

Análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut

políticas públicas de salud sexual y reproductiva

políticas públicas de salud sexual y reproductiva

Análisis desde una perspectiva de derechos humanos
de las capacidades institucionales del Programa
Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable
y de los programas de Buenos Aires y Chubut

Asociación Civil Centro de Estudios Legales y Sociales

Políticas públicas de salud sexual y reproductiva: análisis desde una perspectiva de derechos humanos de las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y de los programas de Buenos Aires y Chubut. 1ra ed.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires:
Centro de Estudios Legales y Sociales CELS, 2016.

88 p. ; 30 x 21 cm.

ISBN 9789872908065

1. Derechos de la Mujer. 2. Acceso a la Salud. I. Título.

CDD 362.1082

Coordinación de investigación:

Lourdes Bascary

Equipo de investigación:

Felicitas Rossi, Lucía Wang y Mariana Vázquez

Agradecemos a:

Constanza Tabbush, Mariana Carbajal y Edurne Cárdenas por sus lecturas. Al pasante Manuel Vitale y a las pasantes Mariam Caminos, Carla Bianco y Matilde Schwarz.

Diseño gráfico:

Mariana Migueles

Esta investigación contó con el apoyo financiero de la Federación Internacional de Planificación Familiar Oficina del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO).

Centro de Estudios Legales y Sociales

Piedras 547, 1er piso C1070AAK Buenos Aires, Argentina.
Tel/fax: +54 11 4334-4200 / e-mail: consultas@cels.org.ar
www.cels.org.ar

índice

05	Resumen ejecutivo
07	1. Introducción: qué entendemos por capacidades institucionales Capacidades institucionales y sistema federal Estructura, aspectos y recursos
13	2. Observaciones, hallazgos y recomendaciones Situación general Marco normativo Capacidades institucionales del sistema analizado a través de la relación entre los casos de estudio
23	Nivel nacional i. Evolución ii. La situación respecto de la atención de servicios de abortos legales y situación post abortos iii. La salud sexual y reproductiva y su relación con las violencias iv. Recursos materiales: presupuesto, insumos, materiales de comunicación y difusión v. Otros recursos vi. La capacidad de coordinación o de ejercer rectoría en general vii. La relación del área central con un efector de salud que depende de Nación: el Hospital Posadas
44	Provincia de Buenos Aires i. Evolución ii. La situación respecto de la atención de servicios de abortos legales y post abortos iii. La salud sexual y reproductiva y su relación con las violencias iv. Recursos materiales: presupuesto, insumos, materiales de comunicación y difusión v. Otros recursos vi. La capacidad de coordinación o de ejercer rectoría en general Conclusiones parciales
61	Provincia de Chubut i. Evolución ii. La situación respecto de la atención de servicios de abortos legales y situación post abortos iii. La salud sexual y reproductiva y su relación con las violencias iv. Recursos materiales: presupuesto, insumos, materiales de comunicación y difusión v. Otros recursos Conclusiones parciales
69	3. Conclusiones generales y recomendaciones
<hr/>	
77	ANEXO I Propuesta de indicadores para monitorear capacidades institucionales
81	ANEXO II Contexto normativo
<hr/>	
86	Siglas y abreviaturas utilizadas

resumen ejecutivo

En la Argentina, asistimos a un proceso progresivo de reconocimiento de derechos que se sostuvo con el compromiso creciente de los poderes estatales de nivel municipal, provincial y nacional. La autonomía de las mujeres quedó preservada de intervenciones estatales que debilitan en lugar de garantizar la vigencia de sus derechos sexuales y reproductivos. A partir del avance normativo, en esta investigación nos propusimos analizar las capacidades institucionales para la satisfacción de esos derechos, tanto a nivel nacional a través del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), como provincial en el estudio de dos casos. Se consideró lo realizado, hasta 2014 y las proyecciones que se hicieron para 2015.

Entendemos las capacidades institucionales en esta área como la habilidad para coordinar el trabajo de diversos programas, subprogramas y efectores de salud sexual y reproductiva y para articular de manera eficaz las acciones desplegadas en el marco del proceso de implementación de la política pública. Este punto de partida nos permite analizar la relación entre los niveles funcionales y, al mismo tiempo, describir la relación entre los núcleos de diseño y dirección de políticas en cada nivel y los efectores de salud que son los ejecutores últimos de la política pública.

Nuestro país tiene una estructura federal, en la que la salud es un derecho fundamental que forma parte de las materias que los estados provinciales no delegaron a la nación, por eso es necesaria una adecuada coordinación entre los distintos niveles. Más aún si tenemos en cuenta que es el Estado nacional, en materia de derechos humanos, el responsable de garantizar una base de acceso igualitario al derecho a todas las personas sujetas a su jurisdicción. Sin embargo, con frecuencia se esgrime el “federalismo sanitario” para explicar muchas de las desinteligencias institucionales que impactan negativamente en el goce de derechos.

En la actualidad, la responsabilidad de garantizar el acceso a estos derechos puede notarse en la designación, en cargos de responsabilidad, de personas con compromiso; en la preocupación por llegar a las poblaciones con mayores niveles de vulneración, como las adolescentes; y en una inversión importante de recursos para la evaluación y el seguimiento de las políticas. Esta mayor dotación de poder institucional permite que los encargados máximos de la gestión inviertan recursos en incrementarlo (apostando a la evaluación, la planificación estratégica, la capacitación), además de avanzar en la difusión masiva hacia la población destinataria, trabajando el discurso desde los derechos humanos. A través de la sinergia que se da entre los

distintos niveles institucionales existe la vocación de brindar información, insumos y servicios de salud a la población en general.

Este panorama se replica –con mayor o menor grado de intensidad– en los niveles provinciales y en algunos casos municipales. Esto le da a la salud sexual y reproductiva una presencia extendida en el sistema de salud público existente. Sin embargo, no deja de ser relevante cómo gravitan en este escenario las disputas culturales en torno a la sexualidad, y cómo pueden llegar a condicionar el desarrollo e implementación de la política que analizamos. Por eso resulta primordial y estratégico que la política pública quede preservada de dichas disputas.

A los avances normativos se sumaron decisiones ejecutivas de importancia, pero aún estamos lejos de garantizar un mínimo nivel de acceso igualitario de derechos a todas las personas, sin importar el lugar de residencia ni importar el efector de salud que las atienda. Ese es el mayor desafío que deben atender las autoridades, a través del sistema de salud federal, respaldado en el Programa nacional que puede, además, establecer acciones de acuerdo con prioridades en determinadas provincias, tendientes sobre todo a implementar medidas positivas para la disminución de las brechas internas existentes.

Respecto del acceso a los servicios de aborto cuando son legales, a nivel nacional existe un inadecuado nivel de institucionalización que imprime a la práctica una sombra de ilegalidad, a pesar de la claridad de la norma y de la interpretación que hizo el máximo tribunal de nuestro país. Las acciones de capacitación, registro y provisión de insumos (misoprostol) necesarios respecto de otras líneas del programa, como acceso a métodos anticonceptivos, son marcadamente más débiles en la esfera nacional. Esto se percibe entre los informantes como una falta de apoyo a este tipo de servicio. Una situación similar se da en la provincia de Buenos Aires, aunque no así en Chubut.

Los abortos inseguros son un problema sanitario grave, pero no son considerados como un problema central de salud pública. Respecto de la atención de casos de violencia sexual, el compromiso es pobre; tampoco se problematiza la violencia institucional y obstétrica. La falta de coordinación entre los distintos niveles del Estado redundando en que, muchas veces, los esfuerzos se multiplican y superponen. En el caso de las acciones de monitoreo, no hay acuerdo acerca de cómo proceder y, por tanto, los registros son incomparables.

Muchos países ponen en marcha acciones pendulares en torno a temas de salud sexual y reproductiva. La Argentina, por su parte, enfrenta un gran desafío: sostener los logros alcanzados y evitar retrocesos en sus capacidades institucionales. Este estudio puede servir de base para generar un sistema de indicadores adecuado a tal fin.

1. introducción

qué entendemos por capacidades institucionales

Este informe muestra los resultados de una investigación de tipo exploratoria de estudio de casos múltiples cuyo objetivo principal es analizar, desde una perspectiva de derechos humanos, las capacidades institucionales del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante, PNSSyPR) creado por Ley N° 25.673, sobre temas prioritarios: el acceso al aborto no punible, la violencia sexual, la violencia institucional y, en general, las barreras en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, las medidas tomadas para enfrentarlas y la implementación de campañas y herramientas de difusión sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Dada la estructura federal de nuestro país, y puesto que la salud es una de las materias no delegadas por las provincias, pese a que su garante máximo es el Ministerio de Salud de la Nación, analizamos también dos jurisdicciones para poder observar las interacciones institucionales en función de la satisfacción de los derechos en juego.

