

# **Diez años después. Alcances y limitaciones del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el Municipio de la ciudad de La Plata desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud.**

Cintia Hasicic.

Cita: Cintia Hasicic (2013). Diez años después. Alcances y limitaciones del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el Municipio de la ciudad de La Plata desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud. *X Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <http://www.aacademica.org/000-038/743>

**X Jornadas de Sociología “20 años de pensar y repensar la Sociología. Nuevos desafíos académicos, científicos y políticos para el siglo XXI” Julio de 2013**

### **Mesa 79: Investigación Social y Salud**

**Título: “Diez años después. Alcances y limitaciones del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el Municipio de la ciudad de La Plata desde la perspectiva de los y las profesionales de la salud”**

**Autora: Cintia Hasicic**

**Licenciada en Sociología. Becaria de Investigación de la Universidad Nacional de La Plata. Instituto de Cultura Jurídica, FCJyS.**

**Correo electrónico: [cintiahasicic@yahoo.com.ar](mailto:cintiahasicic@yahoo.com.ar)**

### **Introducción**

En la Argentina, la protección legal de los derechos sexuales y reproductivos tiene una historia compleja y no lineal. Las dictaduras y los gobiernos autoritarios han sido sinónimo de restricciones al acceso de la población a la educación sexual y la planificación familiar. La transición democrática ha sido crucial para el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos.

Tras casi veinte años de continuidad democrática, en octubre del año 2002, se sancionó la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (N° 25.763), producto de un largo trayecto de conflictos entre actores de la sociedad civil y de vaivenes parlamentarios. Esta ley tiene por objetivos disminuir la morbimortalidad materno-infantil, prevenir/disminuir abortos, promover la salud sexual y reproductiva, prevenir y tratar enfermedades de transmisión sexual, cáncer genito-mamario y brindar educación sexual a los/las adolescentes. Se reconoce el derecho de todos/as a acceder a métodos anticonceptivos de su elección reversibles, seguros, eficaces y aceptables, como también recibir atención y adoptar decisiones sin discriminación, coacción o violencia alguna.

A partir de su reglamentación en el año 2003, mediante la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud, se propuso promover la igualdad de derechos, la equidad y el mejoramiento de la estructura de oportunidades a través de las Consejerías de los servicios de salud pública del todo el país, brindando información, atención y distribución de métodos anticonceptivos a la población.

Luego de diez años de implementación, nos preguntamos ¿qué avances y qué limitaciones presenta actualmente el programa en el Municipio de la ciudad de La Plata, en la visión de los y las profesionales de la salud? ¿Cuáles han sido sus

implicaciones prácticas, especialmente en el caso de los/las jóvenes? Para abordar nuestros interrogantes, realizamos entrevistas semiestructuradas a diversos profesionales (ginecólogos/as, obstetras y trabajadoras sociales) vinculados a los servicios de atención del Municipio, particularmente en centros de salud de barrios periféricos de la ciudad.

De esta manera, en un primer apartado haremos una breve mención al panorama previo a la sanción de la ley y la creación del Programa. En un segundo momento, describiremos los objetivos del Programa, su funcionamiento y alcances, con especial énfasis en la provincia de Buenos Aires. Por último, pondremos en consideración las opiniones de los y las profesionales que trabajan con el Programa *en el terreno*, señalando los avances y dificultades que encuentran en la atención diaria de los y las jóvenes que acuden a los centros de salud, especialmente de sectores que denominamos populares<sup>1</sup>.

## **I. Derechos sexuales y reproductivos en perspectiva histórica**

La transición democrática desde 1983 implicó una “salida del silencio” respecto de los derechos humanos relativos a la sexualidad. La dictadura militar (1976-1983) y el gobierno peronista anterior a ella (1973-1974 y 1974-1976) significaron un retroceso para lo que se denominarían “derechos reproductivos” (Petracci y Pecheny, 2006).

En 1974 el gobierno de Isabel Perón, a través del decreto 659, dispuso la prohibición de las actividades de control de la natalidad, la restricción de la venta de anticonceptivos y la realización de una campaña para destacar los riesgos de las prácticas anticonceptivas. La justificación central de esa disposición era “la persistencia de bajos índices de crecimiento de la población”. En la misma dirección, la dictadura militar promulgó en 1977 el decreto 3938, que incluía “eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad” (Ramos, 2001). Como resultado del contexto político autoritario, de la exclusión de toda política pública de salud reproductiva y de la feroz represión generalizada de las voces que pudieran reclamar derechos, el período fue caracterizado por su “silencio”, que se quebró con la vuelta a la democracia (Petracci, 2004).

