



CONDERS

Consortio Nacional de Derechos
Reproductivos y Sexuales

MONITOREO SOCIAL Y EXIGIBILIDAD SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ARGENTINA

INFORME NACIONAL 2010

Responsables del Informe:

- Bianco, Mabel - Fundación para estudio e investigación de la Mujer (FEIM)
- Checa, Susana (Foro por los Derechos Reproductivos)
- Schmidt Jorgelina - Red Nacional de Adolescentes y Jóvenes para la Salud Sexual y Reproductiva – RedNac
- Rosenberg, Martha (Foro por los Derechos Reproductivos)
- Zurutuza, Cristina (CLADEM Argentina)

Proyecto realizado con la cooperación de UNFPA Argentina.

INTRODUCCIÓN	- 2 -
PRIMERA PARTE: RESULTADOS DEL MONITOREO 2010	- 4 -
Características generales de los programas locales	- 5 -
Acciones de gobiernos locales para recepcionar demandas de los/las usuarios/as.....	- 7 -
Aspectos específicos de las prestaciones los programas locales. Provisión de métodos anticonceptivos (MACs).....	- 8 -
-Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)	- 12 -
-Anticoncepción Quirúrgica: ligadura tubaria y vasectomía	- 12 -
Implementación de consejerías en MAC y Salud Sexual y Reproductiva	- 15 -
Atención post aborto	- 16 -
Aborto no punible	- 18 -
Atención en adolescencia.....	- 21 -
Educación sexual Integral (ESI).....	- 23 -
Mecanismos de difusión, acceso a la información y vínculo con la comunidad.....	- 25 -
Capacitación del personal de salud	- 27 -
II. LA EXIGIBILIDAD DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS	- 30 -
Aspectos abordados en el campo de la exigibilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos.....	- 32 -
a. Cumplimiento de las prestaciones del programa	- 32 -
b.Presupuesto en los programas provinciales y rendición de cuentas.....	- 38 -
c. Falta de cumplimiento de leyes específicas.....	- 40 -
ALGUNAS CONCLUSIONES GENERALES del Monitoreo 2010	- 51 -
ALGUNAS REFLEXIONES FINALES Sobre la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos 2011	- 57 -
ANEXO: Grupos y organizaciones que desarrollaron el monitoreo y acciones de exigibilidad 2010	- 1 -

Informe elaborado con la colaboración de Lucía Cañaverall y María Fernanda Miguel.

INTRODUCCIÓN

A partir de la sanción de la ley 25.673 – que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable PNSSyPR (octubre 2002), se forma el Consorcio Nacional de los Derechos Reproductivos y Sexuales - CoNDeRS - en mayo 2003, a partir de una convocatoria pública que llevan adelante 5 ONGs que luego se constituyen en su Comité Coordinador. Numerosas ONGs de mujeres, de jóvenes, que trabajan en DDHH o Salud, o forman parte de universidades, responden a la convocatoria y se articulan en un Consorcio – el CONDEERS - para llevar adelante un proyecto sistemático de monitoreo social de la aplicación de la ley y la calidad de los servicios en varias provincias y municipios del país. Se decide tomar como eje la perspectiva de usuarios/as, y estimular el monitoreo social como ejercicio ciudadano desde la sociedad civil hacia las políticas públicas. Por ello, el CONDEERS, siempre promovió la capacitación de los grupos, organizaciones y personas participantes para dejar capacidad instalada, teniendo en cuenta que se trata de una perspectiva muy novedosa en Argentina. Desde sus inicios ha recibido el invaluable apoyo del UNFPA.

Así, las acciones son desarrolladas por Organizaciones de la Sociedad Civil (ONGs) que trabajan en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y que responden a la convocatoria permanente que realiza el Comité Coordinador del CoNDeRS que coordina y tutorea las acciones de monitoreo social de las ONGs hacia sus respectivos gobiernos provinciales/municipales.

Desde el inicio, se desarrollaron distintas líneas de acción apuntando al monitoreo social que incluyeron:

a. La definición de un marco conceptual sobre:

- la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos como parte de los derechos humanos universales.
- El monitoreo social como ejercicio democrático y ciudadano.
- Los distintos aspectos y metodologías para la exigibilidad

b. Elaboración de una línea de base a nivel nacional sobre datos secundarios y primarios ¹que permitió conocer el estado de la atención de la salud sexual y reproductiva en las distintas provincias del país. La misma se actualizó en 2008² a fin de establecer progresos y dificultades en la implementación del PNSSyPR.

c. Firma de un convenio de cooperación con el PNSSyPR promoviendo que se replicara a niveles locales para facilitar el diálogo y compromiso entre el estado y la sociedad civil

d. Elaboración de diagnósticos locales a partir de sucesivas herramientas metodológicas elaboradas por el CC, como grillas, encuestas, etc.

e. Talleres de capacitación sobre los distintos aspectos abordados, regionales o

¹ Se elaboró una encuesta que se aplicó en 2003 a aproximadamente 300 informantes claves en todo el país. La misma puede consultarse en la página web del CoNDeRS.

² Se repitió la aplicación de la encuesta y se compararon los datos con los del 2003.

en cada provincia, sobre DSR, DDHH, monitoreo y exigibilidad.

f. Acciones de exigibilidad desarrolladas desde el 2007.

A lo largo de los 8 años de trabajo sistemático³ los grupos fueron tutorados de manera personalizada por las integrantes del CC, al tiempo que se estimuló la comunicación horizontal a través de herramientas de comunicación virtual, como el boletín electrónico mensual, los e-groups según nodos subregionales, la página web, etc., así como los talleres presenciales, entre otros.

Asimismo, a lo largo de estos años se produjeron materiales de capacitación, difusión y de recolección de información (grillas para las entrevistas diagnósticas, para evaluación y elaboración de planes de trabajo, lista de chequeo a usuarias, entre otras), así como materiales audiovisuales y concursos de afiches.

En cada etapa los resultados se sistematizaron y evaluaron, tomando en cuenta las situaciones locales, compartiendo los hallazgos con todo el Consorcio, las autoridades nacionales, provinciales y locales, así como las agencias de Naciones Unidas y los medios de comunicación.

A lo largo de todo el período se fueron introduciendo nuevas líneas de trabajo y metodologías, en base a la experiencia de los grupos participantes y el CC. Si bien - y debido a la novedad que constituía el programa - las primeras acciones

³ La tarea se mantuvo de manera permanente, más allá de algunas pequeñas discontinuidades del financiamiento de UNFPA.

enfataron en el diagnóstico y monitoreo, (incluyendo éxitos y dificultades), las posteriores propusieron como eje central abocarse a la incidencia hacia las autoridades del mismo, pasando luego a acciones de exigibilidad de derechos.⁴

Desde 2009, es importante destacar la presencia de grupos de jóvenes, monitoreando programas locales de manera autónoma o articulada con otros grupos de monitoreo.

Finalmente, también desde 2009 algunas provincias/municipios seleccionados incluyeron en el monitoreo social, la situación específica de la población migrante boliviana a través de un acuerdo entre Bolivia y UNFPA.

El presente informe continúa la línea de su precedente, 2009, por lo que se recomienda su consulta sobre temas que no se reiteran aquí.

Es de destacar que los proyectos se esbozaron atendiendo a las necesidades, prioridades y visiones detectadas y asumidas por los grupos monitoreantes en sus respectivos lugares⁵.

⁴ En 2008 se realizó un taller nacional destinado a capacitar a los distintos grupos monitoreantes en herramientas de exigibilidad (administrativa, judicial y política) con el asesoramiento de la Asociación por los Derechos Civiles (ADC), en particular por Beatriz Kohen, Emelina Alonso, Mariela Aisentein, Micaela Finoli y Alejandro Segarra. Dichas herramientas fueron publicadas y difundidas a través de la publicación del CoNDeRS "La Exigibilidad de los Derechos Reproductivos y Sexuales".

⁵ Para más detalles sobre la metodología de trabajo, puede consultarse los informes anuales presentados a UNPA, en particular el del año 2009.

PRIMERA PARTE: RESULTADOS DEL MONITOREO 2010

En este informe se sintetiza la situación a nivel nacional del monitoreo realizado entre Marzo y octubre de 2010. Debido a los avances en la legislación en el campo de la salud sexual y reproductiva, se amplió el monitoreo incluyendo las leyes nacionales de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica (26.130) y de Educación Sexual Integral (26.150), así como otras leyes nacionales y provinciales respecto a la salud sexual y reproductiva.

Los grupos monitoreantes locales desarrollaron sus acciones en 18 jurisdicciones de las provincias de: Jujuy, Salta, Tucumán, Formosa, Santiago del Estero, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, Misiones, San Luis, Mendoza, San Juan, La Pampa y Santa Cruz. En provincia de Buenos Aires, se monitoreó la situación de los municipios de Tres de Febrero, San Fernando, Ituzaingó y San Miguel. Cada grupo monitoreante está integrado por distintas organizaciones y grupos locales en general de mujeres, jóvenes y derechos humanos.

A fines de actualizar la información se aplicaron entrevistas estandarizadas sobre el funcionamiento general del Programa a funcionarios de gobierno y a efectores de servicios de salud tanto en hospitales como en centros de salud de atención primaria elegidos a partir del conocimiento previo de los grupos locales.

Las entrevistas a los Responsables de Programas Locales relevaron sus condiciones generales de funcionamiento,

utilizándose la misma guía (instrumento) de 2009, con fines comparativos. Las entrevistas a los profesionales de servicios de salud buscaron caracterizar cada institución y profundizar en las prácticas concretas y cotidianas del Programa In situ⁶. Cabe destacar que la guía releva información durante el periodo septiembre 2009- Agosto 2010.

Sus resultados permitieron la detección de nudos problemáticos específicos en cada jurisdicción, lo que a su vez sirvió de insumo para la planificación y ejecución de acciones concretas de exigibilidad destinadas a promover transformaciones de los programas locales, mejorar la oferta de su atención y sus servicios, y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

Este informe consta de tres partes. En la primera se sistematizan aspectos relevantes y resultados del monitoreo 2010, en cada ámbito o jurisdicción, actualizando la caracterización del funcionamiento de los programas locales y estableciendo ejes que permitan la comparabilidad de la información a nivel nacional y con años anteriores. En la segunda parte se describen las acciones de exigibilidad encaradas por los equipos CONDERS a nivel local y sus alcances/resultados, teniendo en cuenta que

⁶ Entre otros aspectos: la disponibilidad y el modo de entrega de MACs, la accesibilidad de anticoncepción de emergencia y anticoncepción quirúrgica, las estrategias de información y consejería, las particularidades de la atención en adolescencia, VIH/Sida, aborto no punible y post aborto, parto y prevención de cáncer de cuello de útero.

en algunos casos comenzaron en el período anterior (2009) y otras se iniciaron en 2010. La línea de acción sobre exigibilidad comienza a desarrollarse más sistemáticamente en 2007 con procesos participativos con los grupos CONDERS, talleres de capacitación, publicaciones y acciones aisladas, pero se implementa de manera programada desde fines de 2009 en adelante.

Finalmente, una tercera sección aborda resultados generales de la tarea desarrollada en 2010.

Dado que se trata de un proyecto que continúa desde 2003 – con pequeñas discontinuidades de la financiación -, el presente es una continuación de informes previos. Por ello, en muchos casos la información se cita brevemente y se remite a informes anteriores.

Características generales de los programas locales

Los resultados del presente informe se basan en la información relevada por los grupos de monitoreo de las **18 jurisdicciones**. La información se relevó a través de una guía de entrevista elaborada en el 2009 por el CC, la cual toma en cuenta el periodo septiembre 2009- Agosto 2010. Los grupos monitoreantes, realizaron entrevistas a funcionarios/as, prestadores/as de cada jurisdicción.

Argentina es un país Federal, la atención de la salud constitucionalmente es atribución principal de las provincias, si bien la Nación mantiene competencias en temas como el cumplimiento de los tratados internacionales

y las funciones de atención de la salud que cumple la seguridad social. En los años '90, llevó adelante una reforma del sistema de salud, cuyo eje central fue la descentralización y el traspaso de hospitales nacionales a las jurisdicciones provinciales o municipales. Es por ello que existe una gran heterogeneidad de la dependencia institucional de los programas que se implementan a nivel local los que suelen depender - en la mayoría de los casos - de la Dirección/Secretaría de Maternidad e Infancia o de Atención Primaria de la Salud de cada provincia. Respecto a la legislación, aquellas provincias que cuentan con normativas provinciales sobre SS y R se rigen por ella y la ley nacional. En las otras provincias la situación varía: algunas no han adherido a la ley nacional, o funcionan sobre la base de normativas administrativas de menor nivel o anteriores a la sanción de la ley nacional. En las provincias de **Catamarca, Formosa, San Juan, y Tucumán** no tienen leyes provinciales, mientras que en la provincia de Salta existe una ley provincial, pero la misma aún no ha sido reglamentada.

Cabe señalar que desde su inicio – y coincidiendo también con el comienzo del Proyecto CoNDERS – se han sucedido varios cambios en la dependencia y gestión del PNSSyPR (a nivel nacional)⁷ que implicaron retrasos en su implementación. En la actualidad se encuentra bajo la coordinación de la lic. Paula Ferro desde fines de 2009 y depende directamente de la Subsecretaría de Salud Comunitaria.

⁷ Para un detalle de las sucesivas gestiones, consultar el Informe 2009. <http://www.conders.org.ar/pdf/InformeNacional2009.pdf>, <http://www.conders.org.ar/pdf/ExigibilidadNacional2009.pdf>

A partir de esto, se observa-en términos generales- una mayor formalización de los procedimientos internos fundamentales de los programas locales detectados por los grupos monitoreantes de cada localidad que se constata en una mayor regularidad en la provisión de insumos. Se han establecido sistemas de retiro y entrega de MACs y también de seguimiento de los efectores del Programa nacional. Por ejemplo, en la provincia de **Formosa** se destaca que hay mayor conocimiento tanto en los efectores como en los funcionarios públicos sobre la existencia del Programa y los modos de funcionamiento de la atención en salud sexual y reproductiva. Sin embargo en el Municipio de **San Miguel**, provincia de Buenos Aires, señalan que el programa local se limita casi exclusivamente a la entrega de MACs, cuando hay disponibilidad provista por el PNSSyPR y no se profundizan otras líneas de trabajo. Situación similar se observa en el Municipio de **Tres de Febrero**, donde no se registran otras actividades del programa.

En relación a la **asignación presupuestaria y la posibilidad de compra de métodos anticonceptivos** por parte de los programas locales o provinciales, las situaciones son muy diversas. Por ejemplo: La provincia de Mendoza cuenta con presupuesto propio, pero bajó considerablemente con la gestión del actual gobierno provincial y no se utiliza para comprar insumos, que ahora provienen exclusivamente del gobierno nacional. El programa de la provincia de **Santiago del Estero**, a diferencia del 2009, en la actualidad cuenta con presupuesto propio, aunque el mismo no se encuentra garantizado por ley, y se utiliza

centralmente para la compra de MACs y la renovación de equipos médicos a pedido de los efectores. En 2010 la provincia de **Jujuy** adquirió anticonceptivos inyectables para saldar faltantes en los envíos del programa nacional. Las provincias de **La Pampa, San Juan** y **San Luis** también realizaron compras de insumos para satisfacer la demanda de las/los usuarias/os, en el municipio de **Ituzaingó**, en cambio, no se destina presupuesto para el programa ni hay capacidad de compra de MACs, a pesar de que los insumos enviados por el ministerio nacional resultan insuficientes; por su parte el municipio de **Tres de Febrero** de la provincia de Buenos Aires, no tiene presupuesto propio para el programa, pero cuenta con capacidad de compra para cubrir eventuales faltantes.

La **Ciudad de Buenos Aires** que tiene ley y presupuesto asignado en el 2010 registró problemas en la provisión propia que no siempre fue cubierta por el envío de Nación. Si bien no hay grupo monitoreante, esto obligó al Comité Coordinador del CoNDeRS a ejecutar acciones de exigibilidad, que consistieron en un pedido de reunión con la las coordinadoras del Programa de la Ciudad de Buenos Aires, y un pedido de información publica que no ha respondido en tiempo y forma. Las distintas modalidades de compra que existen en la ciudad le impiden a la coordinadora del Programa conocer las existencias en cada efector, algo que no contribuye a que se pueda solucionar ágilmente los faltantes. También impide el control de la ejecución del presupuesto porque se compran cantidades más pequeñas en varias oportunidades, variando los precios y por tanto el costo de cada compra. Si bien la coordinadora y la co-coordinadora explicaron

esto a las autoridades no se ha modificado. Todo esto se ve agravado por el reducido grupo que integra el Programa, la carencia de personal administrativo y de estadísticas

En síntesis y tal como señalamos en el informe de monitoreo del año 2009, *"exceptuando casos excepcionales, el área que más se afecta con la escasez de fondos disponibles por inexistencia de presupuesto específico a nivel provincial o municipal para el programa, no es la provisión de MACs, que es el gasto que se realiza 'en última instancia', sino, fundamentalmente, la difusión del programa"* y las actividades de capacitación a los efectores. Esto – como se verá más adelante -- tampoco es realizado de forma sistemática por el PNSSyPR a nivel nacional.

Acciones de gobiernos locales para recepcionar demandas de los/las usuarios/as

En la mayoría de los ámbitos monitoreados **no se evidencian mecanismos para que las/las usuarias/os denuncien vulneraciones a sus derechos sexuales y reproductivos.** Sin embargo se detectaron excepciones: en el Municipio de **Ituzaingó** cuentan con un teléfono gratuito para estos casos, en la provincia de **Mendoza**, aunque no existen mecanismos formales, se alienta desde la gestión la realización de denuncias y se lleva a cabo un seguimiento y trabajo específico con aquellos efectores que han tenido problemas para seguir los lineamientos del programa. Una situación similar aparece en **San Luis**, donde también se focaliza en la

supervisión de los efectores, y se reciben denuncias por teléfono o correo electrónico. En **Santiago del Estero** la responsable del programa indica que "a través de efectores sensibilizados" se derivan los casos sensibles a la Dirección de Maternidad e Infancia, desde donde se intentan garantizar los derechos de las/los usuarias/os. Han tenido resultados positivos específicamente en los casos de negativa a realizar ligadura tubaria.

De todos modos, incluso en estos casos, la garantía para el acceso a la salud sexual y reproductiva está asociado a la voluntad y el esfuerzo personal de las/os responsables de los respectivos programas. Se torna necesario formalizar estos mecanismos y ponerlos en conocimiento de la población en general, en el marco de una perspectiva de empoderamiento de la ciudadanía que garantice la percepción de la salud sexual y reproductiva como un derecho, particularmente en relación a las mujeres.

Al igual que en el monitoreo del año 2009, una de las grandes falencias a nivel general se relaciona con la escasa **inclusión de la sociedad civil organizada en las instancias de planificación y evaluación de los programas de SSyR.** La inexistencia de este tipo de mecanismos de consulta e interacción con la sociedad civil representa una deuda de importancia central en la implementación de la mayoría de los programas provinciales y locales. En el período analizado, los contactos que se han producido han sido fundamentalmente informales, aunque los grupos monitoreantes de CoNDeRS suelen mantener vínculos de diferente tipo con las autoridades provinciales.

Sin embargo, en algunas jurisdicciones han logrado generar estrategias para incidir en las políticas públicas. Es el caso de la provincia de **Santa Fe**, donde el programa provincial creó en 2010 la figura del "Consejo Asesor", integrado por diversos actores sociales, que se reúne periódicamente y tiene por función monitorear la acción del programa. Por su parte en la provincia de **Jujuy**, a comienzos de este año el Ministro de Salud convocó al grupo CoNDeRS para analizar la situación del programa en función de los monitoreos realizados hasta la fecha. Ello se plasmó en un acuerdo entre el grupo monitoreante, funcionarios del Ministerio de Salud y el Área Interdisciplinaria de Estudios de Género de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Jujuy, para diagnosticar problemas y establecer estrategias de mejora del programa. En las provincias de **La Pampa** y **Entre Ríos** comenzó a funcionar a mediados de 2010 una "Mesa Ampliada" con la participación de actores estatales y diferentes organizaciones de la sociedad civil con miras a elaborar los consensos que permitan la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral.

Aspectos específicos de las prestaciones los programas locales. Provisión de métodos anticonceptivos (MACs)

Respecto las últimas iniciativas del PNSSyPR que impactan en los programas locales cabe destacar que desde el mes de mayo de 2010, el PNSSyPR empezó a implementar la logística de distribución de insumos a través del Plan Remediar + Redes con una periodicidad bimensual. A excepción de La Rioja Rio negro y San Luis que durante el primer semestre recibieron insumos en sus

depósitos provinciales, el resto de las provincias recibieron insumos a través del Plan remediar y en depósitos provinciales.

