%. Por su parte, se informa que los/as mayores de 15 años son atendidos solos en cifras por encima del promedio nacional en Capital Federal, Catamarca, Chaco, Entre Ríos, Formosa, Ju-

Jujuy, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Salta, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.

ES INTERESANTE SEÑALAR QUE EXISTE UNA DISTANCIA ENTRE EL “DEBER SER” Y LAS PRÁCTICAS RESPECTO A LA ATENCIÓN DE ADOLESCENTES.

La heterogeneidad en las respuestas parece indicar que ante la realidad que se impone, los servicios atienden a los/as adolescentes solos en una buena proporción, aunque no se llega al nivel que los entrevistados consideran necesario. Es interesante volver a señalar la distancia entre el “deber ser” y las prácticas. Así, en algunos distritos como en la Ciudad de Buenos Aires, si bien se dictó una resolución autorizando la atención de los adolescentes, en muchos servicios no los atienden solos por temor a ser sancionados. Esto indica la necesidad de divulgar lo establecido en las leyes y sus reglamentaciones tanto a los prestadores como a la población de adolescentes y reiterarlo para su recordación.

Consideraciones sobre la situación legal del aborto

La pregunta acerca de la opinión sobre cuál debería ser la situación legal del aborto ofrece (además de NS/NR) cinco alternativas: 1) penalización total, 2) mantenimiento de la actual legislación y sus excepciones, 3) ampliar la despenalización a más casos especiales, 4) despenalización completa o 5) legalización con provisión gratuita en el sistema de salud pública. De ellas, los entrevistados/as debían seleccionar sólo una.

Las respuestas, a nivel de todo el país, fueron las siguientes:

Cuadro nº22. Opinión sobre cual debería ser el status legal del aborto		
	Nº	%
a favor de la penalización total;	6	2,3
a favor de mantener la legislación actual;	23	8,9
a favor de ampliar la despenalización a otros casos;	60	23,3
a favor de despenalizarlo en todos los casos;	48	18,6
a favor de legalización con atención gratuita en servicios públicos	114	44,2
NS/NR	7	2,7
TOTAL	258	100

La opción “a favor de la legalización” es mayoritaria en todo el país, cerca de la mitad de la muestra a nivel nacional opta por esta alternativa con un 80% en Neuquén, 70% en provincia de Buenos Aires, 63% en Chubut, 62% en La Pampa, 60% en Catamarca y Formosa, y 58% en Santa Fe. Por otro lado, es evidente que el conjunto de las opciones que se pronuncian por ampliar el acceso a abortos seguros y legales (las tres opciones centrales) suman el 86% de las opiniones totales. En la Ciudad de Buenos Aires estas tres opciones suman el 100% de las respuestas, en Mendoza 75%, en Corrientes 60%. En Jujuy, Chaco, La Rioja, Salta, Santiago del Estero, resultan mayoritarias las respuestas a favor de ampliar los casos de despenalización. En Ciudad de Buenos Aires, Misiones, San Juan y Tucumán es mayoritaria la opción “despenalización en todos los casos”. En Entre Ríos, esta opción iguala a la legalización con 40%. Las cifras más altas para mantener el statu quo actual se observan en Corrientes (40%) y Santiago del Estero (25%). Las que corresponden a la penalización sin excepciones alcanzan un tope máximo de 20% en San Luis y San Juan, y son inferiores en el resto del país.

Las respuestas de los prestadores tienden a apoyar más la despenalización ampliada a distintos casos: 30% contra 19% de los no prestadores. En segundo lugar, aparece la respuesta de despenalizarlo en todos los casos, aunque con menor diferencia con los no prestadores. La legalización completa es sig-

nificativamente preferida por los no-prestadores (50%) frente al 35% de los prestadores. Llamativamente, son más los prestadores que contestan NS/NR que los no-prestadores, lo que podría indicar dudas acerca de cómo se vería afectada la práctica profesional en estos casos.

Es evidente que la población entrevistada tiene una posición tomada. Probablemente se debe a que las 258 personas consultadas fueron elegidas por su involucramiento con el derecho a la salud, los derechos reproductivos y sexuales, los derechos sociales y los derechos humanos, en especial los derechos de las mujeres y las/los jóvenes. La gran mayoría ve como una necesidad habilitar a las mujeres para el acceso a abortos seguros, legales y gratuitos. Esta postura acompaña al compromiso con el acceso universal a métodos preventivos del aborto como son los MAC y la educación sexual, que constituyen el eje del PNSS y PR junto con la prevención de ITS y del cáncer génito-mamario.

“ UNA GRAN PROPORCIÓN SE MANIFIESTA A FAVOR DE LA LEGALIZACIÓN DEL ABORTO. PROBABLEMENTE DEBIDO A QUE LOS ENTREVISTADOS ESTÁN INVOLUCRADOS CON LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SEXUALES, LOS DERECHOS SOCIALES Y LOS DERECHOS HUMANOS.

Factores que condicionan la implementación de Servicios de SSPR

Para avanzar en el diagnóstico, en esta pregunta se pidió identificar los aspectos que según las personas entrevistadas, obstaculizan o favorecen la implementación y desarrollo del programa y/o acciones en las distintas provincias. Se les solicitó la mención en orden jerárquico de los tres principales factores en cada caso. La pregunta fue abierta para evitar inducir respuestas sesgadas.

Factores que obstaculizan: esta pregunta planteó opciones pidiendo indicaran las tres más importantes según su opinión. No se calcularon porcentajes, sólo se clasificaron en orden de frecuencia.

Cuadro n° 23. Factores más mencionados como obstáculos	
Factores	N°
Ineficacia del Estado	167
Iglesia / religión	125
Factores culturales ideológicos	87
Ineficacia servicio de salud	78
Falta de información / educación	65
Pobreza / falta recursos económicos	34

El principal factor mencionado es la Ineficacia del Estado para crear, gestionar o implementar los servicios, mientras la Iglesia o religión aparece en segundo lugar. La religión/Iglesia como obstáculo resulta más mencionado en las provincias de Catamarca, Mendoza, Córdoba, Santa Cruz, San Luis, Misiones y Entre Ríos.

Es importante señalar que la religión y los factores culturales e ideológicos ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente, indicando que todavía existen muchas resistencias de ese orden enquistadas en nuestro país.

Factores que facilitan, al igual que en el punto anterior se pidió marquen las tres opciones más importantes por tanto se transcribe el orden de frecuencia.

Cuadro n° 24. Factores más mencionados como facilitadores

	N°
Equipo de salud comprometido	129
Rol de ONGs/soc.civil/mov de mujeres	110
Decisión política gobierno provincial	46
Medios de comunicación / campañas	45
Consenso social instalado sobre el tema	44
Existencia de legislación	43
Demanda de la población	38

“ LA INEFICACIA DEL ESTADO PARA IMPLEMENTAR LOS SERVICIOS FUE EL FACTOR OBSTACULIZADOR MÁS MENCIONADO. UN EQUIPO DE SALUD COMPROMETIDO Y CAPACITADO, Y EL ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL O MOVIMIENTOS SOCIALES FUERON LOS FACTORES FACILITADORES MÁS SEÑALADOS.

Fundamentalmente fueron valorados positivamente el equipo de salud comprometido y capacitado, y el rol de las ONGs, sociedad civil o movimientos sociales. Esto se corresponde claramente con la respuesta anterior, ya que sería en parte la contracara posible de la ineficacia gubernamental y de las resistencias de la Iglesia y los factores ideológicos. El resto de los factores presentan frecuencias mucho más bajas y con valores similares.

Si bien la legislación sobre el tema se menciona como facilitador su frecuencia es baja, por lo que no parece ser tan importante según los entrevistados. Lo mismo ocurre con los medios de comunicación y las campañas de difusión. Esto último no parece concordar con los datos que indican que la divulgación en medios masivos de comunicación de casos paradigmáticos contribuyen a aumentar la opinión pública favorable a distintos aspectos del tema, y a desterrar conceptos erróneos y prejuicios.

■ EDUCACIÓN SEXUAL

Consultados acerca de la **opinión respecto a si es necesaria la educación sexual**, el 98,8% respondió afirmativamente.

La pregunta siguiente fue: **¿Se brinda en la provincia?**

Cuadro n° 25. Existencia de Educación Sexual en las escuelas

	N°	%
Si	115	44,6
No	121	46,9
NS/NR	22	8,5
TOTAL	258	100

“ MENOS DE LA MITAD AFIRMAN QUE SE BRINDA EDUCACIÓN SEXUAL EN SUS DISTRITOS.

Menos de la mitad de los/as encuestados (44,6%) afirmaron que se brinda educación sexual en las escuelas de su provincia. La comparación con las respuestas a la pregunta anterior muestra la gran diferencia entre lo que las/os entrevistadas/os creen que debe hacerse y lo que ocurre en la realidad.

Preguntados acerca de la cantidad de escuelas públicas que brindan educación sexual, se observó:

Cuadro n° 26. Cantidad de escuelas públicas que brindan Educación Sexual		
	N°	%
La mayoría	15	5,8
Aprox. la mitad	10	3,9
Algunas	67	26
Ninguna	14	5,4
NS/NR	152	58,9
TOTAL	258	100

Es alarmante ver la dificultad para establecer un diagnóstico claro sobre esta situación, en la medida en que casi el 60% de los/as entrevistados/as no saben o no contestan. No llega al 10% (9,7%) los que informan que se brinda en la mitad de las escuelas o más, mientras la frecuencia más alta indica que solamente se brinda en algunas de ellas. Cuando se analiza por provincia, entre las que informan superar este promedio sobresalen Santa Fe (89,5%); seguida por La Rioja y Misiones (79%), Formosa y Corrientes (60%), Capital Federal (55,6%) y Catamarca y Chaco (50%). En el otro extremo, informaron que no se brinda educación sexual en las escuelas públicas los entrevistados de San Luis (100%), de Santiago del Estero (75%), los de Santa Cruz (72,7%), los de Entre Ríos (70%), los de Buenos Aires (66,7%), los de Córdoba (63,6%) de La Pampa (62,5%); de Jujuy (60%); de Mendoza (54,5%); de Chaco y Río Negro (50%).

“ CASI EL 60% DE LOS/AS ENTREVISTADOS/AS NO SABEN O NO CONTESTAN ACERCA DE SI SE IMPARTE EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE SU DISTRITO.

Factores que favorecen la educación sexual en el sistema de educación formal.

Se pidió mencionaran los tres más importantes, esta pregunta era totalmente abierta, a partir de las respuestas se agruparon categorías similares para su codificación. En el cuadro se presenta la distribución registrada:

Cuadro n° 27. Factores que favorecen la Educación Sexual en el sistema formal	
	N°
1. Docentes comprometidos y capacitados	110
2. Interés / predisposición sociedad civil / ONGs y movimiento de Mujeres	84
3. Interés / demanda jóvenes y familias	71
4. Apertura del Estado / Ministerio Educación articulado	46
5. Legitimación social del tema / imposición realidad	37
6. Promotores / agentes salud / talleres comunitarios	37
7. Existencia legislación	23
8. Medios de comunicación	13
9. Necesidad prevenir ITS / SIDA y embarazo adolescentes	4
10. Otros	46

En primer lugar aparece la existencia de docentes comprometidos y capacitados como principal factor para que se brinde educación sexual. En esta respuesta superan el promedio nacional las provincias de: Buenos Aires (84,6%), Tucumán (85,7%), Río Negro (71,4%), Entre Ríos y Neuquén (66,7%), Misiones, Mendoza, Santa Fe y Santiago del Estero. En cambio, en otras provincias encontramos otras respuestas en primer lugar. El interés y demanda de jóvenes y familias fue más indicado en Jujuy y Formosa (70%), respuesta compartida con “la imposición de la realidad”. El interés de la Sociedad Civil, ONGs y movimiento mujeres fue mayor en Santa Cruz (100%), Corrientes (85,7%) y Córdoba y Salta (66,7%).

Factores que dificultan la educación sexual en el sistema educativo formal.

Se pidió mencionar “los tres más importantes”, según la opinión de los/as entrevistados/as. Al igual que la anterior, fue una pregunta abierta.

Cuadro n° 28. Factores que dificultan la Educación Sexual en el sector formal	
	N°
1. Influencia Iglesia / Religión	131
2. Instituciones Educativas / autoridades provinciales	78
3. Familias conservadoras	75
4. Docentes no capacitados y con miedo	67
5. Tabúes, prejuicios y pautas tradicionales	65
6. Sin legislación	52
7. Falta legitimidad / consenso social	22
8. Poder político aliado con Iglesia	18
9. Abordaje bioligista	5

La influencia de la Iglesia/Religión fue el más importante, teniendo casi el doble de frecuencia que el factor inmediatamente posterior: Instituciones educativas y autoridades provinciales. La respuesta sobre la influencia de la Iglesia supera el promedio nacional en Catamarca y Tucumán (100%), Mendoza (81,8%), San Luis (80%), Salta (77%), Entre Ríos (70%), Córdoba y San Juan (66,7%), Corrientes y Capital Federal (55%). Las respuestas acerca del papel de las instituciones educativas y las autoridades provinciales que superan al promedio nacional se registran en Capital Federal (66,7%), Mendoza (63%), Formosa y Neuquén (60%).

■ ACCIONES DE DIFUSIÓN DESARROLLADAS EN EL TEMA

La difusión de información sobre salud sexual y reproductiva, así como de los servicios del Estado que la atienden, mereció un capítulo con varias preguntas, acerca de acciones de difusión encaradas por el Estado y también por la sociedad civil, a favor o en contra de los DSR. Las respuestas fueron desalentadoras debido a que se registró gran imprecisión, muchas preguntas no contestadas y expresiones dudosas. Las/os entrevistados/as no recordaban con claridad campañas, no podían evaluar si habían sido adecuadas ni los temas abordados, no recordaban con qué sistematicidad se habían realizado.

“ EL ESCASO RECUERDO O CONOCIMIENTO SOBRE LAS CAMPAÑAS REALIZADAS, PROBABLEMENTE SE DEBA A LA POCA DIFUSIÓN MASIVA REALIZADA DESDE EL ESTADO, A SU NO SISTEMATICIDAD, Y A SU MEDIOCRE O MALA CALIDAD.

Preguntados acerca de **¿Se realizaron campañas para promover la salud sexual y procreación responsable en la provincia?** De las 258 respuestas, 124 o sea 48,1% afirma que no. Responden “sí, algunas” 105 entrevistados (41%) y “sí, muchas” solo 15 o sea 5,8%. Catorce personas (5,4%) no contestaron.

La respuesta “no se realizaron” supera el promedio nacional en San Juan (90%), Tucumán (88,9%), San Luis (80%), Santa Fe (73,7%), Formosa y Salta (70%), Buenos Aires (63,3%) y Santiago del Estero 55,6%). En el caso de San Juan y Santiago del Estero coincide con que son provincias con la mayor frecuencia de respuestas acerca de un contexto socio cultural desfavorable sobre el tema. *En este caso, la no difusión puede verse como causa y consecuencia de este contexto, contribuye a mantener el statu quo y actúa limitando el conocimiento de la población acerca de sus derechos y de los servicios para satisfacer sus necesidades en el tema.* Las provincias

donde según los/as entrevistados/as se realizaron más campañas, fueron Catamarca (90%), Chubut (70%), La Pampa y Santa Cruz (63%), Neuquén (60%) y Ciudad de Buenos Aires (55,6%).

Consultados sobre si recuerda alguna, la gran mayoría 60,8% respondió NS/NR, y 24 entrevistados o sea 13 de cada 100 encuestados no recuerda ninguna.

¿Recuerda alguna campaña?		
	Nº	%
No	24	9,3
Sí, una	42	16,3
Sí, varias	35	13,6
NS/NR	157	60,8
TOTAL	258	100

Las respuestas NS/NR son más altas en: San Juan (90%), Corrientes y Salta (80%), Río Negro (66,7%), Jujuy (60%). Por su parte, en los siguientes distritos las respuestas "No" superan el promedio: Formosa y Tucumán, (50%), Chubut (42,9%), Río Negro (33,3%). Recuerdan una, por encima del promedio, en los siguientes distritos: Entre Ríos, que llamativamente el 100% de los entrevistados recuerda una, que parece haber sido muy efectiva; Provincia Buenos Aires (55,6%), Formosa y Santiago del Estero (50%), Chaco y Chubut (42,9%). Recuerdan varias en La Pampa (62,5%), San Luis (50%), Catamarca (30%) pero constituyen situaciones muy puntuales.

La pregunta acerca de si recuerda alguno de sus aspectos: (contenidos, tema abordado, destinatarios, enfoque, organizadores, etc.), tuvo un altísimo fracaso.

Como se ve, el panorama indica que los recuerdos son más la excepción que la regla y resulta evidente el bajo nivel de recuerdo de la mayoría, incluso entre quienes dijeron que se hicieron campañas. Esto es indicador de lo poco frecuente de estas campañas y de su baja permanencia a lo largo del tiempo. *En síntesis, este escaso conocimiento probablemente se deba a la poca o nula difusión masiva realizada desde el Estado y, a su no sistematicidad, y también a la mediocre o mala calidad de las pocas acciones realizadas. Por otra parte, la sobreabundancia de mensajes de todo tipo en los medios masivos indica la necesidad de planificar cuidadosamente las intervenciones en este campo, y la necesidad de su reiteración para lograr ser recordadas en el mediano y largo plazo.*

Por ello, esta área aparece como un campo importante para prestar mayor atención. Se estima muy necesario realizar acciones de difusión en todo el país, si se desea promover los derechos sexuales y reproductivos. Acciones que deben dirigirse a toda la población y a algunos sectores especialmente como las/los adolescentes y las mujeres y los hombres adultos y jóvenes (20-35 años).