La transición democrática ha sido crucial para el desarrollo de los derechos sexuales. Como sostiene Petracci (2004), en una sociedad democrática, viejos y nuevos actores reivindican nuevos derechos e incluso configuran un nuevo campo de aplicación de derechos ya reconocidos. Esa dinámica favorece la apertura y ampliación del universo político: nuevos temas son susceptibles de deliberación,

---

<sup>1</sup> Realizamos entrevistas en profundidad a dos ginecólogas, un ginecólogo, dos obstetras y dos trabajadoras sociales que trabajan en dos Centros de Salud de un barrio periférico de la Ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires.

gran parte de las relaciones sociales son cuestionadas y nuevos espacios se vuelven terreno de acciones políticas.

En Argentina no existe una consagración normativa que exprese el derecho al ejercicio de la sexualidad como tal. No obstante, una forma de acercamiento al tema es la descripción de la legislación y políticas que directa o indirectamente afectan a la constitución de sujetos sexuales, con el propósito de observar hasta qué punto están dadas las condiciones para el ejercicio de esos derechos. La existencia de leyes es un indicador del grado de apertura de la agenda a las cuestiones de derechos sexuales, tanto porque a veces son el resultado de un debate público y político, como porque a veces las leyes dan lugar a tal debate.

En el año 1986, se reconoce explícitamente a través del Decreto 2274/86 *"el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos"*. Conjuntamente con ello se autoriza a los servicios de salud estatales a proveer orientación y asistencia en asuntos de procreación y promover acciones tendientes a mejorar la salud de la madre y el niño.

La primera provincia argentina que sanciona una ley sobre el tema es La Pampa. En el año 1991 se promulga la Ley N° 1363 que crea el Programa Provincial de Procreación Responsable. Esta norma es pionera en la materia, por ser la primera sancionada en el país y encontrarse conceptualmente enmarcada en los derechos sexuales y reproductivos.

En el año 1996 varias provincias dictan leyes similares, aunque muchas sufren diversos obstáculos, como el veto del Poder Ejecutivo Nacional y el ataque de diversos sectores conservadores y de la Iglesia<sup>2</sup>.

El surgimiento de estas iniciativas provinciales no puede analizarse sin tener en consideración la reforma de la Constitución Nacional de 1994, a partir de la cual distintos documentos sobre derechos humanos ratificados oportunamente por la Argentina, fueron incorporados con jerarquía constitucional. Entre ellos, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), cuyo artículo 12 establece para los Estados Partes el mandato de adoptar todas las medidas tendientes a asegurar el acceso, en condiciones de igualdad entre varones y mujeres, a servicios de planificación familiar y a servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y puerperio.

Finalmente, la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (N° 25673), se aprobó casi veinte años después del retorno a la democracia en 1983.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> La primera de ellas fue la de la Provincia del Chaco bajo el N° 4276 que, sancionada por la Legislatura Provincial el 10 de abril de 1996, recibió el veto del Poder Ejecutivo. El 29 de agosto del mismo año fue finalmente convertida en ley, con modificaciones. La segunda iniciativa correspondió a la Ley de Salud Reproductiva y Sexualidad N° 8535 aprobada en primera instancia en la Provincia de Córdoba, y vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo, alegando deficiencias en la técnica legislativa. Para un análisis más detallado, consultar Pecheny y Petracci (2008).

<sup>3</sup> Con posterioridad a esta ley se aprobaron otras dos de relevancia para la materia. En el año 2006 se aprobó la Ley 26.130 sobre el régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica, consentimiento informado. Esta ley modifica las leyes 17.132 y en parte la ley 25.673. En el año 2006 se aprobó además la ley 26.150 que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral que luego fue complementada en el

El debate en torno a la ley nacional se había iniciado con motivo de la media sanción en la Cámara de Diputados en 1995, continuó en ocasión de la pérdida de estado parlamentario en 1997 y la nueva media sanción de la Cámara de Diputados en 2001 y, finalmente, siguió con motivo de la aprobación definitiva por el Senado en 2002. Mediante la ley se creó el Programa Nacional.

Antes de la sanción de la ley nacional en 2002, se habían sancionado leyes en catorce provincias<sup>4</sup>.

Como advertimos anteriormente, el impulso más contundente para la sanción de leyes provinciales provino de la Reforma Constitucional de 1994, pero como señalan Pecheny y Petracci (2008), las legislaciones sobre salud reproductiva han puesto el eje en la procreación responsable. Todas las leyes mencionadas hacen referencia entre sus objetivos o sus acciones, la información, asesoramiento, detección precoz, tratamiento o derivación para las enfermedades de transmisión sexual. Todas las leyes provinciales además de prever dentro de sus acciones una referencia principal a la información, asesoramiento, prescripción y suministro de métodos anticonceptivos, dedican un artículo para describirlos.