Acompañando esta nueva logística para la distribución de insumos el PNSSyPR elaboró y distribuyó en abril de 2010 una guía denominada "Métodos Anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. Instructivo para la distribución de Insumos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación responsable"⁸. Esta guía es un Instructivo para la distribución de insumos destinada a efectores de Salud en la cual se detallan el sistema de registro y control de stock; procedimientos para garantizar el acceso y almacenamiento de insumos.

Algunos aspectos que se pueden destacar de la guía son los siguientes: para la entrega de preservativos y AHE no se debería completar el formulario del Plan Remediar + redes. Los Anticonceptivos, incluidos los de emergencia pueden ser entregados por enfermeros y obstetras. Y fundamentalmente el acceso a los métodos anticonceptivos para los menores de edad no requiere autorización de un mayor.⁹ La atención ginecológica y la entrega de métodos anticonceptivos son percibidas tanto por prestadores/as como por los /las usuarias/os, como las principales tareas de los programas de atención en Salud Sexual y Reproductiva; y es lo que rige su actividad diaria.

En tanto esté disponible y en caso de no tener contraindicaciones específicas, en casi

⁸<http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/Gu%C3%ADa%20para%20un%20acceso%20sin%20barreras%20-Nueva%20edici%C3%B3n.pdf>

⁹<http://www.remediar.gov.ar/pdf/botiquin/remediarior%2081.pdf>

todos los casos las personas usuarias pueden elegir de manera relativamente libre el MAC de su preferencia, después de la consulta y recomendación del profesional actuante. Cabe señalar que en casi todos los casos se indica la realización de PAP, colposcopia y controles ginecológicos, pero –a diferencia de años anteriores- el MAC suele entregarse en el momento de la solicitud para evitar la pérdida de contacto con la usuaria. La excepción a esto se observa en el caso de la aplicación del DIU, frente al cual es más frecuente que se esperen los resultados de los estudios previos. No existen criterios compartidos entre los propios programas provinciales sobre cuál es el protocolo a seguir en estos casos. De todos modos, se percibe cierto avance en relación al monitoreo del año 2009 en la aceptación del uso del DIU en el posaborto. En **Córdoba, Tres de Febrero, Jujuy, Santiago del Estero, Mendoza y Misiones**, este año se informa que recomiendan su aplicación. Sólo en la provincia de **La Pampa** indican específicamente no utilizar DIU en estas situaciones y persiste lo observado en el 2009.

De todas maneras en las distintas provincias/municipios la entrega de anticonceptivos es dispar, dependiendo fundamentalmente de la provisión por parte

del PNSSyPR. Sólo algunos tienen¹⁰, como se señaló anteriormente, alguna capacidad de compra propia, dependiendo de la situación económica de la provincia/municipio y de la voluntad política para llevar adelante la aprobación de

presupuesto específico para el programa o la disponibilidad de fondos de otras fuentes/presupuestos.

En cuanto a la Disponibilidad y canales de distribución. Programa Remediar, en relación al relevamiento 2009, se han verificado algunos cambios en 2010:

- Una mayor sistematicidad y regularidad en la entrega de MACs por parte del Programa Nacional de SSyR, que logró tramitar las compras y la distribución de manera más regular.
- Un cambio en el canal de distribución, que se está realizando en la mayoría de las provincias a través del Programa REMEDIAR + Redes.¹¹ Esto ha modificado el funcionamiento de los programas locales, instalando nuevos requisitos, alterando algunas prácticas establecidas y generando nuevos o diferentes problemas. En efecto, de las 18 jurisdicciones relevadas, en 10 de ellas se menciona la provisión de los MAC y otros a través del Programa REMEDIAR, ellas son: Misiones, La Pampa, Córdoba, Santiago del Estero, Jujuy, Mendoza, Tucumán, Formosa, y los municipios de Ituzaingó y Tres de Febrero en provincia de Buenos Aires.

Si bien desde las autoridades nacionales fue elegido como canal de distribución por su universalidad y facilidad – ya que sus insumos llegan desde hace años directamente a los centros de salud de todo

¹¹ El Programa Remediar provee medicamentos esenciales ambulatorios a través del suministro gratuito de botiquines a los CAPs de todo el país. Funciona desde 2002 y desde 2010 distribuye insumos del PNSSyPR en algunas provincias.

el país - los entrevistados destacan efectos diversos: en algunos casos señalan que ha permitido cubrir mejor la demanda y reducir los faltantes (**Jujuy y Mendoza**); que ha eliminado los cambios de marcas de ACO que antes ocurrían con cada entrega (municipio de **Ituzaingó**); y que se ha mejorado la regularidad y continuidad de la entrega de MACs (**Tucumán y Santiago del Estero**). En cambio, otras provincias como **Misiones, Formosa, La Pampa, Córdoba, Santiago del Estero** y el municipio de **Tres de Febrero**, destacan lo contrario: mayores desfasajes e irregularidades en la provisión. Por su parte, en **Córdoba** señalan que, al enviar cantidades fijas de insumos a cada centro de atención primaria, se dificulta satisfacer la diversidad de la demanda en todos los establecimientos y durante todo el año, especificando que se generan sobrantes en algunos que no pueden usarse para cubrir faltantes en otros efectores. La provincia de **Formosa** informa que la distribución a través de este programa no sólo ha disminuido la continuidad, sino que la ha entorpecido al promover la dependencia de las usuarias hacia el sistema médico para todos los MACs incluidos los preservativos, ya que sólo se pueden entregar con receta médica y a través de la farmacia del centro de salud; del mismo modo que habría funcionado como un inhibidor del uso de la anticoncepción de emergencia al exigir el dato del DNI para su entrega. En el mismo sentido, desde el municipio de Tres de Febrero indican que al menos durante la primer mitad del año REMEDIAR exigía receta para el retiro de preservativos.

En síntesis: consideramos que es necesario profundizar la información y el análisis sobre el funcionamiento de la distribución a través del REMEDIAR, ya que al ser un nuevo mecanismo de distribución requiere ajustes que compatibilicen con las prácticas establecidas anteriormente.

Si bien por un lado es un mecanismo efectivo que garantiza la universalidad de la distribución (en tanto evita la discrecionalidad de la distribución por parte del programa provincial o municipal, cambia un poco la lógica del PNSSyPR. En efecto, el REMEDIAR distribuye medicamentos y por lo tanto sigue los esquemas de los criterios médico-hegemónicos y administrativo contables, de estar altamente formalizado y controlado – formularios, entrega con recetas, presentación del DNI, retiro por farmacia –

En cambio, el PNSSyPR debe seguir la lógica de la Atención Primaria de la Salud, en la cual muchos MAC debieran estar disponibles de manera más accesible y menos controlada. y afecta el enfoque de derechos, propio de la atención de la SS yR.

El sistema Remediar privilegia una modalidad de control sobre la provisión de los insumos y por lo tanto de la población usuaria y de esta forma en el programa desalienta la consulta

En relación a la provisión de cada método la situación continúa las grandes líneas detectadas en 2009. Los mayores problemas de disponibilidad continúan apareciendo en relación a los **anticonceptivos**

inyectables (ACI): en al menos 9 de las 18 jurisdicciones relevadas ha habido faltantes (**La Pampa, Mendoza, San Miguel, Misiones, Salta, Tres de Febrero, San Fernando, San Miguel y Córdoba**) En **Jujuy**, aunque disponen de este MAC, las cantidades muchas veces no son suficientes para cubrir la demanda; y en **Santiago del Estero** contaron solamente con pocas unidades a fines del año 2009. Debemos recordar que el anticonceptivo inyectable es el método hormonal que en mayor medida posibilita una decisión autónoma de la mujer sobre su cuerpo sin exponerla cotidianamente a la autorización y/o aprobación por parte de su esposo o pareja. En este sentido, **creemos necesario** reconocer la importante demanda que tiene, y el PNSSyPR debe calcular en base a la demanda no satisfecha la compra para poder proveer a las usuarias que la elijan.

Respecto a este anticonceptivo es destacable que el PNSSyPR procedió a considerar las características farmacocinéticas y farmacodinámicas del cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg y el valerato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg. Incluyendo este insumo en el botiquín que se distribuye bimensualmente a través de remediar + redes. El Programa de Investigación en Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud elaboró algunas recomendaciones en relación a este genérico concluyendo que estos inyectables mensuales son altamente eficaces, con buen control del ciclo y baja incidencia de efectos colaterales recomendaciones de la Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (A.M.A.D.A.)

A diferencia de otros MAC, la situación relativa de los **anticonceptivos orales (ACO)** ha mejorado sustancialmente desde 2009. En la actualidad sólo en la provincia de **La Pampa** se registraron faltantes de ACO, mientras que en el año 2009 eran 7 las jurisdicciones con problemas en la provisión continua de este método. Sólo en **Misiones** se indican faltantes de **anticoncepción oral de lactancia**. Esto es un método que debió ser comprado por la provincia para la continuidad de la provisión, como ocurrió en Santiago del Estero.

Salta, Mendoza y el municipio de **Ituzaingó** denuncian faltantes de **preservativos**. En el caso de Córdoba, consideran que la provisión del Programa REMEDIAR es insuficiente y apelan al Programa de VIH-Sida para garantizar la oferta.

Si bien la provisión de **anticoncepción hormonal de emergencia** parece haberse regularizado, se sabe que existen barreras institucionales. Por ejemplo, en un centro de salud de la provincia de **Salta** se indicó que no contaban con ella es llamativo que también se afirmó que de todos modos no había demanda, y que se la excluía de la consejería por considerarla abortiva.

En 7 de las jurisdicciones relevadas, en al menos un servicio de salud analizado se denunció faltantes de **DIU: Santiago del Estero, Misiones, Jujuy y municipios de Ituzaingó, San Miguel, Tres de Febrero y San Fernando**. En el caso de **Jujuy**, las profesionales entrevistadas señalan que la oferta es insuficiente en vistas de que es el método que ellas más recomiendan para la

población usuaria del CAP, fundamentalmente cosecheras "golondrina" que cambian regularmente de lugar de vivienda y no pueden sostener el contacto mes a mes con el centro de salud para la provisión de otros métodos hormonales. En el caso de **Santiago del Estero**, recibieron una partida en mal estado y tuvieron que descartar unidades; pero de todos modos, en el interior de la provincia el acceso a este método es limitado.

A continuación, describimos la situación actual de aquellos MAC que históricamente han presentado dificultades tanto en la provisión desde el nivel nacional, como en la indicación y entrega en los niveles locales.

Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)

En términos generales, y comparando con la situación algunos años atrás, la AHE parece estar mucho más instalada como método de uso regular y reconocido como tal entre los efectores. Esto, sin embargo, no ha eliminado totalmente las trabas y dificultades para el acceso de las usuarias.

En efecto, junto con el dispositivo intrauterino y la anticoncepción quirúrgica, la AHE sigue generando algunas resistencias entre los prestadores de los programas locales. En el presente monitoreo la hemos encontrado en al menos 5 provincias: **Salta, Mendoza y San Luis**, donde hay profesionales que consideran que la "pastilla del día después" produce efectos abortivos; por este motivo no la ofrecen a las usuarias, desalientan la demanda e incluso optan por no entregar este método al público aunque la demande. En un CAP de la provincia de

Jujuy, en el turno noche, es imposible retirar la pastilla por decisión personal – manifiestamente arbitraria - del profesional presente. En un argumento sorprendente, los profesionales a cargo de uno de los CAP relevados de **Tucumán** han expresado que no entregan este método porque "no lo consideran eficiente".

Simultáneamente, desde **Formosa** señalan lo contraproducente que ha resultado el requisito instalado por el Programa REMEDIAR de presentar DNI para poder retirar AHE. Este tipo de mecanismos lleva inevitablemente a disminuir la demanda, sembrando un "halo de sospecha" sobre la usuaria que debe recurrir a este método, que en muchos casos termina expulsándola del sistema público de salud. En **La Pampa** indican que la demanda de AHE supera la disponibilidad del insumo a nivel provincial; y aun así el programa nacional no envía mayores cantidades por considerar que "se está haciendo un uso incorrecto".

En síntesis, con diversas justificaciones y excusas persisten trabas por parte de los profesionales para cumplir con la legislación vigente y garantizar el acceso a la AHE que entran en conflicto con convicciones personales de prestadores-as o funcionarios-as; aunque también es posible detectar falta de conocimiento científicamente basado, y actualizado y avalado por el Ministerio, sobre el funcionamiento de estos métodos. Esto no parece estar siendo abordado con la capacitación suficiente por parte del PNSSyPR.

Anticoncepción Quirúrgica: ligadura tubaria y vasectomía

La anticoncepción quirúrgica continúa siendo en la actualidad el método en que se visibilizan con mayor claridad los prejuicios, preconceptos, desconocimientos y estereotipos de género todavía prevalentes en el sistema médico hegemónico, ya que es donde se presentan las mayores dificultades para su acceso. Se ha constatado que en 6 de las 18 jurisdicciones monitoreadas se ha detectado la existencia de **restricciones extralegales explícitas** y de distinta índole para el acceso a la ACQ, en especial para las mujeres.

A pesar de reciente publicación de una Guía sobre Ligadura tubaria¹² en la que se brinda información Clínica y epidemiológica y marco legal sobre la misma, se evidencian aún grandes obstáculos para el acceso a esta práctica.

Los problemas se presentan principalmente a nivel de los prestadores, no tanto a través de la objeción de conciencia explícita, sino en la presencia de trabas (por otro lado, abiertamente ilegales) y manejos de poder al interior del consultorio médico, que limitan o impiden la decisión autónoma de las mujeres. Algunos centros de salud funcionan con normas informales (no escritas) que establecen un mínimo de edad y cantidad de hijos para acceder a esta intervención, o se niegan a llevarla adelante en ausencia de un embarazo en curso.¹³ Así, las prácticas concretas de los efectores se alejan notoriamente de las disposiciones legales, otorgando o limitando derechos, realizando intervenciones de cesáreas

innecesarias o solicitando la aceptación del marido/pareja de la solicitante, con un alto grado de discrecionalidad. En los casos en que se realiza la derivación a un centro de mayor complejidad (por ejemplo si el establecimiento no tiene quirófano), no se realiza seguimiento de la atención ni se conocen los procedimientos que allí se llevan adelante. Esto se detectó, por ejemplo, en efectores de la provincia de Jujuy y del municipio de San Fernando, y expresan la dificultad de articulación de las diferentes instancias que participan de los propios programas provinciales y locales.

La provincia de Tucumán exhibe un alto grado de objeción de conciencia entre los efectores, a lo que se suma la exigencia de haber tenido por los menos siete hijos; en algunos casos no se realiza la práctica antes de los nueve hijos. Otro requisito que puede aparecer, aleatoriamente, es haber atravesado al menos tres cesáreas. Como contrapartida necesaria, se detectó que un gran número de usuarias no conoce la existencia de esta opción anticonceptiva ya que no se difunde la ley de ACQ. Situación similar aparece en **Santiago del Estero**, - práctica disponible solo para madres multíparas y exclusivamente en postparto - y sólo en el Hospital Regional, a donde se deriva desde los CAP. Pero no hay criterios claros ni guía de procedimientos que permita saber cuándo una solicitud será aceptada o rechazada, después de la derivación. Es de señalar que la responsable provincial del Programa se propone realizar la supervisión cercana de aquellos efectores que no cumplen con los lineamientos del programa.

¹² http://www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guias%20y%20cuadernillos/ligadura_tubaria.pdf

¹³ La presencia de un embarazo en curso contribuye a enmascarar el procedimiento, ya que se hace en el curso de un parto por cesárea.

En paralelo, aparecen algunos avances, si bien poco sistemáticos. La provincia de **Mendoza**, donde en 2009 se detectó que las usuarias debían enfrentar una demora de más de un año desde el momento de la solicitud hasta la ejecución de la práctica, la situación ha sido modificada y los tiempos de espera son menores. De todos modos, la discrecionalidad de los efectores sigue existiendo y se establece como pauta limitante la edad de la usuaria. La comparación entre dos hospitales con capacidad de realizar la ACQ, mostró la existencia de dos requerimientos completamente distintos, lo que denota la inexistencia de una guía clara de procedimientos a nivel provincial¹⁴, siendo esta ley de aplicación directa en todo el país.

En la provincia de **Córdoba**, las entrevistadas de los dos CAPs analizados indican que en muchos hospitales a los que podrían derivar usuarias les plantean trabas diversas que dificultan el acceso. En el análisis de una de ellas, el "filtro" estaría puesto en el pedido de **informe psicológico**. El grupo monitoreante ha detectado al menos 25 casos de mujeres cuya solicitud ha sido rechazada, y por este motivo ha orientado sus acciones de *Exigibilidad* a esta problemática específica. El Hospital Rawson aparece como el contraejemplo dado que, a pesar de solicitar informes clínicos, sociales y psicológicos que no son exigidos por la legislación vigente, las prácticas se llevan adelante de manera efectiva en un lapso de no más de dos

¹⁴ En uno de ellos sólo exigen el informe del médico solicitante; en otro continúan requiriendo informe clínico, social y psicológico. Vale la pena destacar que el único requisito legal es la firma de consentimiento informado por parte de la usuaria interesada.

semanas. Por este motivo reciben derivaciones de distintos puntos de la provincia.

En el municipio de **Tres de Febrero** señalan que los análisis prequirúrgicos pueden tardar hasta dos meses, por lo cual ha habido casos en los cuales la usuaria vuelve al servicio ya embarazada nuevamente. A su vez, la entrevistada del CAP señala que hay normalmente negativas a realizar la ligadura tubaria a mujeres jóvenes. En el municipio de Ituzaingó los servicios de salud capacitados para brindar esta opción se encuentran por fuera de la órbita municipal del programa, y por lo tanto la práctica es de muy difícil acceso.

En síntesis, es evidente un marcado desinterés y/o resistencia, entre los efectores de salud por garantizar a las mujeres el acceso a este MAC. Todo esto indica la dificultad por parte de la gestión de los programas locales para establecer criterios programáticos claros que permitan acotar la decisión arbitraria de los equipos médicos. Sin embargo, se registra la preocupación desde la gestión de algunos programas locales – como la provincia de Santiago del Estero - por resolver esta situación. Ya en el monitoreo 2009 se señalaron algunas acciones tendientes empoderar a las mujeres usuarias, limitando desde allí la discrecionalidad de los efectores.

En relación a la **vasectomía**, la situación no se ha modificado desde lo registrado en 2009. Prácticamente en ninguna de las provincias o municipios analizados está garantizada la oferta de manera amplia, y aparecen fuertes resistencias culturales tanto a nivel de los profesionales como de

las y los usuarias/os. Además, para todos los puntos del país monitoreados, el personal de salud entrevistado indica que se realizan muy escasas consultas. En términos generales, no aparece como un interés de los programas locales difundir la existencia de este método, instaurándolo como una opción anticonceptiva a la par del resto. No se perciben esfuerzos para garantizar la difusión y el acceso a la información por parte de la población sobre la existencia o implicancias de la vasectomía. Tal como se indicaba en el informe de monitoreo del año 2009, consideramos que *“para que pueda haber demanda, primero debe haber información disponible y clara sobre la práctica en sí misma y sus condiciones de accesibilidad. A su vez, esta falta de información se inscribe en una lógica dominante en la sociedad –y específicamente al interior del sistema médico- según la cual la salud sexual y el cuidado en anticoncepción es y debe ser una responsabilidad casi exclusiva de la mujer. Es preocupante que la política pública perpetúe esta creencia, reforzando prejuicios y nociones difusas en la sociedad acerca de la relación y la distribución de roles entre los géneros”*.

Además, tal como fuera señalado en el informe de monitoreo del año 2009, los programas locales de SSR funcionan en Servicios de Ginecología, Maternidad u Obstetricia, destinados exclusivamente a la atención de mujeres. Por lo que se ha podido relevar, los Programas de SSyR no funcionan en ninguna de las provincias o municipios en Servicios para hombres. Esto coincide con el escaso número de hombres bajo programa; los pocos registrados en general son jóvenes de 15 a 24 años. Esta

situación se inscribe en un desinterés generalizado por profundizar la incorporación de los varones a los programas de SSyR, reforzando de este modo los estereotipos sociales de género que la política pública debería esforzarse en desestructurar. En este sentido, la exclusión de los varones de la atención en SSyR implica necesariamente un socavamiento del acceso tanto de las mujeres como de los varones a una ciudadanía plena. Además, para las mujeres constituye una restricción de su autonomía y poder de decisión.