C. SÍNTESIS GENERAL DE LAS ENCUESTAS

Como lo señalamos, este estudio de características exploratorias y efectuado a informantes claves en todo el país (salvo en Tierra del Fuego) se realizó para relevar información sobre el tipo de atención brindada en el país en el área de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de los y las usuarios/as. Fue realizado en un lapso temporal breve tres meses y bajo costo económico. La muestra de carácter intencional abarcó a personas representativas por su involucramiento en el tema. Entre ellas, algunas eran o son responsables de brindar servicios en esta área en organismos de gobierno, mientras otras tienen, desde la sociedad civil, una trayectoria de compromiso con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Los datos e información relevada aportaron a un diagnóstico o línea de base, hito para comparar en el futuro los cambios que se registraran en este campo. También fue pensado como insumo para planificar acciones, motivar y brindar herramientas destinadas al monitoreo social del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

No olvidamos que se trata de un campo sobredeterminado por una gran cantidad de factores generales y específicos de cada situación que, interactuando, pueden potenciarse, influirse y/o anularse entre sí. Entre ellos podemos citar la existencia o inexistencia de normativa formalmente adoptada, la distancia entre las normas y el "deber ser" y las prácticas, la calidad institucional del estado en cada uno de los niveles, los recursos materiales disponibles, la calificación del personal de salud, así como factores económicos, ideológicos, religiosos y culturales en cada uno de las zonas o lugares que se enfoquen. Mejorar estos aspectos es lo que se denomina **mejorar la oferta**. Por otro lado, las personas usuarias, que el sistema de salud llama "pacientes", y las empresas de salud "clientes", pueden empoderarse para lograr una mejor atención de sus necesidades en salud. A eso se le llama **calificar la demanda**. El presente proyecto pretende contribuir a ambos campos.

Si bien los resultados ya fueron presentados anteriormente, en cada tema particular, deseamos aquí reseñar algunas observaciones generales y otras puntuales que nos resultan significativas, sorprendentes y/o relevantes. Así, presentaremos grupos de preocupaciones que a nuestro entender se desprenden de las respuestas obtenidas, al ser analizadas desde nuestra perspectiva.

Un primer aspecto a considerar es el **tipo, profundidad y calidad de la información** sobre aspectos relevantes que manejan las personas que, como explicamos, son activistas o trabajan en el área de los derechos sexuales y reproductivos. Por su involucramiento, es razonable suponer que tienen un nivel de información superior al usuario/a promedio de los servicios de salud. Sin embargo, en muchos de los temas abordados **esta información es insuficiente, distorsionada o no existe**. Los porcentajes obtenidos por la opción NS/NR, que detecta específicamente la falta de información, fue llamativamente alta en muchas preguntas.

De esta comprobación se desprenden otras inquietudes, entre las cuales la de mayor relevancia es que la población general seguramente tiene un nivel de información todavía menor, más imprecisa y más confusa. Surge así la fuerte evidencia de que la sociedad, y en particular las mujeres y los/as jóvenes, no conocen las leyes y normas vigentes en todo el país, qué servicios o insumos son exigibles, dónde concurrir para demandarlos, cómo se define la atención de buena calidad y dónde buscarla, qué criterios puede utilizar para evaluar la que reciben y qué hacer para vehicular propuestas o críticas.

Se trata de un buen momento para enfrentar estos problemas, porque el contexto sociocultural es evaluado como favorable por más de la mitad de los entrevi-

“ LAS RESPUESTAS OBTENIDAS SEÑALAN LA FALTA DE MECANISMOS QUE CENTRALICEN, SISTEMATICEN Y BRINDEN INFORMACIÓN PRECISA Y ACTUALIZADA SOBRE LA EFECTIVA IMPLEMENTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

tados/as. Por otra parte, la demanda de salud reproductiva ha sido incorporada a la agenda de distintos movimientos sociales y moviliza a muchas mujeres, como se comprobó en el XVIII Encuentro Nacional de Mujeres de 2003 en Rosario y en manifestaciones posteriores realizadas en varias ciudades del país, que voceaban sus consignas por la anticoncepción gratuita y el aborto legal. Estas demostraciones son claros indicadores de la existencia de una demanda insatisfecha de servicios de salud reproductiva. También en las encuestas de opinión pública, una impactante mayoría está a favor de las políticas de promoción de la salud reproductiva. Este es un escenario nuevo para Argentina, en el que hay que considerar lo generado por el efecto directo e indirecto de la todavía reciente sanción de la Ley Nacional de Sexual y Procreación Responsable N° 25.673 (octubre 2002), y la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable creado por ella e implementado por el Ministerio de Salud de la Nación¹⁴ y los correspondientes organismos provinciales¹⁵. Según la encuesta elaborada y aplicada por CoNDeRS, a partir del año 2003 ha habido cambios en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva en muchos de los distritos del país, se reciben los insumos – básicamente los MAC – enviados por el Ministerio Nacional a todas las provincias para su distribución gratuita, y se ha comenzado con la capacitación del equipo de salud.

“ CON REFERENCIA A LAS PRESTACIONES EN EL SECTOR PÚBLICO, ES EVIDENTE LA NECESIDAD DE LOGRAR QUE EL PROGRAMA SE BRINDE EN TODOS LOS EFECTORES, Y ESTABLECER CONTROLES MÁS EFECTIVOS PARA VERIFICAR SU EFICACIA.

Cuando analizamos más exhaustivamente las respuestas sobre existencia y calidad de servicios y prestaciones en salud sexual y procreación responsable a lo largo del país, las respuestas obtenidas señalan la **falta de mecanismos que centralicen, sistematicen y brinden información precisa** y actualizada sobre la efectiva implementación de los servicios. También es visible la tendencia a un funcionamiento burocrático, arbitrario y en ocasiones anárquico en la planificación y ejecución de las políticas públicas en este campo, que no sigue los mismos criterios en todos los distritos del país. Por ejemplo, mientras en algunos de ellos se identifica claramente el establecimiento de mediana complejidad como prestador, en otros esta categoría no existe, tal como se refleja en las respuestas. En suma, no solamente encontramos en todo el país una alta heterogeneidad en las diferentes regiones y provincias según su grado de desarrollo, sino que esta heterogeneidad es potenciada por la imprecisión de las normas y la insuficiente planificación y ejecución de las acciones. En ocasiones, en una misma área y en instituciones equivalentes, podemos encontrar una atención aceptablemente Buena o decididamente Mala, dependiendo de diversos factores para los cuales no existe suficiente monitoreo. Por lo tanto, **con referencia a las prestaciones en el sector público, es evidente la necesidad de lograr que el programa se brinde en todos los efectores, y establecer controles más efectivos para verificar su eficacia**. Sin embargo, es importante señalar que no todo el control depende de lo que puede realizarse desde la administración estatal, y que la sociedad civil tiene un importante rol que cumplir haciéndose responsable de monitorear los servicios.

Las respuestas convalidan este análisis, ya que entre los principales factores identificados que obstaculizan este tema se encuentra en primer lugar la ineficacia del Estado; y entre los factores que facilitan, el compromiso del personal de salud y el rol de la sociedad civil y el movimiento de mujeres. Pero tampoco este campo tiene una sistematización ni ordenamiento que le otorgue organiza-

¹⁴ Autoridad de aplicación de la mencionada ley.

¹⁵ Argentina, país federal, tiene fuertemente descentralizada la atención de la salud. La gran mayoría de los establecimientos sanitarios dependen de la administración provincial; en algunos casos, municipal.

ción o eficacia.

Es importante reiterar que en las preguntas relativas a la calidad de los servicios y sus prestaciones, se destaca un porcentaje relativamente elevado en la categoría NS/NC, que ronda un promedio de 30% del total de respuestas. Es interesante asimismo que cuando se analiza esta categoría de respuestas según prestadores y no prestadores, la mayor frecuencia de desconocimiento recae básicamente entre los no prestadores. Si bien es esperable que la mayor información sobre las prestaciones la tengan quienes son responsables de la atención de la salud de la población, es preocupante que los y las usuarias mantengan un nivel relativamente elevado de desconocimiento sobre la cantidad de las prestaciones en salud reproductiva que les brindan los distintos efectores.

“ UN ASPECTO PARTICULARMENTE INTERESANTE PARA ANALIZAR ES LA RESISTENCIA QUE ALGUNOS SECTORES SOCIALES SIGUEN PRESENTANDO PARA QUE LA EDUCACIÓN SEXUAL SE INSTALE DE MANERA DEFINITIVA Y SISTEMÁTICA EN TODOS LOS DISTRITOS DEL PAÍS.

Es importante señalar que el panorama es más grave cuando se enfocan otros sistemas que también son responsabilidad del Estado y tienen un papel en la garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos, como la policía, el poder judicial, las defensorías del pueblo o el sistema educativo. Es sabido que algunas de estas instituciones se encuentran fuertemente cuestionadas y que su nivel de eficacia y compromiso en la atención de las necesidades y requerimientos de la población tiene serias fallas. Pero en el tema que nos interesa, podemos afirmar que **no contribuyen a que la atención de la salud de las mujeres y los/as jóvenes sea la mejor posible**. Creemos que pueden realizarse acciones aún con los escasos recursos existentes, requiriéndose sólo una planificación adecuada y formas de coordinación intersectorial que permitan un funcionamiento más eficaz y efectivo.

En nuestra opinión, los factores ideológico-culturales presionan fuertemente a favor de mantener pautas de género estereotipadas y constituyen un obstáculo en la aplicación de este Programa y para el verdadero respeto de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Este factor debe ser considerado y revertido en las actividades de capacitación que se realicen de acuerdo a lo dispuesto en la ley 25763.

Dentro de este panorama general, un aspecto particularmente interesante para analizar es **la resistencia que algunos sectores sociales siguen presentando para que la educación sexual se instale de manera definitiva y sistemática en todos los distritos del país**. Si bien en algunas áreas se está encarando su planificación e implementación parcial, estamos lejos de una acción sistemática, concertada y que respete el derecho a la información de niños/as y jóvenes¹⁶. Favorecida por la existencia de algunas leyes locales y normas sobre el tema, aún está muy lejos de cumplirse lo establecido por la ley nacional¹⁷. En el medio de un amplio espectro posible, no existe patrón alguno y las acciones en el tema se limitan a iniciativas esporádicas y asistemáticas que dependen de la buena voluntad de docentes y/o directores, ejecutadas con “bajo perfil” y con contenidos predominantemente biólogos en algunas escuelas, en algunos distritos, en algunas provincias. Con frecuencia se transmiten ideas tradicionales y conservadoras sobre género y se-

¹⁶ Este derecho forma parte de los derechos humanos básicos, establecidos por la Convención de los Derechos del Niño que Argentina ha ratificado.

¹⁷ Existe en la Cámara de Diputados un proyecto presentado por M.J. Lubertino y otras/os, para que se implemente en todas las escuelas del país lo dispuesto por la Ley 25763, así como un proyecto de Iniciativa Popular (mecanismo contemplado en la Constitución de la Nación Argentina) que se encuentra en proceso de recolección de firmas.

xualidad que no ayudan a promover la salud sexual y reproductiva. Finalmente, hay grandes distritos donde, salvo excepciones, prácticamente no se brinda ninguna educación sexual.

Esto nos remite a otro punto que todavía resulta conflictivo a algunos sectores de la sociedad argentina: **la atención de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes.** Es llamativo que la mayoría del universo analizado se incline porque los/as menores de 15 años concurren a los servicios acompañados/as por sus padres o un adulto. Es probable que detrás de esto se encuentren temores de distinto tipo. Uno de ellos es la desconfianza sobre la capacidad de cuidado que el mismo sector de la salud pueda brindar a estos y estas jóvenes, ya que si se confiara en esta atención no habría restricciones. Es sabido que las instituciones públicas del sector salud (sobre todo las de gran tamaño) son poco amigables y en ocasiones muy confusas en cuanto a dónde y cuándo se brindan los servicios. Queda flotando pues la pregunta de qué hacer con niños y niñas menores de 15 años que necesitan orientación para cuidar su salud sexual y reproductiva pero no pueden confiar en sus familias o un adulto de confianza para que los acompañen. En cambio, **la gran mayoría de los/as entrevistados/as, afortunadamente, se pronuncia a favor de que los y las mayores de 15 puedan concurrir solos/as a solicitar la atención de su salud sexual y reproductiva.**

Tanto la educación sexual como la atención de las y los adolescentes y jóvenes **resultan fundamentales para garantizar sus derechos.** Es imprescindible que el estado se haga cargo de ello, sobre todo en un país en crisis, en el que aproximadamente la mitad de su población se encuentra bajo la línea de pobreza y cerca del 20% bajo la línea de indigencia, y donde la desocupación ronda el 18% de la PEA. Estas cifras son aún mayores para la población de 15 a 24 años, que registra el 70% bajo línea de pobreza. Muy probablemente una gran proporción de las familias, demasiado exigidas por la subsistencia diaria, no están pudiendo responder de manera adecuada a las necesidades de información y educación que tienen sus hijos e hijas en estas áreas. Pero justamente es rol del Estado cubrir las. **Si los sistemas de salud y el sistema educativo continúan sin satisfacer adecuadamente estas necesidades, nuestros/as jóvenes quedan desguarnecidos y a merced de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, embarazos no planificados e iniciaciones sexuales inadecuadas que comprometen el desarrollo de su sexualidad.** Las mujeres jóvenes, por razones biológicas, fisiológicas y particularmente por la falta de equidad de género que caracteriza a nuestra cultura, seguramente están en situaciones de mayor vulnerabilidad. Cabe señalar que la mayoría de la población se muestra a favor de la educación sexual sistemática y la prestación de servicios de salud para los y las jóvenes; pero los sectores que se oponen, si bien minoritarios, logran todavía ejercer un fuerte poder obstaculizador que es necesario enfrentar.

Otros temas que también sufren esta misma conflictiva y siguen todavía pendientes son: **la legalización de la vasectomía y la ligadura de trompas voluntarias, la reglamentación de la atención postaborto y la correcta realización de los abortos legalmente admitidos.** En el primer caso, resulta evidente que el Estado no debe inmiscuirse en una decisión privada que una persona puede tomar sobre su propio cuerpo. En el segundo, es imprescindible la atención humanizada y correcta del aborto en curso, ya que en la actualidad se constatan a menudo prácticas que pueden catalogarse como tratos crueles, inhumanos y degradantes¹⁸, prohibidos por la Convención Mundial contra la Tortura que nuestro país ha ratificado. Asimismo proveer atención post-aborto cuya función es la contención de las mujeres en el difícil momento por el que atraviesan así como evitar la reiteración del aborto como resultante de un embarazo no planificado o forzado.

Finalmente, es necesario recordar que Argentina tiene penalizado el aborto, pero prevé dos excepciones a la pena: a) riesgo para la salud o la vida de la gestante, y b) violación de mujer (idiota o

¹⁸ Tales como la ejecución de legrados sin anestesia y las humillaciones y falta de privacidad durante las prácticas médicas, entre otras.

¹⁹ En Argentina existe un debate legal no resuelto respecto a si se aplica sólo en las mujeres idiotas o dementes, o todos los casos de violación.

demente). A pesar del debate legal instalado en este tema desde hace ya tres décadas, que acumula una cantidad de jurisprudencia similar en cada una de las posiciones ¹⁹, debemos señalar que **en muchos casos ni siquiera se esta cumpliendo su aplicación en el caso mas restrictivo de la interpretación legal**. Pero es fundamental recordar que en cualquiera de las dos excepciones a la penalización mencionadas, es legal realizar el aborto si media la indicación médica, sin necesidad de solicitar autorización a un juez²⁰. Sin embargo y como hemos dicho, en muchas ocasiones los profesionales de la salud buscan excusas, o demoran la intervención, de manera que finalmente no se realiza. Así se viola la ley por omisión de la práctica, con grave perjuicio para estas mujeres; es notable el temor que demuestran para aplicar la ley vigente. Estas son graves deudas para con los derechos de las personas: mujeres y hombres que los necesitan, que el equipo de salud no puede seguir evadiendo.

Finalmente, el acápite de difusión es muy claro al mostrar la importancia de mantener acciones permanentes de información específica sobre los derechos exigibles, los servicios disponibles y las instituciones encargadas de brindarlos. Este indelegable deber del Estado puede ser puesto en acción con una baja inversión material, sobre todo si se logra el compromiso de toda la sociedad. Es imperdonable que este tipo de acciones haya sido siempre tan dejado de lado.



20 Hay fallos de jueces que procesaron a médicos por solicitar autorización cuando no correspondía hacerlo.

2.2 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA - SIEMPRO 2001-

A) INTRODUCCIÓN

Para completar el diseño de la línea de base o situación inicial de los derechos sexuales y reproductivos que se propuso alcanzar el CoNDeRS se usó la Encuesta de Condiciones de Vida-2001- (ECV) aplicada por el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales (SIEMPRO) del Consejo Nacional de Políticas Sociales ²¹. Esta Encuesta aporta información relativamente actualizada sobre distintas dimensiones relativas a las condiciones de vida de la población urbana a nivel nacional, regional, para un conjunto de jurisdicciones y por grandes aglomerados.