En todos los casos estos serán reversibles, transitorios y no abortivos como denominador común. A continuación, se anexa que deberán ser aprobados o autorizados por el Ministerio de Salud o por autoridades competentes. En tercer lugar, siete leyes lo describen como elegidos voluntaria o libremente y tres a demanda del beneficiario. En todos los casos se respetarán las decisiones, salvo contraindicación médica. De manera coincidente, la ley nacional también reitera el carácter reversible, no abortivo y transitorio de los métodos, además de respetar los criterios y convicciones de los beneficiarios sobre la base de estudios previos.

Respecto del contenido de las leyes, Schuster y García Jurado (2005) señalan la presencia en los textos de “dos constantes” que para las autoras pueden ser negativas en la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Por un lado, la preocupación excesiva por el derecho de los médicos de no prescribir métodos anticonceptivos en contra de sus creencias, que respondería más a conformar al sistema médico que a dar respuesta a las necesidades de la población. Por otro

---

año 2010 por la Ley 26.485 sobre protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales y su decreto reglamentario 1011/2010. <http://www.legislad.gov.ar/lncs.htm> (fecha de consulta: 17/02/2013).

<sup>4</sup> La Pampa en 1991; Córdoba en 1996, ley que fue vetada parcialmente por el Poder Ejecutivo provincial con el argumento de que se trataba de una deficiente técnica legislativa, después se la derogó y una nueva ley fue sancionada en 2003; Mendoza en 1996; Corrientes en 1996, ley muy restringida en sus objetivos y acciones, ampliada en 2004 a través de una ley que incorporó el suministro de anticoncepción; Chaco en 1996, ley vetada por el Poder Ejecutivo provincial y finalmente, con modificaciones, convertida en ley en ese año; Río Negro en 1996, sustituida en 2000 por la ley 3450; Neuquén en 1997; Jujuy en 1999; Chubut en 1999; Ciudad de Buenos Aires en 2000; La Rioja en 2000, ley que tuvo veto parcial del Poder Ejecutivo y finalmente se derogó en 2003; Tierra del Fuego en 2000; Santa Fe en 2001; San Luis en 2002. Sobre un panorama de las leyes sobre salud sexual y reproductiva en las provincias, v: <http://www.legislad.gov.ar/lpcs.htm> (fecha de consulta: 17/02/2013).

lado, la inquietud constante por respetar el derecho de los padres de brindar la educación que consideran adecuada para sus hijos, de manera independiente de la intervención del Estado. Otro aspecto mencionado en su trabajo es la invisibilización del lugar de los varones en materia de salud sexual y reproductiva, cuya contrapartida es la responsabilización excluyente de las mujeres (Schuster y García Jurado, 2005).

En 1994, luego de la Reforma de la Constitución Nacional, adquirieron jerarquía constitucional la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN). La CDN afirma que los niños y adolescentes deben ser considerados como "sujetos de derechos", es decir, que legitima el derecho de ellos a decidir, opinar y participar en todos los asuntos que los involucran, específicamente con respecto al derecho a la salud y a la educación. Para los niños y adolescentes, la posesión de derechos y la conciencia sobre los mismos forma parte del ejercicio de la ciudadanía (Gutiérrez, 2003). La desprotección de estos derechos y la ausencia de una atención de salud especialmente diseñada para satisfacer las necesidades de este grupo de población, impactan negativamente en el desarrollo integral de niños y jóvenes y también en su derecho, violando expresamente la CDN.

Con relación a los y las adolescentes, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos se ha ido materializando a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN, 1989 -especialmente art. 24-), la Conferencia de Viena (1993), el Plan de Acción de El Cairo (1994) y la plataforma de Beijing (1995). Más adelante se hará visible el vacío legislativo sobre planificación familiar y la falta de compromiso de la Argentina durante años con relación a este derecho (Ortale, 2008).

## **II. El caso de la provincia de Buenos Aires**

El Ministerio de Salud de la Provincia cuenta con un Área de Género que supervisa el "Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia familiar y sexual y la Asistencia a las víctimas" (cambió de nombre a "Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género") y el "Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable" (Ley 13.066/03, en adelante PPSSyPR). Este último programa, orientado a la promoción y desarrollo de la salud sexual y reproductiva y la procreación responsable, tiene por objetivos reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana; respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante; contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.

Dicho Programa entiende a la salud reproductiva como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia se tendrá hijos”<sup>5</sup>. Esta última condición lleva implícito el derecho del varón y la mujer a obtener información de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.

En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la *atención de la salud reproductiva* se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. En forma complementaria, la salud sexual incluye la posibilidad de disfrutar de relaciones sexuales mutuamente satisfactorias, libres de abuso, coerción o acoso sexual, y en condiciones de seguridad frente a enfermedades de transmisión sexual.

Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos constituyen una dimensión importante de los derechos humanos reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En su ejercicio, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad.