Vale la pena mencionar el caso de la provincia de **Mendoza**, donde las entrevistadas señalan una diferencia sustancial entre la discrecionalidad existente para la ligadura tubaria y el “apego a la legalidad” en los escasos casos de solicitud de vasectomía, para la cual, efectivamente, sólo se solicita el consentimiento informado del solicitante, que la ley prescribe como único requisito para ambos sexos. En paralelo, en la provincia de **San Luis** señalan que son las propias mujeres quienes rechazan ese método para los varones, con lo cual incluso cuando los efectores mencionan la opción ellas no informan esto a sus parejas.

Implementación de consejerías en MAC y Salud Sexual y Reproductiva

Respecto a la consejería, se verifica que no se implementa de manera regular y/o se ignora su especificidad. Suele confundírsela con una simple y tradicional consulta ginecológica, ignorando o dejando de lado los requisitos de potenciar la capacidad de elección autónoma de usuarios-as, y el eje en la información amplia, amigable y con perspectiva de género, así como la escucha

atenta que debiera caracterizarla. Así definida, son muy escasos los servicios que la brindan de manera consistente y como oferta permanente.

A pesar de ello, algunos efectores implementan instancias de consejería grupal, por Ej., a través de talleres (a veces coordinados por personal no médico): provincias de **Córdoba, San Juan, La Pampa, San Luis y Jujuy**. En cambio, en los municipios de **Ituzaingó y San Fernando** la consejería no aparece como una actividad pautada claramente. Tanto en la provincia de **Santa Cruz** como en la de **Tucumán** los grupos monitoreantes perciben que en los CAPs de zonas vulnerables no se le da a esta actividad una relevancia suficiente.

En síntesis, los principales problemas consisten en la deficiente conceptualización de esta práctica y su escasa valoración, posiblemente porque traslada el poder de decisión desde el médico-a a los usuarios-as, la mayoría mujeres. Obviamente, este déficit de comprensión y valoración distorsiona el abordaje y la metodología con la que se implementa, y finalmente en la consulta no se respetan cabalmente los derechos y la autonomía de decisión de usuarias y usuarios.

La situación del cuidado post aborto en el país es notoriamente dispar. Básicamente, la calidad de atención recibida por las usuarias depende de en qué jurisdicción se atiendan, a qué servicios de salud son referidas y qué profesional las atiende, con un amplio margen de discrecionalidad. En

¹⁵ Para este apartado, no se cuenta con información de las provincias de Formosa, Salta, Santa Cruz, Entre Ríos y Santa Fe.

este sentido, los efectos de la elaboración en el año 2005 de la Guía para el Mejoramiento de la Calidad de Atención Post Aborto del Ministerio de Salud de la Nación aprobada por Resolución Ministerial N° 989/2005 e incorporada al Plan Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, no pueden despreciarse, ya que se centra en las buenas prácticas e insiste en la consejería. Sin embargo, debe resaltarse que aun no es conocida por todos los efectores ni se logró uniformar los criterios de atención y menos aún su implementación.

En la actualidad, las provincias de **Mendoza, Córdoba y La Pampa y los municipios de Tres de Febrero y San Miguel** declaran no utilizar la Guía Nacional. En otras jurisdicciones relevadas los responsables de Programa señalan que se aplica, aunque en ciertos casos se ha percibido desconocimiento en los profesionales sobre su contenido. En los casos de **Jujuy y Tucumán** se analizaron sólo servicios de salud que no cuentan con la infraestructura necesaria para la atención de estas situaciones, por tanto los entrevistados afirmaron que no se aplica.

En todos los casos analizados se afirma realizar consejería¹⁶ y entrega de MACs antes del alta (ver en el apartado "atención en métodos anticonceptivos" la utilización de DIU en la atención posaborto), y en términos generales, no se presenta la denuncia judicial en caso de sospechar aborto provocado. En la provincia de **La Pampa** indican que sí realizan la denuncia cuando hay riesgo de muerte para la

¹⁶ son válidas para este tema las mismas objeciones presentadas ut supra en relación al concepto y la calidad de lo que se suele denominar consejerías.

paciente. En el Hospital Rawson de **Córdoba**, referencia en esta materia en la provincia, promueven no hacer la denuncia, pero han tenido casos de profesionales denunciados por familiares de usuarias, justamente por no haber hecho la denuncia; eso genera que la discusión no esté saldada al interior del equipo médico. A una situación de similar complejidad hacen referencia las entrevistas de la Maternidad de La Banda, **Santiago del Estero**, donde una joven fue denunciada por su padre por interrumpir voluntariamente su embarazo y la enfermera que la atendió se encuentra detenida.

A diferencia del monitoreo realizado en 2009, se percibe en la lectura de las entrevistas, al menos en aquellos servicios de salud donde efectivamente se atienden situaciones de aborto, una disminución del discurso judicializador. Esto es importante dado que mejora la accesibilidad del servicio de salud en lugar de proponer a las usuarias un circuito excluyente que profundiza los riesgos de por sí altos a los que se enfrentan. Como contrapartida, se observa que esto no necesariamente ocurre en aquellos servicios de atención primaria de la salud cercanos a las poblaciones más vulnerables. Resulta preocupante la nula problematización que aparece en algunos de estos profesionales en relación a la situación de aborto, así como la insistencia en que **“deben realizarse las denuncias”** (CAP - **Tres de Febrero**) y los intentos de “convencer” a las usuarias de continuar su embarazo¹⁷. En 6 de las provincias y

municipios analizados, (un tercio de los monitoreados), frente a esta situación el enfoque de los profesionales es de disuasión; y no se provee información preventiva de las complicaciones post-abortivas.

La Guía de Mejoramiento de la Calidad de Atención Post Aborto del Ministerio de Salud de la Nación recomienda la utilización de la técnica AMEU –aspiración manual endouterina- para el tratamiento de casos de aborto incompleto, ya que se la considera menos invasiva y más segura que los procedimientos quirúrgicos. Esto, de todos modos, no ocurre en todas las provincias y municipios analizados: **La Pampa, Santiago del Estero y Tres de Febrero** no la utilizan de modo habitual. En **Misiones** señalan que recién durante este año comenzó a realizarse más frecuentemente. En el Hospital Rawson de **Córdoba** el entrevistado indica que es difícil la incorporación de técnicas nuevas a prácticas médicas establecidas, pero que se está trabajando en eso. En este caso utilizan también el misoprostol, aunque no está regido por un protocolo específico. El entrevistado señala que en el hospital han llegado a atender 600 casos al año y que en la actualidad se reciben muchos menos. No descarta el rol que el misoprostol ha tenido en la reducción de riesgos de salud en abortos provocados por fuera del sistema médico.

En síntesis, continúa la existencia de trabas y prejuicios, además del desconocimiento de la guía ministerial aprobada desde el 2005.

¹⁷ Una de las preguntas de la entrevista realizada a los efectores indaga sobre el modo en que se procede en el servicio cuando se presentan mujeres con voluntad de interrumpir un embarazo no deseado.

En aquellos casos en que esto no ocurre, igualmente se percibe una falta de criterios médicos claros que permiten establecer en qué casos debe aplicarse cada técnica específica, y falta de capacitaciones gestionadas desde los programas que acerque esta información a los efectores de salud.

Aborto no punible¹⁸

Al igual que para la atención post aborto, las acciones del sistema médico en el caso de los abortos no punibles previstos en el Art. 86 (incisos 1 y 2) del Código Penal tienen fuertes particularidades en cada servicio de salud relevado. Ninguna de las jurisdicciones analizadas refiere el uso de un protocolo que permitiera uniformar la atención para estos casos, posibilitando de este modo la decisión discrecional de cada establecimiento y/o profesional. A su vez, tampoco se desprende de las entrevistas la implementación a nivel local de la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles del Ministerio de Salud de la Nación, que fue actualizada en 2010.

En efecto: en 2010 se verificó la actualización, reedición y distribución – signada por serios conflictos – de una nueva versión de la Guía o Protocolo sobre aborto no punible, cuya primer formulación vio la luz en 2007¹⁹ pero no obtuvo la correspondiente resolución ministerial que la reglamentara²⁰. En efecto, esta nueva versión 2010 incorporó novedades

¹⁸ Para este apartado no se cuenta con datos de Formosa, San Fernando, Santa Cruz y Entre Ríos.

¹⁹ Sobre el final de la gestión del entonces ministro de salud, Dr. Ginés González García.

²⁰ Esta guía de 2007 se imprimió pero tuvo una distribución irregular a lo largo de las tres gestiones del programa en el periodo 2007-2010.

progresivas, tales como la realización de abortos en casos de violación con el único requisito de la declaración jurada por parte de la mujer, y un mínimo de edad de 14 años sin necesidad de permiso de adultos responsables legalmente. En julio de 2010 Argentina se presentó ante el Comité de Expertas de la CEDAW, organismo que en repetidas ocasiones había recomendado a Argentina la derogación de la normativa legal sobre el aborto ante la alta mortalidad materna por esta causa. En el informe oficial, el Estado argentino afirmó²¹ que esta vez, la guía tenía su ordenanza ministerial; afirmación que al DIA siguiente fue desmentida por el actual ministro de salud, Dr. Manzur, alegando no estar de acuerdo con sus contenidos. Ambos hechos fueron muy difundidos por la prensa. Actualmente, la Guía se encuentra disponible en la página web del ministerio, pero no fue impresa ni distribuida y su aplicación es irregular. El conflicto mencionado minó su credibilidad y los abortos no punibles, como veremos más adelante siguen enfrentando muchas dificultades para su realización y se judicializan, porque los médicos que deben resolverlos en la confidencialidad de la consulta con sus pacientes no tienen el aval del protocolo resuelto por el Ministerio para cumplir con las prestaciones legales de interrupción del embarazo.

Así, en la provincia de **La Pampa** el grupo monitoreante ha detectado dudas y déficits de conocimiento en los efectores en relación a cómo proceder en estos casos. A la vez, señalan el desinterés de los funcionarios públicos en evaluar la instauración de algún protocolo, y perciben un cierto desprecio por la Guía Nacional mencionada. En la

²¹ 14 de julio 2010, informe del Estado Argentino ante la CEDAW.

provincia de **San Juan** la responsable del programa declara que estas situaciones deben analizarse caso por caso, a través de un Comité de Bioética. En el hospital analizado en el municipio de **Tres de Febrero** también es el Comité de Ética el que decide y autoriza, llegado el caso, la realización de la práctica. En esta institución se han judicializado sólo algunos casos, particularmente aquellos relacionados al abuso de menores. Debe destacarse que la mencionada Guía no contempla el accionar de los Comités de Ética como instancia obligatoria para la toma de decisiones o la realización de ANP. En **Tres de Febrero, Ituzaingó, Jujuy, Mendoza, San Luis y Misiones**, en al menos uno de los servicios de salud analizados, no se ofrece consejería en opciones y reducción de daños sino que se intenta convencer a la mujer de no llevar adelante la interrupción del embarazo. Incluso, en la provincia de **Mendoza**, la responsable de un CAP analizado indica que ofrece contención y consejo espiritual, enfatizando que **"Dios por algo lo quiso"**. En la provincia de **San Luis**, dos de los tres CAPs monitoreados también sostienen esta visión, aunque en uno de los casos el argumento es en algún sentido más perverso: en el relato de los profesionales, el objetivo en la consejería es que la usuaria no interrumpa su embarazo dado que la población que asiste al centro es de muy bajos ingresos y no puede pagar los entre \$3000 y \$5000 que, según el mismo profesional, cuesta un aborto clandestino seguro en la provincia. Es decir, se evidencia a través de esta argumentación el entrecruzamiento de opresiones de clase y género que se expresan en la penalización del aborto. Son las mujeres pobres las que deben pagar con los riesgos para su vida y

su salud, y la restricción de su libertad, los costos de esta política pública, basada en creencias religiosas o ideológicas que no pueden obligar, necesariamente, a toda la población. Se vulnera así la libertad de creencias que forma parte de los derechos humanos que fundamentan nuestro orden jurídico.

La Guía Nacional señala para los espacios de consejería para abortos no punibles del Ministerio de Salud, reelaborada en 2010, afirma la necesidad de *"respeto por el derecho que tienen las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y fertilidad"*, recomienda una *"actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios"* y *"respeto a la confidencialidad que necesitan las mujeres"*. Los casos mencionados anteriormente atentan contra todos estos lineamientos y, una vez más, inhabilitan a la mujer como sujeto de derecho capaz de decidir sobre su propio cuerpo. Retomando el informe de monitoreo del año 2009, *"la decisión de someterse a un aborto, aun realizado en malas condiciones o con métodos riesgosos, implica un acto profundo de disposición sobre la propia vida y el propio cuerpo, y representa como tal una instancia de afirmación de la propia subjetividad"*. La consejería pre aborto con un enfoque disuasivo y moralmente tendencioso, en cambio, convierte a las usuarias del servicio de salud en objetos de acción y no en sujetos de derecho. La presencia de estos enfoques en el ámbito estatal resulta particularmente negligente sobre todo si consideramos que la muerte por aborto es

la principal causa de muerte materna en el país.²²

En cambio, en otros servicios de salud de **La Pampa, San Luis, Santiago del Estero, Córdoba y Jujuy** se evidencian los esfuerzos de los profesionales por acompañar las necesidades de la mujer y a la vez garantizar el menor riesgo posible para su salud. En estos casos se evidencia, a diferencia del monitoreo anterior, un mayor conocimiento del uso del misoprostol en el discurso de los profesionales, que en algunos casos llegan a señalar que, bajo ciertas condiciones, es el método más seguro para la salud de las usuarias. Entrevistados de **La Pampa** señalan que en el espacio de consejería hacen hincapié en aquello que no debe hacerse, para de este modo reducir los riesgos de salud. A su vez, consideran que ha sido bien recibida por las usuarias la aparición de la línea "*Aborto: más información, menos riesgos*"²³. En uno de los servicios relevados en Córdoba se señala la importancia de "*aconsejarles que no se hagan un aborto quirúrgico, aunque en el barrio se consiguen por \$100*".

En la provincia de **Mendoza** se afirma evitar tanto la judicialización así como la publicidad de este tipo de casos, para evitar las presiones externas, particularmente de grupos "Pro-vida" o similares, que entorpecen su desarrollo. Resulta interesante, y necesario, el esfuerzo de estos efectores en resguardar la integridad de la usuaria. No se evidencia esta intención en otras jurisdicciones analizadas.

²² Cada año mueren en el país 100 mujeres por complicaciones de abortos inseguros. Para el año 2005, esto representó el 32% de la mortalidad materna, en una tasa de 3,9 por 10.000 nacidos vivos. (Zamberlin: 2007)

²³ Este programa lleva ya 3 años de funcionamiento y es gestionada por un grupo de feministas, muchas de ellas lesbianas, integrantes de ONGs, con fondos de la cooperación holandesa.

En el caso de la provincia de **Jujuy** no se han analizado instituciones con infraestructura como para realizar este tipo de prácticas. Se percibe de todos modos un fuerte compromiso en los profesionales entrevistados. En uno de los hospitales indican que en los casos en que han derivado pacientes a otras instituciones, fue imposible obtener información posterior para garantizar el seguimiento. Desde el centro de salud han ayudado a resolver dos casos de aborto no punible a través de acciones legales que garantizaron la realización de la práctica. Sin embargo, también hay otras posiciones: en el segundo hospital relevado indican que derivan estos casos; pero si no fuera así, no los resolverían positivamente, amparándose en la objeción de conciencia.

Como ya señalamos, no se observan límites a la discrecionalidad médica, ni instituciones con marcos de acción claros y responsables que permitan garantizar este derecho a las usuarias frente al abuso del derecho de objeción de conciencia²⁴. La dificultad o desinterés de accionar en este sentido que se evidencia en gran parte de los programas locales permiten la proliferación de mediaciones extralegales entre la solicitud de esta práctica contemplada por la ley, y la práctica misma.

En este sentido, no se observa ninguna acción desde cualquiera de los niveles del estado respecto a implementar Registros de Objetores de Conciencia que permitan prever e institucionalizar el accionar de los profesionales. Actualmente, sólo **Santa**

²⁴ Recordemos que según la OMS, los profesionales pueden recurrir a la objeción de conciencia, pero no así las instituciones, los centros de salud.

Cruz y Santa Fe²⁵ cuentan con registros de este tipo. La implementación del registro de objetores a nivel provincial obliga a las autoridades a tomar las medidas necesarias para que en los casos en que los servicios todos los prestadores se declaren objetores, el Ministerio garantice las prácticas requeridas, facilitando las condiciones de accesibilidad al servicio de salud por parte de las usuarias. En el municipio de **San Miguel** este ha sido el eje de algunas de las acciones de exigibilidad del grupo CoNDeRS.

Resaltamos que se observa también en este caso, al igual que en la atención posaborto, una alentadora disminución de la presencia del discurso judicializador. Sin embargo y a modo de contraejemplo de los avances mencionados, debemos citar el caso de MJ en **Santiago del Estero**, que reviste una gravedad particular. MJ, niña de 14 años, resultó embarazada producto de una violación. Ella y su madre efectuaron la denuncia policial en febrero del 2010 y solicitaron la realización del aborto, encuadrado en la legislación vigente. De allí en más, la Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF) se dedicó a intentar garantizar la continuidad del embarazo impidiendo el acceso de la niña y su familia al sistema público de salud, ofreciéndoles asistencia psicológica e, incluso, otorgándoles una nueva vivienda a través del Instituto Provincial de la Vivienda²⁶. Tanto el grupo CoNDeRS como la Dirección de Maternidad e Infancia actuaron informando a la niña y su familia

cuáles eran sus derechos²⁷, pero el cerco de la DINAF resultó finalmente efectivo, se desestimó la demanda inicial del ANP y el embarazo llegó a término. Este caso resulta particularmente perverso en tanto los propios funcionarios del gobierno provincial, que deberían garantizar el derecho de niños, niñas y adolescentes (en este caso MJ), quienes ponen en funcionamiento todos los recursos estatales para inhibir la decisión autónoma de MJ y su madre. Además MJ evidenció la diferencia de enfoque de dos áreas del gobierno provincial, y el resultado final de la subordinación del sector salud al de minoridad, en un asunto relacionado a la vida y la salud de la niña.

En síntesis, continúa la presencia de prejuicios y la existencia de trabas y mecanismos opresores por parte del personal de salud en el tema posaborto y aborto no punible, y el contradictorio, débil y errático accionar estatal en este tema.

La no aprobación por resolución ministerial de la guía contribuye a la discrecionalidad de los servicios y de los prestadores

Atención en adolescencia

La población adolescente aparece, en general, como una población objeto relevante de los programas locales de salud sexual y reproductiva, pero el modo en que se expresa esta relevancia en relación a la

²⁵ El Registro de la Prov. de Sta Fe fue logrado por las acciones de exigibilidad del grupo CONDERS en 2009-2010.

²⁶ Los servicios no pueden declararse objetores de conciencia, figura que es personal e individual y debe ser previa a la demanda de la práctica. Los servicios públicos están obligados a conseguir profesionales que realicen los ANP aún cuando todos sus integrantes sean objetores.

²⁷ Es necesario mencionar que por este hecho la directora de la DINAF, Cecilia Rosales, presentó una denuncia en la justicia contra las activistas de CoNDeRS. Luego de la declaración de MJ la causa fue archivada.

práctica específica de los servicios de salud varía notoriamente en cada uno de ellos. Aunque en todos los casos se enuncia discursiva y teóricamente la necesidad de reforzar la intervención de los programas en este sentido, eso no siempre adquiere realidad en una política pública adecuada.

Tanto en **Misiones** como en **Santiago del Estero**, por ejemplo, se han detectado acciones en algunos servicios destinados específicamente a atención de la población adolescente. En el primer caso existe el "Programa Provincial de Salud Integral en Adolescencia", que ha creado el primer centro de atención a adolescentes en el CAP N°5, Barrio Yacyretá, **Posadas**, y se están gestionando otros similares. Del mismo modo han iniciado la realización de actividades puntuales de movilización comunitaria como la habilitación de una "carpa de salud" en una plaza central de la ciudad para el día del estudiante. En **Santiago del Estero** se ha creado recientemente el consultorio específico en la maternidad de La Banda y en el Hospital Independencia en la capital, en el marco del Subprograma Provincial de Atención Integral de población Adolescentes. Se espera desarrollen actividades de capacitación de población adolescente de ambos sexos. Además de las provincias mencionadas, en **Mendoza, San Luis, Jujuy** y en los municipios de **San Miguel** y **Tres de Febrero**, al menos uno de los efectores relevados cuenta con servicios específicos de atención a adolescentes. A diferencia del monitoreo del año 2009, en el cual este tipo de servicios aparecía casi exclusivamente a nivel de los hospitales analizados, en este caso en **Mendoza, San Luis y La Pampa** encontramos este tipo de prestación también a nivel de los CAPs. Esto resulta

relevante dado que son los espacios de atención primaria aquellos con mayor posibilidad de atraer espontáneamente a esta población, y los que en términos generales realizan mayores acciones de captación activa y acercamiento a la comunidad. En la provincia de **Tucumán** el grupo monitoreante señala que, aunque no ha sido específicamente relevado, existe solo un consultorio específico sobre SSyR dirigido a adolescentes en la localidad de Trancas.