En el nivel nacional, el análisis se centró en el PNSSyPR y en un efector nacional, el Hospital Posadas, y en las provincias de Chubut y Buenos Aires. En esta última, debido al esquema del sistema de salud, se estudiaron los municipios de Morón y Bahía Blanca (regiones sanitarias I y VII).

Un estudio de estas características es relevante por varios motivos. En primer lugar, muestra qué recursos generó el Estado nacional para lograr o mejorar la recepción en las provincias –que debería ser homogénea– de una política pública desarrollada a lo largo de diez años. En segundo lugar, permite pensar qué nivel de institucionalidad adquirió esta política en cada uno de esos niveles. En tercer lugar, expone qué factores externos a las áreas competentes están potenciando o limitando las decisiones estatales para evaluar, la necesidad de accionar sobre ellos y en qué sentido.

Este trabajo de análisis de una política pública es un aporte de un agente externo que busca acompañar el necesario proceso de revisión, reformulación y fortalecimiento. Los motivos para llevarlo a cabo adquieren mayor relevancia en un escenario de cambio de gobierno. El desafío para los próximos años es que esta política tenga continuidad y que su refuerzo fortalezca su impacto, eficiencia y resultados. Este informe se propone mostrar los logros alcanzados y la re-

levancia que tienen los programas en esta materia para la agenda y el interés público, así como sugerir futuras directrices para mejorar su implementación, coordinación y evaluación.

Una política pública requiere un plan integral para alcanzar un objetivo de interés público¹, y en su desarrollo e implementación intervienen numerosos actores y programas. Un programa, en cambio, indica una acción específica que se coordina con otros programas y actores para implementar una política pública². Lo que analizamos aquí es la política pública en salud sexual y procreación responsable que se implementa a través del programa específico creado para tal fin. En conclusión, el éxito de esta política dependerá de diversos factores y no solo del desempeño de dicho programa.

Este informe tendrá la siguiente estructura:

Primero describiremos el contexto normativo del que partimos, que incluye un desarrollo sobre la vinculación entre los derechos humanos y las políticas públicas, las obligaciones internacionales generales del Estado argentino en materia de derechos humanos y las obligaciones internacionales específicas en los temas seleccionados. En segundo lugar explicaremos qué entendemos por capacidades institucionales y la estructura, dimensiones y recursos que sostienen un programa de gobierno. En el siguiente punto, sobre la base de este análisis, relataremos las principales observaciones, hallazgos y recomendaciones que permitirían potenciar y reforzar los objetivos del Programa Nacional de conformidad con la ley que lo creó y también de los programas y agentes provinciales y locales comprometidos con esta temática en estas instancias institucionales. Finalmente incluimos una propuesta de indicadores para monitorear las capacidades institucionales de los programas sobre salud sexual y reproductiva, más una síntesis de los resultados del estudio.

1. Capacidades institucionales y sistema federal

En este trabajo, definiremos las capacidades institucionales para la realización del derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva por parte del Estado argentino y sus diferentes niveles, como la habilidad para coordinar el trabajo de diversos programas, subprogramas y efectores de salud sexual y reproductiva y para articular de manera eficaz las acciones desplegadas en el marco del proceso de implementación de la política pública en la materia³.

Esta definición resulta útil, ya que permite analizar la relación entre los niveles funcionales (es decir, la autoridad coordinada entre los poderes ejecutivos nacional, provincial y municipal) y, al

1 Roger Díaz, *Sistemas de costos, presupuesto por resultados y Sistemas Integrados de Administración Financiera. Aportes y desafíos para incrementar el impacto del gasto público en el bienestar de los ciudadanos*, Nueva York, Banco Interamericano de Desarrollo, Documento de Debate, #IDB-DP-200, 2012. Disponible en <http://bit.ly/1TeeJID>.

2 Para más información ver: Lucy Winchester, *Políticas públicas: formulación y evaluación*, ILPES/CEPAL, disponible en <http://bit.ly/1Anh2Ob>.

3 Diversos autores trabajan sobre el concepto de capacidades estatales o institucionales a fin de evaluar la implementación de una determinada política pública. Estos autores coinciden en definir a las capacidades estatales como las "habilidades para lograr un propósito". Una de las definiciones más citadas en esta línea es la de Hildebrand y Grindle, quienes definen la capacidad estatal como la "habilidad de las agencias estatales para realizar tareas con efectividad, eficiencia y sustentabilidad". Cfr. A. L. Rodríguez Gustá, "Capacidades estatales e institucionales: ¿de qué estamos hablando?", en G. Alonso (coord.): *Capacidades estatales, instituciones y política social*, Buenos Aires, Prometeo, 2007. Fernando Isuani, "Capacidades Estatales para la Implementación Interorganizacional de Políticas Públicas", Trabajo preparado para el IV Congreso de Administración Pública. Buenos Aires, agosto de 2007.

mismo tiempo, describir la relación entre los núcleos de diseño y dirección de políticas en cada nivel (en este caso, el PNSSyPR, y los programas de las provincias de Chubut y Buenos Aires) y los efectores que son los ejecutores últimos de la política pública referida.

Examinar en este trabajo la sinergia entre las distintas estructuras funcionales es relevante debido a que, frecuentemente, se esgrime el llamado “federalismo sanitario” como causante de muchas de las desinteligencias institucionales que impactan negativamente en el goce del derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva.

En una estructura federal como la de nuestro país, en donde la salud es un derecho fundamental que forma parte de las materias que los estados provinciales no han delegado a la nación, la necesidad de una adecuada coordinación entre los distintos niveles se acentúa. En efecto, en base a una interpretación armónica entre lo que se conoce como cláusula federal (art. 28 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, CADH⁴) y las obligaciones generales en materia de derechos humanos (art. 1 y 2 de la CADH⁵), el Estado nacional es el responsable de garantizar una base de acceso igualitario al derecho a todas las personas sujetas a su jurisdicción. Los estados provinciales podrán, a lo sumo, tomar esa base como un punto de partida desde donde proveer un mejor derecho, conforme el principio pro homine (art. 29 de la CADH⁶) o de interpretación más favorable al reconocimiento de los derechos.

Este es el criterio que ha primado en la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia de la Nación, que señala al Estado nacional como garante último –y a la vez principal– del goce efectivo de los derechos humanos de las personas que habitan en la Argentina⁷. También es el criterio adoptado por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, que repetidas veces sostuvo que, frente al ordenamiento internacional, el Estado no puede “alegar su estructura federal para dejar de cumplir una obligación internacional”⁸. Por ello, el Estado nacional debe tomar todas las medidas necesarias para evitar que su estructura federal impida o dificulte el pleno y efectivo goce de los derechos humanos⁹.

4 CADH, Artículo 28. Cláusula federal: 1. Cuando se trate de un Estado parte constituido como Estado Federal, el gobierno nacional de dicho Estado parte cumplirá todas las disposiciones de la presente Convención relacionadas con las materias sobre las que ejerce jurisdicción legislativa y judicial. // 2. Con respecto a las disposiciones relativas a las materias que corresponden a la jurisdicción de las entidades componentes de la federación, el gobierno nacional debe tomar de inmediato las medidas pertinentes, conforme a su constitución y sus leyes, a fin de que las autoridades competentes de dichas entidades puedan adoptar las disposiciones del caso para el cumplimiento de esta Convención.

5 CADH, Artículo 1. Obligación de Respetar los Derechos. 1. Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social (...) Artículo 2. Deber de Adoptar Disposiciones de Derecho Interno. Si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades.

6 CADH, artículo 29. Normas de interpretación. Ninguna disposición de la presente Convención puede ser interpretada en el sentido de: a) permitir a alguno de los Estados Partes, grupo o persona, suprimir el goce y ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en la Convención o limitarlos en mayor medida que la prevista en ella (...).

7 CSJN, caso “Campodónico de Beviacqua, Ana Carina c/ Ministerio de Salud y Acción Social Secretaría de Programas de Salud y Banco de Drogas Neoplásicas”, sentencia del 24/10/2000.

8 Corte Interamericana de Derechos Humanos, caso Garrido y Baigorria Vs. Argentina. Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de agosto de 1998. Serie C No. 39, párr. 36.

9 Corte Interamericana de Derechos Humanos, opinión consultiva N° 11, del 10 de agosto de 1990, párr. 34.

El camino para ese acceso a los derechos es reforzar la estructura de trabajo, coordinación y articulación entre el Estado federal y los estados provinciales y municipales. En este esquema, es responsabilidad del Estado nacional arbitrar todos los medios necesarios y disponer los recursos suficientes para asegurar que en todas las jurisdicciones del país se respeten y se hagan efectivos los derechos humanos.