En este sentido, la Provincia cuenta con una Ley de Fertilización Asistida a partir de diciembre de 2010, que reconoce la infertilidad humana como una enfermedad, de acuerdo con los criterios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS). De este modo, el Estado provincial brinda cobertura médica integral en técnicas de fertilización a aquellas mujeres bonaerenses que posean entre 30 y 40 años y que no tengan hijos, dando un trato preferencial a aquellas que no cuenten con cobertura. Hasta el momento de la confección de este trabajo, el Programa

---

<sup>5</sup> Esta definición es retomada del Programa de Acción desarrollado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994

Provincial de Fertilización Asistida logró 21 nacimientos y 82 embarazos en cinco hospitales públicos provinciales<sup>6</sup>.

La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos y todas debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre varones y mujeres y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios para que puedan asumir su sexualidad en forma positiva y responsable.

No obstante, de acuerdo al Informe de Monitoreo de este Programa presentado por CONDERS en el año 2010,<sup>7</sup> los principales obstáculos que afronta la provincia de Buenos Aires son los siguientes:

-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.

-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.

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

-La **falta de personal** es señalada 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.

-La **atención a la población adolescente** debe ser garantizada de manera prioritaria, considerando los 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

---

<sup>6</sup> [www.leydefertilizacion.gba.gov.ar](http://www.leydefertilizacion.gba.gov.ar)

<sup>7</sup> <http://www.conders.org.ar/>



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 tasa de 18% de madres adolescentes.

-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 produce que el acceso a estas prácticas no esté totalmente 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 la provincia de Buenos Aires y Entre Ríos, donde persiste la negativa a realizar este procedimiento y que provocó una muerte materna en marzo de 2010, como también en las provincias de 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, son demandas y estrategias ineludibles.

-Prácticamente en ninguna de las provincias o municipios analizados (incluida la provincia de Buenos Aires) está garantizada ni difundida la oferta de **vasectomía** y aparecen fuertes resistencias tanto a nivel de los profesionales como incluso de algunos de los usuarios, 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 falta 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.

En la misma línea, de acuerdo con los resultados de las Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo (2011), se han señalado otras dificultades en la provincia de Buenos Aires: en primer lugar, se visualizó la necesidad de una mayor articulación entre los programas nacionales, provincial y los municipios como también las resistencias por parte de algunos municipios o jurisdicciones para distribuir métodos anticonceptivos. En segundo término, fue señalado como un obstáculo la falta de servicios respetuosos de la **diversidad**, especializados y capacitados en la provincia para el abordaje de la diversidad sexual.

En consecuencia, se establecieron los siguientes desafíos:

-Revertir la ausencia de servicios capacitados en salud reproductiva con perspectiva de la diversidad sexual.

- Desarrollar políticas de reproducción asistida.
- Mejorar los diagnósticos precoces de los embarazos.
- Mejorar el trabajo conjunto entre la Dirección Nacional de Sida y el programa Nacional de Salud Sexual.

Siguiendo el análisis que realiza Ortale (2008) a partir de los documentos de los programas, incluido el Programa Nacional, se aprecian las siguientes cuestiones referidas a la población adolescente:

- 1) Las acciones de salud sexual y reproductiva se dirigen principalmente a las mujeres;
- 2) se considera que la adolescencia debería abstenerse de la reproducción y las acciones prevenir y velar por los riesgos de las prácticas (hetero)sexuales;
- 3) los programas de atención de adolescentes se centran en conductas “de riesgo” (de hecho intervienen cuando se registran daños y los programas de prevención son escasos);
- 4) en la provincia de Buenos Aires se protege especialmente a adultos (padres, médicos), posibilitando el desamparo de los derechos sexuales y reproductivos;
- 5) en el partido de La Plata los derechos a la salud sexual y reproductiva, al menos en términos de disponibilidad y accesibilidad de servicios públicos, están lejos de estar garantizados a la población pobre y los programas dirigidos a los adolescentes, anclados en la identificación de sus destinatarios con riesgos múltiples, se limitan a dar charlas informativas a aquellos que se encuentran escolarizados.

### **III. Los y las profesionales de la salud frente al Programa Nacional**

En este apartado, presentaremos algunos datos que hemos producido a partir del trabajo de campo realizado con los profesionales señalados. En términos generales, pudimos establecer la incidencia que tiene la formación profesional y académica en la formulación de la población atendida (adolescentes). Los y las profesionales enfatizaron los aspectos biomédicos de la adolescencia al momento de definirlos y referirse a los/las mismos/as, como una etapa de transición en la vida de las personas inherentemente ligada a conductas de riesgo y de poca responsabilidad. En los casos de las trabajadoras sociales, destacaron aspectos y rasgos más sociales y culturales en la construcción de la noción de adolescencia, históricamente ligado a la tradición biológica-médica. Esto es sumamente importante a la hora de la atención, como también al momento de la creación y posterior evaluación de programas de esta índole.