Salvo en un CAP del municipio de **Tres de Febrero** y un hospital de **Santiago del Estero**, no se detectaron problemas para el acceso de la población adolescente al test de VIH/Sida sin necesidad de autorización de una persona adulta. A su vez, en el municipio de **Ituzaingó** solicitan autorización solo en los casos de menores de 14 años.

Aunque en general, los adolescentes tienen acceso sin restricciones y sin necesidad de autorización adulta a los métodos anticonceptivos de su elección, esto no ocurre en al menos uno de los efectores de las jurisdicciones de **San Juan, San Luis y Tres de Febrero**. Tanto en este último caso como en un centro de atención primaria analizado en San Luis la decisión depende del profesional a cargo, en otros servicios de **San Luis** y **San Juan** se requiere en todos los casos autorización de una persona adulta. En el municipio de **San Miguel**, directamente se solicita la presencia o autorización de una persona adulta para la atención en general de los adolescentes; incluso, en uno de los servicios analizados un profesional es "objeto de conciencia" a la entrega de MACs a esta población. Es relevante aclarar

que esto contraviene la legislación vigente, que indica que la entrega de MACs debe hacerse sin ningún requisito especial a partir de los 14 años.

Nuevamente se percibe un alto grado de discrecionalidad por parte de los servicios de salud y una falta de orientación programática clara que uniformice la conducta de los profesionales. Hay discordancia en los criterios utilizados al interior de cada programa provincial o municipal, por ejemplo a partir de qué edad se ofrecen MAC y en que condiciones. En este sentido, algunos entrevistados señalaron que la entrega sin restricciones es a partir de los 14 años (por ejemplo, en el municipio de Ituzaingó y en la provincia de Córdoba) mientras otros efectores de las mismas jurisdicciones no hicieron esta aclaración.²⁸ Así, las posibilidades de atención de los usuarios adolescentes dependen del servicio y el profesional que los atiende.

En relación a qué anticonceptivos se entrega a los adolescentes, sólo en las provincias de **La Pampa** y **Córdoba** uno de los efectores señala que no recomienda la aplicación de DIU, o no lo utiliza en usuarias nulíparas. En **Córdoba**, a su vez, en uno de los CAPs analizados desaconsejan el uso de anticonceptivos inyectables a este grupo etario.

La posibilidad de una adecuada atención a adolescentes está muy vinculada a la

búsqueda activa de los servicios de salud y sus posibilidades de establecer un vínculo relevante con la comunidad. En este sentido, en **Misiones, Mendoza, San Luis, La Pampa, Jujuy, Salta, Córdoba** y el municipio de **Ituzaingó** al menos uno de los efectores relevados realiza actividades educativas y/o lleva adelante estrategias de captación activa de esta población. Las estrategias más utilizadas desde los CAPs se asocian a la captación activa en terreno por parte de trabajadoras/es sociales o agentes sanitarios, y a la realización de talleres y charlas en escuelas, organizaciones civiles o centros comunitarios. De todos modos, muchos entrevistados señalan que estas actividades se realizan a partir de la iniciativa personal de los involucrados y no por una programación institucional. En aquellos casos en que no se realizan intervenciones de este tipo, uno de los principales motivos señalados se asocia a la falta de personal asignado al programa tanto a nivel central como en los servicios de salud. Esto aparece como un problema relevante a la hora de promover estrategias superadoras de la mera entrega de anticonceptivos frente a la demanda espontánea en consultorio.

Educación sexual Integral (ESI)

De modo muy similar a lo indicado en el informe de monitoreo del año 2009, y a pesar de lo establecido en la Ley 26.150, se continúan verificando enormes falencias en las posibilidades de acceso a la Educación Sexual Integral en todos los niveles educativos. En el 2010, este derecho no parece estar garantizado en las escuelas, e incluso en aquellas provincias que cuentan con leyes propias y están, por ende,

²⁸ La pregunta en la entrevista se encuentra formulada del siguiente modo: “Las personas adolescentes (10-19 años), ¿pueden acceder a todos los MACs (excepto anticoncepción quirúrgica) sin restricciones?”

avanzadas en el debate social sobre el tema, se encuentran aun en etapas muy iniciales. Habría que señalar los avances del Ministerio de Educación en este tema con la elaboración de los Cuadernos de Educación Sexual Integral en 2010 que tienen excelentes contenidos pero escasa difusión.

Salta, San Juan y Tucumán no tienen legislación provincial sobre el tema ni adhieren a la Ley Nacional 26.150. En el caso de **Salta**, no solo no aplican la ley nacional de educación sexual integral, sino que han incluido en su constitución provincial una disposición estableciendo en las escuelas públicas la obligatoriedad de la educación con contenidos religiosos. Esto está en abierta contradicción con la Constitución Nacional, que afirma que la nación argentina respeta la libertad de cultos. Ya se están desarrollando y aplicando en todas las escuelas las acciones previstas en la ley provincial de educación religiosa, lo que ha motivado acciones de amparo por parte de grupos de la sociedad civil, incluido el grupo CONDERS. La educación sexual integral se implementa escasamente y está teñida de contenidos religiosos. Se han rechazado las acciones de capacitación del ministerio nacional así como la distribución de los cuadernos para los docentes por no coincidir con "*la idiosincrasia de nuestra provincia*". El Ministerio de Educación de la provincia inició la capacitación de docentes con un material producido por la Universidad de Navarra con el patrocinio de la Federación de Productores Tabacaleros que imprimió tres cartillas elaboradas por una fundación española de orientación religiosa (Opus Dei). Esto motivó una denuncia al Ministerio de Educación de la Nación quien los prohibió utilizar en los colegios públicos. Esta acción legal está

sustanciándose, mientras tanto no se implementaron acciones de capacitación con los cuadernos del Ministerio de la Nación.

En la provincia de **San Juan** continúan existiendo enormes resistencias que impiden la posibilidad de establecer y desarrollar acciones ni estrategias propias. En **Tucumán**, en cambio, aunque no adhiere a la ley nacional ni hay ley provincial, se están llevando adelante acciones desde el Programa de Educación Sexual Integral: Jornadas de sensibilización sobre la legislación y lineamientos curriculares; capacitaciones intersectoriales a docentes, directivos, enfermeros/as, médicos/as y agentes sanitarios; talleres para padres y madres; asesoramiento en la elaboración de proyectos socioeducativos.

Las provincias de **Misiones, La Pampa, Mendoza, Santa Cruz y Santiago del Estero** no han generado legislaciones propias, pero sí adhieren a la ley nacional. A ellas se ha sumado actualmente la provincia de **San Luis**, cuya adhesión se concretó este año. Allí se llevaron adelante capacitaciones desde el Programa Nacional de SSyPR, y aparentemente ya se está implementando en algunas escuelas. Desde el programa local han realizado capacitaciones a docentes y elaborado proyectos de capacitación acordes a las especificidades de los docentes rurales. En **La Pampa y Santa Cruz** la adhesión a la legislación nacional fue en el año 2009. En el primer caso, el grupo monitoreante señala que hay una gran apertura del debate y presentación de proyectos para capacitación de docentes, por ejemplo, en escuelas rurales y escuelas hogar. En el caso de **Mendoza** se señala que desde que existe la ley el programa ya no participa de

las actividades, que han pasado a la órbita del Ministerio de Educación. El grupo monitoreante llevó adelante durante el año una evaluación sobre el “Manual de Educación Sexual Integral” elaborado en la provincia, en el marco de las acciones de exigibilidad. En **Santiago del Estero** aun no se ha puesto en marcha en las escuelas. El Programa provincial de Educación Sexual Integral está integrado por una sola persona que trabaja a tiempo parcial, y los avances son muy lentos. Durante este período se repartieron materiales en escuelas y se realizaron capacitaciones docentes organizadas por el Ministerio Nacional.

Desde el programa de SSyPR en **Formosa** señalan que “la ley se está implementando”, pero el grupo monitoreante llevó adelante entrevistas a jóvenes de distintas comunidades en las cuales comprobaron que sólo se reciben charlas aisladas e informales de parte de algunos docentes comprometidos, pero no la aplicación sistemática que la legislación prevé. En este sentido, el lanzamiento oficial del Programa de Educación Sexual Integral estaba previsto para el 14 de octubre de este año, pero no parece haberse llevado a cabo. Desde el ministerio de educación sostienen, de todos modos, que los docentes ya se encuentran capacitados, debido a que participaron en actividades realizadas por el Ministerio Nacional.

A nivel de los municipios de la Provincia de Buenos Aires, no se registran actividades, en el caso de **San Miguel y San Fernando** no les fue posible entrevistar a los responsables locales del Programa. En **Tres de Febrero**, según el grupo monitoreante, tampoco se llevan adelante acciones

relevantes para promover la Educación Sexual Integral. Según se indica en las entrevistas, en el municipio de **Ituzaingó** se han realizado actividades en este sentido. De todos modos, la entrevistada no pudo precisar qué tipo de acciones, ni cuándo se realizaron y quienes participaron.

Mecanismos de difusión, acceso a la información y vínculo con la comunidad

Las estrategias de difusión de los Programas locales son, en términos generales, deficientes. Por falta de presupuesto, falta de personal capacitado, falta de decisión política u otro motivo, estas actividades que debieran ser un elemento clave para el funcionamiento de todos los programas, resulta ser junto con la capacitación al personal, las actividades más relegadas e insuficientes.

Aunque todos los programas locales deberían contar con información relevante y sistematizada sobre su ejecución -entrega y uso de MACs, personas bajo programa, consultas, consejerías, profesionales capacitados, presupuesto-, no se ha podido corroborar que esta información exista en la mayor parte de los casos. A modo de indicador, sólo se ha podido conseguir información sobre la cantidad de personas bajo cobertura del programa en 4 jurisdicciones relevadas: **Santiago del Estero, San Luis, San Juan y el municipio de Tres de Febrero**. Cuando existe, la información difícilmente es pública. En **Mendoza** señalan abiertamente que la información sólo está disponible para miembros del programa. En otros casos,

como en el municipio de **Tres de Febrero**, aparecen fuertes resistencias a entregar información estadística. En **Tucumán**, el grupo monitoreante hizo un pedido formal de información y recibió por respuesta que "no se encuentran las personas que podrían responder adecuadamente." Sólo en la provincia de **San Luis** se señala que la información se publica, en general, dos veces al año en el Diario de la República. Es la única jurisdicción en la que se evidencia este tipo de estrategias.

Esta imposibilidad de acceso a los datos fundamentales de seguimiento del programa no es ajena a las escasas o nulas estrategias de difusión que se observan en términos generales. Salvo en casos puntuales, no se han realizado campañas de difusión masiva ni a nivel nacional, ni provincial o local en torno al PNSSyPR, menos aún con un enfoque de derechos. Sólo en el caso de **San Luis** se ha podido constatar la ejecución durante este año, de un espacio de trabajo sobre sexualidad por cuatro días durante la semana del estudiantes (18, 19, 20 y 21 de septiembre) en El Trapiche, lugar de reunión de la juventud, que también fue promocionado por medios de difusión. Además, junto con el INADI, realizaron una jornada el 1 de diciembre por el Día Internacional de la Lucha contra el Sida. En **Santiago del Estero**, por su parte, se planificó una campaña mediática y se diseñó el material necesario, pero finalmente no pudo llevarse a cabo. De las 18 provincias/municipios relevadas, son las únicas jurisdicciones en las que se evidencia desde la gestión del programa una preocupación por la realización de actividades orientadas a difundir alguna información a la comunidad.

La falta de visibilidad del programa y de información a la población en general se observa también respecto en la distribución gratuita de preservativos, algo que en algunos lugares existió. En **Mendoza**, por ejemplo, el gobierno provincial desde el 2009 ha decidido dejar de repartirlos en eventos masivos donde antes sí se hacía, como recitales o festivales. En la mayor parte de los casos, se hace sólo a través de las organizaciones civiles o los propios servicios de salud. En el municipio de **Tres de Febrero**, incluso, informan que "en algunos lugares no dejamos preservativos por el robo constante", sin quedar claro cómo se interpreta robo aquello que es de distribución gratuita y masiva.

En todas las provincias señalan que se reparten los materiales educativos producidos por el Gobierno Nacional, y algunas suman a eso folletos, trípticos y afiches de producción propia. Este es el caso de **Santiago del Estero, San Luis, Tres de Febrero y Mendoza**. Estos materiales, en general, llegan a la población a través de los efectores de salud. En el caso de **Santiago del Estero** también han entregado a los servicios de salud maletines con herramientas en SSyPR y VIH. En **Mendoza** han producido folletería propia sobre cómo actuar después de un legrado, tema que no aparece en la agenda de las demás jurisdicciones analizadas.

Al igual que en el monitoreo del año 2009, se constata que la mayor parte de las provincias analizadas continúan sin llevar adelante como estrategia programática acciones de captación activa de la población. Se mencionan a nivel de los centros de atención primaria, talleres en escuelas y hacia la comunidad, pero en gran

parte de las entrevistas cuando se dice que se realizan se aclara es por iniciativa personal de los profesionales y no a partir de una política institucional clara. En la mayoría de los casos la actividad comunitaria queda exclusivamente a cargo de los agentes sanitarios que recorren el terreno, y que “captan” usuarios del programa a partir de sus vínculos personales con la comunidad. En los hospitales analizados se percibe, en términos generales, un menosprecio por este tipo de actividad comunitaria.

Se debe destacar que desde mayo de 2010, funciona la línea 0-800 salud sexual. Línea telefónica gratuita, que constituye un mecanismo de información y difusión a la población de todo el país, muy importante. La línea esta cargo del PNSSYPR y del Sistema Único de Información telefónica del Ministerio de Salud, y atiende de 6 de la mañana a 12 de la noche durante la semana y de 9 a 21 durante los fines de semana y días feriados. A un mes de lanzamiento de la línea, se publicaron los primeros resultados de la línea y un informe estadístico con las características de las llamadas.²⁹

Aún no es demasiado conocida la existencia de esta línea en las jurisdicciones y esto debe ser fortalecido por parte de los programas provinciales y municipales.”

Capacitación del personal de salud

²⁹http://www.inforo.com.ar/noticias/balancedeconsultas_a_la_linea_0800_de_salud_sexual_del_ministerio_de_salud_de_la_nacion

La capacitación del personal del programa aparece como una de las principales falencias presentes en todas las jurisdicciones relevadas, a pesar de ser este un aspecto central para garantizar el correcto funcionamiento del programa y la unificación de criterios de atención.

Algunas capacitaciones que se realizan por iniciativa del Programa Nacional, se publican en la página web del PNSSyPR, entre ellas se destacan algunas actividades de capacitación con presencia de referentes de programas y equipos de salud en distintas provincias del país. No se registra que esas actividades sean parte de un plan sistemático y continuado de capacitación.

Respecto a lo relevado en los programas locales, en la mayor parte de los casos aparecen inconsistencias entre el discurso de los/las responsables de los programas locales y lo expresado por los efectores de salud. En algunos casos se desprende de las entrevistas que hubo capacitaciones producidas por el Programa Nacional, pero en términos generales la formación en salud sexual y reproductiva queda en manos de la decisión personal de los efectores. Sólo en el caso de **Mendoza** esto fue explicitado desde la responsable provincial. En el municipio de **Tres de Febrero**, se indica que el programa no lleva a cabo este tipo de actividades desde el año 2003.

Pocas jurisdicciones cuentan con propuestas de capacitaciones periódicas, integrales y sistemáticas a nivel de los programas provinciales con llegada a todos los efectores, esto contribuye a sostener un amplio margen de discrecionalidad en la implementación del programa por parte del

personal que, como hemos mencionado oportunamente, se observa particularmente en relación al uso de DIU, a la AHE, a la Anticoncepción Quirúrgica y a la atención de la población adolescente.

En **Mendoza, Misiones, San Juan, Tres de Febrero y Salta** ninguno de los profesionales de los servicios de salud monitoreados recibió capacitación por parte del programa provincial en el período. En las demás jurisdicciones al menos algunos profesionales fueron capacitados, con niveles de sistematicidad diversos. Las temáticas centrales que aparecen en estos casos se asocian a la atención en consejería, anticoncepción, sexualidad, marco normativo. Prácticamente no se ha mencionado la realización de capacitaciones relativas a la atención posaborto y al aborto no punible. Esto sumado a la falta de protocolos de atención en ambos casos, que ya ha sido referida, deja las decisiones exclusivamente en el personal de los servicios de salud, e inhibe la posibilidad de establecer estrategias programáticas únicas y uniformes.

Cabe destacar las propuestas de capacitación de las provincias de **Santiago del Estero y San Luis**, que han continuado con prácticas interesantes que ya habían sido destacadas en el monitoreo del año 2009. En el primer caso, se han establecido talleres y jornadas de actividades cada 60 días, orientadas tanto al personal de hospitales de alta complejidad como a los efectores de primer nivel. Las temáticas centrales han sido: consejería, uso del DIU y reducción de riesgos y daños en mortalidad materna. En el CAP analizado todo el personal fue capacitado en el período. En el hospital analizado, en

cambio, participaron de estas instancias solo un enfermero y el personal no profesional.

En el caso de **San Luis** se han establecido jornadas provinciales sobre ciertos temas, y esto se complementa con rotaciones por los centros de atención primaria. Este enfoque resulta interesante dado que posibilita que todo el personal, profesional y no profesional, sea capacitado. Se ha trabajado sobre colocación de DIU, anticoncepción y un taller sobre mitos, prejuicios y creencias. A su vez, en tanto los efectores deben retirar los insumos del programa, se establece un diálogo informal en el cual se actualiza sobre las novedades en salud sexual y reproductiva. Esto permite también tener un conocimiento cercano tanto de los profesionales como puntual del funcionamiento de cada efector.

En **La Pampa**, por su parte, se han comenzado a realizar capacitaciones a agentes sanitarios, y se realizaron talleres en 4 localidades del interior de la provincia, fundamentalmente sobre la legislación vigente y sexualidad. A su vez, se ha incorporado en estos casos información en relación a la entrega de MACs a adolescentes a partir de una preocupación transmitida a las autoridades por el grupo local de CoNDeRS. En este sentido, es destacable la apertura de los responsables del programa provincial a la participación de la sociedad civil organizada.

Una acción del PNSSyPR en este sentido es la publicación de boletines bimensuales que se entregan con cada canasta de insumos del Plan Remediar + redes. Estos boletines que apuntan al acceso a la información sobre SSyR, están destinados a los efectores de Salud y también son enviados

a distintos actores de la sociedad civil que se dedican a estas temáticas.

Reiterando lo señalado en el informe de monitoreo 2009, consideramos fundamental fortalecer estas estrategias de capacitación y establecer canales de comunicación con los profesionales y el personal sobre especialmente los temas que se presentan como problemáticos como son: colocación de DIU, AHE, atención post aborto, aborto no punible, anticoncepción quirúrgica y atención de adolescentes.

En este sentido, la formación y capacitación del personal, es la estrategia fundamental para eliminar prejuicios y posibilitar el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población usuaria del sistema público de salud.

II. LA EXIGIBILIDAD DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Desde 2007 los grupos que realizan monitoreo social en las distintas provincias/municipios comenzaron a interesarse e incorporar progresivamente, a la par de los diagnósticos locales, actividades de exigibilidad, para garantizar los derechos sexuales y reproductivos en sus jurisdicciones. Para ello, en 2008 el Comité coordinador propuso un proceso participativo con todos los grupos, para definir la exigibilidad y sus actividades. Como parte de esto, se contó con el aporte de la Asociación por los Derechos Civiles-ADC- quienes elaboraron un documento de trabajo sobre exigibilidad de derechos³⁰ que conceptualizó la exigibilidad y las distintas modalidades y herramientas para llevarla a cabo. Durante el 2008 y 2009 se capacitó a los distintos grupos de monitoreo a través de talleres para que identificaran situaciones significativas de vulneración de derechos en sus localidades generando estrategias para desarrollar las acciones pertinentes de exigibilidad sobre los temas seleccionados en sus localidades utilizando las herramientas propuestas de carácter administrativo, judiciales y políticas.