Antes de introducirnos en el análisis de algunas de las variables pertinentes a la salud reproductiva, quisieramos señalar algunos aspectos vinculados a la coyuntura que vivió el país precisamente en el año del relevamiento de la Encuesta, 2001, y que cambió decisivamente los valores analizados en ese momento en relación a los actuales.

- 1.** La década del 90 expresó de manera elocuente la estrategia que el neoliberalismo implementó para profundizar una lógica de mercado esbozada en períodos anteriores que produjo como resultado una sociedad librada a las leyes del mercado con la retracción del estado en la atención de las necesidades de la población, en la regulación del empleo, en la provisión de salud, educación y bienestar social. Ello se reflejó en una profundización de la pobreza, la desocupación y la ruptura de sistemas solidarios a nivel comunitario así como en la pérdida de capital social y humano. A la vez ello repercutió en la vulneración del conjunto de los derechos de la ciudadanía particularmente los económicos y sociales y, entre estos últimos los relativos al derecho a la salud y específicamente los sexuales y reproductivos. En este contexto, las mujeres se vieron especialmente afectadas en su condición de sostenedoras del hogar, trabajadoras y agentes comunitarios, redoblando sus esfuerzos para amortiguar los efectos de la crisis.
- 2.** En el país el mes de diciembre del 2001 marcó un punto de inflexión con la crisis institucional y política que hundió al país en una situación de emergencia económica, social y política que obligó tanto al Estado como a la población a elaborar estrategias de supervivencia frente a la creciente desocupación y

21 El relevamiento de la ECV se realizó entre los meses de julio a diciembre de 2001 en localidades urbanas de 5.000 habitantes y más del país. Sus resultados forman parte de una base que está disponible del año 2003. La información básica ha sido procesada, disponiéndose de tabulados a nivel nacional y regional.

la caída del salario.

3. Para ilustrar esta situación consideremos la profundización de la pobreza y su evolución entre los 70' y el 2002. Según información proporcionada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) en octubre de 1974, en el Gran Buenos Aires, había sólo un 4,7% de población pobre y 2,1% de indigentes. En el mismo mes de 2002, la pobreza se había incrementado 11 veces, ya que las personas en esa condición representaban el 57,5% del total. La indigencia había aumentado 12 veces, hasta llegar a un 26,3%.

4. En el año 2003, se encuentran por debajo de la línea de pobreza el 54,7% de la población urbana de la Argentina; mientras que las personas indigentes son el 26,3% del total. Ello significa que a nivel del país en las áreas urbanas hay 18,8 millones de pobres y entre los mismos algo más de 9 millones son indigentes. Teniendo en cuenta que los relevamientos de la Encuesta Permanente de Hogares del INDEC no releva población rural donde la pobreza es aún mayor que en las áreas urbanas, podemos estimar que el número de pobres en la actualidad superaría los 20 millones.

5. Las áreas urbanas con mayor porcentaje de pobres son Concordia (73,4%), Corrientes (73%), Resistencia (71%) y Tucumán (69,2%). En el Conurbano la pobreza alcanza al 61,3% de las personas, pero en el segundo cordón²² aumenta al 71,3%.

Los principales factores del crecimiento de la pobreza han sido la desocupación, el aumento del empleo precario y la consiguiente pérdida o reducción de ingresos de los individuos y las familias, la que se agravó con la inflación del 2002-2003, y el aumento de la desigualdad en la distribución del ingreso²³. Precisamente el crecimiento de la pobreza, afecta particularmente a los sectores más vulnerables de la población: mujeres (desocupadas u ocupadas en el mercado informal) niños/as y adolescentes (excluidos del sistema escolar) o adolescentes que no estudian ni trabajan.

Los aspectos mencionados indican que varias de las dimensiones contempladas en esta encuesta también han variado, deteriorándose prácticamente todos los indicadores que allí registran de manera correlativa al aumento de la pobreza y la indigencia de la población. Sin perjuicio de ello creemos que los hallazgos son útiles para completar un diagnóstico inicial o previo a la implementación de la ley.

B) VARIABLES SELECCIONADAS

De esa Encuesta se seleccionaron un conjunto de variables asociadas a la salud reproductiva pertinentes a la construcción de la línea de base. Entre ellas, las relativas a aspectos demográficos, cobertura en salud, partos, controles del embarazo, uso de métodos anticonceptivos y conocimiento de Sida. Asimismo algunas de esas variables, siempre que la muestra lo permitiera, también se analizaron por situación de pobreza. En el caso de anticoncepción se le solicitó al equipo técnico de la ECV en el Siempro un procesamiento especial, motivo por el cual agradecemos muy especialmente la cooperación.

Cabe señalar que la ECV analiza muchas de sus variables por quintiles de ingreso y por línea de pobreza²⁴. A los fines de nuestro análisis contemplamos ésta última opción que consideramos más adecuada para las dimensiones estudiadas²⁵. El análisis de la información de las variables seleccionadas se realizó a nivel nacional y regional. Cabe destacar el apoyo brindado por el equipo técnico de la ECV del SIEM-

²² El segundo cordón incluye localidades más alejadas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

²³ SIEMPRO, Situación social y económica, Octubre de 2003, MIMEO

²⁴ De acuerdo con éste método, un hogar es considerado pobre si su ingreso (esto es, la suma de los ingresos que reciben todos los miembros del hogar) resulta menor que la denominada línea de pobreza. Se trata de un concepto normativo pues representa el valor de todos los bienes y servicios que se consideran necesarios para que el hogar satisfaga las necesidades básicas. La idea sobre la que se sustenta el enfoque es evaluar si los recursos con los que cuenta el hogar le permiten solventar un presupuesto que refleje la adquisición de aquellos bienes y servicios que posibiliten a sus miembros convivir dignamente en sociedad. Ver INDEC. Dirección Nacional de Encuestas de Hogares. "Acerca del método utilizado para la Medición de la Pobreza en la Argentina, marzo de 2003".

²⁵ La información referida a la población por situación de pobreza excluye a la población que no declaró ingresos.

PRO, y en particular de Beatriz Toutondjian en la revisión y análisis de este documento.

Las regiones consideradas en la ECV son seis y cada una de ellas se compone de las siguientes jurisdicciones:

1. **AMBA:** Area Metropolitana de Buenos Aires (aglomerado urbano que abarca la ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires)
2. **Pampeana:** Córdoba, La Pampa, Entre Ríos, Santa Fe y Buenos Aires (excluidos los partidos del GBA que integran el AMBA)
3. **NOA:** Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero.
4. **NEA:** Corrientes, Misiones, Chaco y Formosa
5. **Cuyo:** Mendoza, San Juan y San Luis
6. **Patagonia:** Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

□ Aspectos sociodemográficos

La población encuestada a nivel nacional fue de 31.959.425 personas. Tanto a nivel nacional como regional las mujeres representaban poco más de la mitad de la población, y eran pobres según ingresos el 38,6% de las mismas. La pobreza presentaba mayores valores en las franjas de edad más vulnerables, entre los 0 y 14 años el 52,8 % de las niñas del país eran pobres según ingresos. En todo el país las jefas de hogar representaban el 27,0 % del total de ambos sexos que ejercían la jefatura de hogar. Tomando en cuenta la pobreza por ingresos el 28,4 % de las jefas de hogar eran pobres, mientras que el 71,6 % de las mismas no lo eran.

Cuadro 1. Sexo y jefatura de hogar femenina según pobreza.

Regiones urbanas	Sexo		Pobreza según sexo		Jefas Hogar	
	H	M	H	M	Pobres	No pobres
TOTAL PAIS	48,2	51,8	48,7	50,3	28,4	71,6
AMBA	48,1	51,9	50,6	49,4	23,2	76,8
PAMPEANA	48,1	51,9	48,8	51,2	26,6	73,4
NOA	48,1	51,9	49,1	50,9	41,5	58,5
NEA	48,3	51,7	56,9	43,1	47,2	52,8
CUYO	47,5	52,5	49,9	50,1	28,0	72,0
PATAGONIA	49,6	50,4	50,9	49,1	30,7	69,3

Fuente: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

A nivel regional, la distribución de la pobreza según sexos no muestra grandes diferencias respecto del promedio nacional, registrando niveles similares a la distribución de la población total por sexos. En cambio, cuando se examina la información referida a la situación de pobreza de las jefas de hogar se constatan disparidades regionales de importancia, siendo el NEA y el NOA las dos regiones con los porcentajes más elevados de jefas de hogar pobres. AMBA, Pampeana y Cuyo registran menor proporción de jefas de hogar pobres que el promedio nacional.

□ Cobertura de salud

La cobertura en salud es un indicador relevante de las desigualdades en la accesibilidad de la población a los distintos sistemas de protección de la salud. En el 2001, el 40,1 % de la población total del país contaba con cobertura de salud a través de alguna obra social, incluido el PAMI. Los que contaban solo con la atención de los servicios públicos de salud representaban el 43,2 % de la población, mientras que el 16,6% estaba protegida por otros tipos de cobertura, entre los cuales estaban los asociados a sistema prepago o mutual.

Cuadro 2. Distribución de la población por regiones según cobertura de salud.

Regiones urbanas	Tipo de Cobertura de Salud			
	Total	Obra Social	Sector Público	Otros Tipos
TOTAL PAIS	100,0	40,1	43,2	16,6
AMBA	100,0	35,8	43,4	20,8
PAMPEANA	100,0	42,7	40,2	17,1
NOA	100,0	41,3	45,3	13,4
NEA	100,0	39,3	54,7	6,1
CUYO	100,0	43,7	43,1	13,1
PATAGONIA	100,0	51,7	40,1	8,2

Fuente: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001.

Cuando se analiza la cobertura según las distintas regiones se observa que la región patagónica presentaba la mayor proporción de población cubierta por obra social. Las otras regiones se mantenían en valores muy similares –aunque-, a excepción de AMBA y NEA, algo superiores al nivel nacional. Respecto al Sector Público, el NEA alcanza la proporción más alta, siendo esta región una de las que registra los niveles más altos de población en situación de pobreza. El resto de las regiones presentan porcentajes muy próximos al promedio nacional. En los otros tipos de cobertura se destaca el AMBA, que tiene la mayor proporción de otros tipos de cobertura privada o mutual. Esto debido a que algunas empresas contratan prepagas privadas para su personal. También los mayores porcentajes de asociados a seguros privados o prepagas y mutuales, se debe por ser la región con mayores niveles de ingreso per cápita, aunque concentrado en un porcentaje de población.

En el cuadro N°3 se analiza la cobertura según regiones y población pobre o no pobre. Puede observarse que en el total de la población cubierta por Obras Sociales, apenas un 22,2 % era pobre, mientras que aquella que sólo cuenta con los servicios de salud del sector público la proporción de pobres asciende al 64%.

Cuadro N° 3. Cobertura de salud según regiones y pobreza.

	Obra Social		Sector Público		Otros Tipos	
	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
TOTAL PAIS	22,2	77,8	63,6	36,4	18,9	81,1
AMBA	20,9	79,1	58,3	41,7	15,8	84,2
PAMPEANA	18,5	81,5	63,5	36,5	18,2	81,8
NOA	30,0	70,0	73,7	32,2	32,2	67,8
NEA	37,6	62,4	76,6	23,4	34,4	65,6
CUYO	20,8	79,2	60,1	39,9	18,5	81,5
PATAGONIA	18,3	81,7	58,2	41,8	16,6	83,4

Fuente: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001.

Respecto a las personas que cuentan con otros tipos de cobertura como los de obras sociales, seguros privados o prepagas, los no pobres alcanzaban el 81,8%. Dicho de otro modo, en las coberturas privadas o de obras sociales se observa una mayor presencia de población no pobre. Entre los cubiertos en el sector público la distribución de pobres y no pobres oscila entre un tercio de no pobres y dos tercios de pobres con variaciones regionales como en el NEA y NOA donde los pobres casi rondan el 80%. Las variaciones regionales se corresponden con los grados de distribución de la pobreza. En las regiones con mayor ingreso per cápita como: AMBA, Patagonia y Cuyo, la distribución de pobres y no pobres entre la población con cobertura en el sector público es más pareja, indicando la existencia de otros factores que favorecen el uso del sector público no tan vinculados a la gratuidad. En estos casos la calidad de los servicios públicos debe ser un factor importante.

Cuadro N° 4 Cobertura de salud de pobres y no pobres según regiones .

Regiones Urbanas	Población pobre				Población no pobre			
	Total	Obra Social	Sector Público	Otro Tipo	Total	Obra Social	Sector Público	Otro Tipo
	100,0	22,4	70,1	7,5	100,0	51,9	26,6	21,5
TOTAL PAIS	100,0	20,8	70,6	8,6	100,0	44,9	28,9	26,3
AMBA	100,0	21,1	70,5	8,4	100,0	54,3	23,7	21,9
PAMPEANA	100,0	24,4	67,2	8,4	100,0	57,7	24,3	18,0
NOA	100,0	24,7	71,8	3,4	100,0	59,0	31,6	9,4
NEA	100,0	23,8	69,8	6,4	100,0	55,0	28,0	16,9
CUYO	100,0	27,4	68,8	3,8	100,0	64,1	25,9	10,0
PATAGONIA								

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

Considerando a la población según sea pobre o no (Cuadro N° 4), a nivel del total del país sólo el 22,4% de los pobres tenía cobertura de obra social; el 70,1 % se atendía en el sector público, y solo el 7,5% de la población pobre recurría a otro tipo de cobertura.

Esta situación se invertía entre la población no pobre: el 51,9% poseía obra social, sólo el 26,6% contaba con cobertura del sector público y el 21,5 % tenía otro tipo de cobertura, las mutuales y prepagas y privadas.

A nivel de las regiones los guarismos son similares al promedio nacional respecto a los lugares donde se atiende la población pobre y la que no lo es.

Luego de la crisis del 2001 es altamente probable que debido al acelerado aumento de la desocupación y la consiguiente pérdida de la cobertura de las obras sociales, así como a la caída de los ingresos por inflación, la proporción de población que solo demanda atención en el sector público se haya incrementado, especialmente entre los nuevos pobres. Como parte del proceso ya lamentablemente instalado de la pauperización de las clases medias, también se produjo una disminución de la cobertura en seguros privados o prepagas y mutuales.

Mujeres en edad fértil

1. Control del embarazo

La encuesta relevó información sobre controles de embarazos a las mujeres respondentes que tenían al momento de la encuesta niños de 0 a 2 años²⁶. En ese período se detectaron un total de 1.288.691 embarazos en las áreas relevadas por la encuesta. A nivel nacional un alto porcentaje declaró haber controlado el embarazo (97,4%) y un porcentaje también elevado señaló haber tenido cinco controles y más (84,9%). La mayoría de las regiones analizadas siguen esta tendencia de alto control del embarazo particularmente las regiones Patagonia y Pampeana. La región NEA presenta el menor porcentaje de mujeres con cinco controles o más durante sus embarazos recientes (71,5%).

Llama la atención las respuestas relativas a los altos controles de embarazos que no se corresponde con los indicadores de morbilidad por causas obstétricas que se registran en el país²⁷, y que entre otros factores, su disminución se basa en comportamientos preventivos como son los controles prenatales durante el embarazo. Es probable que exista algún sesgo ya que las mujeres, frente a la pregunta sobre

²⁶ Se midieron los embarazos correspondientes a los niños que al momento de la encuesta tenían entre 0 y 2 años y que convivían con su madre biológica en el hogar, siendo ésta la respondente del cuestionario del menor.

²⁷ Las cifras oficiales se basan en registros provenientes de hospitales públicos. La encuesta revela que del total de partos ocurridos en hospitales públicos, casi un 33% declara haberse hecho controles en centros de atención primaria de salud. Como se sabe, la complementariedad entre estos últimos y los hospitales es bastante deficiente, no sólo derivaciones sino también en el tema de las historias clínicas compartidas.

controles durante el embarazo, prefieran opciones en las que aparezcan adoptando comportamientos socialmente aprobados. Pero creemos que el grueso de la diferencia se debe asociar a la calidad de los controles. Debemos señalar que el cumplimiento de un número adecuado de controles prenatales no asegura la calidad de los mismos, no siempre se detectan ni previenen problemas prevenibles y por tanto no son efectivos en disminuir los índices de morbi -mortalidad materna.

Un dato seguramente más objetivo es el relativo al lugar donde atendieron su salud durante el embarazo. A nivel nacional el 53,8 % de estos embarazos fueron atendidos en el sector público y el 46,2 % en establecimientos privados. Esta tendencia es similar en las regiones analizadas, sobresaliendo Patagonia, Cuyo y la región Pampeana donde poco más del 50 % fueron atendidos en el sector privado.

Cuadro n° 5 Control de embarazo.

	Control embarazo		Número de controles		Cobertura atención	
	Si	No	Menos 5	5 y más	Público	Privado
PAIS	97,4	2,6	15,1	84,9	53,8	46,2
AMBA	96,9	3,1	17,2	82,8	55,2	44,8
PAMPEANA	99,1	0,9	12,2	87,8	49,7	50,3
NOA	97,8	2,2	18,9	81,1	57,2	42,8
NEA	98,6	1,4	28,5	71,5	65,5	34,5
CUYO	97,0	3,0	13,4	86,6	48,3	51,7
PATAGONIA	98,0	2,0	11,6	88,4	48,5	51,5

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

2. Partos según cobertura y pobreza

Los partos, tanto en el país como en las regiones, fueron mayoritariamente institucionales. Al analizar esto según situación de pobreza se constata que el 70% de los partos ocurridos en establecimientos públicos correspondió a mujeres pobres. En realidad, del total de mujeres pobres embarazadas sólo el 20,4 % se atendió el parto en el sector privado. Inversamente el 65,6 % de las mujeres embarazadas no pobres tuvieron su parto en instituciones privadas y un 34,2% en el sector público.