Asimismo, pudimos dar cuenta que los principales motivos de consulta de los y las adolescentes señalados por los profesionales, son el atraso en el ciclo menstrual, la prescripción de métodos anticonceptivos, la violencia familiar y los trastornos en la alimentación. La mayor parte opina que los y las adolescentes conocen los métodos anticonceptivos disponibles, pero que no los usan o no saben cómo

funcionan específicamente cada uno de ellos. El mayor miedo de las adolescentes demandantes es el embarazo, no las enfermedades de transmisión sexual. La no utilización de MAC en algunos casos, revela cierta coerción de las parejas, esgrimiendo incomodidad, insensibilidad, etcétera.

Cuando preguntamos a los y las profesionales acerca del Programa Nacional específicamente, obtuvimos distintas respuestas. Sin embargo, el conjunto de los y las entrevistadas expresó que representa un gran avance en materia de derechos sexuales y reproductivos, como un punto de inflexión a la situación previa. Expresan que a partir de su creación y su alcance nacional, se logró homogeneizar algunas diferencias existentes en las leyes provinciales previas. Además, indican que se sumaron otras iniciativas (aunque con reparos) y que se ha producido una mayor visibilización y sensibilización respecto al tema. La presencia del Estado Nacional es mayor y más notoria. Otro punto destacado también es el aumento en el número de consultas en los Centros de Salud estudiados. En adelante, citaremos algunos extractos de las entrevistas efectuadas, que ilustren las ideas que esbozamos.

*“Hubo un cambio importante desde la creación del Programa. Desde que se promulga la ley y se crea el programa hubo una serie de iniciativas que se fueron sumando. Por ejemplo, es obligatorio que los prestadores de salud hagan vasectomías y ligaduras tubarias, aunque muchos no lo quieren hacer. Es obligatoria la distribución gratuita de anticonceptivos informando adecuadamente a las mujeres sobre su uso, etcétera”* (Trabajadora social)

*“Yo siento que hay mayor contacto con la población. Las chicas vienen más a consultar. Creo que el tema de la Asignación Universal por Hijo (AUH) también colaboró con esto, porque se tienen que venir a controlar, tanto las mujeres, embarazadas o no, y sus hijos/as. Además me parece que está un poco más instalado, se conoce que existe el Programa, que funciona”* (Trabajadora Social)

Si bien es de amplio conocimiento la existencia y funcionamiento del Programa, persisten factores (externos e internos) que obstaculizan la llegada de las adolescentes a los servicios de la adolescencia. Los y las entrevistadas señalaron que uno de ellos es la escasa difusión de los servicios entre los usuarios adolescentes, como también las trabas que imponen sus familias para facilitar o promover la consulta especializada.

Por otra parte, las acciones específicas para adolescentes se encaran en mayor medida en el marco de la atención primaria, es decir, no asumen un carácter preventivo, actúan sobre el hecho. Generalmente las adolescentes que acuden a los centros de Salud, ya han tenido un hijo y acuden para evitar otro embarazo. En otros casos, las adolescentes no participan de otros espacios para informarse.

*“En los Centros de Salud se trabaja más con las adolescentes. En la mayoría de los casos llegan a atenderse cuando ya han tenido un hijo. También se hacen talleres cuando las madres están esperando a tener a su hijo”* (Ginecóloga)

*“Lo que pasa es que difícil. Vos ponés acá una charla de Anticoncepción y Educación Sexual. Y te dicen “Voy a venir, voy a venir”, y no te viene nadie. Yo he tenido chicas que ya tienen chicos, y tienen nenas de doce, trece años, y vos vas a una charla de anticoncepción para embarazadas y le decís “Traela a tu hija, que le va a interesar”. Ya tiene que aprender, y no las traen. No les importa” (Obstetra).*

El problema de la atención de los y las adolescentes, no se circunscribe únicamente a las mujeres. Los varones raramente realizan consultas en los Centros de Salud. Esta es una falencia importante, porque refuerza la responsabilidad en las mujeres. Si bien el Programa está también dirigido al involucramiento de los varones en la salud sexual y reproductiva, y concientizarlos, es aún dificultoso su acercamiento a los lugares de atención.

*“La población que acude a los centros de salud es principalmente, femenina, es difícil el acercamiento en la población masculina, en particular, de los jóvenes. Cuando lo hacen, es acompañando a sus parejas, si lo hacen. En los varones la demanda espontánea no es muy común, no vienen a consultar. Vos entraste recién y te podés dar cuenta de la situación con solo venir acá. Los pibes no consultan nunca” (ginecólogo).*

Con respecto a la evaluación que hacen los profesionales sobre el Programa, algunos de ellos opinan que más de lo que éste considera, no se puede hacer. Sin embargo, enfatizan la idea del trabajo conjunto con la escuela y la familia, siendo ésta última el primer grupo responsable en la educación sexual de los y las adolescentes.