La exigibilidad de derechos es fundamentalmente un proceso de fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil y la ciudadanía en general en su capacidad de acceso al Estado y de incidencia en las políticas públicas. No sólo

³⁰ Kohen, B y otros: La Exigibilidad de Derechos Sexuales y Reproductivos. Documento elaborado por Asociación de Derechos Civiles (ADC) para CONDESA, Buenos Aires, octubre 2008

implica la capacidad de acceso a la información y al monitoreo permanente de las acciones estatales, sino el reconocimiento en tanto ciudadanos/as de la posibilidad de exigir el cumplimiento de las acciones que garantizan sus derechos. Respecto a los Derechos Sexuales y Reproductivos esto es central puesto que en muchos casos las/los usuarias/os de los servicios ignoran sus derechos y las herramientas legales que tienen a su disposición. Transformar los derechos sexuales y reproductivos en derechos efectivamente reconocidos y ejercidos como tales implica que las mujeres estén en condiciones de exigir el acceso a una ciudadanía plena. Así, el proceso de exigibilidad de derechos está vinculado a la detección de aquellos espacios donde el orden patriarcal continúa actuando sin atenuantes, entre ellos el sistema médico hegemónico que es, sin duda, uno de ellos.

Como señaláramos en el documento mencionado, *"el principio de exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos reivindica la posibilidad de disponer de instrumentos, mecanismos y procedimientos de protección de derechos reconocidos en tratados internacionales, constituciones y leyes, de modo que, ante cualquier amenaza de violación de los mismos la ciudadanía pueda reclamar que el Estado garantice su cumplimiento efectivo de acuerdo con los compromisos asumidos."*

Los caminos administrativo, judicial y político permiten incidir en la toma de

decisiones, el destino y la elaboración del presupuesto y en la planificación de las políticas públicas. Tienen como precondition necesaria el acceso a la información, derecho inalienable, imprescindible para constituir sujetos capaces de exigir al Estado el cumplimiento de sus obligaciones. En nuestro país el derecho a la información pública está garantizado a nivel nacional por un decreto del PEN N 1172 del año 2003y por otras normas provinciales y municipales.

De las tres vías de exigibilidad mencionadas y propuestas en este documento, la administrativa fue la más utilizada a nivel nacional por los grupos. Se evidencia en las distintas organizaciones del CoNDeRS un conocimiento creciente de los mecanismos disponibles para ello: a quién y cómo dirigirse, que solicitar o exigir, cómo realizar el seguimiento de los pedidos presentados. Este no resulta un dato menor, dado que la posibilidad de exigir el cumplimiento de derechos va de la mano de la construcción de un *know how* específico en la sociedad civil sobre el funcionamiento de las distintas dependencias, incumbencias, mecanismos y caminos dentro de las burocracias estatales que permitan acceder a ellas del modo más efectivo posible, aplicando a la vez herramientas políticas que posibiliten acciones de incidencia o presión. En este sentido, consideramos que la adquisición de estas habilidades es un logro que forma parte de uno de los objetivos centrales del CoNDeRS: el desarrollo de una cultura de monitoreo social en la que la exigibilidad de los derechos se concreta en acciones puntuales basadas en evidencia.

Es importante señalar que el monitoreo social no se propone exclusivamente promover un conocimiento fundado sobre la aplicación y el funcionamiento de una política pública específica, sino que pretende también funcionar como herramienta participativa para la acción y la incidencia política de las organizaciones de la sociedad civil en su relación con el Estado. Es una propuesta de compromiso de la sociedad civil en el control de las políticas estatales para construir una cultura política de participación activa en la democratización de la gestión pública que debe garantizar la efectividad de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Varias de las propuestas de exigibilidad desarrolladas por los grupos locales estuvieron orientadas a incidir en el Estado para la resolución de cuestiones específicas y estructurales de la aplicación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable para lo cual apelaron a herramientas administrativas, como notas de pedido de información pública, junto a acciones políticas que incluían pedido de audiencia y reuniones con legisladores y funcionarios, difusión en los medios de las problemáticas detectadas, así como establecimiento de redes de comunicación y consenso con otras organizaciones. Otras se abocaron a acciones de respuesta a situaciones coyunturales surgidas como manifestación en el campo de la vulneración de derechos en temas específicos de interés de cada una de las organizaciones participantes. Entre ellas es importante destacar vulneraciones a estos derechos por parte de efectores públicos, que negaban la realización de ligaduras tubarias o de abortos no punibles.

En función del diagnóstico realizado en la etapa de monitoreo, y de las acciones llevadas adelante en años anteriores, cada grupo elaboró para el período 2010 un proyecto propio de exigibilidad. A excepción de los nuevos grupos recientemente incorporados, la mayoría ya había comenzado – de manera incipiente unos, con mayor desarrollo otros – a diseñar estas acciones a partir de los análisis diagnósticos realizados previamente en sus localidades.

Los principales problemas detectados a nivel nacional en el funcionamiento de los Programas Provinciales de Salud Sexual y Procreación Responsable se encuentran detallados más arriba, en el apartado de diagnóstico del monitoreo social. En base a estos diagnósticos los grupos definieron las acciones de exigibilidad que aplicaron, los resultados que obtuvieron durante el período analizado así como las estrategias de exigibilidad más utilizadas en materia de derechos sexuales y reproductivos, sus efectos y sus potencialidades.

Aspectos abordados en el campo de la exigibilidad de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

De los 18 provincias/municipios participantes en 2010, a excepción de las incorporadas en este período, la mayoría continuaron con las acciones iniciadas en 2009.

A fin de analizar las estrategias desplegadas y sus resultados hemos agrupado los temas más recurrentes en dos categorías: los de orden estructural y los de tipo coyuntural. En el primero se ubican las acciones orientadas a cuestiones sobre la ley y el

PNSSyPR y la aplicación de leyes y normativas nacionales. Entre los temas coyunturales ubicamos los acontecimientos relativos a la omisión de la aplicación de normativas vigentes, que vulneran derechos de los y las ciudadanas/os por parte de efectores, prestadores de salud y educación. Según este ordenamiento se clasificaron cuatro grupos de temas.

a) Cumplimiento de las prestaciones del programa; aplicación y adhesión a la ley nacional 25.673 y demandas de capacitación al PNSSyPR.

b) Presupuesto en los programas provinciales y rendición de cuentas

c) Cumplimiento de leyes específicas: abortos no punibles, anticoncepción quirúrgica y Ley de educación Sexual Integral, Atención de salud sexual y reproductiva a adolescentes

Algunos de los grupos se centraron básicamente en un tema, mientras que otros abordaron simultáneamente varios temas y acciones aplicando distintas herramientas, particularmente las de orden administrativo y políticas.

a. Cumplimiento de las prestaciones del programa

Frente a la insuficiencia de las prestaciones del PNSSyPR las provincias de **Tucumán, Misiones, Salta y Formosa**, que ya habían iniciado sus proyectos de exigibilidad, reiteraron pedidos de carácter administrativo solicitando información pública acerca del funcionamiento del PNSSyPR en la provincia.

El grupo monitoreante de **Tucumán** solicitó información al SIPROSA, al Ministerio de Salud de la Provincia y a la dirección del Programa de SSyPR. Luego de reiteradas solicitudes a la Responsable del Programa de la provincia, ella respondió enviando el informe sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos en el Departamento de Trancas, departamento que fue incorporado en 2010 al monitoreo en esa provincia, solicitándole intervención en el asunto como responsable directa del Programa en toda la provincia. A ellos se sumó la reiteración del pedido de información pública sobre el funcionamiento del programa provincial de SSyR, que no había sido aun contestado. Luego de casi un mes de esta solicitud recibieron respuesta a la nota en la que consta que en Hospital de Trancas se distribuyen los insumos provistos por el Programa, y sugiere hacer la misma presentación a Recursos Humanos y a la Dirección General de Red de Servicios, dependientes del SIPROSA para poder solucionar el problema de la falta de personal e infraestructura como el quirófano y el laboratorio. A partir de esta sugerencia, se hicieron las notas pertinentes a cada dirección a fin de poner esta situación en conocimiento de las autoridades para que tomen las medidas necesarias. Al momento de la elaboración del informe, el grupo monitoreante no había obtenido respuestas sobre el tema.

Asimismo, junto a la exigencia del cumplimiento de la ley nacional 25.673, este grupo continuó las acciones de exigibilidad iniciadas el año anterior en relación a la aplicación de la Ley 26.159 de Educación Sexual Integral. Para ello solicitó información al Ministerio de Educación sobre

las capacitaciones y /o post-títulos que se brindan desde la Universidad Nacional de Tucumán sobre Educación Sexual Integral y, sobre la intervención de instituciones confesionales ligadas a la Iglesia Católica en estas capacitaciones.

Los mayores **obstáculos** en esta provincia, provienen del peso que tienen los sectores más retardatarios, que impiden que las leyes sobre salud y derechos sexuales y reproductivos se implementen adecuadamente, así como la escasa capacitación a efectores de salud y educación por parte de las autoridades en sus diferentes niveles. Los aspectos positivos se centran en la receptividad de la población que ha permitido convocar y hacer talleres sobre temas sobre derechos humanos, género y salud sexual y reproductiva.

El grupo de **Entre Ríos**, como se verá más adelante, realizó acciones concretas por el incumplimiento de prácticas de anticoncepción quirúrgica y atención a adolescentes, pero también han trabajado en otras acciones de exigibilidad por la falta de información sobre el PNSSyPR, falta de profesionales, ausencia de consejerías, obstáculos para desarrollar acciones informativas y educación sexual en escuelas, inexistencia de sanciones ante violaciones de los Derechos Sexuales y Reproductivos, entre otros. Ante esta situación la Mesa Ampliada del CoNDeRS de Entre Ríos, acordó como primera medida solicitar una Audiencia al Ministro de Salud de la provincia para ponerlo en conocimiento de las situaciones que fueron denunciadas, y para establecer estrategias de acción conjunta entre la sociedad civil y

el Ministerio de Salud. La nota fue presentada a principios del período y fue concedida cerca de fin de año luego de la reiterada insistencia del grupo monitoreante.

El grupo realizó varias actividades de visibilidad política que redundaron a favor de una mejora y reconocimiento de la escasa atención prestada a la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de la realización de charlas, participación en Jornadas, etc.³¹. El grupo evalúa que ambas intervenciones han sido efectivas, en tanto los profesionales de la salud expresaron que hubo modificaciones en los servicios a partir de la asistencia de los efectores a las mismas, aunque aun no se produjeron los cambios de las políticas públicas. En este caso, se observa la utilización de diversas estrategias de exigibilidad y difusión de información, con fuerte incidencia mediática. La red establecida a través de la conformación de la Mesa Ampliada mejora y potencia la posibilidad de desarrollar acciones de exigibilidad a partir del intercambio entre distintas organizaciones de la sociedad civil, a la vez que establece un canal eficiente de circulación de las denuncias de vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Esta estrategia aparece como efectiva, particularmente cuando las agencias estatales se revelan como particularmente cerradas a la incidencia de las organizaciones de la sociedad civil.

³¹ Charla debate: “Nuestros Derechos Sexuales y Reproductivos: ¿se cumplen? Vigilancia y exigibilidad”, llevada a cabo por el grupo de Entre Ríos en la Universidad Nacional de esa provincia el 5 de agosto y participación en las Jornadas Científicas Interdisciplinarias del Hospital San Roque

En la provincia de **Misiones**, igual que durante 2009, las actividades del grupo monitoreante estuvieron centradas en el pedido administrativo de información pública. Estos pedidos fueron utilizados como insumos necesarios para el objetivo más amplio de promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la población de adolescentes y jóvenes de las zonas Norte, Centro y Capital de la provincia, a través de la producción y difusión de contenidos vinculados a Salud Sexual Integral. En este sentido, el grupo monitoreante elevó una nota al Ministro de Educación solicitando información acerca de la implementación de la ley Provincial de educación Sexual Integral; solicitando información acerca de como se realiza la capacitación y actualización docente en los temas vinculados a la SSySR; y cómo se han incluido en los planes de estudio de los niveles educativos Inicial y Polimodal. En la fecha de redacción del informe, aún no se ha tenido respuesta, y se derivó la nota nuevamente al Consejo General de Educación.

A su vez, se continuó con los pedidos de información al Ministro de Salud de la provincia sobre la provisión de insumos, servicio de consejerías, capacitaciones, servicios para la atención de adolescentes. A partir de la respuesta a esta nota quedó en evidencia la falta de presupuesto propio del Programa Provincial, por lo cual el grupo evaluará posibles acciones para exigir su aprobación. El grupo también se ha reunido con la coordinadora de Atención a la Niñez y Adolescencia, obteniendo información sobre las actividades que desarrolló durante el 2009 y parte del 2010: Educación sexual, atención integral y adicciones, entre otras. Un **logro** ha sido la puesta en marcha del

primer centro de atención adolescente en el ámbito público en Posadas, y la realización de reuniones para sumar a otros centros de salud para este año.

En la provincia de **Salta** el enfoque estuvo puesto en dos objetivos centrales que se trabajaron conjuntamente a lo largo del año, fundamentalmente a través de acciones de exigibilidad política:

- Exigir la aprobación de la reglamentación de la Ley provincial 7311/04 sobre Sexualidad Responsable.
- Exigir la implementación de la Ley de Educación Sexual Integral.

Fue convocada una reunión entre la Comisión de acciones por la exigibilidad de derechos sexuales y reproductivos (Comisión ad-hoc constituida por organizaciones de mujeres de la provincia), con el Secretario de Salud Pública, la Directora del área Materno Infantil, y responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública de Salta, para gestionar la reglamentación de la Ley Provincial 7311 de Sexualidad Responsable. La reunión se produjo en el marco de acciones que comenzaron en 2008 y siguieron en 2009, en demanda de la reglamentación de la ley provincial de Sexualidad Responsable sancionada en 2004, con proyecto de reglamentación desde 2006, que aún no se concreto y la creación y asignación presupuestaria del Programa que la misma contempla. Se enviaron notas en 2008 al gobernador de la Provincia de Salta, y al año siguiente a diversos funcionarios con decisión en los poderes ejecutivo, legislativo y municipal. Si bien al cierre de período no se produjeron

novedades sobre la reglamentación de la ley provincial, la reunión resultó positiva. Los funcionarios presentes asumieron las demandas de las organizaciones sociales, plantearon la necesidad de continuar trabajando con la Comisión y señalaron la necesidad de un planteo formal de reunión con los Ministerios de Educación y Gobierno por parte de la Comisión, para que la solución avance en una perspectiva interministerial.

En relación al otro objetivo, el grupo de **Salta** ha implementado acciones administrativas y políticas (notas, cartas en los periódicos, participación en medios de comunicación audiovisuales) para exigir la implementación de la Ley de ESI en las escuelas, ya que no se ha implementado aún en la provincia, entre otros motivos por la negativa del Ministerio de Educación de la provincia a distribuir el material que elaboró el Ministerio de Educación de la Nación. A la vez el Ministerio nacional prohibió el uso de cartillas de educación sexual elaborada por la asociación de Productores Tabacaleros, quienes usaron material de una ONG de corte religioso de la Universidad de Navarra. El ministro de Educación de la Nación prohibió al Ministro provincial el uso de este material en las escuelas públicas, limitando la posibilidad de su uso a las escuelas privadas porque contenían información carente de rigor científico y sesgada ideológicamente. Estas acciones tuvieron efectos positivos. Se visibilizó la prioridad del gobierno para solventar y difundir la enseñanza religiosa en las escuelas.³² Se

³² Cabe señalar que el Ministerio de Educación provincia cubre rápidamente los cargos docentes de religión, con mayor premura que ante una carencia docente de cualquier otra especialidad –

conocieron los argumentos de este debate, y quedó expuesta a la ciudadanía la debilidad argumental de quienes se oponen a proporcionar el conocimiento necesario sobre sexualidad en la escuela, fundamentalmente la expresada por el propio ministro de educación salteño, quien expresó, entre otras opiniones: "el material enviado por la Nación está en contra la *idiosincrasia* de los salteños", sin especificar en qué consistiría tal idiosincrasia, ni qué impediría a docentes, padres y estudiantes realizar su propia evaluación de dicho material. Muchos programas de radio se hicieron eco de la problemática y pusieron sus micrófonos a disposición de las organizaciones sociales de docentes y padres que impulsan la aplicación provincial de la Ley de Educación Sexual y repudiaron el uso de materiales de educación sexual no encuadrados en el paradigma de los derechos sexuales como derechos humanos. Una de las organizaciones participantes del grupo CoNDeRS de monitoreo tiene su propio programa en radio Universidad Nacional de Salta, llamado "Las mujeres no nacen, se hacen" e intervino en esta polémica.

En el mismo sentido, organizaciones integrantes del CoNDeRS Provincial organizaron junto con la delegación local del INADI y la Comisión de la Mujer de la USAL, un curso de Sensibilización y Capacitación para la Implementación no Discriminatoria de la ESI, orientado a docentes, directivos y supervisores/as de los distintos niveles de enseñanza del sector público y privado que colmó su capacidad y generó gran demanda insatisfecha.

educación física, plástica, música-) pero se niega hacerlo con la educación sexual.

Por otro lado, miembros de la Fundación entre Mujeres, también integrante del grupo de monitoreo de la provincia, mantuvieron una entrevista con la Jefa de Programa Materno Infantil del Ministerio de Salud para denunciar la falta de atención ginecológica en ciertos barrios de la ciudad y exigir la implementación de medidas para solucionarla. Un logro obtenido a partir de este reclamo fue el envío de un móvil de la Mujer del Ministerio de Salud al Barrio Finca Valdivia, que no cuenta con centro de atención primaria. Se atendieron alrededor de 50 mujeres, se entregaron MACs y se realizaron PAPs y control de mamas. Dos mujeres solicitaron ligadura de trompas. El grupo continúa monitoreando la situación, para efectuar acciones de exigibilidad y se publicó un artículo entrevistando a una integrante del grupo CoNDeRS en el Diario El Tribuno, el 30 de agosto.

Es importante destacar la buena construcción de redes con otras organizaciones (Comisión de la Mujer de la USAL, Área Municipal de la Mujer, Red Par, INADI, Multisectorial de Mujeres de Salta, etc.), así como la amplia capacidad de acceso al Estado que demuestran estas acciones. Esto resulta particularmente relevante en el marco de lo que es caracterizado como un escenario adverso para las acciones de exigibilidad, en función del poder que en la provincia ejerce la Iglesia Católica y sus organizaciones satélites.

Cabe señalar que dado que se incorporó al monitoreo a población migrante boliviana en el Departamento de Orán el diagnóstico desarrollado ofrece información relevante para futuras acciones de exigibilidad con

esta población donde se han detectado situaciones en las que el sistema de salud no ofrece la atención adecuada. Del análisis de las entrevistas se desprende información relevante para futuras acciones de exigibilidad, como la porosidad de las fronteras entre Argentina y Bolivia, la lógica de tutelaje con la cual el sistema de salud se aproxima a las poblaciones originarias, el cobro de arancel para la asistencia en el parto a mujeres bolivianas, escasez de recursos en la zona, desconocimiento del personal acerca de la legislación en SSyR, etc.

En síntesis los **obstáculos** encontrados son muchos y, como en varias provincias del NOA, están vinculados a los fundamentalismos religiosos que atentan contra la salud y derechos de las mujeres y que encuentran un fuerte apoyo en la negativa del gobierno local de aplicar la ley y el programa de salud sexual y reproductiva y la ley de educación sexual integral –ESI-, el rechazo y retención del material producido por el Ministerio de Educación de la Nación y reemplazándolo por cartillas elaboradas por grupos religiosos. En este plano fue muy **positivo** que a nivel del ministerio nacional se prohibiera la difusión de esas cartillas alternativas de neto corte confesional opuesto al abordaje integral de la educación sexual. Otro aspecto positivo alude a la buena acogida de la convocatoria desarrollada por el grupo monitoreante para la difusión de sus acciones de exigibilidad de derechos y talleres de salud sexual y reproductiva así como la incipiente pero permanente constitución de redes entre las OSC.

En **Formosa**, luego de obtener una respuesta sobre el pedido de información pública sobre la Ley 25.673 que fuera elevada en 2009 a los ministerios de Desarrollo Humano y Subsecretaría de Salud Pública y Educación sobre el funcionamiento del Programa, el grupo se dedicó a comprobar las acciones que se estaban llevando a cabo desde estos organismos: designación de recursos humanos formados en género y derechos, y la difusión del programa. Los datos obtenidos a partir de estos relevamientos se cotejaron con las respuestas al pedido de información pública solicitado y con las afirmaciones que desde el Estado se produjeron en esta materia. Así, se continuó exigiendo la adhesión de la provincia a la Ley Nacional N° 25.673/03. Para ello el grupo realizó entrevistas a legisladores/as provinciales y nacionales para incidir en la sanción o adhesión de la ley Nacional, y presupuesto propio para el programa. Asimismo, en la misma instancia, realizaron un sondeo de las posiciones de diversos legisladores en torno a la posibilidad de despenalización del aborto. Dados los indicadores de la provincia sobre embarazo y abortos en la adolescencia, también dedican mucha atención a la deficiencia de la educación sexual.