Esta relación es similar en las regiones, a excepción de Cuyo, donde algo menos de un 30% de mujeres pobres atendieron sus partos en el sector privado. En el otro extremo el área Metropolitana registra sólo un 16% de mujeres pobres que tuvieron sus partos en el sector privado.

Cuadro n° 6 Partos según lugar de ocurrencia y pobreza.

Regiones urbanas	Mujeres pobres		Mujeres no pobres	
	Establecimiento público	Establecimiento privado	Establecimiento público	Establecimiento privado
PAIS	78,9	20,4	34,2	65,6
AMBA	82,9	16,0	38,6	61,4
PAMPEANA	77,9	34,0	21,5	66,0
NOA	77,9	30,8	21,0	68,7
NEA	79,4	33,6	20,0	65,5
CUYO	70,8	17,8	29,2	81,1
PATAGONIA	75,1	35,7	24,9	64,0

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

3. Uso de Anticonceptivos

La encuesta indagó sobre la utilización de métodos anticonceptivos en las mujeres entre 15 y 55 años. El total de población femenina residente en áreas urbanas de 5000 y más habitantes alcanzó una magnitud de 6.153.268 mujeres. De ellas, el 95,1% eran sexualmente activas, alcanzando cifras muy similares entre pobres y no pobres, aunque levemente inferiores entre las pobres el 87,6%. Desde la perspectiva regional, sólo en la zona cuyana se observa una disminución en la proporción de mujeres sexualmente activas, ubicándose en el 87,6%.

A nivel nacional entre las mujeres el 52,8% indicó usaba un MAC en el momento de la encuesta; el 25,2% declaró haber usado MAC en alguna oportunidad, mientras que el 17,2% nunca utilizó ningún tipo de MAC. El 4,9% indicó no ser sexualmente activa. Es evidente que en el NOA, Cuyo y NEA se registran los menores porcentajes de uso actual de MAC 37,9%, 42,2% y 49,7% respectivamente y también los mayores de "nunca usaron". Esto evidencia una diferencia que se basa seguramente en pautas culturales y hábitos, factores que deberán tenerse en cuenta en la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Cuadro 7. Uso de métodos anticonceptivos según regiones

Métodos anticonceptivos utilizados					
Condición de Uso					
Regiones urbanas	Sin relaciones sexuales	Sexualmente activas			TOTAL%
		Usan actualmente	Usaron alguna vez	Nunca Usaron	
PAIS	4,9	52,8	25,2	17,2	100
AMBA	3,9	57,9	22,9	15,3	100
PAMPEANA	3,1	55,0	28,0	13,9	100
NOA	8,7	37,9	24,3	29,2	100
NEA	5,1	49,7	24,3	20,9	100
CUYO	12,4	42,2	25,6	19,8	100
PATAGONIA	3,8	53,8	26,2	16,2	100

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

Al analizar la variable utilización de MAC según pobreza, en las mujeres sexualmente activas el 51,2% de las mujeres pobres sexualmente activas señaló uso actual frente al 57,4% de las no pobres. El mayor uso entre las no pobres se registra también en todas las regiones analizadas, sobresaliendo la región metropolitana y la región pampeana. Respecto a la utilización en alguna oportunidad no hay diferencias significativas según situación de pobreza tanto en el nivel nacional como en las regiones manteniendo un promedio de alrededor de 25 % en ambos casos.

Por el contrario entre las que declaran que nunca usaron métodos anticonceptivos se observa a nivel nacional un predominio de las pobres 22,1% contra un 15,9% de las mujeres no pobres que declararon no utilizar ningún MAC ni actualmente ni en el pasado. Ello es similar a nivel regional, a excepción de las regiones del NOA donde las pobres superan ampliamente esa proporción, registrando un 36,8% de mujeres que nunca utilizaron MAC. La región NEA también presenta un valor 27,8%. Estas diferencias también se registran en las no pobres, aunque con valores menores a las pobres.

La mayor proporción de no uso entre las mujeres pobres, porcentaje que crece aún más en las regiones más pobres, está indicando la necesidad de la provisión gratuita de MAC en los hospitales públicos. Sin embargo también el mayor desconocimiento acerca de estos métodos y las pautas culturales se deben tener en cuenta, como ya se señaló.

Cuadro n° 8 Uso de métodos anticonceptivos según pobreza.

Mujeres pobres sexualmente activas					
Condición de uso					
Regiones urbanas	% sobre el total	Total	Usan actualmente	Usaron alguna vez	Nunca usaron
PAIS	93,9	100,0	51,2	26,7	22,1
AMBA	94,9	100,0	55,9	26,3	17,8
PAMPEANA	95,9	100,0	54,5	27,9	17,6
NOA	89,9	100,0	38,8	24,4	36,8
NEA	94,8	100,0	47,7	24,5	27,8
CUYO	86,9	100,0	46,5	29,9	23,6
PATAGONIA	95,4	100,0	53,1	28,1	18,8

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

Cuadro n° 8 bis. Uso de métodos anticonceptivos según pobreza.

Mujeres NO pobres sexualmente activas					
Condición de uso					
Regiones urbanas	% sobre el total	Total	Usan actualmente	Usaron alguna vez	Nunca usaron
PAIS	95,9	100,0	57,4	26,7	15,9
AMBA	97,0	100,0	61,8	23,3	14,8
PAMPEANA	97,6	100,0	58,6	29,1	12,3
NOA	93,0	100,0	44,7	28,7	26,6
NEA	95,5	100,0	56,5	26,7	16,8
CUYO	87,7	100,0	48,7	29,2	22,0
PATAGONIA	96,3	100,0	56,6	27,8	15,6

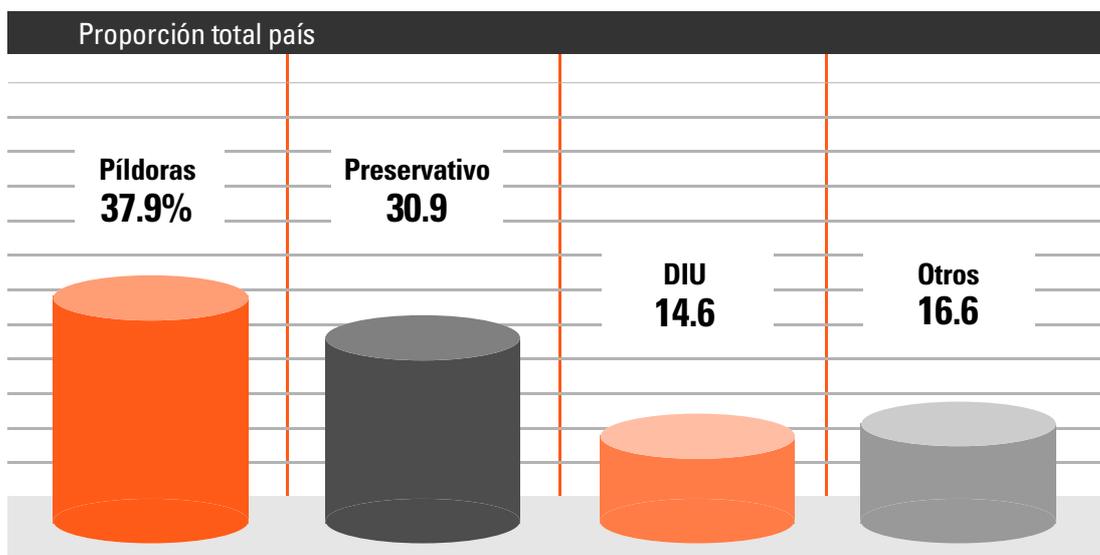
FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

Para la población femenina usuaria de MAC se indagó sobre la cantidad de métodos utilizados. A nivel del país el 85,2% declaró usar un sólo método; el 12,4% dos métodos y el 2,4% restante tres y más métodos. En las regiones se reproducen guarismos similares sobre el número de MAC que utilizan.

Respecto al método utilizado, el 37,9% de las mujeres a nivel nacional señaló usar píldoras, 30,9% preservativos y 14,6% dispositivos intrauterinos. Asimismo señalan utilizar otros métodos el 16,6% de las mujeres entrevistadas. A nivel regional se presentan interesantes variaciones: en la región Metropolitana predomina el uso de preservativo con un 43,1% de las respuestas mientras que en zona Pampeana se invierten estos guarismos: algo más del 50% de las mujeres declaran utilizar píldoras frente al 25%, aproximadamente, que señala utilizar preservativo. Podría pensarse en atribuir la diferencia a la influencia del Programa de Procreación Responsable en la Pampa que permite el acceso a píldoras anticonceptivas y condones ya que 75% de las mujeres utilizaba estos dos métodos. En la región NEA algo más de la mitad de la población femenina en edad fértil señaló usar píldoras mientras un cuarto de la misma hace referencia a otros métodos. También en la región NOA llama la atención un elevado porcentaje de mujeres que señalan utilizar otros métodos (cerca del 34%), seguido por el NEA con 24,1%.

En general el uso de preservativos es bajo, en las regiones de NEA, NOA y Patagonia presenta los menores porcentajes de uso: 16,3%, 16,8% y 19,1% respectivamente. En esta última región el uso de DIU es elevado, casi el doble del nivel nacional. La doble protección especialmente de Píldoras o DIU con preservativo registrada es baja, esto indica el alto riesgo frente al VIH/SIDA y las ITS de las mujeres sexualmente activas.

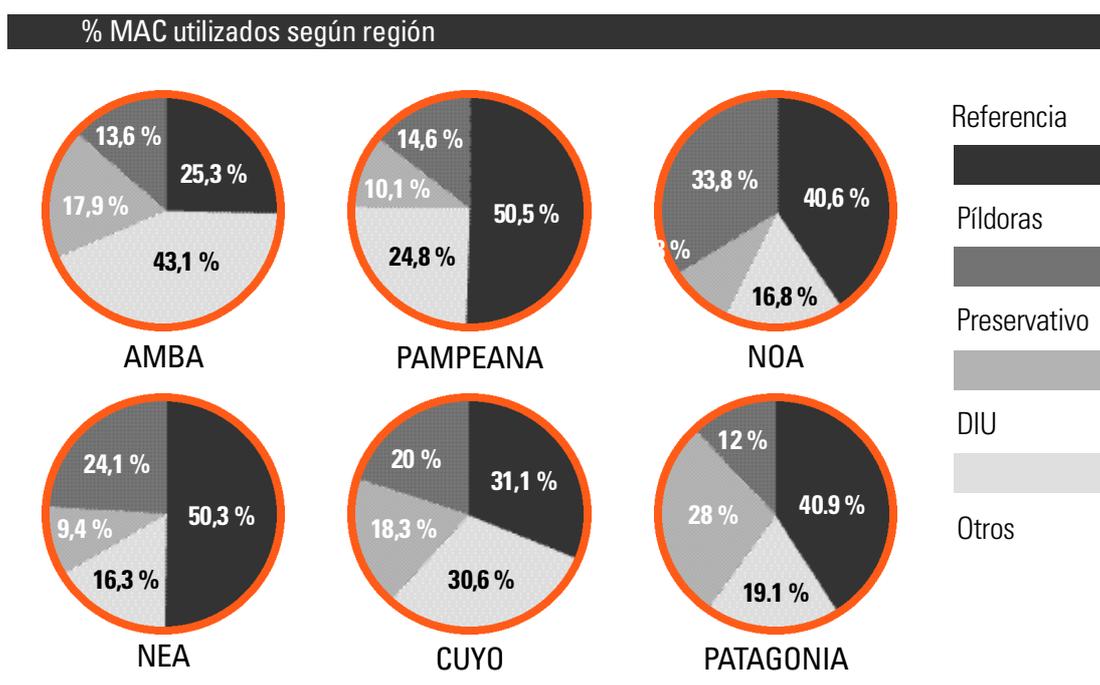
Cuadro N° 9. Tipo de MAC utilizado



FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

MAC utilizados según método				
Regiones urbanas	Píldoras	Preservativo	DIU	Otros
PAIS	37,9	30,9	14,6	16,6
AMBA	25,3	43,1	17,9	13,6
PAMPEANA	50,5	24,8	10,1	14,6
NOA	40,6	16,8	8,8	33,8
NEA	50,3	16,3	9,4	24,1
CUYO	31,1	30,6	18,3	20,0
PATAGONIA	40,9	19,1	28,0	12,0

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001



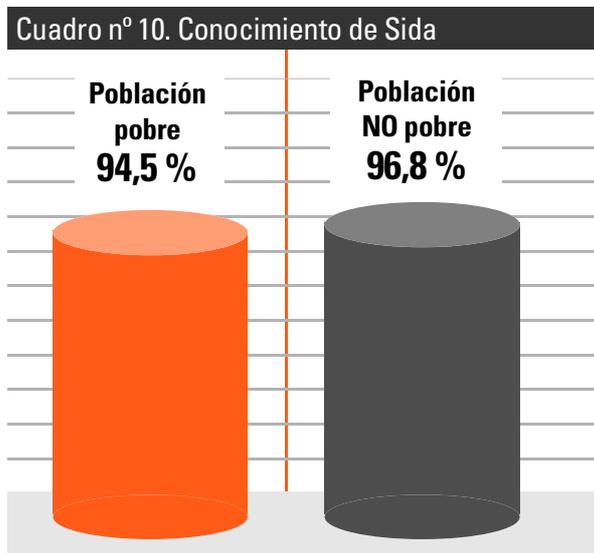
FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

El DIU es el método menos usado a nivel nacional y excepto en la Patagonia donde duplica al nivel país, en las regiones como NEA y NOA es aún más bajo que el promedio nacional. Las regiones Cuyo y AMBA presentan un porcentaje de uso intermedio.

4. Conocimiento sobre Sida

La encuesta indagó sobre conductas de riesgo entre las que incluyó el Sida. El módulo se aplicó a la población de 15 años y más. Se les preguntó sobre conocimiento de la enfermedad y las formas de contagio. A las mujeres que con hijos entre 0 y 2 años, se les preguntó sobre realización del test durante el embarazo.

Un alto porcentaje de la población del país señaló conocer el Sida en todos los grupos de edad (96,2%) promedio superado por los grupos de edad 15-24 (97,4%) y 25-54 (97,9%) El conocimiento disminuye en la población más adulta, a partir de 55 años y más, entre los cuales el 91,9 % declara conocer qué es el Sida.



FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

Al analizar este conocimiento según pobreza, si bien la población de ambos grupos poblacionales manifiestan un grado similar y alto de conocimiento, los no pobres manifiestan mayor nivel de conocimiento: 96,8 % frente a un 94,5 % de los pobres. En las distintas regiones se reproducen estos porcentajes de manera similar.

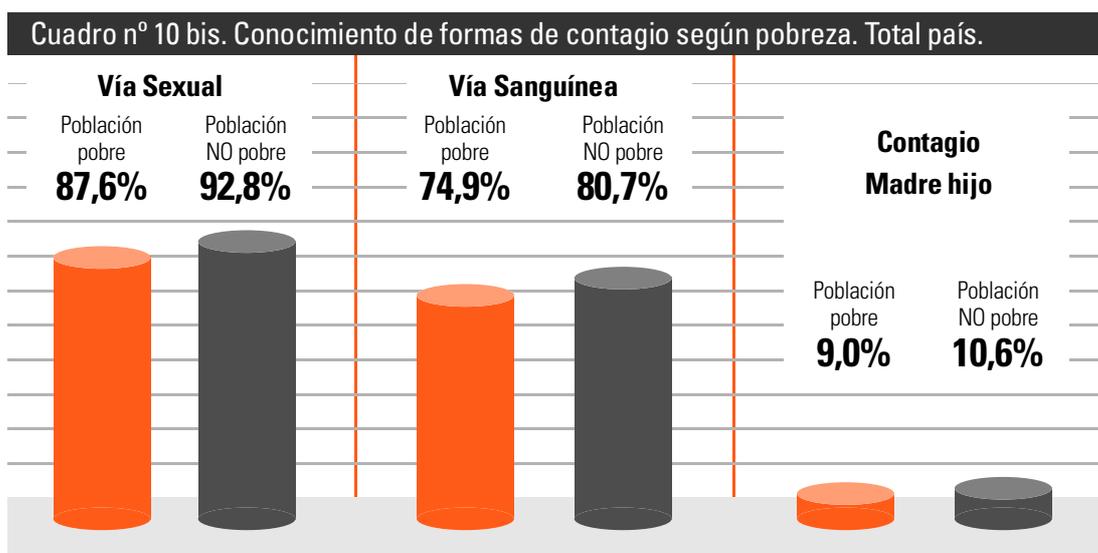
Cuadro n° 10 bis. Conocimiento de Sida.

Conocimiento del Sida según pobreza		
Regiones urbanas	% sobre población pobre	% sobre población no pobre
PAIS	94,5	96,8
AMBA	96,2	97,6
PAMPEANA	95,1	95,9
NOA	92,1	96,0
NEA	90,5	97,4
CUYO	95,7	97,1
PATAGONIA	94,5	96,8

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

Preguntados sobre la forma de contagio entre los que dijeron conocer la enfermedad, la mayoría conoce dos de las formas: por vía sexual y por vía sanguínea. 91,2% y 78,3% respectivamente y un escaso porcentaje (9,7%) son los que conocen el contagio madre-hijo.