En lo que al derecho a la salud se refiere, de acuerdo con Ley de Ministerios –Ley 26.338–, le cabe al Ministerio de Salud de la Nación “entender en la coordinación, articulación complementación de sistemas de servicios de salud estatales del ámbito nacional, provincial municipal, de la seguridad social, y del sector privado” (ítem 14), con el objetivo principal de garantizar un piso mínimo de igualdad en el goce de los derechos. También es competencia propia de la citada cartera “entender, en su ámbito, en la elaboración, ejecución y fiscalización de programas integrados que cubran a los habitantes en caso de patologías específicas y grupos poblacionales determinados en situación de riesgo” (ítem 34). Es decir, cumple la función primordial de uniformar prácticas y políticas en materia de atención a la salud en todo el territorio de la república¹⁰.

Esta “función rectora” incluye, según la OPS/OMS¹¹, una serie de componentes esenciales:

1. Realización de análisis de la situación de salud.
2. Definición de prioridades y objetivos sanitarios.
3. Formulación, diseminación, monitoreo y evaluación de políticas, planes y estrategias de salud.
4. Dirección, concertación y movilización de actores y recursos.
5. Promoción de la salud, participación y control social de la salud.
6. Armonización de la cooperación técnica internacional.
7. Participación política y técnica en organismos nacionales y subregionales.
8. Evaluación del desempeño del sistema de salud, incluyendo medición de metas y recursos utilizados.

A la vez, les corresponde a los estados locales (provinciales y/o municipales) acompañar este proceso cumpliendo con aquellas obligaciones que se encuentran dentro de sus competencias institucionales primarias, las que por esa razón deberían servir para una mayor y mejor protección de los derechos en juego.

En conclusión, todos los niveles del Estado tienen la obligación legal de respetar, proteger y cumplir los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

10 El grado de responsabilidad que le cabe al estado nacional en países federales como el nuestro ha sido establecido por la CSJN. Así, por ejemplo, en el caso “Campodónico de Beviacqua”, la Corte sostuvo que “En lo que concierne al modo de realización en estados de estructura federal, el propio Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha reconocido que dicha estructura exige que los cantones sean los responsables de ciertos derechos, pero también ha reafirmado que el gobierno federal tiene la responsabilidad legal de garantizar la aplicación del pacto”. Y lo reafirma en el considerando siguiente: “20) Que, asimismo, la “cláusula federal” prevista en la Convención Americana sobre Derechos Humanos impone al gobierno nacional el cumplimiento de todas las obligaciones relacionadas con las materias sobre las que ejerce jurisdicción legislativa y judicial, y el deber de tomar “de inmediato” las medidas pertinentes, conforme a su constitución y sus leyes, para que las autoridades componentes del Estado federal puedan cumplir con las disposiciones de ese tratado (art. 28, incs. 1 y 2)”, (CSJN, caso “Campodónico de Beviacqua”, op. cit.).

11 “La función rectora de la autoridad sanitaria nacional en acción: lecciones aprendidas en conducción y regulación”. Disponible en <http://bit.ly/1fVrSB9>.

2. Estructura, aspectos y recursos

De acuerdo con lo planteado hasta aquí, es necesario, en primer lugar, examinar si la política pública en materia de salud sexual y reproductiva –tanto a nivel nacional como provincial y municipal en su caso– tiene *un adecuado marco desde la perspectiva de derechos*. Esto implica indagar si la normativa garantiza sin discriminación la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de cada uno de los servicios de salud sexual y salud reproductiva. Además de, en tanto se trata de una política pública, comprobar que exista una adecuada estructura de rendición de cuentas y participación e instancias de seguimiento y evaluación (cuanto más institucionalizadas mejor).

En segundo lugar, a fin de medir las capacidades institucionales, es relevante analizar la *habilidad para la coordinación y la articulación* del trabajo en la implementación de la política pública en materia de salud sexual y reproductiva. Dicha habilidad supone gestión operativa, control de gestión y desarrollo de capacidades.

Por otro lado, diversos autores versados en la materia, señalan una serie de dimensiones que también pueden analizarse:

Como destaca Repetto¹², se deben observar determinados factores que se relacionan con el poder, que es el mayor condicionante de la habilidad para la coordinación. La clave está en los cuatro tipos de recursos de poder necesarios para la coordinación de actividades dentro de la gestión pública:

- **Recursos políticos:** apoyo de la ciudadanía, de los grupos de interés y de los mandantes políticos; autoridad formal; liderazgo y autoridad informal; movilización y acción colectiva; habilidad para negociar, argumentar y comunicar.
- **Recursos económicos:** presupuesto; dinero para incidir en la agenda gubernamental.
- **Recursos administrativos:** mandato legal; organización; información; pericia técnica; capacidad para descifrar el contexto.
- **Recursos ideológicos:** ideas; valores; prestigio moral; concepciones del mundo.

Siguiendo los desarrollos de Barzelay y Cortázar¹³, existe un tercer grupo de cuestiones a analizar que también nos hablan de la capacidad institucional, y se vuelven relevantes sobre todo cuando se trata de coordinar la implementación de una política que involucra a distintas agencias. Esto se relaciona con el diseño que les dio origen¹⁴, el conjunto de acontecimientos inmediatos (situación

12 Fabián Repetto, “La dimensión política de la coordinación de programas y políticas sociales: una aproximación teórica y algunas referencias prácticas en América Latina”, en Repetto, Fabián (ed.), *La gerencia social ante los nuevos retos del desarrollo social en América Latina*, INDES-Guatemala, Ciudad de Guatemala, 2005, citado por Isuani, F. en “Capacidades Estatales...”, op. cit.

13 M. Barzelay y J. C. Cortázar, *Una guía práctica para la elaboración de estudios de casos sobre buenas prácticas en Gerencia Social*. Instituto interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Banco Interamericano de Desarrollo, 2004, citado por Isuani, F. en “Capacidades Estatales...”, op. cit.

14 Para el análisis de diseño de las actividades se tienen en cuenta tres elementos centrales: en primer lugar, las ideas orientadas, esto es, las ideas que comparten los diseñadores en relación con el problema social a enfrentar, con el tipo de intervención adecuado, con las formas de organización y trabajo más adecuadas o con las responsabilidades que les cabe a los actores involucrados con el problema a enfrentar. Segundo, los dispositivos organizacionales, es decir, aquellas instancias organizacionales y reglas que permiten y regulan la intervención de los distintos actores implicados en el proceso de toma de decisión. Por último, los eventos estructurados, que son aquellos eventos programados que dan forma a la experiencia que tienen los actores con respecto a la práctica. Pueden referirse al ciclo global de actividades que componen la práctica o a las tareas puntuales que conforman una actividad específica.

en movimiento) en el que los actores que las llevan adelante se ven involucrados y el contexto¹⁵ más amplio integrado por factores políticos, institucionales, ideológicos y de políticas públicas.

3. Metodología

Para realizar esta investigación hicimos entrevistas individuales y grupales a 41 informantes clave en función de distintos ejes: nivel de conocimiento y aplicación de la normativa vigente; estrategias, formas de intervención y políticas actuales en la materia; conocimientos de los recursos disponibles para la atención de abortos no punibles (asesoría pre y post aborto, protocolos de atención a víctimas de violencia sexual; prevención, atención y sanción de la violencia institucional, entre otros); identificación de obstáculos y facilitadores.

Composición de los informantes¹⁶:

Del PNSSyR: se entrevistó a las autoridades del Programa, ex integrantes e integrantes actuales del consejo asesor. Del Hospital Nacional Alejandro Posadas: a las autoridades del hospital, tres efectores del equipo de ginecología, dos miembros del equipo de salud mental, un integrante del equipo de obstetricia, tres del comité de bioética y un efector del servicio social.

Del Programa de la provincia de Chubut: a su coordinadora, una integrante del Programa, tres efectores del equipo de obstetricia, cuatro del equipo Adolescencia Hospital Puerto Madryn y tres efectores del equipo de obstetricia de Rawson.

Del Programa de provincia de Buenos Aires, a su coordinadora. Del Municipio de Morón (región sanitaria VII): a la coordinadora regional PSSyPR de la provincia, al coordinador PSI, al ex director APS, una autoridad del hospital y un miembro de la sociedad civil. Finalmente, del Municipio de Bahía Blanca (región sanitaria I), a la coordinadora regional PSSyPR de la provincia, la coordinadora del área Salud de la Mujer, los directores del hospital provincial y municipal, dos miembros de la sociedad civil, una enfermera y trabajadora social del Hospital y un integrante del equipo de obstetricia.

También relevamos fuentes documentales y estadísticas, y describimos los indicadores demográficos y epidemiológicos de los distritos a estudiar.

15 Para analizar la influencia del contexto sobre estas actividades, se toman en cuenta tres factores contextuales considerados críticos: los sistemas institucionales, esto es, las regulaciones e instancias relativas al sistema político, al sistema gubernamental y a los subsistemas de política pública. En segundo lugar, las ideas relevantes en el contexto, como por ejemplo, las ideologías políticas acerca del ámbito de acción pública o las representaciones colectivas sobre problemas sociales. Por último, los acontecimientos políticos, tales como la rotación de cargos públicos, la evolución de la agenda de gobierno o de sectores específicos, las formas que adquiere la competencia electoral o las preocupaciones relevantes para la opinión pública.