En el **Municipio de Tres de Febrero** de la provincia de Buenos Aires el grupo comenzó en el año 2009. Dando continuidad a sus acciones se propuso principalmente sensibilizar a los profesionales de la salud del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Municipio sobre la importancia de la articulación de los servicios de ginecología/obstetricia e infectología, para la atención de mujeres viviendo con VIH. Se

retoma, en este caso, la idea de incidir en las políticas públicas a través de la sensibilización de efectores.

Para ello se reunieron con la responsable del Programa para informar sobre los resultados de la acción de monitoreo local, enfatizando la necesidad de incluir organizaciones de la sociedad civil en las actividades de planificación y programación de las políticas públicas que realicen los efectores referidas al Programa de SSyRR. Convocaron a las autoridades del Programa a una jornada denominada *Análisis de la situación en VIH/sida y salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos humanos: debate sobre articulación, desafíos y nuevos compromisos*, con el objetivo de dar a conocer las expectativas de la organización sobre las acciones conjuntas en SSyRR, incluyendo además las demandas actuales de las personas viviendo con VIH. El resultado de la jornada fue un acuerdo para la realización de reuniones periódicas entre los distintos servicios del hospital y organizaciones de la sociedad civil, y la firma de un acta de compromiso para llevar adelante trabajos articulados para el año 2011 entre los efectores del Programa de Sida, la Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH y el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

En este caso, es destacable la continuidad de las acciones en un mismo sentido de los procesos de exigibilidad de los años 2009 y 2010, en tanto permite ir avanzando tanto en la vinculación con actores estatales como en la resolución de problemáticas concretas. Así, luego de haber logrado redactar una guía con algunas recomendaciones para la atención de personas viviendo con VIH/sida

durante el 2009, este año el grupo monitoreante logró formalizar la participación de la sociedad civil en los marcos estatales de reflexión de la política pública.

b. Presupuesto en los programas provinciales y rendición de cuentas

En la provincia de **Santa Cruz** se abocaron a reclamar la aprobación de una nueva ley que crea el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en la provincia y su **asignación presupuestaria**. El grupo inició esta acción en el 2009 sin lograr la sanción de la ley provincial. Sin embargo logró que el programa fuera creado durante el año 2009 por resolución del Ministerio de Asuntos Sociales como estructura independiente del Programa Materno Infantil, pero no se encontraba refrendado por legislación provincial ni tenía presupuesto asignado. Ello orientó principalmente las acciones del grupo en el 2010 a insistir en la aprobación de la ley. Se mantuvieron reuniones con el Subsecretario de Salud de la Provincia quien confirmó que una de las prioridades de su gestión para el año 2010, era la salud sexual y reproductiva. El equipo profesional que trabaja en el Programa, manifestó a su vez apoyo al cambio propuesto por el Subsecretario y en el mes de septiembre se envió a la Legislatura Provincial un Proyecto para convertir en ley el Programa Provincial para el ejercicio de Salud Sexual Integral y la Procreación Responsable y su correspondiente **asignación presupuestaria**. El grupo monitoreante apoyó el contenido y los fundamentos del proyecto, e inició una campaña para incidir en aquellos/as actores que debían tomar las

decisiones, entrevistándose con los legisladores de distintos bloques. A través del Comité Coordinador del CoNDeRS se solicitaron adhesiones y recibieron el apoyo de Universidades, destacados/as profesionales y ONGs involucradas en la temática de todo el país, que fueron presentadas a la Honorable Cámara de Diputados de la Provincia, en el ámbito de la Comisión de Salud. El proyecto de Ley Nro. 772-10 se aprobó por unanimidad el día 11 de noviembre, siendo mencionado en el recinto el grupo del CoNDeRS por su apoyo a los distintos/as legisladores/as, destacándose esto como uno de los **logros** importantes en las acciones de monitoreo y exigibilidad desplegadas

En esta provincia la combinación en el tiempo entre estrategias administrativas, comunicacionales y políticas aparece como particularmente fructífera. El contacto establecido con legisladores durante el año 2009, llevando adelante las primeras reuniones que permitieran garantizar una partida presupuestaria para las actividades en salud sexual y reproductiva, dio sus frutos en la continuidad de las acciones de exigibilidad durante el año 2010, logrando la aprobación de la ley de creación y asignación presupuestaria del Programa Provincial para el Ejercicio de la Salud Sexual Integral y la Procreación Responsable. En este sentido, la posibilidad de hacer un seguimiento y evaluación permanente de las acciones de exigibilidad, así como de garantizar su continuidad en el tiempo, se demuestra particularmente necesaria.

En la provincia de **Córdoba** el grupo monitoreante está constituido hace varios

años aunque fue cambiando internamente su conformación y número de activistas. Desde 2009 las actividades del grupo estuvieron orientadas en dos aspectos centrales:

- Garantizar la existencia de una partida presupuestaria propia para el Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable. (Artículo 10 de la Ley Provincial 9.073)
- Exigir el cumplimiento de la Ley Nacional 26.130 de Contracepción Quirúrgica.

El reclamo por la asignación presupuestaria ha sido un punto central de acciones de exigibilidad llevadas adelante en etapas previas. En relación a la implementación de la Ley que garantiza el acceso a la ligadura tubaria, la inclusión como objetivo de estas acciones se debe a la detección durante el monitoreo de 25 casos de mujeres en la Ciudad de Córdoba que no han podido acceder a este método, según registros de un solo centro de salud.

En esta provincia combinaron acciones de tipo administrativo y políticas. Inicialmente convocaron a legisladores aliados/as de la comisión de salud, generando estrategias de abogacía para que se destine una partida presupuestaria como dicta la ley. Hubo reuniones con tres legisladores, solicitando a la vez un pedido formal de Audiencia Pública con la Comisión de Salud para debatir la asignación presupuestaria. Durante esta instancia, el grupo monitoreante decidió no centrar el pedido en montos de dinero, como lo hizo en años anteriores, sino ofrecer datos oficiales en relación al aumento de la mortalidad

materna y plantear la necesidad de, a través del presupuesto, resolver puntos débiles y obstáculos detectados durante el monitoreo, que no se solucionan con lo destinado por Nación. Del mismo modo, se transmitió a los legisladores presentes la historia del reclamo y las actividades desarrolladas en este sentido. Según destaca el grupo monitoreante la Audiencia fue positiva, ya que los/as legisladores/as presentes estuvieron totalmente de acuerdo con la demanda. Además, surgió la propuesta de convocar a organizaciones de la Sociedad Civil para desarrollar un espacio donde se trabajen las temáticas relacionadas a la SSyR; y se propuso la necesidad de normatizar el ANP en los hospitales públicos provinciales.

Luego de la audiencia, el Ministro de Salud declaró en un diario local³³ algunas cifras relacionadas con aborto (se detectaron 3.283 internaciones por este tema en sólo cuatro hospitales provinciales) y su compromiso para avanzar en modificaciones dentro del Programa para facilitar el acceso efectivo de la población a los métodos anticonceptivos y así evitar embarazos no deseados. Por este motivo, las organizaciones que integran el CoNDeRS Córdoba, presentaron el día 20 de octubre de 2010 una nota al Ministro de Salud, con el fin de obtener una audiencia antes de que se trate y apruebe el Presupuesto 2011 en la Provincia y tratar, también, la falta de acceso a la ligadura tubaria por parte de las mujeres, segundo objetivo del proyecto de exigibilidad. A la finalización de esta etapa aún no habían recibido respuesta alguna.

³³<http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/mas-de-3000-internaciones-por-abortos>

c. Falta de cumplimiento de leyes específicas

En la provincia de **Santiago del Estero** el grupo llevó adelante el seguimiento de un caso de aborto no punible e intervino activamente en el intento de una resolución donde los derechos de los implicados fueran reconocidos por las agencias estatales.

En una primera instancia asesoraron –en conjunto con integrantes de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito– a la familia de una niña abusada y violada (caso M.J.) sobre su derecho de interrumpir el embarazo. La Dirección Provincial de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF), que hasta ese momento presionaba a la familia para impedir el aborto, denunció judicialmente a las integrantes del CoNDeRS, luego de la declaración el expediente de la denuncia fue archivado. La niña continuó con su embarazo y cuando tuvo el parto dio al niño en adopción. Este caso es particularmente grave en tanto denota una actitud consistente por parte de funcionarios estatales para evitar el acceso a un derecho legalmente reconocido, como es el ANP.

En una segunda instancia, el grupo de monitoreo realizó un pedido de información pública sobre las acciones realizadas por la Dirección de Niñez, Adolescencia y Familia (DINAF), dependiente de Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, en torno al caso MJ, al Jefe de Gabinetes y a la Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia de la Provincia de Santiago del Estero: Si bien estos pedidos fueron solicitados en los meses de abril y mayo, a la fecha de finalización de esta etapa aun no habían recibido respuesta.

En la provincia de **Santa Fe** las acciones que se incorporaron en 2010 fueron continuidad del seguimiento de pedido de informes referente a los casos de dos mujeres que fallecieron por aborto inseguro en el año 2009 y que recibieron una atención deficiente en efectores públicos provinciales. Se entrevistaron con personal de la Defensoría del Pueblo donde se les informó acerca del estado de las actuaciones.

A su vez, el grupo monitoreante realizó acciones de incidencia política con funcionarios del programa provincial para promover un mayor conocimiento de la Ordenanza de Protocolo de Atención de Aborto No Punible; modo de Implementación del Registro de Objetores de Conciencia, en los cinco hospitales municipales y los cincuenta y seis centros de salud que dependen de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, plazos, metodología y fecha de cierre para el armado del registro. Esto fue muy positivo y fortaleció el vínculo del grupo de monitoreo con las autoridades provinciales que esta formalmente establecido desde el 2009.

En la provincia de **Mendoza** las acciones se centraron en aspectos relacionados con la implementación de la ley de Educación Sexual Integral (ESI) en la provincia, con el objetivo central de incidir en la puesta en marcha del Programa en el marco de los lineamientos establecidos por la Ley Nacional 26150/06. Tras la realización de una revisión conceptual y pedagógica de los contenidos presentes en el "Manual de Educación Sexual Integral", elaborado por la Dirección General de Escuelas para las

escuelas públicas de todos los niveles, destinado a las y los docentes, el grupo concluyó que este material no cumple con los requisitos mínimos de validación científica necesaria y no respeta los Lineamientos Curriculares previstos por Nación ni los ejes de los documentos base de la ESI: la integralidad de la sexualidad humana, la perspectiva de los derechos humanos, y el cuidado de la salud. Para esto, desarrollaron dos pormenorizados informes: "Observaciones sobre el Manual de Educación Sexual Integral Aplicado en la Provincia de Mendoza" y un "Informe desde una perspectiva médica sobre los contenidos del Manual de Educación Sexual Integral 2010 en el marco de los derechos humanos, de la Provincia de Mendoza".

Asimismo realizaron una evaluación sobre el grado de cumplimiento de la ESI a través de contactos y entrevistas con docentes de diversas escuelas de la provincia. Encontraron que no se imparte en todas las escuelas, ni abarca a todas las áreas y espacios curriculares. La población que recibe los talleres es acotada, en varias ocasiones sólo los/as alumno/as de 8vo y 9no la recibieron, y no se tuvo conocimiento de que este año se hubieran capacitado docentes en Educación Sexual impartida por la Dirección General de Escuelas de la provincia, entre otros. Los avances realizados, en este sentido, dependen exclusivamente de la voluntad y el conocimiento de los profesionales a cargo.

A partir de la detección de estos obstáculos el grupo monitoreante procedió a exhortar a las instancias provinciales, encargadas de la ejecución de la ESI, a que guarden coherencia con los lineamientos del

Programa Nacional de Educación Sexual Integral, enviando una nota al Director General de Escuelas (con fecha 29 de octubre) solicitando el retiro de circulación del manual provincial de capacitación docente, por considerar que no cumple con lo estipulado en los Lineamientos Curriculares aprobados por el Consejo Federal de Educación. Se propuso que hasta tanto se produzca material provincial nuevo, se utilicen los lineamientos pedagógicos de Nación. Asimismo realizaron un pedido de informe a la misma dependencia del Estado Provincial del avance en la aplicación real de la ESI en las escuelas de la Provincia. Hasta el cierre de este período el grupo no había recibido respuesta de esta nota.

En el proyecto de exigibilidad presentado en 2010, se había previsto la difusión en medios de comunicación del estado actual de la aplicación de la Ley 26.150 en la provincia, pero se decidió suspender esta actividad hasta tanto no se obtenga una respuesta en relación a las notas presentadas al gobierno provincial.

El enfoque de este grupo monitoreante resulta particularmente interesante dada la profundidad del diagnóstico realizado sobre la situación de Educación Sexual en la provincia. La elaboración de los informes mencionados habilita en una próxima etapa contar con material eficiente de difusión y discusión frente a las propuestas del gobierno provincial. Sería necesario, a su vez, profundizar las estrategias de exigibilidad política que permitan profundizar el impacto de las acciones realizadas y profundizar la posibilidad de incidencia en las políticas públicas.

En la provincia de **Santa Cruz** otra acción realizada por el grupo fue sobre Educación Sexual propuso articular acciones con educación que permitan acelerar la puesta en marcha del Programa Provincial de Educación Sexual. En este marco el grupo monitoreante participó activamente en un panel como expositoras en el Primer Congreso Provincial de Educación Sexual. En esa instancia se conversó con el Gobernador de la Provincia y el Presidente del Consejo Provincial de Educación. Se planteó el apoyo del grupo a la pronta implementación en la currícula educativa de la educación sexual, en todos los niveles. En este sentido, se generó un compromiso de encuentro con la presencia del Sr. Gobernador y las autoridades de Educación y Salud Pública para profundizar el seguimiento de las actividades llevadas adelante hasta el momento, que dio lugar al comienzo de una asistencia técnica externa por parte del gobierno provincial, que está trabajando en la elaboración de los contenidos y la capacitación de los docentes.

La provincia de **Entre Ríos** consideró como tema de exigibilidad prioritario y acuciante la negativa a la realización de ligaduras tubarias por parte de los efectores de salud. El caso paradigmático del año se produjo por una muerte materna por no haber accedido a la práctica de ligadura tubaria a una mujer que tenía 11 hijos y graves riesgos de nuevos embarazos. Esta mujer murió en marzo de 2010. Ello indica el grave incumplimiento de la ley 26130 sobre el Régimen para las Intervenciones de Contraconcepción Quirúrgica, tanto en ligaduras tubarias como en vasectomías.

A partir de las informaciones y denuncias compartidas en la Mesa Ampliada, CoNDeRS

Entre Ríos realizó el seguimiento del caso de la muerte materna señalada de la mujer con once hijos, a la que le negaron la realización de una ligadura. El grupo concluye que en ningún lugar institucional aparecía el caso como una muerte materna tardía, como debiera haberse registrado. Para el sistema de salud, era una muerte de una mujer en la unidad de terapia intensiva (UTI) del Hospital San Martín. Con esta información se realizó difusión en medios de comunicación, enfatizando la dificultad de acceso de las mujeres a sus derechos sexuales y reproductivos.

También el grupo monitoreó el sistema de salud provincial por la negativa sistemática de la realización de ligaduras de trompas, derivando casos a la Defensoría del Pueblo. Se destaca la situación de una mujer que reclamó a la obra social de la provincia la cobertura total de la lisis tubaria sin cobro de aranceles especiales. En el mismo sentido, el grupo respondió activamente a las declaraciones de la Subsecretaria Provincial de Salud, que afirmó que “la vasectomía como la ligadura de trompas se practican en los hospitales, pero con la condición de que estén amparados por un dictamen judicial”. Por este comunicado de prensa el grupo fue contactado por medios de comunicación nacional, como el diario Página 12.

Con posterioridad a este comunicado, el grupo de monitoreo, a través de un periodista aliado se contactó con³⁴ quien realizó un pedido de información pública a la Secretaría de Salud de la provincia sobre la cantidad de ligaduras de trompas de

Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomías realizadas en hospitales de la provincia durante los años 2008, 2009 y 2010. Como este pedido no fue respondido en los tiempos que prevé la ley, el periodista publicó una nota³⁵ sobre la falta de información en anticoncepción quirúrgica en la provincia y realizó una denuncia ante la Oficina Anticorrupción y Ética Pública (OAEP). Finalmente la respuesta provincial llegó a fines del 2010, evidenciando la ausencia de estadísticas precisas sobre mujeres y hombres que apelaron a estos métodos de planificación familiar debido a que gran parte de los efectores no informa estos datos al Programa de Salud Sexual y Reproductiva.³⁶

Otro tema que comenzaron a trabajar vía herramientas administrativas y políticas, es el de la atención a adolescentes. Con motivo del Día de la Prevención del Embarazo Adolescente No Planificado, el grupo publicó un documento en el que informan sobre las altas tasas de embarazos de adolescentes en la provincia y exigen, entre otras cosas, la implementación de consejerías especiales; la incorporación en las currícula de formación académicas de todas las disciplinas de un abordaje interdisciplinario, intersectorial e integral de la atención al adolescente, y de los derechos sexuales y reproductivos; mayor inversión de recursos económicos para publicidad y divulgación de los temas que atañen a la sexualidad humana; prevención de enfermedades transmisibles por la vía sexual, procreación responsable y atención materno infantil; que

³⁴ Oscar Londero, periodista del informativo *Análisis Digital*.

³⁵<http://www.analisisdigital.com.ar/noticias.php?ed=904&di=1&no=133040>

³⁶<http://www.analisisdigital.com.ar/noticias.php?ed=912&di=1&no=136175>

se garantice el acceso, entrega y recepción de los métodos anticonceptivos para todas/as las/os adolescentes a partir de los 14 años, incluida la anticoncepción de emergencia. Este documento recibió numerosas adhesiones. Se realizó una charla-debate sobre el tema con motivo de la misma fecha, que fue difundida ampliamente a través del recientemente creado espacio virtual de CoNDeRS Entre Ríos en la red social Facebook.

Si bien persisten los **obstáculos** que presentan los distintos efectores de salud y el personal profesional del sector en los casos mencionados de ligaduras de trompas y de atención de adolescentes. Los **aspectos positivos** y alentadores son la movilización de la sociedad civil, la constitución de una mesa ampliada de CONDEERS, la sensibilización de profesionales de la salud y el apoyo que han logrado en los medios de comunicación audiovisual para la denuncia de los casos de vulneración de derechos.

En la provincia de **San Luis** el grupo monitoreante se planteó como objetivos centrales continuar las acciones desarrolladas durante 2009 y fortalecer acciones en torno a la aplicación de la Ley de Educación Sexual Integral, privilegiando herramientas de carácter administrativo. Entre las mismas se destaca:

- Reclamar la respuesta por escrito del pedido de exigibilidad efectuado al Ministro de Salud que si bien concedió la entrevista, no la contestó por escrito.
- Reiterar el pedido de intervención a través del Ministro de Salud, al Observatorio de Derechos Humanos en San Luis. El Observatorio continúa sin

dar respuesta al reclamo, por segunda vez consecutiva.

- Difundir, por la prensa y medios radiales, los Derechos de las Mujeres y en especial los Sexuales y Reproductivos.

- Coordinar con asociaciones vinculadas a la educación la realización de acciones para capacitación docente en educación sexual. Para ello presentaron en conjunto con la Asociación de Maestros Rurales, un proyecto al Ministerio provincial de Educación para obtener puntaje para la realización de seis encuentros de capacitación docente. A fines de septiembre se obtuvo respuesta positiva, diciendo que la propuesta debía adecuarse a los cuadernillos enviados por Nación. Se espera realizarlos en el primer cuatrimestre del año 2011.

- Peticionar al Ministro de Educación para que se comience a implementar en las escuelas la Ley de educación sexual integral, con perspectiva de género. En enero 2010 se solicita por nota Audiencia al Ministro de Educación. La entrevista no se concretó, a pesar de los insistentes reclamos del grupo monitoreante. Finalmente, como resultado de un largo paro docente a comienzos de año, el Ministro renuncia en agosto. Hasta fines de octubre el cargo continuaba vacante.

En el mismo sentido, el grupo monitoreante de la provincia fue invitado a la presentación de la Ley Nacional de ESI realizada en la provincia el 29 de junio 2010; y se mantuvo en contacto con funcionarios del área Modalidades Especiales del Ministerio de Educación que informan regularmente al grupo los avances en relación a la aplicación de la Ley en la

provincia. Estas acciones fueron ampliamente difundidas en los medios de comunicación, especialmente radiales.