Al analizar este conocimiento según pobreza los no pobres evidencian un mayor conocimiento de las vías de contagio: 92,8 % refiere al contagio vía sexual, mientras que el 87,6% de los pobres manifiestan conocer esta vía de contagio; y en las distintas regiones las respuestas están cercanas a este promedio. Respecto al contagio por vía sanguínea en el país y en las regiones se evidencia un menor co-



FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

nocimiento, aunque las respuestas son también altas, con valores entre 75 % entre los pobres y 80% los no pobres en el país, mientras que en las regiones los valores de conocimiento más bajo respecto a esta vía de contagio se ubican en la región NEA con 62% de los pobres que señala esta vía de contagio frente a un 80 % de los no pobres que se refiere a la misma. En cuanto al contagio madre-hijo las respuestas denotan escaso conocimiento en ambos grupos poblacionales: 10,6 % entre los no pobres y 9 % entre los pobres a nivel del país, diferencia que se profundiza en las regiones Cuyo y Patagonia donde el conocimiento entre los no pobres duplica al de los pobres. En AMBA también se observa una considerable diferencia.

Cuadro n° 10 bis. Conocimiento de formas de contagio según pobreza. Detalle Regiones.

Regiones urbanas	Vía sexual		Vía sanguínea		Contagio madre-hijo	
	% pobl. pobre	% pobl. no pobre	% pobl. pobre	% pobl. no pobre	% pobl. pobre	% pobl. no pobre
PAIS	87,6	92,8	74,9	80,7	9,0	10,6
AMBA	88,6	94,2	78,6	82,9	6,7	11,2
PAMPEANA	89,0	91,7	69,4	76,9	6,9	9,3
NOA	86,1	91,0	66,9	79,5	8,6	10,7
NEA	82,0	93,0	61,9	79,4	4,0	9,4
CUYO	89,8	91,5	77,8	82,9	6,2	12,4
PATAGONIA	84,6	94,0	75,9	86,8	7,4	12,8

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

En las mujeres madres con hijos menores de 2 años y que hubiesen realizado controles prenatales se indagó sobre el conocimiento de aplicación del test de Sida durante el embarazo y el conocimiento de la vía de contagio madre-hijo. Del 97,8% que realizaron controles prenatales en el país, el 97,4% de las mujeres respondió que se le aplicó el test de Sida durante el embarazo, pero sólo el 10,2% contestó estar informada sobre la vía de contagio madre-hijo. Cabe señalar que en el NOA solo el 44,6% de las embarazadas bajo control se hizo el test. Al analizar esta variable por pobreza, las mujeres no pobres, si bien también registran una proporción muy baja, de todos modos es mayor, duplicando el porcentaje de conocimiento de las pobres. El 13% de las madres no pobres que se hicieron controles de embarazo, respondieron conocer la vía de contagio de madre a hijo, mientras que entre las pobres sólo

lo lo hizo el 6% del respectivo total.

Cuadro n° 11 Mujeres madres de niños 0-2 años Test Sida y conocimiento transmisión madre-hijo según pobreza de la madre. Año 2001

	Se hizo test de Sida durante el embarazo		Declaró conocer la vía contagio madre-hijo	
	Pobre	No pobre	Pobre	No pobre
PAIS	97,4	97,1	6,0	13,0
AMBA	80,2	84,3	6,5	16,6
PAMPEANA	67,4	75,7	6,9	13,2
NOA	44,6	58,6	7,3	9,0
NEA	60,3	79,4	3,4	12,6
CUYO	71,0	81,3	5,7	8,4
PATAGONIA	60,3	79,4	3,4	12,6

FUENTE: Elaboración propia con datos de SIEMPRO, ECV 2001

En todas las regiones se reproducen valores similares al promedio nacional, mostrando una pequeña mayor información las madres no pobres del AMBA frente a las pobres (16,6 %y 6,5% respectivamente) También en NEA un reducido 3,4 % de las pobres señala conocer esta vía de transmisión mientras que cerca del 13 % de las madres no pobres la conoce.

C) COMENTARIOS

Cabe reiterar las advertencias efectuadas al principio sobre los resultados del relevamiento debido al momento en que se realizó esta encuesta, precisamente en algunas localidades o áreas culminó ese mes en que estalló la crisis: diciembre del 2001. Por tanto ya en ese momento se vivían condiciones similares a las que desencadenó la fuerte crisis que afectó al país. Sin embargo los resultados todavía no reflejan la modificación radical que sufrieron con posterioridad a la crisis. Aclarado esto, consideramos que de todas maneras la información proveniente de la Encuesta de Condiciones de Vida es importante para el análisis de la situación de la atención de la salud sexual y reproductiva.

Si bien las encuestas aplicadas a grandes muestras de población pueden tener sesgos debidos a la subjetividad de las personas encuestadas, muy especialmente cuando se refieren a conductas socialmente aprobadas o sancionadas. Sin embargo consideramos que no puede por esto desestimarse el valor de esta información, especialmente cuando en el país este tipo de encuestas con muestras de alcance nacional son muy raras y escasas. Es por ello que consideramos que estos datos son muy adecuados para complementar el diagnóstico realizado con los datos de las encuestas a informantes calificados.

Sobre la información proporcionada por la ECV a nivel regional los datos ponen de manifiesto las marcadas diferencias sociales y regionales cuando se analizan los datos por la variable pobreza, y por regiones donde las provincias más pobres agrupadas en la región NOA y NEA y también el AMBA, con su magnitud y heterogeneidad interna, evidencian una profunda desigualdad entre los indicadores más importantes.

Los datos analizados ponen de manifiesto una fuerte desigualdad en la cobertura de salud, y en la atención de la salud de la mujer en su período fértil, ya sea en los controles de embarazos como en los partos institucionales. En relación a la información sobre anticoncepción, como ya lo señalamos es una información que el país no releva de manera sistemática, por lo cual no existe otra fuente para un conocimiento actualizado de la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos (MAC), esta Encuesta registra el relativamente bajo uso de MAC, especialmente en las provincias del NOA y NEA, algo debido tanto a la falta de provisión gratuita por parte del Estado, como a su desconocimiento así como pautas culturales, religiosas y sociales. Es esperable que con la implementación de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable los indicadores de utilización de MAC aumenten, particularmente en la franja adolescente que es mayormente vulnerable a embarazos no planificados.

Otro aspecto importante es el uso casi exclusivo entre las usuarias de MAC de un solo método, con alto riesgo para el VIH/SIDA y las ITS. La doble protección con el uso del preservativo que se agrega al DIU o a los MAC orales, debe enfatizarse y promoverse.

El desconocimiento sobre la prevención de la transmisión madre-hijo, es preocupante porque esta forma de prevención es posible y además mejora el acceso de las mujeres al tratamiento ARV, mejorando la calidad y supervivencia de las mujeres, objetivo importante para asegurar la salud del binomio madre e hijo.



3. MARCO CONCEPTUAL DEL CONDERS

3.1. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO PARTE INTEGRAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.

La salud como derecho humano en la vida cotidiana

¿Qué queremos decir cuando hablamos, en el CoNDERS, de la salud como parte integral de los Derechos Humanos? Los Derechos Humanos son un marco ético que reconoce que todas las personas poseen dignidad y derechos básicos por el simple hecho de ser seres humanos; y que tanto los estados – nacionales como las integraciones supranacionales –, como todas las organizaciones de la sociedad deben tomar diferentes medidas para lograr que sean efectivos. Estos principios se han venido construyendo desde tiempos inmemoriales, enfrentando otras tendencias humanas hacia detentar el poder de manera absoluta, utilizando la presión, la violencia y/o la aniquilación. Una inflexión decisiva se dio en el contexto de la Revolución Francesa con la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de 1789²⁸. Pero para nosotras tiene particular importancia la Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana, propuesta a la Asamblea Nacional francesa en 1793 por Olympe de Gouges (1748-1793) que pagó en la guillotina la audacia de proclamar la “resistencia a la opresión” (art 2) y afirmar “La mujer nace y permanece igual al hombre en cuanto a derechos. Las distinciones sociales no pueden basarse más que en la utilidad común” (Art. 1)²⁹.

El sistema moderno de derechos humanos del que hoy hablamos, impulsado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) desde su creación en 1945, funciona a través de una serie de instrumentos internacionales, algunos de ellos de **obligatoriedad jurídica**. Los principios de ética y justicia social construidos a lo largo de estas décadas de esfuerzos mundiales lograron consenso, y hoy son reconocidos, en el derecho pero no siempre en los hechos, en todo el mundo. En otros términos, nuestros estados **están obligados jurídicamente³⁰ a implementar diferentes tipos de estrategias para garantizar estos principios en campos específicos de la vida social.**

Dice el Art.1 de la declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948):

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.

Actualmente la **preocupación fundamental** es lograr que esos derechos, plasmados en innumerables

²⁸ Este documento contó entre sus antecedentes con la Carta Magna de 1215 y el Acta de Habeas Corpus de 1679.

²⁹ Olympe De Gouges, 1789. “Declaración De Los Derechos De La Mujer Y De La Ciudadana”. *Propuesta a la Asamblea Nacional de la Revolución Francesa*. <http://www.geocities.com/Athens/Parthenon/8947/Olympe.htm>

³⁰ Existen diferentes clases de instrumentos de derechos humanos, pero aquí queremos resaltar dos: las conferencias o declaraciones, y las convenciones o tratados. Las Plataformas o planes de acción de las primeras son de orden declarativo y sus efectos son fundamentalmente políticos. Las de los segundos son vinculantes - obligatorias para los estados signatarios - y tienen mecanismos de seguimiento o control, y pueden dar origen a penalidades para los estados incumplidores.

documentos normativos, se hagan realidad en la vida cotidiana y para todas las personas, en un mundo donde reinan la inequidad, la injusticia y la distribución asimétrica de los bienes, poderes, saberes y derechos. Frente a un mundo crecientemente inequitativo y violento, los derechos humanos son una poderosa y al mismo tiempo débil herramienta. Poderosa, porque concentra los ideales de un mundo mejor, regido por la paz y la igualdad de oportunidades. Débil, porque frente a intereses materiales e ideológicos en conflicto, aparece como un discurso fundamentalmente ético, que sólo puede hacerse efectivo cuando existe voluntad política para ello.

Hoy, lo que desvela a los grupos que trabajan en esta concepción es **traducirlos a principios y políticas que incidan en la vida cotidiana, y establecer normas y programas** de cumplimiento obligatorio **que puedan ser monitoreadas**. No es una tarea fácil, porque se trata de normas y principios de bien común, que deben enfrentarse contra intereses sectoriales, parciales o que priorizan el lucro. Sin embargo, el sistema moderno de derechos humanos ha sido muy útil al movimiento de mujeres mundial para avanzar en sus reivindicaciones, y así contribuir a la construcción de un mundo mejor. Las áreas contempladas han venido ampliándose, así como el paradigma en el que se basan. Nacidos del seno de la ideología liberal de posguerra y basándose en la necesidad de proteger al individuo contra las arbitrariedades que pudieran cometer los Estados, los Derechos Humanos hoy se han extendido grandemente. Abarcan por ejemplo áreas antes estimadas privadas, como la violencia doméstica, y recientemente han incorporado los llamados “derechos difusos”, que se relacionan con el colectivo humano y las comunidades, como el derecho a disfrutar de un medio ambiente sano y un desarrollo sostenible. Hoy, y desde nuestro punto de vista, abarcan las siguientes áreas: el derecho de identidad y ciudadanía, el derecho a la paz y a una vida libre de violencia, el derecho a la no discriminación, el derecho al desarrollo sustentable y a la equidad en la distribución de sus beneficios, los derechos sociales y económicos (a la salud, a la educación, al empleo, a la vivienda digna), los derechos sexuales y reproductivos, los derechos ambientales. Esta enumeración no es taxativa y continúa siendo ampliada por los distintos movimientos sociales, que los redefinen a través de sus demandas sobre las condiciones que vulneran la dignidad humana.

“ LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SE REFIEREN A LA ESFERA DE LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN PERO NO LA AGOTAN

Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR)

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, ejerciendo 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 cul-

tura occidental moderna, que hace 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 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 anticoncepción 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. Sin embargo, todavía estos derechos suelen ser omitidos o subsumidos en derechos reproductivos, en los documentos oficiales de conferencias y tratados de Naciones Unidas.

Por ejemplo, afirma el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (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)

“ **LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS SON PARTE INDISOCIABLE DE LOS DERECHOS HUMANOS BÁSICOS** ”

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**³¹. Son **universales** porque corresponden a todos los seres humanos por el simple hecho de nacer, independientemente del lugar de residencia, género o raza, pertenencias religiosas, culturales o étnicas y otras características personales. Son **inalienables** porque no pueden ser arrebatados bajo ninguna circunstancia, ni es posible renunciar a ellos. Son **indivisibles e interdependientes** porque todos los derechos —políticos, civiles, sociales y económicos— son iguales en importancia y si se viola alguno de ellos, se están violando todos. Es decir: los Estados no pueden invocar tradiciones culturales o religiosas, o escasez de recursos, como excusa para no respetar y proteger todos los derechos, incluidos los sexuales y reproductivos.

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: usuarios y usuarias 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.

Sostenemos esta afirmación a pesar de constatar que códigos, leyes, reglamentaciones, documentos y declaraciones no garantizan su ejercicio en la vida cotidiana. Por ejemplo, no se puede gozar del más alto standard de atención de la salud si no se tiene acceso a transporte y tarifas accesibles para llegar al centro de salud (que depende del derecho a no vivir en la pobreza y a trabajar); acceso a material informativo (derecho a la información y a la educación); y a una atención de calidad que respete sus necesidades y preferencias. Depende también de las condiciones de vida de las personas; para las mujeres, por ejemplo, requiere no ser víctimas de violencia por parte de sus parejas cuando desean ejercer su derecho a la autonomía —decidir, por ejemplo, cuándo y cómo tener relaciones sexuales. Y, por supuesto, si los servicios de salud provistos por el Estado son escasos, de mala calidad, alejados o patriarcales, no cumplen con su función práctica de ser los agentes de la garantía de los derechos que la ley instaura.

31 Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Viena, 1993.

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 y las usuarios/as 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 gobiernos, y sociedad civil incluido el sector privado lucrativo, trabajen de manera proactiva a su favor.

El camino recorrido

Transformar estas obligaciones generales en un compromiso político genuino y específico hacia los derechos sexuales y reproductivos requirió, durante décadas, la presión concertada y sostenida de grupos que trabajaron por el empoderamiento de las mujeres. Ellos llamaron la atención sobre los abusos que violaban los derechos humanos, **originados por la posición subordinada de la mujer en la sociedad**. Presionaron a los gobiernos para modificar las circunstancias en que transcurrían sus vidas. En tres históricas reuniones internacionales realizadas en la década de 1990 (Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena 1993; Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo 1994; y IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing 1995), la participación del movimiento feminista internacional logró crear un nuevo consenso sobre los derechos sexuales y reproductivos e instaurarlos como indicador importante del desarrollo humano.

En los Planes de Acción resultantes de esas conferencias, la comunidad mundial llegó a acuerdos centrales sobre estos derechos antes invisibilizados, y los transformó de esta manera en preocupaciones centrales para los gobiernos, programas y políticas de salud y de desarrollo social en todo el mundo.

Según ellos, los siguientes principios resultan clave para la salud sexual y reproductiva ³² :

1. Basándose en los derechos a la libertad, las personas tienen el derecho a unirse y fundar una familia o no hacerlo, y a decidir si tener hijos o no, la cantidad y el espaciamiento entre ellos. Es decir, tienen derecho a controlar su vida sexual y reproductiva, y a tomar decisiones reproductivas sin sufrir interferencias, coerción o violencia. Las tradiciones culturales o religiosas, las prioridades demográficas o económicas no pueden ser invocadas para restringir estos derechos.
2. Todas las personas tienen derecho a no ser discriminadas por ningún motivo (género, raza, etnia, clase social, edad, nacionalidad, opción política, sexual o religiosa, discapacidad o cualquier otra característica personal) y al respeto a las diferencias. Requieren que los gobiernos aseguren un acceso igualitario a la atención en salud para todas las personas y que aborden las necesidades específicas de varones y de mujeres.
3. Con el fin de garantizarlos, los gobiernos deben asegurar la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva integrales del máximo nivel posible y eliminar los obstáculos para su acceso efectivo, teniendo especial cuidado de garantizar la atención del embarazo, el parto y el puerperio para todas las mujeres. También debe garantizarse el acceso a la información adecuada según las necesidades de cada ciclo vital.

Estos principios son retomados por agencias de Naciones Unidas como la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en la actualidad define Salud Reproductiva como "una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad

34 Síntesis basada en los documentos oficiales de las conferencias de Viena, Cairo y Beijing, que fueron aprobadas en Asamblea General de Naciones Unidas por consenso mundial.

de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura.”³³

Principios Generales de los Derechos Humanos y obligaciones de los Estados en el área de la sexualidad y la reproducción

Como hemos dicho, los derechos sexuales y reproductivos han sido incorporados muy recientemente al sistema general de los Derechos Humanos, existiendo una cierta asimetría entre ellos. Mientras los derechos reproductivos son mencionados y definidos en varios de los instrumentos internacionales, - en particular en los Planes de Acción de las Conferencias de Cairo y Beijing- , los derechos sexuales son un campo en construcción, y todavía esperan un reconocimiento pleno, así como requieren definiciones más precisas de los campos que abarcan y de las esferas que los estados deben garantizar.