16 Están citados de la siguiente forma: PN corresponde a Programa Nacional; SP, a Servicio provincial; CA, a Consejo Asesor; M, a Municipio; a menos que se indique otra especificidad.

2. observaciones, hallazgos y recomendaciones

1. Situación general

Hay diversos datos que pueden servir para describir el contexto en el que se busca incidir con una política pública referida a la salud sexual y reproductiva de la población de un país. Como este no es un estudio de impacto, haremos referencias generales sobre tres dimensiones: uso de métodos anticonceptivos (MAC), datos sobre mortalidad materna, en especial de adolescentes, e implicancia del aborto inseguro en este número y en los egresos por abortos.

• Evolución en el nivel de conocimiento y tasa de uso de métodos anticonceptivos

La evolución en el nivel de conocimiento y tasa de uso de MAC entre mujeres en edad reproductiva, en base al análisis comparativo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2005) y de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2013) muestra que, si bien no se ha modificado sensiblemente el uso de MAC en la primera relación sexual entre el 2005 y el 2013, es mayor la proporción de uso actual de MAC entre todas las mujeres encuestadas. También aumentó el acceso gratuito a los anticonceptivos, y de esta manera mejoró la accesibilidad para la población vulnerable, incluidas las mujeres más jóvenes. El uso de los métodos de barreras disminuyó y aumentó el uso de métodos hormonales. No obstante, aún no se ha logrado aumentar la cobertura en el caso de la utilización de DIU como método de largo plazo. (tabla1, pág.14)

• Mortalidad materna

Los datos nacionales sobre la evolución de la mortalidad materna general y por aborto, sobre el total de mujeres y en mujeres menores de 20 años, muestran que a pesar de que se redujo el total de muertes maternas en general, la mortalidad por aborto se mantuvo en cifras constantes, excepto en 2012, cuando se redujo más significativamente la cantidad.

El número de muertes en menores de 20 años se mantiene relativamente estable, lo que aumentó su peso relativo sobre el total de muertes maternas porque estas disminuyeron en los últimos dos años.

Asimismo, la mortalidad por aborto en adolescentes representó una proporción importante del total de muertes en este grupo etario (alrededor del 25%). Se detectó una reducción de la mortalidad por aborto significativa en este grupo durante el último año registrado (2012). (tabla2, pág.14)

EVOLUCIÓN EN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y TASA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

TABLA 1

Nivel de conocimiento y tasa de uso de MAC entre mujeres en edad reproductiva

MUJERES DE 14 A 49 AÑOS	2005	2013
Conocimiento de MAC	El método más mencionado fue la píldora (97%), seguida por el preservativo (82%) y el DIU (77%).	94% mencionó las pastillas anticonceptivas, 87% al preservativo y 62% el DIU.
Uso de MAC en la primera relación sexual	78%	70%
Tipo de MAC utilizado en la primera relación sexual	41% de las mujeres utiliza el preservativo y el 25% la píldora.	90% de las mujeres utiliza el preservativo y el 14% la píldora.
Uso actual de MAC	78% de las mujeres.	81,3% de las mujeres.
Tipo de MAC utilizado en la actualidad	41% de las mujeres utiliza el preservativo, el 25% la píldora y el 11% el DIU. Alrededor de una de cada diez utiliza métodos poco eficaces (el ritmo, retiro u otros métodos).	51% hormonales (pastillas, inyectables, parches o implantes) 30% métodos de barrera (preservativo, diafragma o espumas, jaleas u óvulos). 9% DIU.
Accesibilidad al MAC	21% lo obtiene de forma gratuita.	32% lo obtiene de forma gratuita.

MUJERES ADOLESCENTES (14-19 AÑOS)	2005	2013
Edad promedio de la primera relación sexual	15 años	15,5 años
Uso de MAC en la primera relación sexual	78%	90%
Uso de MAC en la actualidad	81%	90%
Tipo de MAC utilizado en la actualidad	68% utiliza el preservativo, 27% la píldora, 0,7% el DIU.	57% hormonales, 42% métodos de barrera, 0,8% DIU.
Accesibilidad al MAC	16,5% lo obtiene de forma gratuita.	43% lo obtiene de forma gratuita.

Fuente: elaboración propia en base a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2005) y Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2013)

MORTALIDAD MATERNA

TABLA 2

Evolución de la mortalidad materna general y por aborto, sobre el total de mujeres y en mujeres menores de 20 años

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total de muertes maternas	306	296	410	331	302	258
Muertes maternas por aborto	74	62	87	68	73	33
Total de muertes maternas en menores de 20 años	36	43	35	43	36	34
Muertes maternas por aborto en menores de 20 años	s/d	10	8	8	10	2

Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por el PNSSyPR e información publicada por la DEIS.

• Mortalidad por aborto

El aborto es una práctica legalmente restringida en el país, por lo que no hay datos sobre su cantidad, ni se cuenta con un registro adecuado de la morbi-mortalidad por esta causa.

Tampoco se dispone de datos suficientes sobre los casos de interrupción legal del embarazo (ILE o no punible, ANP), a pesar de que la práctica debe realizarse en los efectores públicos. Hay lineamientos nacionales y muchas provincias tienen normativas específicas al respecto.

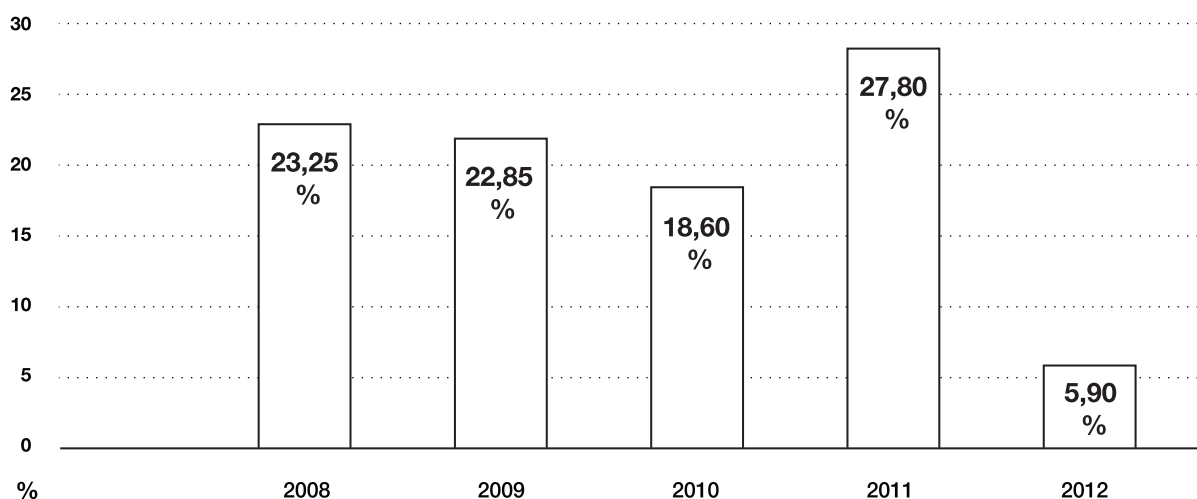
Como primera aproximación a la problemática, se elaboró una estimación de los abortos inducidos en general, más allá de su estatus legal. En 2005 se realizó un estudio con apoyo del Ministerio de Salud de la Nación: se estimó que cada año en la Argentina se producen entre 372.000 y 522.000 abortos inducidos.

Según datos oficiales del sistema de registro perinatal, alrededor del 60% de los embarazos no fueron planificados. Se calcula que a nivel global el 20% de los embarazos no planificados terminan en un aborto inducido. (gráfico)

MORTALIDAD POR ABORTO

Gráfico 1

Proporción de muertes por aborto sobre el total de muertes maternas en adolescentes



• Egresos hospitalarios por aborto

Por otra parte, al analizar los datos de egreso por aborto en el país y en las provincias seleccionadas, se observa que mientras Chubut presenta un promedio similar al nacional, en la provincia de Buenos Aires la proporción es algo mayor.

Al observar la evolución de los egresos hospitalarios por aborto entre 2010 y 2012, se puede verificar una leve disminución en el número de casos a nivel nacional, en tanto en la provincia de Chubut no presenta variaciones y en la provincia de Buenos Aires el registro fue algo más elevado. Esto puede vincularse a que se está trabajando sobre el tema, lo que puede haber generado mejoras en los registros y un incremento concreto en las prácticas asistenciales para la atención de la problemática.