En la provincia de **Jujuy**, junto a la implementación de acciones de exigibilidad relacionadas con la población migrante boliviana, el grupo mantuvo reuniones con el Ministro de Salud de la Provincia, en las que se analizó la aplicación del PNSSyPR desde los hallazgos de los monitoreos realizados hasta la fecha. Es interesante resaltar que en esta provincia fue el Ministro quien convocó al grupo, lo que evidencia que el grupo CoNDeRS Jujuy se ha constituido en un referente importante para las agencias gubernamentales. Dado que el ministro se mostró interesado en el diagnóstico brindado, se acordó realizar una nueva reunión con la participación de otros funcionarios/as del ministerio y de la Facultad de Humanidades- a la que pertenece el grupo-, con el fin de planificar acciones conjuntas que permitan extender y mejorar la aplicación del PNSSyPR. A partir de esa reunión se establecieron dos acuerdos entre el Ministerio de Salud y la Facultad de Humanidades, uno con el objetivo de fortalecer la difusión del Programa, incorporando a estudiantes avanzados/as, de las carreras de Educación para la Salud, Comunicación Social, Antropología y Ciencias de la Educación a que realicen acciones en los barrios. El otro acuerdo consiste en la planificación de un programa de capacitación para efectores de salud, con equipos mixtos (entre el ministerio y la facultad), con el fin de sensibilizar y capacitar a dichos/as efectores, desde una perspectiva de género tendiente a garantizar la plena vigencia de los derechos sexuales y reproductivos. Para

operativizar ambos acuerdos se desarrollaron dos reuniones con la responsable provincial del Programa de SS y PR, en las cuales también el grupo monitoreante presentó una revisión general de la marcha del programa que permitiera comparar con la nueva entrevista de monitoreo realizada este año. Se destaca la excelente predisposición de la funcionaria responsable, que también facilitó los contactos para la realización de las demás entrevistas de monitoreo.

En relación a la **población migrante**, el grupo de monitoreo se reunió con la Pastoral Migratoria de La Quiaca (PMLQ), a modo de continuación de la reunión planteada por UNFPA en San Salvador de Jujuy. Los inmigrantes recurren centralmente a esta asociación cuando ven cercenados sus derechos humanos, por lo cual resulta un referente ineludible para trabajar estos temas. A raíz de que se detectaron como problemas principales que los agentes sanitarios muchas veces no llegan hasta las casa de mujeres bolivianas, y las dificultades en la inscripción de los recién nacidos, que por diversos motivos quedan con frecuencia indocumentados se optó por desarrollar acciones de exigibilidad en este plano, presentando una nota donde solicitaban la apertura de una oficina del Registro Civil en el Hospital La Quiaca con fecha 15/09/10. Sin embargo, a la finalización del período aún no ha habido respuesta. Se programa, a la vez, una reunión junto con PMLQ y el Ministro de Salud, para gestionar este pedido.

Consideramos sumamente relevante la actuación de este grupo monitoreante, que ha logrado en la interrelación de estrategias

administrativas y políticas de exigibilidad una notable capacidad de injerencia en la política pública.

En la provincia de **San Juan** las acciones de exigibilidad se inscribieron en acciones de tipo administrativo orientadas a mantener reuniones con tres actores detectados como centrales: el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Educación y el Sindicato Médico.

Se solicitó la realización de talleres y jornadas de capacitación orientadas fundamentalmente a agentes de la salud en el Departamento 25 de Mayo. En la misma semana el Ministerio de Salud Pública realizó una jornada en el barrio estación José Martí del mismo departamento. Luego de esta actividad el Ministerio retiró su colaboración y el grupo de monitoreo continuó con estas actividades por su cuenta.

Solicitaron una audiencia con el Ministro, quien la otorgó pero no estuvo presente, siendo atendidos por tres Jefes de Zona de la Provincia. El resultado de la reunión fue parcialmente positivo a pesar de no haber contado con la presencia del Ministro, en tanto los funcionarios reconocieron la labor de las organizaciones presentes y se mostraron sensibles a las problemáticas planteadas: implementación de programas preventivos previstos en la Ley 25673; actitud de los profesionales, que imprimen su criterio personal sobre este tema; dificultades edilicias; falta de personal, entre otras. También abordaron el tema de la Educación Sexual en las escuelas. Para ello solicitaron una audiencia al Ministerio de Educación para abordar la temática de Educación Sexual Integral, que fue otorgada con funcionarios del área. A diferencia de

las dos dependencias estatales mencionadas, el Sindicato Médico no respondió nunca la solicitud de audiencia presentada en agosto de este año.

También el grupo apeló a herramientas políticas a través de intensas campañas en relación a los posicionamientos de la Iglesia Católica durante el debate nacional por la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario.

Respecto a los anteriores períodos se puede señalar como un **logro** el fortalecimiento del grupo en privilegiar el enfoque de derechos, haciendo hincapié en la ineludible responsabilidad del Estado en la materia e iniciando una interacción con los funcionarios gubernamentales y no meramente una acción de denuncia periodística y con manifestaciones comunitarias. La capacidad de combinar acciones y el crecimiento del grupo con jóvenes es algo destacable.

En la **Provincia de La Pampa** el grupo de esta provincia decidió continuar las acciones del período 2009 e incorporar algunas nuevas. Las acciones del 2009 estuvieron enfocadas a incidir para que la Coordinación del Programa proporcione a los/as efectores/as directivas precisas sobre la atención y provisión de MACs a adolescentes y considere aspectos o debilidades relevados en el monitoreo 2009 para mejorar la implementación del programa. Este año las integrantes del grupo mantuvieron una reunión con la Secretaría de DDHH, organismo que gestionó la entrega de una carta al Ministro de Salud planteándole sugerencias surgidas del monitoreo 2009: necesidad de difusión, de la capacitación de todos los efectores con carácter periódico e integral, la

información sobre la edad de los adolescentes requerida para recibir MAC. En esta oportunidad se adjuntó también la carta presentada (que no había recibido respuesta) el 30 de noviembre 2009. Hasta el momento no han recibido respuesta del Ministro de Salud.

Además se realizó una entrevista a la Responsable del Programa, Dra. María Costas, en la que entre otros temas, se le consultó sobre los resultados de las acciones de exigibilidad del año pasado, concretamente sobre la información que se le debía suministrar a los efectores acerca de la edad de los adolescentes para recibir MAC, y la difusión del programa. En la misma la Dra. Costas refirió que se estaba tratando en las capacitaciones y charlas la edad de los adolescentes para recibir MAC. (De todos modos, las personas entrevistadas en el marco del monitoreo 2010 no habían recibido capacitación en este sentido). También informó que, por falta de personal, no se había realizado difusión del programa. Asimismo participaron de la reunión del Área Salud del Concejo Municipal de Políticas de Género, y en la Comisión de Salud, en donde propusieron mayor difusión de la ley 25.673, de la línea nacional 0-800-salud sexual, talleres para adolescentes, articulaciones con áreas provinciales, entre otros.

Por otro lado, el grupo se propuso durante el 2010 monitorear la puesta en marcha de acciones del Ministerio de Educación para implementar la ley de Educación Sexual Integral, aprobada en el año 2009, dado que es un proceso que recién comienza en la provincia. Con este fin, el grupo mantuvo

numerosas reuniones con funcionarios de la Subsecretaría de Planeamiento y con el Coordinador del Programa Provincial de Educación Sexual. A su vez, las integrantes del grupo fueron invitadas a participar de la Mesa Ampliada que se constituyó sobre el tema, compuesta por coordinadores de distintos niveles, representantes del gremio docente, diversos credos, docentes privados, las ONGs, representante del Ministerio de Salud, del de Bienestar Social, etc. Esta mesa está abierta a quienes deseen sumarse, y el grupo lo hizo por primera vez en julio. En estas reuniones, el grupo ha realizado propuestas como las de invitar al Instituto de la Mujer de la Universidad y a la Subsecretaría de Políticas de Género de la Municipalidad de Santa Rosa, las cuales fueron aceptadas; así como la lectura de textos sobre la temática. Se planteó la necesidad de que el gobierno garantice la capacitación gratuita a todos los docentes como política de Estado, y se presentó un perfil de capacitadores a considerar, que se agregó al documento Marco de Referencia.

En las acciones de este grupo monitoreante se observa claramente lo fructífero de garantizar una estrecha vinculación entre la realización del monitoreo social y el desarrollo de acciones de exigibilidad de derechos, en tanto estrategias que se alimentan y potencian mutuamente.

En el **municipio de San Fernando** ubicado en el conurbano de la provincia de Buenos Aires, el grupo monitoreante decidió continuar con las acciones de exigibilidad iniciadas en el 2009 a través del seguimiento de un caso de ligadura tubaria negada en aquel momento. El grupo asesoró y acompañó a una mujer que,

embarazada de su séptimo hijo, solicitó en el hospital la realización de la intervención. Acordó con el médico que la misma se realizaría por cesárea programada. Finalmente el parto se produjo antes de lo programado, y no se llevó a cabo la intervención pactada en el momento, debido a que no estaba presente el médico que la había atendido. Nunca más logró contactarse con él. Durante el años 2010 la interesada se contactó nuevamente con el grupo monitoreante y volvió a solicitar la ligadura con su asesoramiento, pero esta vez a su obra social, y ya sin estar embarazada. Si bien se le están realizando estudios, la ligadura podría concretarse incluso cuando desde la obra social señalan que nunca han autorizado ese proceso para una mujer no embarazada.

Desde el grupo monitoreante señalan la importancia de difundir este tipo de acciones sobre todo a otras organizaciones civiles, dado que en muchos casos no se tiene experiencia en cómo exigir esta prestación que es legal, gratuita y a demanda. Así, realizaron un comunicado que compartieron con todas las organizaciones barriales con las que trabajan, haciendo hincapié en la exigibilidad de derechos.

En el **municipio de San Miguel**, localizado también en el conurbano bonaerense, al igual que en el caso de Ituzaingó, este fue el primer año en que se realizaron actividades de monitoreo y exigibilidad en el municipio por un grupo del CoNDeRS

A partir de conocimientos informales previos sobre la situación del programa, el objetivo general de las acciones de exigibilidad de este grupo de trabajo se asoció a la

promoción de la aplicación de la Ley Nacional 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica y la ley nacional 25.673 de Salud Sexual Reproductiva, en el Partido de San Miguel. En este sentido, se plantearon dos objetivos específicos:

- Monitorear la aplicación de la Ley 26.130 y de Salud Sexual y Reproductiva en dos Centros de Salud y en el hospital Municipal.
- Presentar las medidas administrativas y judiciales pertinentes para la efectivización de la creación del Registro de Objeto de Conciencia, dispuesto en el artículo 6 de la Ley 26.130, en el Hospital Municipal Dr. R. Larcade.

A raíz de las omisiones detectadas en el cumplimiento de la Ley 26.130, en el Partido de San Miguel, el grupo de esa localidad solicitó y obtuvo una reunión con un representante del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva municipal, en la que se dialogó sobre la falta de efectivización de las prácticas garantizadas por dicha norma y la falta del registro de objeto de conciencia. A pesar de que no se lograron establecer acuerdos para el acceso de las mujeres a la ligadura de trompas, ya que el mencionado organismo manifiesta que su función es de carácter evaluativa, recepcionando denuncias, pero sin facultades para la aplicación de medidas concretas ante los incumplimientos; se establecieron y fortalecieron vínculos con responsables y miembros de centros de salud del Partido de San Miguel, quienes se constituyen como miembros informantes y actores para articular determinadas acciones a futuro.

Este grupo es el único que además de implementar acciones administrativas ha iniciado acciones judiciales. Para esto, comenzaron a trabajar con el “caso testigo” de una mujer dispuesta a atravesar todo el circuito de denuncias. El 10-08-09 se presenta en la Defensoría de Derechos Sexuales y Reproductivos una mujer de 35 años, de la localidad de San Miguel, cursando su embarazo número once. Manifiesta deseos de realizarse la ligadura de trompas, habiendo concurrido previamente al Hospital Larcade, donde le comunicaron que sólo podría realizarse la intervención en caso de requerir cesárea. Por tal motivo se envía nota al hospital exigiendo el cumplimiento de la Ley, así como una carta documento al Secretario de Salud del Municipio de San Miguel, ante la negativa de la realización de la ligadura de trompas y por la inexistencia del registro de objetores de conciencia en el Hospital Raúl Larcade según establece la ley 26.130. Del mismo modo, ante la falta de respuesta, se envió una carta-documento al Ministro de Salud de la provincia de Buenos Aires. Además ante la negativa que reciben las mujeres cuando demandan esta práctica en los hospitales, se enviaron notas a dichos organismos públicos solicitando el cumplimiento de la Ley 26.130. Si bien no han obtenido respuestas a estas cartas y notas el grupo planea continuar con las acciones a futuro. Es fundamental recorrer el camino de las denuncias judiciales, que puede incluso aportar elementos relevantes para el monitoreo de los demás municipios del Gran Buenos Aires.

Finalmente en el **Municipio de Ituzaingó**, que se incorporó en 2010, las actividades de monitoreo y exigibilidad se centraron en

adquirir y fortalecer los primeros conocimientos sistemáticos sobre los modos locales de operar del programa. En este sentido, realizaron reuniones con profesionales y autoridades locales para dar a conocer su actividad.

Al mismo tiempo, este grupo monitoreante se propuso incidir para que el programa local realice actividades de prevención de VIH y que la población viviendo con VIH reciba una adecuada atención. Para ello se reunieron con el Secretario de Salud del Municipio de Ituzaingó y varias referentes del Programa. Dado que es el primer año que participan del CoNDeRS, el grupo propuso actividades más vinculadas al monitoreo y la difusión que a acciones puntuales de exigibilidad. En ese marco, propusieron la creación de un programa local de SIDA y la atención en alta complejidad. Además realizaron dos “Jornadas sobre Salud Sexual y Reproductiva y VIH”, la primera de ellas orientada a mujeres de la comunidad boliviana de la zona y la segunda con profesionales de la salud (referentes de cada unidad sanitaria), autoridades locales, provinciales y nacionales, a fin de presentarse y proponer una dinámica de trabajo conjunto para resolver los obstáculos que se presentan. A partir de esta acción el intendente municipal indicó que consideraría la opción presupuestaria para crear un nuevo Programa Municipal de Sida.

Estos primeros contactos y actividades han resultado fructíferos para instalar la presencia del grupo monitoreante tanto a nivel de los profesionales como de las autoridades locales. Creemos que a partir

del año próximo podrán, sobre esta base, exigibilidad.
elaborarse proyectos más concretos de

ALGUNAS CONCLUSIONES GENERALES del Monitoreo 2010

- El principal problema actual de la salud pública en general es la heterogeneidad y fragmentación del sistema de salud, cuyas causas fundamentales son:
 - Un proceso de reforma y descentralización del sector salud, realizada en la década de los 90 con un enfoque predominantemente neoliberal (bajar costos, achicar el estado) que se superpuso a un sistema que ya era relativamente ineficiente, fragmentado e inequitativo.
 - Una estructura política federal de Argentina, que nunca permitió resolver de manera efectiva problemas históricos de relación y distribución de recursos entre el gobierno central y las provincias/municipios.
 - La histórica resistencia de la dirigencia política, estatal y de salud, que siempre cuestionó y puso obstáculos al libre ejercicio de los DSR, que recién comienza a modificarse a partir del año 2003, lo que configura un campo novedoso y muy cruzado por prejuicios y enfoques ideológicos contrario al enfoque de derechos. Uno de los indicadores de ello es que desde 2003, se sucedieron 5 coordinaciones del programa a nivel nacional.³⁷
- Dentro de este panorama general, se observa un **progresivo mejoramiento**, si bien parcial y dispar, del funcionamiento, tanto a nivel central (nacional) como local. Habrá que prestar atención al hecho de que su efectividad tiene un alto grado de dispersión.
- Dentro del funcionamiento de los Programas Provinciales Locales, una de las mayores dificultades estriba en la carencia de **presupuesto** propio que presentan muchas jurisdicciones, que permitiría garantizar tanto la compra de insumos faltantes, el desarrollo de materiales de difusión y la capacitación del personal, así como otras acciones específicas que puedan ser localmente relevantes.
- La **falta de personal** es señalada en las entrevistas como un problema central a la hora de fortalecer el vínculo con la comunidad y desarrollar los programas con estrategias superadoras del estrecho marco tradicional de la consulta ginecológica y la mera entrega de MAC también aquí la carencia de presupuesto propio tiene incidencia. El PNSSyPR no ha crecido ni incrementado su presupuesto de manera proporcional a la demanda que recibe ni a la mejoría de las condiciones económico financieras del estado argentino desde 2003 en que se inició, hasta la actualidad.
- La **falta de mecanismos institucionales de interacción recíproca** entre las organizaciones de la sociedad civil – en particular los grupos CONDeRS - y las autoridades provinciales y locales, es una carencia

³⁷ Ver informe 2009.

que atenta contra el la recepción de demandas y el registro de los resultados del accionar del programa.

- Pese a que constituye la actividad central del programa y es percibida como su actividad fundamental, continúan las falencias en la **provisión de anticonceptivos a las usuarias**. Esto se relaciona con dificultades a nivel central (nacional) y también local (provincial/municipal). Particularmente, persisten problemas recurrentes en diversas provincias con la disponibilidad de anticoncepción inyectable, uno de los métodos más requeridos y utilizados por las usuarias, pero también se registraron faltantes de otros MACs, inclusive de preservativo masculino y femenino.
- Discriminando por tipo de MAC, puede señalarse:
 - La existencia de criterios confusos y disímiles en cuanto al **uso de DIU**: por ejemplo, si debe usarse o no en pacientes adolescentes, si es desaconsejable o no en situaciones posaborto. Hay posiciones contrapuestas y ambivalentes en los profesionales hacia este método anticonceptivo. La escasa y confusa información, en muchos casos, actualiza y dificulta la posibilidad de garantizar a la población el acceso a este método. Es por ello que se debe insistir en la necesidad de capacitación y actualización sobre los MAC y sus formas de acción.
 - Persiste un alto grado de resistencias a la **anticoncepción quirúrgica** por parte de los profesionales, estimulado por la falta de difusión de las pautas establecidas a nivel del PNSSyPR. El margen de discrecionalidad en las

decisiones con el que cuentan los prestadores del sistema de salud hace que el acceso a estas prácticas no esté garantizado. A su vez, la reiterada equiparación entre "mujer" y "madre", que continúa rigiendo las acciones del personal de salud, promueve la persistencia de pautas extralegales para la realización de la **ligadura tubaria**: cantidad de hijos, edad, pedido de estudios complementarios no exigidos por la ley, autorización del esposo o pareja, entre otros. Las situaciones más graves se han detectado en Provincia de Buenos Aires y Entre Ríos donde persiste la negativa a realizar este procedimiento y que provocó una trágica situación en marzo de 2010 que fue una muerte materna, también en Tucumán y Córdoba. Limitar la capacidad de decisión autónoma del sistema médico en este terreno aparece, entonces, como una necesidad urgente. En este sentido, la exigencia por parte de la sociedad civil organizada a las instancias estatales, de la difusión de los protocolos de atención para la anticoncepción quirúrgica entre los profesionales responsables de prestar este servicio según la ley nacional, es una estrategia relevante.

- Prácticamente en ninguna de las provincias o municipios analizados está garantizada ni difundida la oferta de **vasectomía** y aparecen fuertes resistencias tanto a nivel de los profesionales como incluso de algunos-as de las y los usuarias/os, lo que requeriría una fuerte y sostenida estrategia de difusión y esclarecimiento de mitos y prejuicios

relacionados. Su falta tiene por consecuencia que en la mayoría de los efectores monitoreados no se recibieron consultas. Esto se observa asociado a las dificultades generales de inclusión de los varones en la atención de SSyR. Observamos que la faltas de acción del Programa en este sentido, en lugar de actuar sobre las resistencias culturales establecidas socialmente –que se observan tanto a nivel de los profesionales como de la población-, termina reforzándolos por omisión.

- La **AHE** también presenta un panorama complejo y contradictorio, siendo la principal dificultad que no siempre están disponibles las 24 hs. los 365 días del año en un radio cercano al domicilio de las usuarias, como corresponde a un servicio de emergencia. Debemos recordar que la correcta y oportuna utilización de la AHE disminuye las cifras de abortos involuntarios, precursores necesarios del aborto.
- En cuanto a los canales de distribución de los MAC, la introducción del **Programa REMEDIAR** en la distribución de insumos ha tenido efectos dispares, no todos positivos, sobre las prácticas cotidianas del programa. En relación al monitoreo anterior, se perciben en términos generales menos faltantes de MACs en los servicios de salud. pero se evidencian trabas para que las usuarias puedan acceder a ellos. Los requisitos de receta médica y la entrega por farmacia limitan el acceso a la anticoncepción y complejizan un proceso que debería ser sencillo y accesible para toda la población en general, encuadrando el concepto de “oportunidad perdida”. A su vez, la exigencia de presentar DNI para la entrega de anticoncepción hormonal de emergencia y de receta para el retiro de preservativos (hoy modificado) han resultado propuestas inhibitorias del acercamiento de las usuarias al servicio. En este sentido a pesar de que la guía para la entrega de insumos a través del Plan remedia + Redes eliminaría estas limitaciones ya que tanto obstetras como enfermera/os pueden entregar insumos, algunas entrevistas indican que en la práctica en ciertas jurisdicciones se presentan requisitos que limitan el acceso.
- En relación a otras prestaciones del programa previstas por la ley vigente, es necesario señalar:
 - la **atención post aborto**, parece mostrar, en términos generales una menor presencia del discurso judicializador hacia las mujeres que han tomado la decisión de interrumpir su embarazo. Aunque esto es alentador, el clima general persiste. Continúa siendo poco conocida la Guía de Mejoramiento de la Calidad de Atención Post Aborto del Ministerio de Salud de la Nación- por parte del personal de salud. A su vez, no se evidencia un aumento de la utilización de la técnica AMEU e incluso se mencionaron resistencias a ella. Resulta imprescindible lograr la capacitación de los profesionales y además difundir activa y ampliamente la Guía Ministerial, que al estar

avalada por la Resolución 989/05 debe ser de cumplimiento obligatorio.