A continuación se detalla la relación entre los principios generales de los derechos humanos y cómo se han traducido hasta el momento en obligaciones de los Estados en el campo de la sexualidad y la reproducción.

 DERECHO HUMANO	OBLIGACIONES
Derecho a la vida y a la supervivencia	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar las muertes maternas prevenibles - Terminar con la discriminación prenatal y el infanticidio selectivo de sexo femenino - Detección precoz de cáncer gónitomamario - Asegurar el acceso a MAC³⁴ que otorguen protección contra ITS³⁵ incluido el VIH/SIDA
 Derecho a la libertad y a la seguridad de las personas	<ul style="list-style-type: none"> - Eliminar la mutilación genital femenina - Informar con claridad sobre procedimientos y métodos, especialmente para pruebas de detección de VIH³⁶, esterilización, aborto. - Alentar a las personas a tomar decisiones autónomas, sin coerción ni violencia en su SSR³⁷ - Detener la explotación sexual y el tráfico de personas
 Derecho a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes	<ul style="list-style-type: none"> - Proteger y brindar atención a supervivientes de ataques sexuales y abusos domésticos - Prohibir esterilizaciones y abortos forzados - Eliminar la violación como instrumento de guerra y en toda situación - Garantizar una buena atención postaborto en aquellos países que lo mantienen penalizado. - No verse sometida a un embarazo y maternidad forzados, por ejemplo en caso de violaciones.

³³ http://www.rhoespanol.org/html/definicion_.htm

³⁴ MAC: Métodos Anticonceptivos

³⁵ ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

³⁶ VIH o SIDA

³⁷ SSR: Salud Sexual y Reproductiva

DERECHO HUMANO**OBLIGACIONES**

- ◇
Derecho a unirse y fundar una familia
 - Evitar los matrimonios precoces o forzados
 - Proveer acceso a servicios de tratamiento de la infertilidad a mujeres y hombres.
 - Prevenir y tratar las infecciones que causan esterilidad
- ◇
Derecho a decidir la cantidad y el espaciamiento de los hijos
 - Proveer acceso a distintos MAC
 - Ayudar a las personas a escoger y usar el MAC más apropiado según sus preferencias y requerimientos de salud
 - Proveer el acceso a servicios de abortos voluntarios seguros en los lugares donde es legal, y despenalizarlo donde es ilegal.
- ◇
Derecho al nivel más alto de salud posible
 - Proveer acceso universal a servicios de SSR accesibles, aceptables e integrales.
 - Proveer una atención de alta calidad.
 - Distribuir equitativamente los recursos disponibles.
 - Proveer acceso a métodos eficaces para la detección/tratamiento de cáncer gínitomamario.
- ◇
Derecho a beneficiarse del progreso científico
 - Proveer financiamiento para la investigación de las necesidades de salud de mujeres y varones.
 - Proveer acceso a la anticoncepción de emergencia. y de los nuevos métodos que el progreso científico pueda proveer.
 - Proveer acceso al tratamiento antirretroviral del SIDA.
 - Proveer acceso a atención obstétrica de calidad.
 - No ser objeto de experimentación de métodos sin respaldo científico.
- ◇
Derecho a no ser discriminado y al respeto por la diferencia
 - Ofrecer servicios de SSR a todos los grupos y diversidades sexuales, incluidos los/as adolescentes, mujeres solteras y refugiadas/os.
 - Garantizar que no se exija la autorización del cónyuge . o del padre para acceder a servicios de SSR.
 - Ofrecer servicios que satisfagan las necesidades personales.
- ◇
Derecho a recibir y transmitir información
 - Procurar el libre acceso a información sobre planificación familiar.
 - Ofrecer información suficiente y comprensible para que las personas tomen decisiones sobre todas las intervenciones médicas.
- ◇
Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia / religión
 - No restringir los servicios de SSR, como la AE ³⁸, el aborto legal o la ligadura tubaria, la prescripción de MAC, sobre la base de razones religiosas, demográficas u económicas.
 - Garantizar que la objeción de conciencia de los prestadores no limiten o impidan el acceso y la provisión integral de los servicios.
- ◇
Derecho a la privacidad
 - Asegurar la privacidad de todos los servicios para todas las personas.
 - Mantener la información de las/os usuarias/os de manera confidencial.

Quisiéramos añadir algunas reflexiones sobre los **derechos sexuales**. Es evidente que en este terreno, mucho más ambiguo y diverso – como es ambigua y diversa la sexualidad humana – las principales obligaciones del estado son **negativas**, es decir, **abstenerse de limitarlos o cercenarlos**, permitiendo que todos los seres humanos ejerzan su sexualidad lo más libremente que puedan, siempre que no

³⁸ AE: Anticoncepción de Emergencia

“ EL ESTADO DEBE ABSTENERSE DE LIMITAR O CERCENAR LOS DERECHOS SEXUALES PERMITIENDO QUE TODOS LOS SERES HUMANOS EJERZAN SU SEXUALIDAD LIBREMENTE.

violen los derechos de otras personas. Muchos sectores conservadores suelen expresar el temor a que la sexualidad se “desborde” y hablan de “libertinaje”. Sin embargo, una mirada sistémica a todos los derechos – cualidad irrenunciable del sistema de Derechos Humanos - garantiza, por ejemplo, el derecho de los niños y niñas a no ser abusados, a no ser casados precozmente y a mantener su integridad física; y de adultos y adultas a no ser obligados a realizar lo que no desean o a ser objeto de prácticas no consentidas. Este tipo de conductas se halla penado en casi todo el mundo; los países que no respetan alguno de estos principios son alentados y reconvencidos para que avancen hacia el respeto irrestricto de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Pero, por otro lado, junto con el paradigma de los derechos humanos ha avanzado en las últimas décadas el

reconocimiento cultural y normativo de la diversidad sexual y la lucha por el reconocimiento de nuevas identidades. Por ello, existe una tendencia a eliminar castigos y discriminaciones por estas razones. La llamada “identidad sexual” ha dejado de percibirse como estática e inmodificable, para comprenderse como un fenómeno que puede cambiar, no solamente a lo largo de la vida, sino en diferentes contextos y situaciones. Se ha comenzado a hablar de identidades fluidas en el contexto de los derechos sexuales. Parte de estos derechos a la libre opción sexual y a no ser discriminado/a por ello ha comenzado a ser reconocido en las Declaraciones y Planes de Acción más recientes.

Sin entrar a fondo en el debate para la construcción del concepto de derechos sexuales – que excede los propósitos de la presente publicación – deseamos presentar algunas nociones que son centrales en nuestro trabajo. En primer lugar incluimos **un enfoque de género**, que se preocupa no solamente por los derechos específicos de las mujeres y la equidad con respecto a los varones, sino que propone **sociedades integralmente más equitativas y humanas tanto en el ámbito público como en el privado**.

Nuestro enfoque de la sexualidad se basa en la consideración de las personas como seres sexuados desde el nacimiento hasta la muerte, que pueden disfrutar de su cuerpo solos o acompañados, y disfrutar del cuerpo de otros/as que libremente han consentido en ello. La sexualidad es pues un campo de placer que excede ampliamente la genitalidad, sujeta esta última a condiciones de madurez psicofísicas, entre ellas la edad. Excede también lo puramente biológico, ese juego anatómico de émbolos y continentes que remeda imágenes robóticas o ingenieriles. Incluye el derecho a las distintas formas de placer libremente elegido³⁹ y también la solidaridad y la comunicación entre los seres humanos. Puede abarcar al mismo tiempo la autonomía propia y la de el/la/los compañeros/as sexuales. Admite diversidades en las fantasías, opciones y actividades sexuales, simultáneamente con los principios de equidad en la relación. Reconoce el ejercicio del erotismo en todas sus formas, siempre que sea entre pares en edad o entre adultos, que lo hayan elegido en libertad⁴⁰. Más allá de la normatividad jurídica y del Estado, imagina escenarios donde las personas puedan cuidarse entre sí y se sientan libres de disfrutar su cuerpo y el de otras personas de maneras muy diversas, sin – o a pesar – del peso de tradiciones y prejuicios.

Finalmente, existe una problemática que si bien no es exclusiva de la sexualidad, la intersecta, como

39 Reconocemos que el concepto de “libertad” y “autonomía” en el campo de la sexualidad son necesariamente relativos, ya que no creemos en la libertad absoluta ni en la autonomía total. También es importante recordar que las personas tenemos dimensiones no concientes en nuestro psiquismo, que también limitan una libertad de elección y de opciones supuestamente absolutas.

40 Si bien sabemos que no existe libertad absoluta, sí acordamos con que es posible poner en acción grados de libertad que es fundamental respetar y exigir sean respetados.

en otros ámbitos de las relaciones intersubjetivas: la violencia. En este sentido, el Estado debe garantizar leyes y políticas públicas que prevengan, castiguen y erradiquen la **violencia sexual**, que se manifiesta bajo formas de abuso y/o violación, dentro o fuera de relaciones estables⁴¹. En general, la legislación para enfrentar la vulneración de los derechos sexuales ha registrado avances en la región, aumentando los tipos penales (por ejemplo, aceptando como violación la introducción violenta de cualquier parte del cuerpo del agresor, u objeto, en cualquier vía de acceso corporal de la víctima). Además, a diferencia de épocas anteriores (en que se tipificaba este delito como “crímenes contra el honor o la honestidad”, hoy se tiende a concebirla principalmente como afectando la libertad sexual⁴² de las víctimas. En algunos casos se han elevado las penas – relacionado con la edad de la víctima y la forma delictiva – y mejorado los procesos⁴³; avance que no ha ocurrido en nuestro país. Por ejemplo, en Argentina se mantiene (si bien atenuada) la eliminación de la eximente de pena para el violador que ofrece matrimonio a la víctima, aunque se ha modificado en la mayoría de los países de América Latina.

El **abuso sexual**, por su parte, está todavía poco reconocido y castigado. Sólo algunos países poseen legislación sobre el tema, y a veces, como el nuestro, de manera incompleta o con procedimientos revictimizadores. El Estado tiene una deuda con las mujeres y los niños y niñas, sus principales víctimas. Suele afirmarse que aproximadamente 1 de cada 5 niños son abusados sexualmente en la Argentina, uno de cuyos pocos indicios son las denuncias recibidas⁴⁴; se sabe además que la mayoría de los victimarios son varones, y familiares de las víctimas (padres, padrastros, tíos y otros parientes). Sin embargo, los obstáculos para enfrentar este grave problema han tenido por el momento más peso que la necesidad de protegerlas. Uno de ellos, la necesidad de considerar a “la familia” como una institución inmodificable, pura, casta y alejada de los conflictos. Se trata de un mito que nada tiene que ver con la realidad actual, pero continúa teniendo presencia simbólica a la hora de legislar y de diseñar e implementar políticas públicas.

Creemos asimismo que los derechos sexuales incluyen el **derecho a la información** de adultos, jóvenes y niños/as, por lo que la ausencia de programas sistemáticos de educación sexual en todos los niveles de las escuelas públicas y privadas también constituyen una violación a los derechos sexuales básicos. Aunque en la región prácticamente las niñas y los niños han alcanzado, de manera igualitaria, el acceso a la educación formal, la ausencia o precariedad de programas de educación sexual significa riesgo adicional para las niñas porque se las mantiene expuestas a embarazos y/o maternidades tempranas no siempre deseadas, que afectan y/o determinan su proyecto de vida futuro. Además, se encuentran más vulnerables a contraer infecciones de transmisión sexual, tema que hemos abordado en otros capítulos de la presente publicación.

“ UNO DE CADA CINCO NIÑOS SON ABUSADOS SEXUALMENTE EN LA ARGENTINA ”

Sintetizando

En síntesis, el Estado argentino ha comenzado a implementar instrumentos para garantizar el piso míni-

41 “Argentina: Argentina: Diez años de prisión a un hombre por golpear y violar a su esposa” 7 de julio de 2004 Fallo inédito que condena la violación dentro del matrimonio, un tema que hasta hace poco se rechazaba. Aunque estaba separado de hecho, el vínculo se consideró agravante. Sentencia: Tribunal Oral N° 5 de la Capital Federal. <http://www.iidh.ed.cr/comunidades/DerechosMujer/noticia>

42 En Argentina, por reciente modificación del Código Penal, se encuentra bajo el título “crímenes contra la integridad sexual”.

43 Tales como la defensa de oficio de la víctima y la aprobación de la acción penal pública.

44 “Las denuncias por abuso sexual a menores registraron un incremento”. <http://www.rosarionet.com.ar/locales/notas>

mo para el disfrute de los derechos sexuales y reproductivos. Se ha dado un salto sustantivo con la sanción de la Ley 25673 y con el programa que distribuye de manera gratuita métodos anticonceptivos a todo el país, imparte información y capacita al personal de salud. Después de décadas de políticas públicas restrictivas, arbitrarias o parciales que actuaron por acción u omisión y en algunos casos por prohibición, se ha proyectado y comenzado a implementar un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Pero lograr su plena implementación no es fácil, ya que las prácticas institucionales tienen una fuerte inercia y resisten los cambios necesarios. Es responsabilidad de la sociedad civil demandar y monitorear su cumplimiento, y de cada ser humano —en particular de cada mujer— hacerlos propios y defenderlos en el ámbito público y privado, en el hospital o centro de salud y en su casa, en la escuela y en el lugar de trabajo, en la calle, la comunidad y en cada familia y relación de pareja, sea ésta estable o no. Y en cada relación sexual que mantenga.

Sólo así se harán realidad los principios afirmados en los documentos de Derechos Humanos:

“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 no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (lo que) lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y para la planificación de la familia de su elección...” (Cairo, 7.2)⁴⁵

“... los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos básicos que ya están reconocidos en las leyes nacionales e internacionales (...y que) se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia...” (Cairo, 7.3)

“En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de los abortos.” (Cairo, 8.25)



⁴⁵ Las disposiciones del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de Naciones Unidas, realizada en Cairo 1994, fue ratificada por consenso mundial en el seguimiento realizado por Naciones Unidas en Nueva York, 1999 (Cairo+5) y en Santiago de Chile y San Juan de Puerto Rico 2004 (Cairo+10). En esta última reunión, Argentina junto con el MERCOSUR lideró una posición de decidido apoyo, lo que significa un significativo avance en relación a años anteriores para nuestro país.

3.2 MONITOREO SOCIAL COMO EJERCICIO CIUDADANO

¿Control o Monitoreo Social?

Siempre que usamos la expresión “control social” nos vemos obligadas a hacer algunas precisiones sobre qué queremos decir con este término, que no suele evocar algo positivo y a veces provoca justas resistencias. De hecho, nos ocurre que con frecuencia hay que aclarar que estamos hablando del control de la sociedad sobre el gobierno y no a la inversa.

El control social es una actividad política compleja ejercida por fuera del Estado y sobre sus diversas estructuras. Se trata de un ejercicio concreto de re-significación de los contenidos y las formas de la democracia, especialmente cuando la llamamos participativa. Un ejercicio que forma parte del capital simbólico acumulado por el movimiento feminista como su aporte político-cultural específico: es constitutiva del feminismo la lucha discursiva por el significado de la democracia, la ciudadanía, las relaciones entre los sexos, el desarrollo, la salud reproductiva, etc.

La definición de ‘control social’ que intentamos construir colectivamente forma parte de lo que S. Marques Dantas⁴⁶ llama “experimentalidad” de la democracia contra-hegemónica. Es “experimental” porque se apoya 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/os frente a profesionales, usuarias/os frente a prestadores y decisores). Para el caso de la ley 25.673, las/os usuarias/os dejan de ser receptoras pasivas 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 control 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.

Efectos paradójales

Un capítulo aparte merece el rol de las ONGs, expresión, que actualmente se usa como sinónimo de organización de la sociedad civil, y que en ocasiones son sospechadas acerca de su grado real de independencia. Y este equívoco tiene su grano de verdad: las condiciones de supervivencia de muchas ONGs las ponen con frecuencia en situación de dependencia inmediata de los programas y agendas estatales, lo que constituye otra forma de control social, en sentido vertical, inverso al que nos motiva y nos interesa promover a través del CoNDeRS.

La dinámica de la acción de las ONGs está signada por una paradoja inquietante: cuando consiguen apoyo financiero de estructuras gubernamentales u otras (agencias de cooperación, etc.) para avanzar en los cambios sociales por los que abogan, las actividades burocráticas requeridas para recibir estos fondos

⁴⁶ *Silvia Marques Dantas*, Controle social. Possibilidades e limites, en “A presença da mulher no controle social das políticas de saúde”, *Rede Feminista de Saúde*, Mazza Edições, Belo Horizonte, 2003, p. 172

(institucionalización y profesionalización del activismo), absorben en gran medida su potencial de actividad, llegando a veces a comprometer su capacidad de sostener sus objetivos originales, o provocando cambios importantes en la composición y motivación de sus integrantes.

“ EL CONTROL SOCIAL
ES UNA ACTIVIDAD
POLÍTICA COMPLEJA EJER-
CIDA POR FUERA DEL ESTA-
DO Y SOBRE SUS DIVERSAS
ESTRUCTURAS.