En cuanto a los egresos hospitalarios por aborto en mujeres menores de 20 años, en 2012 este representó a nivel nacional el 18.8% de los egresos totales, en la provincia de Chubut la proporción fue similar (19.1%) y en la provincia de Buenos Aires algo menor, ya que representó el 17.2%. (tablas 3 y 4)

EGRESOS HOSPITALARIOS POR ABORTO

TABLA 3

Proporción de egresos por aborto sobre el total de egresos ginecológicos y obstétricos 2000-2010

Lugar / año	2000	2010
Total País	13,3	11,1
Provincia de Buenos Aires	14,9	12,5
Partidos del Gran Bs. As.	16,6	s/d
Provincia de Chubut	12,3	11,9

TABLA 4

Egresos hospitalarios por aborto

Lugar / año	2010	2012
País	52.817	47.879
Provincia de Buenos Aires	11.267	18.526
Provincia de Chubut	723	748

2. Marco normativo

Como ya dijimos, las capacidades institucionales de todo programa de Estado se verán condicionadas por el grado de reconocimiento normativo de los derechos que dicho programa intenta promover.

En términos generales, el derecho a la salud, el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva en particular están fuertemente reconocidos en la normativa vigente con una adecuada perspectiva de derechos en todas las jurisdicciones analizadas.

a) Nivel nacional

Además de la Constitución Nacional (CN) y de los tratados internacionales de derechos humanos ya mencionados, existen numerosas normas nacionales que se refieren a la salud en general¹. También existen leyes dirigidas a la protección de ciertos grupos vulnerables que contienen disposiciones sobre el derecho a la salud².

En materia de salud sexual y reproductiva, se han sancionado en la Argentina numerosas leyes, especialmente en los últimos quince años. En 1985, se ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) mediante la Ley 23.179³, instrumento que contiene diversas disposiciones aplicables en la materia⁴. En 1991 se promulgó la Ley Nacional de Sida y en 1992 se creó el Consejo Nacional de las Mujeres. En 1994, con la reforma constitucional se incorporaron al texto de la Constitución y con su misma jerarquía, diversos tratados internacionales de derechos humanos, entre ellos, la CEDAW. En 2002 se creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable mediante la Ley 25.673⁵, para ser ejecutado por las provincias y municipios de todo el territorio

1 Así, por ejemplo, encontramos la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud (promulgada el 21/10/2009 y publicado en el Boletín Oficial el 19/11/2009) y su Decreto Reglamentario N° 1089/2012 (promulgado el 05/07/2012 y publicado en el Boletín Oficial N° 32433).

2 Entre otras, la Ley 26.061 de protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (promulgada el 21/10/2005; Boletín Oficial 25/10/2005), su Decreto Reglamentario 415/2006 (promulgado el 17/04/2006; Boletín Oficial 18/04/2006) y la Ley 23.849 que aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño (promulgada el 16/10/1990; Boletín Oficial 22/10/1990). Respecto de las personas con discapacidad, rige la Ley 26.657 de Derecho a la protección de la salud mental (promulgada el 02/12/2010; Boletín Oficial 03/12/2010), la Ley 26.378 que aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (promulgada el 06/06/2008; Boletín Oficial 09/06/2008) y la Ley 24.901 sobre el sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad (promulgada el 02/12/1997; Boletín Oficial 05/12/1997). Por último, la Ley 26.743 de Identidad de Género (sancionada el 09/05/2012 y promulgada el 23/05/2012) garantiza el goce de la salud integral, incluyendo el acceso a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género auto-percibida.

3 Promulgada el 27/05/1985 y publicada en el Boletín Oficial el 03/06/1985.

4 La CEDAW exige a los Estados partes adoptar medidas tendientes a asegurar los derechos reproductivos de las mujeres. Así, su artículo 10 h), establece que los Estados adoptarán las medidas apropiadas para asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la misma; el artículo 12.1 dispone la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar el acceso, inclusive en los que se refieren a la planificación familiar; el artículo 14.2 b) se refiere al derecho de la mujer rural a tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; el artículo 16.1 e) establece el derecho de la mujer a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos, y el artículo 24 dispone el compromiso de los Estados partes de adoptar todas las medidas necesarias en el ámbito nacional para conseguir la plena realización de los derechos reconocidos en la convención.

5 Promulgada el 21/11/2002; Boletín Oficial 22/11/2002. Su artículo 2 detalla los objetivos del Programa: a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de

nacional. Este programa reconoció la existencia de obligaciones estatales en esta materia y asignó por primera vez en la historia del país un presupuesto para la compra de métodos anticonceptivos. Esto permite que los hospitales y centros de salud públicos los receten y entreguen en forma gratuita. En 2004, la Ley 25.929⁶ (conocida como la Ley de Parto Humanizado) estableció los derechos de toda mujer en relación con el embarazo, trabajo de parto y postparto, así como los derechos de toda persona recién nacida y los derechos de los padres de la persona recién nacida en situación de riesgo y el tratamiento humanizado a brindárseles. En 2006, la Ley 26.130⁷ estableció el derecho de toda persona mayor de edad a decidir realizarse una anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía) en los servicios del sistema de salud. También en el 2006, nuestro país aprobó el Protocolo Facultativo de la CEDAW mediante Ley 26.171⁸. Muchos de estos conceptos se ven reforzados con la puesta en vigencia de la Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado, Ley N° 26.529⁹.

En materia de violencia, en 2009 se sancionó la Ley 26.485¹⁰ de Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres¹¹, de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República. Una ley integral, ambiciosa y abarcadora de distintas manifestaciones de la violencia contra las mujeres que se propone coordinar a diversas instituciones (ministerios, secretarías, poderes del Estado) y jurisdicciones (a nivel nacional, provincial y local) para abordar aquellas manifestaciones de la violencia¹².

discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbi-mortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH sida y patologías genital y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

A los fines de alcanzar los objetivos mencionados, el art. 2 del Decreto N° 1.282/2003, dispone que el Ministerio de Salud de la Nación "deberá orientar y asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación.// Asimismo, se deberán implementar acciones que tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda.// La ejecución de las actividades deberá realizarse con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de los destinatarios del Programa, en coordinación con otras acciones de salud orientadas a tutelar a sus beneficiarios y familias".

6 Sancionada el 25/08/2004 y promulgada el 17/09/2004.

7 Sancionada el 9/08/2006 y promulgada el 28/08/2006.

8 Promulgada el 06/12/2006 y publicada en el Boletín Oficial el 11/12/2006.

9 Promulgada de hecho el 19 de noviembre de 2009.

10 Promulgada el 01/04/2009; Boletín Oficial 14/04/2009.

11 La nueva ley, entre otras cosas, reconoce la violencia contra las mujeres en sentido amplio, pone en marcha un Observatorio de la Violencia contra las Mujeres, a fin de llevar registro de los casos en todo el país, con los mismos parámetros, y controlar la efectividad de las políticas que se apliquen, prevé un Plan Nacional de Acción para la Prevención, Asistencia y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres, cuya elaboración, implementación y monitoreo corresponde al Consejo Nacional de las Mujeres, garantiza el acceso a la justicia con patrocinio jurídico gratuito y procedimientos sumarísimos, asegura la asistencia integral de las víctimas y se compromete a remover patrones socio-culturales que promueven las agresiones de género.

12 ELA, *Claroscuros en las políticas contra la violencia de género*, 2014. Disponible en: <http://bit.ly/1KltcDI>.

En lo que aquí interesa, la ley define la violencia sexual¹³, la violencia contra la libertad reproductiva¹⁴, la violencia obstétrica¹⁵ y la violencia institucional¹⁶. Según el Decreto 1.011/2010¹⁷ reglamentario de la ley, específicamente incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva. Asimismo, establece que “trato deshumanizado” es el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y postparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.

En materia de violencia sexual y en el marco de esta ley, en 2011 se elaboró desde el PNSSyPR el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales como instructivo para los equipos de salud. También en 2011, la Resolución 1.167/2011 del Ministerio de Seguridad estableció las directivas para la Coordinación de Acciones a seguir para la atención de personas damnificadas en delitos contra la integridad sexual. En estos casos, los funcionarios que instruyan las correspondientes actuaciones deben requerir inmediatamente la concurrencia de la Brigada Móvil de Atención a víctimas de violencia sexual dependiente del Programa Las Víctimas contra las violencias del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos¹⁸.

En materia de atención post aborto, en 2005 también desde el PNSSyPR se elaboró la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto que se actualizó en 2009. En cuanto al aborto no punible, en 2007 el mismo Programa redactó la Guía Técnica de Atención Integral de los Abortos no Punibles que se actualizó en 2005. Si bien esta Guía está disponible en la página web del Ministerio de Salud desde aquel entonces, aún no ha sido aprobada por resolución ministerial.