- o Ninguna de las jurisdicciones monitoreadas incorporó de manera oficial y consistente la atención del **aborto no punible**, en base a la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles del Ministerio de Salud de la Nación 2010. Es urgente que se le dé fuerza mediante una Resolución Ministerial, para que se transforme en una herramienta para cumplir con las disposiciones de no punibilidad del aborto que prevé el Código Penal vigente; el PNSSyPR ase encuentra involucrado en este proceso, si bien desde mediados de 2010 parece haber cesado su actividad en este sentido. A su vez, de las entrevistas surge el desconocimiento sobre esta Guía y su falta de implementación a nivel local en la mayoría de los efectores. Por el contrario, proliferan las mediaciones extralegales, que resultan en trabas y obstáculos a veces insalvables, entre la solicitud de esta práctica contemplada por la ley y la (eventual) práctica misma: comités de ética, juntas médica, etc. Tampoco se observaron avances en el establecimiento de Registros de Objetores de Conciencia, que permitiría dirigir las demandas al personal que no lo objeta y monitorear que los servicios garanticen esta prestación. Actualmente existe sólo en las provincias de Santa Cruz y Santa Fe. Además se observa un enfoque disuasivo en la consejería pre aborto.

- Un punto particular merece la falta de acción, tanto a nivel nacional como local, para garantizar la efectiva implementación de la **educación sexual** prevista en la ley 25.673. Si bien la ley 26.150, de Educación Sexual Integral, se promulgó posteriormente y específicamente para garantizar este servicio³⁸, a su vez implementa lo previsto por el PNSSyPR³⁹, y por lo tanto el Programa debiera prever medidas para asegurarla.
- Creemos que La **atención a la población adolescente** debe ser garantizada de manera prioritaria, considerando los preocupantes índices de embarazos y maternidad adolescentes que lejos de disminuir se han estabilizado o incluso aumentan en varias de las jurisdicciones. Esto se potencia con la falta de implementación de la educación sexual integral señalada más arriba, y resulta particularmente problemático en provincias con frecuencia de embarazo adolescente por encima de la media nacional. Esto surgió espontáneamente en los casos de Santa Cruz y La Pampa, ambas con una aproximadamente en 18% de madres adolescentes.
- Como hemos destacado, la **capacitación del personal de salud y**

³⁸ Ley 26.150 - Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Establece que todos los educandos tienen derecho a recibir educación sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. Sancionada: Octubre 4 de 2006. Promulgada: Octubre 23 de 2006

³⁹ Créase el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con la finalidad de cumplir en los establecimientos educativos referidos en el artículo 1º las **disposiciones específicas de la Ley 25.673, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** (...) (art 2).

los profesionales continúa presentando grandes deficiencias en todo el país, que se refleja en la discrecionalidad de los prestadores que ya han sido señalados, en particular respecto al DIU, la AHE, la atención post aborto y el aborto no punible, y el desconocimiento de las Guías Nacionales de Atención Post Aborto y del Aborto no Punible y los criterios y pautas para la anticoncepción quirúrgica. La publicación de boletines a través de las entregas bimensuales de insumos contribuye a la difusión de información entre los prestadores, pero por ahora no tenemos información sobre la llegada y utilización de dichos boletines.

- Las **consejerías**, en general, no se realizan adecuadamente y persiste el tradicional esquema de la consulta médica-ginecológica, con su tradicional marco de asimetría de poder y escaso o nulo estímulo a la autonomía de decisión de usuarios/as. El objetivo de las consejerías debe ser garantizar el derecho a la decisión, la adhesión y la correcta utilización de los MAC y la creación de un vínculo positivo con el servicio de SR.
- El **acceso a la información** para constituirse sujetos de derechos, no está garantizado, por eso es urgente la realización de campañas permanentes de difusión a la población en general, y particularmente para las mujeres de sectores populares, de los derechos y el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Fundamentalmente resulta necesario promover el acceso a la información en torno a los métodos de

anticoncepción más *invisibilizados y/o cuestionados* por el sistema de salud y las ideologías contrarias al derecho a decidir de las personas como: la anticoncepción quirúrgica, el DIU y la anticoncepción hormonal de emergencia, incluidas sus restricciones. Como se ha señalado reiteradamente, la difusión de las prestaciones del Programa por ahora sólo se realiza a través de la línea telefónica gratuita implementada a mediados del 2010.

- Además de realizar campañas de tipo general, debe prestarse atención a los siguientes puntos que requieren una difusión específica:
 - **Existencia y requisitos de accesibilidad de la anticoncepción quirúrgica**, tanto a través de campañas masivas como de la educación sexual y del fortalecimiento del trabajo comunitario. Específicamente en el caso de la vasectomía, no es posible pensar que habrá “demanda espontánea” si no está previamente garantizado el acceso a la información necesaria y el trabajo sobre los estereotipos de género.
 - Información específica sobre **la AHE**, incluyendo la consejería de otros MACs de elección permanente. Encarar las resistencias en los efectores a través de una intervención activa del PNSSyPR en la difusión masiva y la capacitación del personal.
 - Difusión sobre el derecho a una **atención humanizada** del parto y del aborto en curso, y sobre el derecho legal a que se efectúen en

- tiempo y forma los abortos no punibles.
- Difusión de otras prestaciones del PNSSyPR, en particular la prevención de los cánceres genitales (próstata, cuello de útero, ovarios, vulva, etc.) y mamarios.
 - Obligatoriedad de la **implementación de la ESI** en todos los establecimientos educativos respetando los contenidos curriculares aprobados por el Consejo Federal de Educación.
 - Marco de los **DSR con perspectiva de género**, como telón de fondo regulatorio de todo tipo de prestación del Programa.
 - Políticas de asistencia a personas en la etapa del climaterio y sus problemas específicos.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES Sobre la exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos 2011

- 1.** En el informe se establece claramente que la mayoría de las acciones de exigibilidad se inscriben en acciones de carácter administrativo, si bien también, la mayoría han realizado también acciones políticas que refuerzan los pedidos administrativos, como reuniones con legisladores y funcionarios, difusión en los medios de las problemáticas detectadas, establecimiento de redes con otras organizaciones. Este predominio de lo administrativo marca el posicionamiento de las usuarias como titulares del derecho a la atención en los efectores públicos responsables de brindar servicios a toda la población. Según se desprende de lo ocurrido en cada provincia, son estas combinaciones de diferentes tipos de acciones las que posibilitan un mayor logro de resultados favorables. A la hora de exigir el cumplimiento de derechos por parte del Estado, resulta fundamental para las organizaciones constituirse en un interlocutor válido y en una voz legítima sobre estos temas, garantizando así la atención y el acceso a los funcionarios y servicios públicos necesarios. En este sentido, la continuidad en el tiempo del trabajo de CoNDERS, ha dado también sus frutos, en tanto ha permitido a diversas organizaciones de base inscribirse en el marco de un Consorcio Nacional públicamente reconocido como actor sustantivo del monitoreo social en derechos reproductivos y sexuales.
- 2.** Es necesario destacar las limitaciones de implementar una estrategia exclusivamente administrativa. El pedido de información es una herramienta válida no sólo para obtener información concreta, sino para instalar un tema en agenda de debate y promover una determinada visión sobre el estado del Programa. Pero a la vez, es necesario garantizar la difusión de las actividades en medios masivos de comunicación. Este modo de acción debería ser sólo un punto de partida que permitiera, desde allí, elaborar estrategias de incidencia más profundas y complejas que se tradujeran en transformaciones concretas de la situación actual de las políticas de salud sexual y reproductiva.
- 3.** Es importante que las acciones de exigibilidad no pretendan llenar los vacíos dejados por el Estado, sino promover, impulsar y motorizar la acción consciente de las agencias estatales en la garantía, promoción y defensa de los derechos de la población.
- 4.** En la línea señalada también consideramos que las acciones de exigibilidad tienen una incidencia limitada cuando, en lugar de denunciar los incumplimientos y exigir su resolución por parte del Estado en su papel insustituible de garante de los derechos y constructor de ciudadanía, se tiende a reemplazar la función estatal. Por ejemplo, orientando

las acciones a la difusión de información sobre el Programa entre la población o proveyendo la capacitación de personal. Este riesgo, que ya fue señalado en el informe del año 2009, y que volvemos a ver en algunos casos este año, aparece a nuestro entender cuando los reclamos por vía administrativa no se inscriben con claridad en una estrategia política amplia, así como cuando se realizan desarticuladamente acciones en sentidos diversos. Un enfoque de derechos implica necesariamente la referencia permanente hacia los actores estatales en tanto es esta la esfera que posibilita, al menos idealmente, su universalización.

5. Desde la experiencia ya acumulada podemos afirmar que la capacidad de incidencia política no puede limitarse a una estrategia "por arriba", es decir, a garantizar el reconocimiento de los actores estatales. Esto debe ser necesariamente acompañado de una sólida construcción "por abajo", donde los grupos monitoreantes tengan acceso claro y fluido a las poblaciones más vulnerables que se proponen empoderar. Los talleres de información en barrios y comunidades como actividades que desarrollan desde los inicios de su inserción en el CoNDeRS aparecen entonces como centrales, sobre todo aquellos que proponen vías de exigencia de derechos y habilitan espacios de denuncia.

6. Si bien en estos espacios se construye una cultura de monitoreo social, también en los espacios de los prestadores de salud y en los espacios jurídicos es necesario continuar la construcción de una cultura de monitoreo popular de los

derechos ciudadanos, especialmente de los sectores más vulnerables como las mujeres, los jóvenes, migrantes, pueblos originarios, identidades sexuales no convencionales, etc., que contrarreste la hegemonía de los intereses corporativos, sean éstos ideológicos, políticos, religiosos o profesionales. En este aspecto, vemos muy importante la participación en foros y debates para difundir nuestro enfoque y nuestras acciones y la aparición de una generación de profesionales que integran en su práctica el respeto de los derechos de sus asistidas/os.

7. Destacamos el trabajo realizado con grupos migrantes bolivianos/as en las provincias de Tucumán, Salta y Jujuy, donde se viene constituyendo en el último período un conocimiento específico sobre las posibilidades de acceso de estas/os usuarias/os a los servicios de salud y, específicamente, a la atención en salud sexual y reproductiva. Resulta también relevante en estos casos promover en los servicios de salud el reconocimiento de las particularidades de estos sectores en sus creencias y actuar cotidiano, de tal modo de promover una posibilidad de inclusión en los servicios públicos sin avasallamiento de sus especificidades culturales. La continuidad de estas acciones aparece a nuestro entender como particularmente relevante para el diseño de acciones de exigibilidad para que el Estado, tanto nacional, provincial como local se ocupe adecuadamente de los derechos de esta población.

8. Cabe señalar que es llamativa la ausencia de acciones de exigibilidad judicial en casi

todos los grupos, a excepción del grupo monitoreante de San Miguel. Si bien es complejo llegar con las acciones de estos grupos a demandas de exigibilidad por esta vía, sería necesario reforzar en los grupos monitoreantes la posibilidad de acceso a esta herramienta, para garantizar que sea tenida en cuenta en aquellos casos en que puede aparecer como importante para la resolución positiva de la obturación o restricción de un derecho. Esto requiere de un mayor apoyo económico a los grupos ya que exige asesoría legal y trabajo de seguimiento del caso costoso y de larga evolución.

9. En relación a las **áreas temáticas** más trabajadas, es necesario mencionar las acciones orientadas a la efectiva implementación de la Ley de Educación Sexual Integral y al cumplimiento de la Ley de Anticoncepción Quirúrgica. Esto no es sorprendente, en tanto parecen ser en la actualidad aquellas áreas de la salud sexual y reproductiva que, pese a estar reconocidas por ley, encuentran mayores resistencias tanto a nivel de funcionarios estatales como en la sociedad en general.

10. Una cuestión a señalar es que si bien el uso de MAC está ampliamente instalado, no ocurre así con la idea de que su provisión gratuita en los servicios públicos y obras sociales está garantizada por ley. Esta conciencia solo puede ser instalada mediante campañas masivas y eficaces de comunicación y difusión, prescriptas anualmente por la ley 25.673, que no se han realizado son de difícil exigibilidad. En la carencia de difusión y

su necesidad coinciden prácticamente todas las entrevistadas.

11. Tal y como fue señalado en el apartado anterior sobre monitoreo, la temática de atención en aborto ya no aparece en el centro de las acciones de los grupos monitoreantes. No está claro a qué se debe esta disminución. Dado que continúa siendo un grave problema en el campo de la salud reproductiva de las mujeres y en especial de las mas humildes, como evidencian las alarmantes cifras que muestran el incremento de la mortalidad materna por aborto en 2009, la menor visibilidad en los informes actuales de monitoreo del tema de los abortos, puede deberse a que la existencia de un actor público de defensa del derecho al aborto, como la Campaña Nacional opere como canalizador de los conflictos derivados de la incidencia de la morbilidad materna por abortos clandestinos. Asimismo, la difusión de las prácticas de aborto medicamentoso parecen haber instalado mayor distancia entre las mujeres que abortan y los servicios hospitalarios. Con la apertura social del debate que se ha venido dando en el último tiempo y los grados relativamente altos de legitimidad social que la temática ha adquirido, las trabas que aparecen para garantizar el acceso al aborto no punible, han tomado sobre todo la vía de la judicialización y la acción directa sobre las afectadas. Aparecen en forma de presiones a las víctimas de violación y/o de abuso sexual infantil, muchas veces incestuoso, y de prebendas ofrecidas a las familias para que renuncien a su derecho a interrumpir legalmente el

embarazo. Es probable que la existencia de importantes fallos judiciales de tribunales del mayor nivel, favorables al cumplimiento de las excepciones penales sin judicialización, avale que en muchos servicios se practiquen abortos no punibles que no pasan a ser públicos ni controvertidos y que se realizan en la confidencialidad inherente a la consulta médica. Los casos que se judicializan despiertan polémicas y encuestas de opinión en que la mayoría opina a favor del cumplimiento y ampliación del art. 86 del Código Penal. Sin embargo, consideramos que debería enfatizarse la necesidad de la aplicación de ambos protocolos, tanto el de atención postaborto, como la Guía Técnica para la Realización de Abortos No Punibles, al que, aunque no tiene el status de resolución ministerial, todos los efectores tienen acceso en la página web del ministerio y en página web del CoNDeRS. Deberían disponerse acciones de capacitación de los equipos de salud para su implementación efectiva. Como contraejemplo relevante, destacamos el mencionado caso de Santiago del Estero.

12. También es necesario destacar la importancia de las acciones llevadas adelante por los grupos locales de CoNDeRS en la obtención de logros concretos y materiales que transforman la posibilidad de acceso a la salud de las mujeres. Es el caso de la provincia de Santa Cruz, donde a partir de la acción sostenida del grupo monitoreante desde el comienzo del proyecto CoNDeRS, finalmente se logró garantizar la aprobación de la ley de creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y su asignación

presupuestaria. Pero también de Misiones, donde el accionar de las organizaciones civiles promovió este año la aparición del primer consultorio específico de atención en adolescencia en un servicio público. No vamos a entrar en detalles (se pueden consultar los informes locales) acerca de las pequeñas o grandes transformaciones que provocan la existencia y la acción del monitoreo del CoNDeRS en cada lugar. El tránsito desde la negación de una entrevista hasta la decisión por parte de las autoridades responsables de emprender alguna acción concreta, es de la experiencia común de todos los grupos, aún con distintos tiempos y calidades en las reacciones y respuestas. En este sentido, creemos que es fundamental garantizar la continuidad del proyecto de monitoreo social y exigibilidad de derechos, dado que permitiría impulsar acciones relevantes que se están llevando a cabo y procesos positivos de incidencia en los cuales resulta crítico poder seguir trabajando para obtener en el futuro logros de este tipo.

13. A partir de nuestra experiencia desde el comienzo del CoNDeRS en 2003 podemos afirmar que las acciones de exigibilidad constituyen una parte sustancial e inescindible del monitoreo, a la vez que empoderan a los grupos y permiten ir desarrollando estrategias puntuales ajustadas a la particularidad de los niveles locales y los diferentes núcleos problemáticos detectados.

14. Desde la perspectiva señalada, consideramos que, a la hora de exigir el cumplimiento de derechos por parte del Estado, resulta fundamental para las

organizaciones sociales miembros del consorcio constituirse en un interlocutor válido y en una voz legítima sobre estos temas, garantizando así la atención y el acceso a los funcionarios públicos necesarios. Sus acciones son auspiciosas en tanto lo ubican en posición de participar de futuras instancias de planificación y evaluación del funcionamiento del Programa. Hay que señalar que aparecen diferencias relevantes entre aquellas provincias donde el movimiento de mujeres ha construido en el tiempo una presencia sustantiva y un reconocimiento específico como actor social relevante, de aquellas donde este proceso es aun incipiente.

15. A lo largo de los informes vemos cómo los tiempos de la exigibilidad son modulados por tiempos diferenciales: el tiempo burocrático, el tiempo de la urgencia social e individual padecida, el tiempo de la sensibilidad social de los diferentes gobiernos. La continuidad de este proyecto supone conjugar estos tiempos y pensar las estrategias para sostener la capacidad de nuestras protagonistas de incluirse como ciudadanas activas en acciones que unen el cuidado individual de su cuerpo, su salud y su libertad, con el desarrollo social y comunitario. Es por eso que sabemos que nuestro CoNDeRS nombra un proceso de largo aliento que ya está positivamente iniciado y que demanda continuidad.

ANEXO: Grupos y organizaciones que desarrollaron el monitoreo y acciones de exigibilidad 2010

Grupos CoNDeRS 2010	Organizaciones
Buenos Aires - 3 de Febrero	Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH
Buenos Aires - Ituzaingó	Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH
Buenos Aires - San Fernando	CEDEM - Centro de la Mujer de San Fernando
Buenos Aires - San Miguel	CESPPEHD - Centro de Estudios Sociales y Políticos para el Desarrollo Humano
Córdoba	CCD - Católicas por el Derecho a Decidir
	SEAP - Servicio de Acción Popular
	Manos y Voces de Mujeres Libres
Entre Ríos	UNER - Universidad Nacional de Entre Ríos
Formosa	El Amanecer
	Grupo de Mujeres de Formosa
	APDH - Asamblea Permanente por los Derechos Humanos
Jujuy	UNJU - Universidad Nacional de Jujuy Redh - Red de enlace de Derechos Humanos
La Pampa	Mujeres por la Solidaridad
Mendoza	Las Juanas y las Otras
Misiones	JOACYA - Jóvenes y Adolescentes Comprometidos y Activos
Salta	U.N.S.A - Universidad Nacional de Salta
	Fundación Entre Mujeres
	Asociación Miguel Ragone Por la verdad, la Memoria y la Justicia
San Juan	Movimiento de Mujeres de San Juan
San Luis	ADEM - Asociación por los Derechos de las Mujeres
Santa Cruz	ZONTA
Santa Fe	INDESO - Instituto de Estudios Jurídico Sociales de la Mujer
	INSGENAR - Instituto de Género, Derecho y Desarrollo
	Universidad Nacional del Litoral
	Asociación Civil Palabras
Santiago del Estero	Cero en conducta
	Primorosa Preciosura
	UNSE - Universidad Nacional de Santiago del Estero
Tucumán	CEHIM - Centro de Estudios Históricos de la Mujer (UNT)
	UNT - Universidad Nacional de Tucumán.
	GIMM - Grupo Independiente de Mujeres Militantes



CoNDERS

Consortio Nacional de Derechos
Reproductivos y Sexuales

CoNDERS –Consortio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales-

Paraná 135, 3º piso, dto. 13, Buenos Aires, Argentina / Tel./Fax: (+54 11) 4372 2763

www.conders.org.ar | e-mail: conders@conders.org.ar