*“Yo creo que lo único que se puede hacer desde el Estado es lo que se está haciendo hasta ahora que es distribución de anticonceptivos gratis, tanto inyectables como orales, DIU y preservativos, educación sexual en las escuelas, ya sean públicas o privadas. No puede faltar la educación sexual en las escuelas, y eso en muchos lados no se dá porque aún hoy no se permite. Uno antes por ejemplo, cuando iba a dar una clase de educación sexual, y hasta el día de hoy hay que hacerlo muchas veces, hay que pedir la autorización de los padres. Y no hay que pedir la autorización de los padres, hay que dar la charla porque los chicos también tienen derecho a informarse. Y todo lo que sea la Iglesia, sabemos que está equivocada, que son prejuicios absurdos. Y también es muy importante la educación a los padres, la educación para adultos. Ellos son los primeros que tienen que estar informados para poder responder, sino es todo un esfuerzo inútil el que se hace” (obstetra)*

*“El tema es que hay muchas, muchas que no tienen información. La información que tienen es cuando llegan acá a la salita, que ya llegan embarazadas y vos le dás información para que no tengan otro embarazo. En la casa no sabían nada” (ginecóloga)*

En este sentido, otro profesional coincidió en que muchas veces los padres, al no estar informados o tener cierto pudor ante el tema, introducen o retroalimentan información errónea, prejuicios o fantasías que luego perjudican a los y las adolescentes.

*“Hay muchas mujeres que vienen recién a los treinta y pico de años que recién empiezan a cuidarse, que no saben cómo cuidarse. Y vienen a los treinta y cinco años a buscar métodos anticonceptivos, cuando ya tienen ocho o nueve (hijos). O directamente se ligan las trompas. Y vos le preguntás y te dicen que nunca se cuidaron porque no sabían cómo. Y eso se lo transmiten a los hijos”*

*“Tal vez, agarrar a los padres de los chicos de once, doce años, y poder empezar a educar a los padres para el día de mañana, los padres puedan educar a los hijos un poco. Porque sino es como que es un “teléfono descompuesto”, vos le decís algo en la escuela, llegan a la casa y le dicen otra, o directamente no tienen ni idea los padres. Entonces, yo creo que la educación tendría que ser conjunta, tanto de los padres como de los hijos, que tengan que saber” (ginecóloga)*

*“Yo, por ejemplo, tengo muchas chicas de catorce, quince años que les preguntas si usan preservativos y te dicen que no, porque a mi pareja no le gusta, entendés? Entonces, yo les digo, que la decisión es suya, que no es de la pareja. Si no usas preservativo, no te toca. Es sencillo. La decisión la tomás vos, y vos tenés derecho a reclamar lo que querés. Y bueno, y eso en la casa seguramente no se lo dicen. Porque Educación sexual no es anticoncepción nada más, eh, son también los derechos que tienen. Pero yo muchas veces, los entiendo. A veces no es la misma época, no todos tiene la misma mentalidad, y a veces es difícil aceptar que tu hija empieza a tener relaciones, y es como que les dá pudor hablar de esas cosas” (obstetra)*

Otro elemento emergente de las entrevistas, es que los y las profesionales encuentran menos resistencias por parte de los médicos en cuanto a la prescripción de MAC e incluso en el trato con los y las jóvenes (particularmente las mujeres) al momento de la consulta. Sin embargo, también se señala que otros siguen negando, por ejemplo, la colocación de dispositivos intrauterinos. Se evidencia, a partir de las entrevistas realizadas, cierta tensión entre los nuevos (más jóvenes) y los viejos médicos, los cuales parecerían establecer una relación desigual y distante con las personas que atienden.

*“A veces es un poco agresivo el trato que reciben las personas, particularmente en especialidades como estas, que pueden generar mucho pudor o vergüenza tal vez. Y esto es sumamente negativo si queremos acercar e incluir a esta población” (Trabajadora Social)*

*“Yo creo que eso de que el médico trata mal a los adolescentes que se vienen a atender, no es tan así. Tal vez el trato a veces no sea el mejor, pero bajo ningún punto de vista vos vas a maltratar a una persona. Es que los chicos a veces no te hacen caso, entonces vos te tenés que imponer un poco, pero nada más. Incluso aquí el trato es más personal, porque al ser del barrio, uno conoce más a la gente que se viene a atender” (Ginecóloga)*

Otro problema destacado por los y las profesionales, es la distribución de MAC en los Centros de Salud. A diferencia de los hospitales públicos, los Centros de Salud entrevistados no cuentan con un stock considerable o de reserva, siendo a veces un problema su distribución y entrega. No obstante, expresan que los y las adolescentes que allí se atienden saben cuándo y a qué hora deben concurrir a retirarlos, responsabilizando de alguna manera la falta de los mismos.