Otro efecto paradójico puede observarse respecto de las agendas políticas, configuradas en instancias en las que la mayoría de las ONGs no tienen acceso. Se puede acceder a fondos para los propios objetivos locales, si se cumplen los requisitos que tienen que ver con las políticas supranacionales de las agencias financiadoras. El ejemplo más inmediato y flagrante de esta subordinación es la llamada “ley mordaza” estadounidense, que impide dar fondos federales de cooperación a proyectos que promuevan o acepten la legalidad del aborto. Como vemos, el ‘control social’ se puede ejercer en todos los sentidos y es siempre el resultado del ejercicio de quien detenta poder en un campo determinado.

Cuando se trata del monitoreo social de políticas públicas, la disparidad de poder entre los actores es manifiesta: destinatarias/os (o sus representantes más o menos legítimos) por un lado, y autoridades de gobierno (burocracia estatal) 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”⁴⁷.

La garantía de la transparencia y el pluralismo en la realización del ‘control ciudadano, la participación de diferentes organizaciones con distintas inserciones, ideologías y relaciones con el Estado, determina otra situación paradójica: la democratización del control de las políticas públicas da acceso a actores que pueden tener posturas antidemocráticas y conservadoras respecto al reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, especialmente los de las mujeres, los jóvenes y las minorías sexuales. **Señalemos entonces que el monitoreo social, es demandado por movimientos que reivindican sus derechos: a la salud, a una sexualidad sin coerción ni discriminación y a una maternidad saludable y libremente elegida.** Forma parte de un proceso de concientización acerca de estos derechos, inescindibles de una ciudadanía plena.

El control por parte de la sociedad civil —y en este caso, del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable— supone un trabajo de subjetivación de estos derechos, la incorporación de la dimensión sexual de las relaciones sociales, que aparentemente es resorte del ámbito privado —y hasta del orden del secreto—, al espacio público de la atención de la salud y el ejercicio de los diferentes derechos que forman parte de la trama de los derechos humanos. De la sexualidad, codificada para el sujeto en términos de placer-displacer, a las obligaciones y responsabilidades que la regulan para permitir la vida social, hay una necesaria transposición de códigos que constituye un obstáculo para asumir la reivindicación de derechos en el campo del ejercicio de la sexualidad y sus consecuencias, reproductivas o no.

Por otro lado, a partir de la historia reciente en Argentina, la expresión “control social”, nos recuerda el

47 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 2004, p.38.

argumento bajo el cual la dictadura militar (1976-1983) instaló una sociedad “controlada”, bajo cuya apariencia reinaba el peor des-control social: las fuerzas armadas, encargadas del monopolio estatal de la violencia, de imponer la vigencia de la ley, la volvieron –sin ley– contra quienes osaban enfrentarlas desde posturas contra-hegemónicas. El control –sin los límites que impone la justicia– se degrada en el mero ejercicio de la fuerza. Este conflicto no saldado se actualiza hoy, ante el des-control y la violencia que amenaza la cohesión social. El descontrol de la distribución injusta de los beneficios económicos de sectores poderosos no se detiene ante sus consecuencias negativas: genera condiciones de pobreza y exclusión que son agobiantes, especialmente para los jóvenes, que saben que no pueden esperar una vida mejor.

Salud Sexual y Procreación Responsable

El tema sobre el cual proponemos monitorear, salud sexual y procreación responsable, remite al control que diferentes sociedades ejercen sobre los cuerpos, la capacidad reproductiva y erótica de las mujeres, que ha sido tradicionalmente un factor organizador de dichas sociedades a lo largo de milenios. En épocas recientes, dicho control se ha concretado también, en políticas de población –biopolíticas– que imponen por acción u omisión pautas reproductivas y sexuales que pretenden hacer sustentable un orden global establecido en función de mantener la inequitativa distribución de los recursos a nivel mundial. En este sentido, revertir ese control, tomarlo en las propias manos, como ocurre en las prácticas de anticoncepción, tiene efectos emancipatorios para las mujeres y por eso, para toda la sociedad.

Desplegar las distintas significaciones atribuidas al ‘control social’ permite evaluar sus ventajas y desventajas. Cuando se habla de control, entonces, lo que importa es quién lo tiene. Por eso, apropiarnos de esta expresión significa y pone en acto la voluntad de tomar el control sobre nuestras vidas –las de todas y todos– haciendo valer nuestros derechos. Necesitamos transformar en los hechos y desmontar en nuestras cabezas, la significación del “control social” como dominación que caracteriza al bio-poder ⁴⁸ que se ejerce sobre nuestras vidas. Control – cuando es social– significa que el derecho individual de cada uno/a a decidir, confluye en un proyecto colectivo en el que se dan los acuerdos y alianzas, negociaciones y confrontaciones que traman lo social. Es por eso, que, para mayor claridad hemos decidido adoptar la expresión ‘control ciudadano’, Es un movimiento que contribuye a visibilizar los actores y sus acciones en un campo de poder: el de la gestión de la salud y la sexualidad.

“ EL CONTROL SOCIAL ES, POR TANTO, UNA ACTIVIDAD POLÍTICA QUE NO PUEDE DEJAR DE TENER CONSECUENCIAS DE PODER: EMPODERA A QUIEN LO EJERCE Y MODIFICA LA CALIDAD DEL PODER EJERCIDO DESDE EL ESTADO

También en otros países de América Latina se habla de “control ciudadano”. En Brasil –cuya experiencia nos inspira– se usa “control social” para hablar “del derecho y de la responsabilidad de los/as ciudadanos/as para controlar y supervisar sus representantes en cargos electivos; la ejecución de políticas por el Estado; y asumir el protagonismo en la elaboración y ejecución de las políticas públicas.” Significa, sobre todo, exigir el cumplimiento de derechos, regulando y sancionando los desvíos y omisiones de los dispositivos estatales. El dispositivo de control social de la salud es el símbolo máximo del proceso político de aprendizaje del ejercicio del control social en ese país.

48 Michel Foucault llamó biopoder a la toma de los cuerpos y las poblaciones como objetos, mediante dispositivos que localizan y reparten los cuerpos en el espacio social según una funcionalidad que se decide en instancias de soberanía que están fuera de su alcance.

“ ¿CÓMO HACER DIFUSIÓN QUE LLEGUE AL MISMO TIEMPO AL CORAZÓN Y A LA CABEZA DE TODAS LAS PERSONAS? ¿CÓMO COLOCAR EN LA AGENDA PÚBLICA ESTE TEMA, EN UN PAÍS QUE SIEMPRE TIENE OTRAS PRIORIDADES “MÁS IMPORTANTES” ?

Sabemos que en un país que no tiene cultura de monitoreo en ninguna de sus áreas de políticas públicas este es un proceso largo. Preguntas como: ¿Cuáles son los standards de calidad mínimos exigibles? ¿Cuáles los deseables? ¿Qué prioridades estableceremos en cada momento? ¿Cómo atender a las personas con necesidades especiales, tanto físicas como mentales? ¿Cómo ayudar al equipo de salud a tomar decisiones en casos límites? ¿Cómo lograr que en todas las escuelas, de todos los niveles, se imparta una educación sexual seria pero no solemne? Somos seres sexuados en una sociedad que suele ocultar, banalizar o comercializar la sexualidad. ¿Cómo integrar la sexualidad en la vida cotidiana de todos los seres humanos desde que nacen hasta que mueren? ¿Cómo hacer difusión que llegue, al mismo tiempo, al corazón y a la cabeza de todas las personas? ¿Cómo colocar en la agenda pública este tema, en un país que siempre tiene otras prioridades “más importantes”? Estas son algunas de las preguntas que quisiéramos poder empezar a pensar con la ayuda de todos y todas, y a lo largo de un paciente proceso de construcción colectivo.

¿Monitoreo y control social significan lo mismo conceptual y políticamente?

Monitoreo, deriva de “monitor” que los diccionarios definen: el que da consejos, lecciones y amonesta. Refiere a quien *advierte, reprende o amonesta*⁴⁹. Es también una figura del derecho canónico: *consejo en que el público es invitado a decir lo que sabe sobre un crimen y que por lo tanto, puede dar lugar a medidas punitivas*. Todas estas significaciones están presentes en el control ciudadano. Pero también tiene un sentido más actual: monitor es cualquier aparato de gran sensibilidad que revela la presencia de energía radiante. Y esta acepción nos remite a nuestro fin de identificar en quiénes se encuentra esa sensibilidad. A nuestros fines, entendemos por control social la actividad colectiva de solicitar a los gobiernos la rendición de cuentas (*accountability*) acerca de sus responsabilidades en el 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 tanto a lo financiero que tiene que estar accesible al monitoreo social, como a lo cualitativo, 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. Está en la línea de una democracia que no se limite a la emisión del voto en las elecciones, una democracia “monitoreada”, “controlada” por sus ciudadanas/os participando activamente.

El Estado debe impulsar y facilitar el control social, crear mecanismos para que la ciudadanía acceda a la información, así como registrar las demandas originadas en las/los destinatarias/os de los servicios y considerarlas al diseñar las políticas públicas.

Para las mujeres, la posibilidad de reclamar el derecho a la salud y sus derechos reproductivos y sexuales es un factor de empoderamiento como ciudadanas y de compensación de las inequidades de género y clase y de participación social como usuarias de los servicios de salud. Deben pasar de ser consideradas como un “objeto problema” para los decisores de políticas, a ser sujetos plenos de sus decisiones reproductivas y sexuales.

47 Fátima Oliveira, De olho nos governos: controle social, *www.otempo.com.br*, BH, MG, 10-12-2003.

Destacamos la importancia del control ciudadano como forma de asegurar derechos conquistados y también de reivindicar nuevos derechos, tanto en el área de la salud, como en otros ámbitos de ciudadanía. Para este objetivo es deseable la creación de otras instancias de participación, como los comités de muerte materna, de gestión de insumos de salud, el acceso a los medios de comunicación, etc.

Acceder a los servicios de salud por imperio de la ley se resignifica como ejercicio real de ciudadanía: como dice la Ley 25.763, hacer efectivos el derecho a la salud, los derechos reproductivos y sexuales de la población en general. Esta condición de sujetos de derechos se fortalecería por la formación de comités de control ciudadano de la implementación de esta ley, que dotaría a las políticas de salud, de un componente participativo de la comunidad afectada por las mismas.

Su artículo 11 dice que “La autoridad de aplicación deberá: Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa.” Por lo tanto, introducir el control ciudadano por parte de las organizaciones de mujeres, de jóvenes y otras, como uno de los métodos de evaluación del Programa, es una decisión política que no podemos menos que celebrar y poner nuestro empeño en que se realice en el marco de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos.

El control ciudadano activo abarca un proceso que comprende la sanción de la ley, pasando por la decisión de la política pública, el programa, el desempeño de los efectores, hasta el juicio de el/la beneficiario/a acerca de si la forma concreta de prestación de los servicios –sobre la que el gobierno tiene que rendir cuentas– satisface sus derechos y necesidades y soluciona sus problemas.

En nuestro país este es un campo inédito de ejercicio de la ciudadanía que implica profundos cambios culturales que incluyen la des-naturalización de las tradicionales prácticas de subordinación de las mujeres y de su salud, por su vida sexual y reproductiva y de des-responsabilización de los varones.

El **CoNDERS** se propone la construcción de instrumentos accesibles para la evaluación de la calidad de los servicios, para contribuir a desarrollar la práctica del control social por las mismas usuarias, desarrollando acción coordinada en tres áreas:

- Evaluación y monitoreo (diagnóstico cuanti y cualitativo, encuestas, listas de chequeo que las usuarias puedan utilizar para saber cuales son los componentes de una atención de buena calidad).
- Fortalecimiento de la comunidad --> identificar con las organizaciones sociales de base, los asuntos que se deben encarar para asegurar la implementación y la llegada a los/las destinatarias de los servicios.
- *Advocacy* o abogacía para influir en las decisiones políticas, para que respondan a las necesidades de la población, especialmente de las mujeres y adolescentes.



EL CONTROL CIUDADANO ES LA FORMA DE ASEGURAR DERECHOS CONQUISTADOS Y TAMBIÉN DE REIVINDICAR NUEVOS DERECHOS, EN TODOS LOS ÁMBITOS DE CIUDADANÍA.

Los cuatro principios básicos de los derechos reproductivos⁵⁰ son: autonomía personal, igualdad, diversidad, integridad corporal. Sabemos que no han sido consistentemente respetados en muchas de las experiencias recientes, y de eso se trata. Proponemos trabajar para que se respeten y garanticen.

Por ejemplo, el tipo de anticonceptivos que se administrarán a la población no se puede decidir de manera neutra y universal como si todas/os las/los usuarias/os fueran iguales. Dadas las diversidades, esas decisiones deben ser individuales para adecuarlas a su situación y necesidades. El derecho de las personas

50 S. Correa y R. Petchesky, “Reproductive and Sexual Rights in Feminist Perspective”, en *Empowerment and Human Rights*, G. Sen & L. Chen, Harvard University, 1994.

a decidir qué hacer, requiere información bien comprendida. Para eso, la consejería prevista por la ley es clave: siempre y en todos los casos, los conocimientos deben transferirse teniendo en cuenta el vocabulario adecuado para que todas las personas puedan comprenderlos bien y elegir sus propias opciones.

“**ESTA RENDICIÓN DE CUENTAS ES UN PASO IMPORTANTE EN LA CONSOLIDACIÓN DE LA DEMOCRACIA EN EL PAÍS QUE NO SE LIMITE A LA EMISIÓN DEL VOTO EN LAS ELECCIONES. UNA DEMOCRACIA “MONITOREADA”, “CONTROLADA” POR SUS CIUDADANAS/OS PARTICIPANDO ACTIVAMENTE**”

La vigilancia o 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/as 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.

Sabemos que la potenciación o el mayor poder (*empowerment*) de las mujeres requiere que se modifiquen las condiciones de pobreza que recae selectivamente sobre ellas, la inequidad salarial, la violencia sexista e inseguridad, causas subyacentes de los malestares y enfermedades que las aquejan.

Sabemos de los limitados efectos de las políticas asistencialistas focalizadas que fijan a las mujeres, especialmente las pobres, en lugares de subordinación social, sin cambiar estas condiciones.

Sin embargo, también sabemos que el acceso a los servicios de salud reproductiva y a la anticoncepción, en la medida en que permiten una sexualidad más plena son factores de primera importancia para la vida y la subjetividad de las mujeres. Nos preguntamos si la desigualdad y la exclusión política y social en la que vive gran parte de nuestro pueblo se puede resolver —o aliviar— solamente con esquemas participativos. La respuesta es que no. De todas maneras, no nos cabe duda de que el control ciudadano es un factor generador de más democracia, una herramienta de ciudadanía que debe ser desarrollada. Que el reclamo de los derechos reproductivos y sexuales permitirá ampliarlo a otros, y que la práctica reiterada de la defensa de los derechos es el camino a una mayor equidad en la distribución del poder y los recursos en la sociedad.

Monitoreo social en proceso

Establecer mecanismos y prácticas de monitoreo social en todo el país permitirá calificar la demanda por parte de usuarias/os, y mejorar la oferta de servicios y programas. Promover la interacción entre usuarios/as de servicios y áreas de gobierno por un lado, y los funcionarios responsables por el otro, a fin de mejorar y adecuar la respuesta gubernamental a las necesidades y perspectivas de las personas. Como vemos, esto requiere por un lado una ciudadanía activa y conciente de ser sujeto de derechos, capaz de organizar actividades de monitoreo social, y por otro un Estado con una gestión transparente y eficaz, con funcionarios/as y personal dispuestos/as a adecuar sus funciones a estos requerimientos.

La evaluación de las acciones, servicios y las políticas públicas en general debe ser una actividad permanente por parte de la ciudadanía. Creemos que el control ciudadano debe ser participativo, sustentable y efectivo. **Participativo**, porque deben incluirse amplios sectores de la población; se requieren miles de ojos, de oídos, de métodos de evaluación informales o sistemáticos. **Sustentable**, porque es necesario que se mantenga en el tiempo. **Efectivo**, porque debe lograr aquellos cambios que se consideren nece-

sarios para una atención de calidad.

Por su parte, el Estado y sus efectores a distintos niveles deben proveer mecanismos, canales y criterios que faciliten su monitoreo y evaluación.

Un Estado que asuma responsablemente su deber de dar cuenta de sus acciones, que facilite información sobre sus actividades y dé cabida a demandas y propuestas que lleguen desde la sociedad civil. Por ello, el proyecto se propone también contribuir a que el Estado argentino, a diferentes niveles, cree y/o desarrolle estos mecanismos, que hoy prácticamente no existen o son muy incipientes.



4. REFLEXIONES FINALES

Muchas reflexiones y líneas de acción se desprenden del diagnóstico realizado. Una de ellas es que volvemos a comprobar una vez más que las leyes no garantizan la efectiva vigencia de los derechos, especialmente los sexuales y reproductivos. Si bien es cierto que aquellos distritos: provincias, ciudades o localidades que disponen de normativa legal desde hace más tiempo (leyes provinciales u ordenanzas) suelen tener más y mejores servicios, esto no siempre es automático. Varios factores tienen incidencia en el resultado final.