13 Se define como “cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres”.

14 Se define como “aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”.

15 Se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

16 Se define como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

17 Promulgado el 19/07/2010; Boletín Oficial 20/07/2010.

18 Resolución 1167/2011. Ministerio de Seguridad. Directivas para la Coordinación de Acciones a seguir para la atención de personas damnificadas en delitos contra la integridad sexual. Promulgada el 22/11/2011; Boletín Oficial 29/11/2011.

b) Provincia de Buenos Aires

La Constitución provincial garantiza el acceso a la salud en el art. 36, inc. 8¹⁹ y numerosas leyes provinciales regulan diversos aspectos de este derecho²⁰. Además, existen diversas normas dirigidas a grupos en particular que contienen disposiciones sobre el derecho a la salud²¹. También se han sancionado numerosas leyes vinculadas a la salud sexual y reproductiva. Así, por ejemplo, la Ley 11.028²² regula las prácticas médicas de fecundación en seres humanos; la Ley 14.208²³ y sus Decretos Reglamentarios 2.980/10 y 564/11 reconocen la infertilidad humana como enfermedad basándose en los criterios de la OMS y establecen, a su vez, una cobertura médica asistencial integral; la Ley 11.745²⁴ regula el ejercicio de la profesión de obstetricia; la Ley 11.506²⁵ versa sobre prevención, investigación y tratamiento del HIV y su Decreto Reglamentario N° 2.661/2007; la Ley 13.066²⁶ creó el Programa Provincial destinado a garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable, y su Decreto Reglamentario N° 2.327 estableció su implementación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

El propósito del programa es garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y procreación responsable de toda la población, sin discriminación alguna. Luego de su creación, en 2007, mediante el Decreto 4.559, el Ministerio de Salud provincial agregó los modelos de consentimiento informado para las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y vasectomía como métodos de anticoncepción. Y en 2012 se aprobó el Protocolo de Atención Integral de Abortos No Punibles de la provincia de Buenos Aires a través de la Resolución Ministerial N° 3.146/12, que cumple parcialmente con los lineamientos establecidos en el fallo “F., A.L.”²⁷.

19 Art. 36: La Provincia promoverá la eliminación de los obstáculos económicos, sociales o de cualquier otra naturaleza, que afecten o impidan el ejercicio de los derechos y garantías constitucionales.

A tal fin reconoce los siguientes derechos sociales: (...) A la Salud. La Provincia garantiza a todos sus habitantes el acceso a la salud en los aspectos preventivos, asistenciales y terapéuticos; sostiene el hospital público y gratuito en general, con funciones de asistencia sanitaria, investigación y formación; promueve la educación para la salud; la rehabilitación y la reinserción de las personas tóxicodependientes. El medicamento por su condición de bien social integra el derecho a la salud; la Provincia a los fines de su seguridad, eficacia y disponibilidad asegura, en el ámbito de sus atribuciones, la participación de profesionales competentes en su proceso de producción y comercialización.)

20 Así, por ejemplo, la Ley 4.534 regula el ejercicio de la medicina, farmacia, odontología, bioquímica, obstetricia, bacteriología y demás ramas del arte de curar; la Ley 13.413 crea el Seguro Público de la Salud de la provincia de Buenos Aires estableciendo el “aseguramiento público de la atención de la salud”; la Ley 14.464 adhiere a la Ley nacional 26.529, que regula derechos de los pacientes; la Ley 14.556 establece que la provincia de Buenos Aires garantiza las políticas orientadas a una estrategia integral de educación para la salud.

21 Así, por ejemplo, la Ley 8.388 creó el Programa Provincial de Salud Mental; la Ley 10.592 sobre Régimen Jurídico Básico e Integral para Discapacitados, establece que el Estado provincial asegurará los servicios de atención médica a los discapacitados en imposibilidad de obtenerlos; la Ley 14.580 que adhiere a la Ley nacional 26.657 sobre “Derecho a la Protección de la Salud Mental”; la Ley 13.298 regula la Promoción y Protección Integral de los derechos de los niños; la Ley 14.568 creó la figura del abogado del niño en sintonía con la Convención sobre los derechos del niño; la Resolución del Ministerio de Salud N° 2/11 garantizó el respeto a la identidad de género autopercebida en el sistema de Salud.

22 Promulgada el 12/12/1990; Boletín Oficial 25/01/1991.

23 Promulgada el 22/12/2010; Boletín Oficial 03/01/2011.

24 Promulgada el 05/01/1996; Boletín Oficial 29/01/1996.

25 Promulgada el 14/02/1994; Boletín Oficial 08/03/1994.

26 Promulgada el 17/06/2003; Boletín Oficial 26/06/2003.

27 El protocolo dictado tiene algunos requisitos que posiblemente actúen como barreras. “Primero, en los casos de niñas y adolescentes menores de 18 años el consentimiento para la práctica debe darlo su representante legal, y ellas dar la confirmación. Y en

En materia de violencia, en 2007 la Resolución 5.752/2007 del Ministerio de Salud creó el Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas en el marco de la Ley de Violencia Familiar N° 12.569²⁸. Este programa dio pie a diversos protocolos en los temas objeto de esta investigación: el Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención; el Protocolo de Acción ante Víctimas de Violación que establece el procedimiento de atención a seguir ante una mujer que sufrió una violación y acude a un servicio de salud; el tratamiento en caso de lesiones, de ETS, de prevención del embarazo, así como un seguimiento y acompañamiento psicoterapéutico, médico y de laboratorio de la víctima; el Protocolo de Atención para Víctimas de la Trata de Personas en el Sistema de Salud, que establece como su objetivo primordial brindarles herramientas a los agentes de salud para reconocer estas situaciones y para desarrollar acciones de articulación con los organismos competentes en la atención de las víctimas y la Guía Práctica para el abordaje de las violencias de género.

c) Provincia de Chubut

La Constitución provincial garantiza el derecho a la protección de la salud en su art. 18, inc. 2. Asimismo, establece que la política provincial de salud se ajusta a los siguientes principios: asegurar el derecho a su mantenimiento, protección y mejoramiento; garantizar el acceso a su ejercicio efectivo a través de los efectores públicos, integrando todos los recursos provinciales, municipales, regionales y nacionales con sus instituciones sociales públicas y privadas; normar, coordinar y fiscalizar todas las acciones y prestaciones de salud de la provincia, asegurando la accesibilidad, universalidad, equidad, adecuación y oportunidad de las mismas, priorizando acciones destinadas a sectores considerados en situación de riesgo, entre otros (art. 72). Se reconoce, además, el derecho de la madre a gozar de adecuada protección desde su embarazo (art. 26), y una serie de normas de menor jerarquía regulan distintos aspectos de este derecho²⁹.

En materia de salud sexual y salud reproductiva, la provincia sancionó diversas leyes. Así, por ejemplo, la Ley I N° 115 (anterior Ley 3.195) sancionada en 1988, legisla sobre la prevención del cáncer de útero y mama³⁰. En 1999, la Ley 4.545 creó el Programa de Salud Sexual y Reproductiva con el objetivo de implementar políticas sanitarias para: a) promocionar la salud individual y familiar, garantizando el derecho que asiste a las personas de poder decidir libre y responsablemente sus pautas sexuales y reproductivas, ofreciendo los medios para posibilitar ese derecho.

caso de que concurra sin representante legal o este se oponga a la práctica, se deberá dar intervención a los Servicios Locales o Zonales de Promoción y Protección de Derechos, que deberá expedirse en un plazo de 48 hs... El protocolo bonaerense tampoco reconoce el consentimiento informado de las mujeres con discapacidad intelectual... No contempla sanciones en caso de incumplimiento, ni un procedimiento en caso de desacuerdos entre la mujer y el profesional" (Cfr. ADC, Aborto no Punible. El fallo "F.A.L S/Medida Autosatisfactiva". ¿Qué obtuvimos y qué nos queda por obtener?, diciembre de 2013, pág. 28).

28 Sancionada el 06/12/2000 y publicada en el Boletín Oficial el 02/01/2001.

29 La anterior Ley 989, hoy Ley X N°3 "Normas relativas al ejercicio de la medicina, odontología y complementarias y afines a estas disciplinas"; establece que los profesionales de salud están obligados a asistir, derivar y respetar la voluntad del paciente.

30 El objetivo fundamental de esta ley es la obligatoriedad de realizar acciones tendientes a prevenir el cáncer de útero y de mama en mujeres de 20 años. El Poder Ejecutivo deberá arbitrar los medios para que la población femenina, en todo el ámbito de la provincia, pueda realizar, sin costo alguno y en forma rápida y ágil, el examen citológico exfoliativo vaginal (PAPANICOLAU) en forma anual, examen periódico de mamas u otro medio de diagnóstico que la autoridad sanitaria considere necesario y eficaz.

b) contribuir al mejoramiento de la salud de la madre, el niño y la familia, a fin de reducir la morbi-mortalidad materno-infantil. c) brindar asesoramiento preventivo sobre posibles enfermedades de transmisión sexual y cáncer génito-mamario (art. 1). Los objetivos de la ley se centran en la orientación y asesoramiento a la población; la creación de conciencia pública y promoción de actitudes y comportamiento acorde con el respeto de los derechos reproductivos; la promoción de campañas de difusión y la capacitación permanente con abordaje interdisciplinario de todos los agentes, incorporando conceptos de bioética (art. 2). En 2002, se sancionó la Ley I N° 245 (anterior Ley 4.950) sobre “Contracepción Quirúrgica”³¹.