*“A veces me parece que es un tema de comodidad, también. Vos podés saber cómo se usan todos los métodos anticonceptivos, pero si no querés hacer una cola de media hora para ir a buscarlo, vas a quedar embarazada igual, porque no lo vas a usar. Si no querés gastar plata para comprarlos y no querés ir a buscarlo en cualquier lado, vas a quedar embarazada igual. Es fácil, acá las pacientes vienen cuando saben que se dan los turnos a la una de la tarde, vienen a las cinco de la tarde cuando saben que la ginecóloga tiene ya treinta turnos dados, a buscar métodos anticonceptivos. Y te dicen “No me quedan más pastillas”. Entonces primero, sabés que tenés que venir una semana antes por las dudas que acá no haya y se tenga que comprar, y se tenga que juntar la plata para ir a comprarlos. Y después que si sabés que no te corresponde el horario, no te puede atender a cualquier hora, porque todos somos personas y todos nos cansamos. Y pasa acá, pero pasa en los hospitales, pasa en los privados, pasa en todos lados” (obstetra)*

*“En este Centro de Salud siempre nos pasó tener problema con la distribución. No sé cómo funcionará en otros Centros, pero aquí siempre las pastillas anticonceptivas tardan en llegar” (trabajadora social)*

En este sentido, también se evidencia cierta desconexión o desarticulación con otros centros de atención, al no dar cuenta de cómo es la situación que atraviesan otros sitios similares.

#### **IV. Conclusiones**

Comenzamos este trabajo con la intención de ahondar en las opiniones que poseen los y las profesionales de la salud respecto al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable luego de diez años de funcionamiento, en particular con la atención de la población adolescente. Entendemos que es en las

prácticas y en el trabajo diario donde logran materializarse los cambios, avances y limitaciones que el mismo promulga desde su creación.

Encontramos que en general, los y las profesionales observan significativos avances en este campo, particularmente en la visibilización de la importancia de la salud sexual y reproductiva adolescente y la presencia estatal en esta tarea. El aumento de consultas realizadas habla de un mayor conocimiento de su funcionamiento y desarrollo, aunque es en el tipo de consulta en donde se pueden hallar matices.

Las consultas continúan siendo, en la mayoría de los casos, de atención primaria pero no preventiva. Se acude a los Centros de Salud cuando las adolescentes ya han tenido un hijo. En este sentido, la población que más consulta son mujeres, siendo aún complejo el acercamiento de los varones a estos espacios. Esto no significa que no se haya avanzado en este aspecto, sino que es difícil romper con prejuicios e ideas que responsabilizan solo a las mujeres en el cuidado sexual. Ideas que, por otro lado, son también reforzadas por el sistema médico que las visualiza y enfatiza como agentes únicos encargados del cuidado del hogar, pero no contempla su propia salud sexual desligada de la reproducción.

Como señalan García Jurado y Schuster (2005) no basta con la mera incorporación de los varones a la información, asesoramiento, difusión u otras acciones. Por el contrario, la necesidad de incluir a los varones debería partir del reconocimiento de las relaciones desiguales que atraviesan a varones y mujeres en todos los campos y en especial el de la sexualidad. Es necesario cuestionar los lugares tradicionalmente masculinos y de incrementar la participación de las mujeres en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y reproductiva.

No tener presente esta dimensión hace peligrar, por ejemplo, el nivel real de la utilización de los métodos anticonceptivos.

En esta línea, también persisten prácticas que encasillan a los y las adolescentes como sujetos de riesgo, de conducta irresponsable, obturando en cierta forma la perspectiva de derechos que los y las posiciona como ciudadanos/as con derechos. Desde este lugar, difícilmente puedan comenzar a participar y tomar decisiones respecto a su cuerpo y sexualidad, y cómo ejercerla libremente. Creemos que su visibilización y reconocimiento como sujetos de derechos en la práctica cotidiana es fundamental.

A pesar de que en la actualidad los programas de salud sexual y reproductiva cuentan con el respaldo del gobierno nacional y el compromiso de una parte importante de la población, los sectores más conservadores reticentes a la existencia de estos programas han desplegado numerosas y variadas estrategias para limitar el alcance de las propuestas, en dos planos diferentes pero complementarios. En el ámbito legislativo, estos sectores intervienen en la redacción de las leyes y se preocupan por incorporar limitaciones para su aplicación posterior. En el ámbito judicial, presentan casos que buscan impugnar el contenido de los programas.