Un factor de gran importancia, en cada lugar, es **la calidad del sistema de salud público en sí mismo**, de sus instituciones y de su personal, que depende directamente de la calidad de gestión de cada aparato estatal. Al momento de hablar de la atención de la salud de la población, el sector público es central, porque como se ve en los resultados de la ECV efectuada por el Siempro, ésta atiende en mayor proporción a la población más pobre. Esto no impide, sin embargo, una lógica perversa. También la ECV muestra una correlación constante que responde a la lógica y organización de un sistema de salud que no facilita ni promueve la accesibilidad al mismo: **las mujeres pobres usan menos los servicios que las no pobres.**

No queremos dejar de reconocer aquí el enorme esfuerzo de miles de profesionales de la salud que día a día se esfuerzan por compensar carencias estructurales o coyunturales. Pero también queremos señalar las brechas que separan las **demandas de las personas usuarias**, de la **oferta efectiva que los servicios brindan**. El análisis de los datos de la Encuesta propia del CoNDeRS y también de la ECV del Siempro (presentados en la primera parte de esta publicación), así como las estadísticas nacionales, plantean fuertes interrogantes entre los servicios brindados (percibidos o declarados como brindados) y los resultados en términos de la salud. Por ejemplo: a pesar del alto porcentaje de controles de embarazo, los índices de morbilidad materna siguen insistentemente altos en Argentina. Lo mismo puede decirse sobre el uso declarado de MAC⁵¹: más de la mitad de las mujeres encuestadas declaran estar utilizando MAC, lo que no se corresponde con los aproximadamente 500.000 a 1.000.000 de abortos provocados que, según declaraciones del Ministerio de Salud y diversos estudios académicos, se realizan anualmente en Argentina. Esta alta proporción de abortos provocados plantea un escenario muy alarmante: teniendo en cuenta que existen 700.000 nacimientos por año, prácticamente se equipara la relación nacimientos/abortos. O sea, un aborto por cada niño/a nacido vivo/a. Lo mismo puede afirmarse en relación al aumento de la maternidad en adolescentes (que globalmente se mantiene estable y aumenta en edades tempranas) y de egresos por abortos hospitalizados tanto en adolescentes como en mujeres adultas. Esta última cifra tuvo un aumento del 46% en sólo 5 años (entre 1995 y 2000).

No es simple comprender todos los factores que determinan esta brecha originada al interior del sistema de salud pública; pero seguramente los servicios de salud tienen “fugas” en su calidad de atención, por las que se escapa la salud de nuestras mujeres y jóvenes. Por ejemplo, la mera indicación de un MAC

⁵¹ MAC: *Métodos Anticonceptivos*.

sin una adecuada consejería e información sobre su uso y continuidad, puede disminuir su efectividad. **No solo es importante que se usen, sino cómo se usan.** Y de qué manera son incorporados (o no) a la vida cotidiana de cada persona o pareja, asuntos todos que suelen tener una baja prioridad para el equipo de salud pero un alto impacto en la salud física y mental de las personas. También es notable, según vemos en la ECV, la falta de conocimiento de una de las formas de contagio de SIDA que ha venido creciendo: la llamada "transmisión vertical" de madre a hijo⁵². Esto es particularmente preocupante porque es una forma de transmisión en gran medida prevenible dentro de la institución de salud. Si bien las cifras indican una relativamente alta cobertura de test de Sida en el embarazo, hay una diferencia significativa entre mujeres pobres y no pobres; y es a través de ellas que se sostienen los altos niveles de incidencia. Además de la calidad del aconsejamiento así como del suministro de la medicación ARV y su seguimiento.

En síntesis: es sabido que en Argentina la salud pública ha sufrido un grave deterioro a lo largo de las últimas décadas, que las políticas neoliberales de los 90' han profundizado y que actualmente está fuertemente determinada no sólo por la escasez de recursos materiales disponibles, las bajas remuneraciones al personal de salud y la mayor demanda por el aumento de la pobreza, sino también por las políticas sociales focalizadas, la débil orientación preventiva de las políticas de salud y la privatización de los servicios.

En efecto, la Encuesta propia del CoNDeRS señala la **falta de mecanismos que centralicen, sistematicen y brinden información precisa y actualizada sobre la efectiva implementación de los servicios**, la tendencia a un funcionamiento burocrático, arbitrario y en ocasiones anárquico en la planificación y ejecución de las políticas públicas, que no sigue los mismos criterios en todos los distritos del país. La heterogeneidad de la atención de la salud a lo largo y ancho de nuestro país es potenciada por la imprecisión de las normas y la insuficiente planificación y ejecución de las acciones. Las respuestas acerca de los principales factores que obstaculizan brindar servicios de calidad, señalan en primer lugar la ineficacia del Estado. Aunque la misma encuesta identifica como factor facilitador el compromiso del personal de salud y el rol de la sociedad civil, se reconoce también que le falta sistematización, organización y eficacia. Esto se evidencia en que los mismos informantes claves presentan un porcentaje relativamente alto de desconocimiento sobre la calidad de los servicios y prestaciones brindadas.

Vale la pena reiterar que este panorama de dificultades y obstáculos para brindar una atención de calidad se repite en otras áreas del Estado, como la policía, el poder judicial, las defensorías del pueblo o el sistema educativo. En este sentido, es posible mejorar sensiblemente la atención con los recursos disponibles — aún si son inadecuados o insuficientes —. Se requiere sobre todo una planificación adecuada y formas de coordinación intersectorial que permitan un funcionamiento más eficaz, efectivo y humanizado.

Además, y tal como fue planteado anteriormente, los factores ideológico-culturales también presionan fuertemente a favor de mantener pautas estereotipadas por género y por clase en el sistema de salud pública. Los prejuicios constituyen también un serio obstáculo en la aplicación de este Programa y para el verdadero respeto de los derechos sexuales y reproductivos de toda la población. Aunque se trata de trabajar hacia un cambio cultural que reconoce múltiples causas, una acción que puede encarar el sis-



**LAS LEYES NO
GARANTIZAN LA
EFECTIVA VIGENCIA DE
LOS DERECHOS, ESPECIAL-
MENTE LOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS**

⁵² Información que se corresponde con lo registrado en el Ministerio de Salud en una encuesta previa a la campaña masiva realizada en el segundo semestre del 2001.

tema de salud pública es incorporar un enfoque de la salud basado en los derechos humanos en los programas de capacitación del personal de salud. Este es un campo de trabajo muy central, que permitiría enfocar acciones de capacitación y concientización del personal de salud hacia una atención integral que estimule a la población a reconocer sus derechos y a exigir al Estado se los garantice a través de políticas públicas y acciones de difusión masiva.

Aquí debemos incluir el otro extremo del espectro. Hasta ahora hemos hablado del Estado y sus ineficacias. En este punto deseamos recordar la importancia de construir ciudadanía entre la sociedad civil, que permita a las personas dejar de sentir que deben agradecer un favor cuando son atendidas en el servicio de salud público. Un favor o una caridad debe agradecerse; un derecho debe recibirse como tal, y si no es cumplido a cabalidad, puede exigirse o reclamarse. El monitoreo social que proponemos tiene por base una concepción de democracia que se basa en el protagonismo de las personas accionando de manera organizada para el bien común, trabajando por hacer realidad que **el derecho a la salud** es un derecho universal, inalienable e indivisible: **un derecho humano básico**.

“ EL ANÁLISIS DE LOS DATOS PLANTEAN FUERTES INTERROGANTES ENTRE LOS SERVICIOS BRINDADOS (PERCIBIDOS O DECLARADOS COMO BRINDADOS) Y LOS RESULTADOS EN TÉRMINOS DE SALUD

Los campos de lucha son variados. Por un lado resultan clave los servicios de salud, como instrumentos específicos que deben vehicular la correcta atención integral de la salud y el respeto de los derechos sexuales y reproductivos para todas las personas, sin discriminación. Atender especialmente las necesidades de las poblaciones bajo la línea de pobreza debería ser una de sus prioridades. Otra, es la necesidad de un trato humanizado por parte del equipo de salud, que escuche y tome en cuenta las perspectivas del/la usuario/a, sus necesidades y preferencias respetando sus decisiones, alentando con paciencia y comprensión los mayores grados de autonomía y decisión de los que sean capaces.

Un desafío central es lograr que las prácticas se ajusten al derecho, particularmente en los casos de abortos no punibles y en la atención postaborto. Como se sabe, la ley argentina (Código Penal), al igual que la mayoría de América Latina⁵³

considera ilegal el aborto provocado, salvo en dos situaciones: “peligro para la salud o la vida de la mujer”, y “violación de mujer idiota o demente”. En estas dos situaciones el servicio de salud debe realizarlo prontamente, sin necesidad de requerir autorización judicial. Sin embargo, esto no se realiza y por lo común el equipo de salud instala respuestas dilatorias – con el consiguiente riesgo de salud de la mujer protagonista – o, en ocasiones, rechaza prestar el servicio. Deseamos señalar aquí que es posible denunciar judicialmente al servicio o equipo de salud que hace “abandono de persona” cuando no atiende debidamente un caso de aborto no punible con riesgo de vida.

En cuanto a la atención postaborto, huelga decir que un aborto en curso, comúnmente con fuertes hemorragias, también pone en serio riesgo la salud de la gestante y debe ser atendido con toda premura. Existen muchas causas de abortos espontáneos, desde problemas de salud de la gestante, preexistentes al embarazo, concomitantes o consecuencia de éste; pero también otras adjudicables al medio que rodea a la embarazada. Por ejemplo, hay casos de violencia física doméstica/intrafamiliar practicada sobre una embarazada que puede provocar un aborto. También esfuerzos físicos o accidentes y otros hechos fortuitos. Es importante señalar que en la gran mayoría de los casos, el equipo de salud no puede determinar si un aborto en curso es espontáneo o provocado. Por lo tanto, tanto en el caso de abortos no punibles

53 Todos los países de América Latina, tienen penalizado el aborto, con excepción de Cuba y Puerto Rico donde es legal.

como en los abortos en curso, los servicios deben garantizar la provisión de una atención de calidad en tiempo y forma, y abstenerse de alegar razones ideológicas, religiosas o de cualquier otro tipo para demostrar o evitar la atención y/o disminuir su calidad desde el punto de vista técnico y humanitario. También debe abstenerse de iniciar una investigación pseudo policial para averiguar la causa del aborto.

Otras problemáticas, que en épocas anteriores no eran resueltas por el sistema de salud público, ya se encuentran en vías de resolución legal favorable⁵⁴ en algunas provincias, como la legalización de la anticoncepción quirúrgica y el aborto por razones eugenésicas (fetos no viables). En todos estos casos, es necesario que el equipo de salud conozca las disposiciones legales y las ejecute sin dilación, sin interponer creencias personales o tradiciones. Es sabido que el servicio público debe brindar lo que la ley garantiza; si existiera objeción de conciencia en alguno/s profesional/es, el servicio debe asegurar que otros profesionales no la interpongan, de manera de garantizar la provisión del servicio.

Pero también acciones mucho menos controvertidas resultan todavía de concreción insuficiente. Es todavía un desafío que se brinde una adecuada información sobre los MAC, alentando a las personas a tomar una decisión libre e informada sobre el método más conveniente para ellas/os, su estado de salud y su contexto cotidiano. Esto requiere que existan la mayor cantidad de métodos disponibles gratuitamente, así como distintas formas de difusión y acceso a la información de manera permanente, abierta y universal.

El sistema educativo formal es otro campo a abordar sin dilación. Los derechos de niños y niñas a una información clara para preservar su salud deben ser respetados, ya que nuestro país es signatario de la Convención de los Derechos del Niño (Naciones Unidas). Es urgente que se brinde educación sexual en los establecimientos educativos de todos los niveles y especialidades educativas, en establecimientos públicos y privados. También es central que se abandone el tradicional enfoque biologista, androcéntrico y segmentado que suele oscurecer el tema, para abordar sin prejuicios ni actitudes discriminatorias una información clara, que vincule la sexualidad a la vida cotidiana. Nacimos como seres sexuados; estamos atravesados por la sexualidad en todo nuestro ciclo vital, desde el nacimiento hasta la muerte. Las instituciones que tratan de ocultar este principio básico sólo terminan fomentando el temor y la vergüenza y el ejercicio clandestino de la sexualidad – habitualmente sin las protecciones adecuadas – con las consabidas consecuencias: aumento de la prevalencia de infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA, embarazos no planificados, ejercicio degradado y displacentero de la sexualidad.

Queda claro en el diagnóstico realizado, tanto a través de la Encuesta propia como en el análisis propio de datos de la ECV del Siempre, que los principales factores determinantes de las carencias señaladas son dos: la ineficacia del Estado y los enfoques ideológicos y culturales represivos que sostienen sectores sociales conservadores de nuestro país, y las actitudes y conductas concomitantes. En el primer caso, es sabido que existen graves problemas presupuestarios y de recursos en general: pero también es

“ LA HETEROGENEIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD, A LO LARGO Y A LO ANCHO DE NUESTRO PAÍS, ES POTENCIADA POR LA IMPRESICIÓN DE LAS NORMAS Y LA INSUFICIENTE PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ACCIONES

54 Varios distritos, entre ellos las provincias de Río Negro, Neuquén, Chubut y Chaco; y la Ciudad de Buenos Aires, han incorporado leyes o normas que permiten servicios antes no incluidos en el sistema de salud pública, como ligadura de trompas, vasectomía y aborto o adelanto de parto en caso de fetos anencefálicos o incompatibles con la vida autónoma fuera del útero materno.

necesario reafirmar una vez más que puede mejorarse sustancialmente aspectos de la atención de salud, mejorando cuestiones que no dependen de recursos económicos, sino de posturas ético-políticas. **No discriminar – un derecho humano fundamental – es gratis.**

“ LAS RESPUESTAS
ACERCA DE LOS
PRINCIPALES FACTORES QUE
OBSTACULIZAN BRINDAR
SERVICIOS DE CALIDAD,
SEÑALAN LA INEFICACIA
DEL ESTADO

Finalmente, el tema de la difusión es también central. Es importante impulsar debates amplios y sin hipocresías acerca de nociones como la sexualidad, el placer y la autonomía que los seres humanos pueden y/o deben desplegar en su vida real, preservando su derecho a la libertad e integridad sexual (nociones incorporadas a los sistemas jurídicos de América Latina). Cuestiones acerca de **si las parejas y personas tienen derecho a decidir libre y responsablemente** y sin discriminación si tener hijos o no, cuántos y cuándo, todavía siguen siendo temas y conductas temidas o evitadas, aunque el patrón de fecundidad de nuestro país (al menos en los últimos 100 años) muestra que gran parte de nuestra población ha utilizado distintos métodos para regular la fecundidad, mostrando una actitud cultural signada por la hipocresía. Recorde-

mos además que desde hace 40 años estos derechos forman parte de normas y acuerdos internacionales que nuestro país ha adoptado y/o ratificado, y que por lo tanto se ha comprometido a garantizar a través de leyes, políticas públicas, programas y servicios.

Es necesario también abordar, clarificar y combatir la tendencia a la discriminación por clase, edad, etnia, género y preferencia sexual que todavía existe en nuestro sistema de salud, donde no recibe la misma atención una persona de sexo masculino o femenino, con identidades no heterosexuales, pobre o rica, joven, adulto o anciano/a, de raza blanca u otra, de área urbana o rural, de origen migrante o nativo, perteneciente a culturas originarias o europeas, de nivel educativo bajo, medio o alto.

Por eso es necesario realizar acciones de difusión y concientización para empoderar a las personas –y especialmente a las mujeres–; para que sean capaces de sostener y demandar lo que necesitan e impedir prácticas que los/las discriminen. En este caso, solemos hablar de **“calificar la demanda”**. Un ser humano calificado para demandar puede también ayudar a mejorar los servicios de salud. Pero sobre todo es una persona que ejerce plenamente sus derechos de ciudadanía.

Una ciudadanía activa que demande y exija el cumplimiento de sus derechos **modifica necesariamente el vínculo con el Estado** y su eficiencia institucional. Una acción sistemática en este sentido permitiría a usuarios y usuarias, ciudadanos y ciudadanas, acceder a los distintos mecanismos administrativos, civiles y penales que impidan que se vulneren sus derechos más elementales. En el caso que nos ocupa, se trata del derecho a la salud sexual y reproductiva de adolescentes de ambos sexos, de mujeres y varones adultos o los llamados “mayores”. Promover la exigencia de accesibilidad y calidad de la atención que brinda el Estado para satisfacer las necesidades de la población usuaria de los servicios de salud es el objetivo de esta publicación, encuadrada en el instrumento legal con el que hoy contamos –Ley 25.673– y la implementación del Programa Nacional de Salud sexual y Procreación Responsable. **Este debe ser el inicio de un proceso de apropiación de derechos altamente postergado en nuestro país.**



ANEXOS

I. GLOSARIO y SIGLAS UTILIZADAS

AE:	Anticoncepción de Emergencia
AMBA;	Area Metropolitana de Buenos Aires. Abarca la Ciudad Autónoma y el conurbano.
ARV:	Antiretrovirales
ACQ:	Anticoncepción Quirúrgica.
CN:	Constitución de la Nación Argentina.
CEDAW:	Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, 1976)
CIPD:	Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo, 1994)
DDHH:	Derechos Humanos
DIU:	Dispositivo Intra Uterino
DSR:	Derechos Sexuales y Reproductivos
ECV:	Encuesta de Condiciones de Vida
EPH:	Encuesta Permanente de Hogares.
INDEC:	Instituto de Estadística y Censos, dependiente del Ministerio de Economía de la Nación.
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
NEA:	Nor Este Argentino (Región)
NOA:	Nor Oeste Argentino (Región)
MAC:	Métodos Anticonceptivos
ONG:	Organización No Gubernamental.
ONU:	Organización de las Naciones Unidas.
SSR:	Salud Sexual y Reproductiva
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIEMPRO:	Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales.