En materia de aborto, en 2005 a través de la Resolución 989, se aprobó la guía para el mejoramiento de la atención post aborto³². En 2010, se sancionó la ley XV N° 14 “Protocolo de Atención a los Abortos No Punibles”³³. Y mediante la Resolución N° 422, la provincia adhirió a la Guía de procedimientos para ANP elaborada por el Ministerio Salud Nación.

En materia de violencia sexual, en 2009 mediante Resolución N° 392/2009 del Ministerio de Salud se elaboró el Protocolo médico-legal para atención a las víctimas de delitos contra la integridad sexual, según el cual la provincia debe brindar servicios con atención integral a víctimas de violencia sexual, incluyendo profilaxis VIH y ITS, anticoncepción de emergencia, y referencia a servicios de salud mental.

Todo lo desarrollado hasta acá nos permite realizar algunas observaciones:

- El recorrido normativo, aunque perfectible y con deudas, expresa una visión de derechos humanos. Las normas han procurado honrar los compromisos internacionales en esta materia: fueron reconociendo la necesidad de brindar la atención médica pertinente y fueron sumando servicios en función de la idea rectora de la integralidad del derecho a la salud, con una pretensión fuerte de universalidad. En esa lógica, puede observarse cómo el devenir tiende a robustecer el marco de cobertura de derechos. Y en la parte final del periodo también se ha fortalecido el marco necesario para hacer frente a los casos en los que el ejercicio de estos derechos se ve impedido por la acción de un tercero no estatal, como lo demuestra la ley que reconoce y busca una sanción para la violencia institucional.

31 Esta puede hacerse efectiva en el caso de que exista un diagnóstico médico que aconseje la práctica para evitar grave riesgo o daño en la salud, o bien si el paciente mayor de edad presta consentimiento escrito (art. 1). Si se trata de una persona con capacidades diferentes se necesitará de expresa autorización de sus representantes legales o de una autoridad judicial (art. 2). La ley prevé la creación y existencia, en tanto las instituciones públicas como en las privadas, de un Comité de Bioética integrado por un equipo interdisciplinario que cumplirá con funciones de asesoramiento y supervisión respecto de cuestiones éticas que surjan en la práctica. Por lo tanto, su carácter es consultivo y sus recomendaciones no son vinculantes. Así también la obra social de la provincia incorpora dentro de sus prácticas médicas la contracepción.

32 Este documento tiene por finalidad acercar a los profesionales del Equipo de Salud algunos instrumentos que le permitan ofrecer a las mujeres una mejor calidad de atención desde una perspectiva integral, que va desde el episodio mismo hasta poner en práctica consejería y alternativas anticonceptivas, evitando el recurso a los abortos repetidos.

33 Para la causal violación la ley requiere únicamente declaración jurada, incluso antes de que así lo estableciera la Corte Suprema en el caso “F.A.L.”(arts. 4, 5 y 6). En la norma se expresa que las niñas y adolescentes mayores de 14 años pueden consentir la práctica, mientras que para las mujeres menores de 14 años debe consentir su representante legal, lo que se corresponde con lo establecido por la Ley nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. También, establece que la verificación de la causal sea hecha por el profesional interviniente, por lo tanto no incorpora equipos interdisciplinarios o interconsultas obligatorias. El Protocolo contempla además que la objeción de conciencia debe ser siempre individual, nunca institucional, y previamente declarada, y que las autoridades del hospital deberán asegurar el acceso al aborto a través de algún profesional no objetor (arts. 14 y 15). Asimismo, establece responsabilidad profesional en caso de incumplimiento de la norma.

- Se ha marcado un proceso progresivo de reconocimiento de derechos y cada vez se preserva más de las intervenciones estatales la autonomía de la persona para ejercer este derecho personalísimo. Así lo demuestra el reconocimiento del derecho a la anticoncepción quirúrgica, o el reconocimiento y cobertura de las técnicas de reproducción humana asistida o el marco que le da a las relaciones médico paciente la ley del derecho del paciente.
- Si bien los tratados de derechos humanos que sirven de fundamento a estos derechos estaban vigentes antes y fueron incorporados a nuestra Constitución Nacional en 1994, buena parte de la normativa aprobada en consecuencia tiene alrededor de 10 años de vigencia, o 15 años si tomamos como punto bisagra la Ley del Programa provincial de Chubut. Una lectura posible es que las normativas son el producto de una constante reivindicación por parte de diversos actores sociales que bregaron por volver “norma” un derecho que ya se entendía existente. Este dato no es menor a la hora de explicar los desafíos que impone la vigencia plena de este marco legal: profesionales de 30 años en adelante, en términos generales, no recibieron en su formación de grado aspectos teóricos en función de esta normativa.

3. Capacidades institucionales del sistema, analizadas a través de la relación entre los casos de estudio

La dimensión estructural-normativa a la que nos referíamos tiene su correlato, en términos generales, en el nivel institucional, es decir, en las áreas estatales destinadas a hacer cumplir los derechos reconocidos en la legislación vigente.

NIVEL NACIONAL

En el nivel nacional, el PNSSyPR evidencia un proceso de paulatina consolidación desde su creación. Esto fue reconocido por todos los actores entrevistados, y por los datos existentes sobre el impacto de esta política en la población.

Desde la aprobación de la ley que lo creó en 2002 hasta hoy, se han concretado acciones que marcan un proceso de progresividad en el acceso al derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva. Algunos ejemplos son el crecimiento del presupuesto proveniente del tesoro nacional, que a la vez permitió el aumento en la canasta de métodos anticonceptivos respetuoso del paradigma de acceso universal, un mejoramiento en la calidad y cantidad de personal afectado al Programa y una jerarquización del área en los organigramas institucionales. Es decir que los aspectos que hacen a la capacidad de coordinación relacionada con la generación de poder, se han dotado de recursos, en especial, económicos y administrativos en los términos antes señalados.

i. Evolución

A lo largo del desarrollo del PNSSyPR pueden identificarse tres etapas: la primera, de organización y puesta en marcha; la segunda, de institucionalización y actualmente; la tercera etapa de consolidación, conforme lo precisa el Informe de gestión 2003-2011. Esto también fue señalado por los informantes clave entrevistados. Se trata de procesos que se encaminaron a dotar a este Programa de los elementos centrales de una política pública con perspectiva de derechos, aunque muchos elementos se deban seguir profundizando.

Durante la primera etapa se asentaron las bases para poner en funcionamiento el Programa: se conformó un equipo de trabajo, se organizaron las licitaciones y los circuitos de entrega de insumos, se diseñaron las bases programáticas, se estableció la estructura interna del programa y la población-objetivo y se realizaron evaluaciones diagnósticas en cada provincia.

También en esta primera etapa cuando comienzan a surgir leyes nacionales en el campo de la salud reproductiva. En 2004 se promulgó la Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado a fin de garantizar los derechos de las mujeres en ese momento vital y evitar la violencia obstétrica, vinculada a la morbi-mortalidad materna.

En 2005, mediante la Resolución 989, se aprobó la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto a fin de mejorar la atención integral y reducir la morbi-mortalidad por esta causa, como parte del Compromiso para la Reducción de la Mortalidad Materna suscripto por la Nación y las provincias reunidas en el COFESA en 2004.

Asimismo, entre 2004 y 2005 y para mejorar las posibilidades de monitoreo, se trabajó en la construcción una línea de base. Para ello se realizó la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNyS) entre mujeres de 10 a 49 años residentes en localidades con 5000 habitantes y más de todo el país, incluido un módulo sobre Salud Sexual y Reproductiva a pedido del Programa Nacional. El relevamiento brindó la primera indagación exhaustiva a nivel nacional sobre conocimientos y comportamientos sexuales y reproductivos. Aportó datos acerca del nivel de información sobre métodos anticonceptivos; el uso actual de MAC; iniciación del uso de MAC; la toma de decisiones en cuanto al método utilizado; fuente de información sobre el mismo; y los motivos por los cuales las mujeres no los utilizan.

La segunda etapa del PNSSyPR se inició en 2006, cuando salió de la órbita de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y adquirió autonomía administrativa y financiera dentro de la Secretaría de Políticas Sanitarias. Esto amplió la perspectiva de derechos sexuales y reproductivos en relación con una mayor inclusión de personas destinatarias del Programa.

También en 2007, el PNSSyPR desarrolló una serie de herramientas para la gestión y el manejo de insumos que incluyen:

- Guía de procedimientos para la adquisición de insumos del PNSSyPR.
- Guía de procedimientos para la distribución, el transporte y el almacenamiento de insumos del PNSSyPR.
- Elementos para que un sistema de información asegure insumos.
- Guía de procedimientos sobre control de gestión y procesos de auditoría de la operatoria del PNSSyPR.