Un elemento importante que no emergió en las entrevistas realizadas, es la situación de la población LGTB en la atención de consultas. Creemos que es importante lograr el reconocimiento de esta población, que generalmente se encuentra invisibilizado por el accionar profesional permeado de la visión heteronormativa. Superar esta mirada y construir en diversidad permitirá una mayor participación y acceso a este sector que se encuentra vulnerado, no solo por este Programa sino por el sector de la salud en general, al no ser contenido en sus particularidades. Tal vez la aprobación en el año 2010 de la Ley de matrimonio igualitario que posibilita el casamiento entre personas del mismo sexo; y la ley sobre identidad de género del año 2012, permitan vislumbrar un camino en clave de saldar las deudas pendientes.

Como último punto, pero no menos importante, el aborto no fue mencionado en las entrevistas realizadas. En definitiva, un importante impedimento para la satisfacción de los derechos reproductivos de las mujeres se encuentra en la legislación que penaliza el aborto. La Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito ha presentado un proyecto de ley con la firma de más de 60 legisladores/as. Sin embargo, es importante visualizar éstas y otras restricciones que surgen desde las mismas instituciones públicas que obstaculizan el cumplimiento real de derechos, aun cuando las legislaciones se vuelvan más flexibles e incidan en un mayor número de mujeres.

Creemos que son varios y significativos los avances que ha propulsado la creación del Programa Nacional, luego de décadas de invisibilización de estos derechos en el espacio público. Creemos también que con el trabajo continuo y conjunto de los actores implicados y el Estado, se lograrán atenuar diferencias y sortear algunas de las limitaciones y problemas expuestos anteriormente.

## V. Bibliografía

Checa, S. (2003) *Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia*, Editorial Paidós, Buenos Aires.

Hasicic, C., Urtazún, C. (2013) “Derechos Sexuales y Reproductivos. Panorama actual y perspectivas en la Provincia de Buenos Aires”, en Clérico, Ronconi y Aldao (eds), *Derecho a la salud en Argentina*, Abeledo Perrot editores.

Pecheny, M; De la Dehesa, R. (2010), “Sexualidades y políticas en América Latina: el matrimonio igualitario en contexto”, en Aldao/Clérico *Matrimonio Igualitario: perspectivas sociales, políticas y jurídicas*, Buenos Aires, EUDEBA

Petracci, M. (2004) *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Norma.



Petracci M.; Pecheny, M. (2006) *Sexualidad y derechos humanos*. Informe final presentado al Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos (CLAM)

Petracci M., Ramos, S. (2006) *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, Primera Edición, Buenos Aires, CEDES.

Petracci M.; Pecheny, M. (2006) *Derechos Humanos y sexualidad en la Argentina*, Revista Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, año 12, n. 26, p. 43-69

Ramos, S. (2001) et al. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?*, Buenos Aires, CEDES, 2001.

Schuster, G.; García Jurado, M (2005) *Análisis comparativo de la legislación nacional y provincial en materia de salud sexual y reproductiva*. 2005. Disponible en: <http://www.conders.org.ar/estudio.htm>

### **Informes:**

-Aportes para El Desarrollo Humano en Argentina 2011. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, PNUD

[http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/G%C3%A9nero%20en%20cifras\\_23.06.pdf](http://www.undp.org.ar/desarrollohumano/G%C3%A9nero%20en%20cifras_23.06.pdf)

-Comunicación Conjunta para Examen Periódico Universal Argentina Sesión 14, 2012 Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, Asociación por los Derechos Civiles (ADC), Católicas por el Derecho a Decidir Argentina (CDD), Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS), Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), Foro Ciudadano de Participación por la Justicia y los Derechos Humanos (FOCO), Foro por los Derechos Reproductivos (Foro DRRR), Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR).

-*Boletines electrónicos del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.*

-*Identidades diversas, los mismos derechos*, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, Octubre 2011.

-Informe Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género, Argentina. Equipo Latinoamericano de justicia y Género, ELA Natalia Gherardi y Carla Zibecchi, 2008.

-Informe ADC, Asociación por los Derechos Civiles. Aborto no punible. A nueve meses de "F.A.L.S/ MEDIDA AUTOSATISFACTIVA" ¿QUÉ OBTUVIMOS Y QUÉ NOS QUEDA POR OBTENERSE?, diciembre de 2012.

--Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina. Equipo Latinoamericano de justicia y Género, Editorial Biblos, 2005.

Páginas web consultadas y sitios de interés:

[www.abortolegal.com.ar](http://www.abortolegal.com.ar)

[www.adc.org.ar](http://www.adc.org.ar)

<http://www.conders.org.ar/>

<http://www.legisalud.gov.ar/>

[www.leydefertilizacion.gba.gov.ar](http://www.leydefertilizacion.gba.gov.ar)

[http://www.ms.gba.gov.ar/programas/saludreproductivaypr/marco\\_conceptual.html](http://www.ms.gba.gov.ar/programas/saludreproductivaypr/marco_conceptual.html)