Ese mismo año se elaboró la primera Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles (ANP), que incluye tanto el marco jurídico para la provisión del ANP como el detalle de los procedimientos clínicos y quirúrgicos adecuados para realizar la práctica correspondiente en el sistema de salud.

En esta etapa también se conformó el Consejo Asesor del Programa como instancia de participación y rendición de cuentas de la sociedad civil, mediante la Resolución Ministerial N° 1 de 2007, con funciones y tareas definidas que contribuyeron a orientar a las autoridades ministeriales y a la conducción del Programa en decisiones estratégicas.

El proceso de desarrollo e institucionalización del PNSSyPR atravesó un período de estancamiento durante 2008, debido a cambios en las autoridades ministeriales y en ese marco, en la coordinación del Programa, con dos gestiones de corto plazo durante el mismo año. En ese momento de crisis se produjeron demoras y faltas en la distribución de métodos anticonceptivos. Asimismo, se limitó la posibilidad de abordar la problemática del aborto, incluso cuando seguía siendo la causa principal de mortalidad materna.

En 2009 se inició la tercera etapa con la consolidación del PNSSyPR. Se priorizó la comunicación y la capacitación en torno a los servicios de salud que integran el Programa, y se estableció una estrategia sistemática de monitoreo y evaluación.

En 2010 y en 2015 se actualizó la Guía Técnica para la Atención Integral de los Abortos No Punibles elaborada en 2007, incorporando aportes locales, en particular a partir de los avances realizados en la provincia de Chubut.

Como parte de la estrategia de comunicación que se fortaleció en esta etapa, en 2010 se implementó la línea 0800 Salud Sexual (0800 222 3444), gratuita y confidencial, que brinda información sobre servicios de salud sexual y reproductiva. Por intermedio de la línea la población encontró un espacio de escucha a sus necesidades en este campo.

Por otro lado, en la etapa de consolidación se comenzaron a distribuir los insumos de manera descentralizada a cada efector a través del plan Remediar+Redes. Así se estableció un sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos que garantizó, con una nueva logística, mejor cobertura, ya que llegaba de forma directa a los efectores del primer y segundo nivel de atención de todo el país. Esta estrategia también permitió mejorar los registros disponibles sobre consultas y tasa de uso de MAC, entre otros datos significativos.

En esta etapa del PNSSyPR (Informe de Gestión) se incorporaron en esta etapa nuevas líneas estratégicas de acción en temas centrales de la salud sexual y reproductiva: atención a niños, niñas y adolescentes, educación sexual, acceso a MAC, anticoncepción quirúrgica, anticoncepción de emergencia, atención a víctimas de violencia sexual, aborto no punible, acciones destinadas a población migrante, pueblos originarios, personas con discapacidad y al colectivo de la diversidad sexual, con perspectiva de género y desde la promoción de los derechos. También se dio protagonismo a las organizaciones sociales, y de esta manera se potenció la participación femenina y comunitaria en la toma de decisiones.

Estas acciones, sin embargo, no tuvieron el mismo nivel de desarrollo dentro de la política pública general. Mientras que el acceso a MAC ocupó buena parte de la atención institucional (con equipo y dotación presupuestaria), otros temas (diversidad sexual o cultural) tuvieron una presencia menor, centrada en la elaboración de material de difusión y en su impresión o en la elaboración de un taller.

La actual gestión del Programa se inició en 2013, y da continuidad a las principales líneas de acción que se venían implementando, fortaleciendo el acceso a servicios de calidad. Además de incorporar otros temas clave como la fertilización asistida y la colocación de implantes, como parte de la canasta de MAC que se ofrece en los efectores de salud de todo el país.

Como dijimos, la Ley 26.485 de violencia contra las mujeres asigna funciones a los servicios de salud para abordar esta problemática y establece como responsabilidad del Ministerio de Salud

de la Nación el diseño de “protocolos específicos de detección precoz y atención de todo tipo y modalidad de violencia contra las mujeres”. En ese marco, en el 2011 se elaboró desde el PNSSyPR el Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales.

En 2011 se sancionó la Ley 26.743 de Identidad de Género, en la que se garantiza el goce de la salud integral, incluyendo el acceso a intervenciones quirúrgicas totales y parciales y/o tratamientos integrales hormonales para adecuar el cuerpo a la identidad de género auto-percibida. A partir de esta ley, el PNSSyPR comenzó a trabajar más sistemáticamente el tema de la diversidad sexual, incluyendo una guía específica de atención para la población trans.

A lo largo de este periodo se fueron dando avances en los aspectos que hacen a un aumento de la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad de los servicios de salud. También se observa la intención de potenciar la participación, la rendición de cuentas, la evaluación y el monitoreo externo, aunque esta línea de trabajo es más pendular.

Respecto de la necesaria participación para el diseño y evaluación del PNSSyPR, esta se ve sobre todo materializada por la existencia de un Consejo Asesor. Ese está conformado por la Unidad de Coordinación del PNSSyPR y por distintas organizaciones sociales, referentes académicos y de organismos de cooperación en la temática de salud sexual y reproductiva. En sus primeros momentos, el Consejo Asesor tuvo un rol destacado y marcó una fuerte impronta en el desarrollo del Programa, en tanto órgano de co-gobernanza del mismo.

En 2012 hubo cambios en el Programa, tanto a nivel de la coordinación como del Consejo Asesor. Se produjo una fractura y hubo varias renunciadas, motivadas por las diferencias respecto de la política sanitaria en la problemática del aborto, a partir del fallo de la Corte Suprema de Justicia sobre aborto no punible (F.,A.L.). Para esta altura, el Consejo Asesor parecía haber disminuido su nivel de protagonismo en relación con la participación en el desarrollo del PNSSyPR y con las decisiones de políticas que se tomaron en ese marco.

Y llega un momento en el que una se da cuenta de que no sirve ser partícipe de una política que no dicta lo que el Estado debe hacer y se trata de un órgano de gobernanza porque es copartícipe de las decisiones que se toman en materia de políticas sanitarias. ...[El Consejo] es un espacio importante pero no sé cuánta influencia tienen las reuniones o cuál es el vínculo del Consejo con la gestión...

Hace uno o dos años que no participo en la reunión de las provincias pero la última vez me impresionó el desarrollo que habían tenido en alguna jurisdicción... (CA).

En otro sentido, como estrategia de comunicación, se desarrolla una herramienta inmejorable de monitoreo y denuncia de problemas de acceso: la línea 0800.

[...] la línea 0800 está pensada como una primera puerta de acceso, adonde las personas llaman y reciben información sobre cualquier tema relacionado con salud sexual y reproductiva, y a partir de ahí se hacen recomendaciones para que vayan a un centro de salud o no, pero generalmente la gente llama y como es confidencial dice “bueno, estoy buscando anticoncepción de emergencia. ¿Me explicás de qué se trata? ¿Dónde la puedo conseguir?”. Es como una primera puerta de acceso al sistema de salud. (PN).

Así, el 0800 también significó una herramienta de monitoreo para los niveles locales, que acceden a esta información y pueden intervenir para mejorar dicho acceso y resolver los problemas que se presenten.

ii. La situación respecto de la atención de servicios de abortos legales y situación post abortos

Cuando comenzó a implementarse el PNSSyPR en 2003, en la Argentina el aborto era la primera causa de muerte materna y provocaba un número considerable de muertes en mujeres muy jóvenes. En 2000 se registraron 78.894 hospitalizaciones por aborto en todo el país, 15% de las cuales correspondieron a mujeres de menos de 20 años, y 50% a mujeres de entre 20 y 29 años. En 2005, el 28% de las 279 defunciones maternas registradas fueron por aborto, con una tasa de 39 por 100.000 nacidos vivos.

La única información disponible al inicio del Programa era el número de hospitalizaciones por complicaciones de aborto en los establecimientos públicos del país (sin distinguir entre abortos espontáneos y provocados) lo que representaba solo una fracción del total de los abortos que ocurrían cada año. Entre 1995 y 2000 las hospitalizaciones por aborto se habían incrementado en un 44.9%, y el 57.3% de ellas correspondió a mujeres de entre 20 y 24 años. El legrado post aborto fue la segunda causa de hospitalización de las mujeres en edad fértil. Al mismo tiempo, se estimaba que a nivel nacional se producían alrededor de 500.000 abortos por año.³⁴

En este marco, el Programa Nacional se propuso varios objetivos generales vinculados indirectamente a la problemática del aborto, buscando evitar sobre todo embarazos no deseados o planteando directamente la reducción de la mortalidad materna.

En las bases del Plan Federal de Salud acordado en el COFESA en 2004³⁵, se plantearon una serie de objetivos claramente vinculados a la problemática del aborto:

- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna del país disminuya en un 20% en relación con el valor de 2002.
- Lograr en 4 años que la tasa de mortalidad materna de las jurisdicciones por encima del doble de la tasa nacional de 2002 disminuya en un 50%.
- Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna no mayor al doble de la tasa nacional de 2002 se acerquen a dicho valor.
- Lograr en 4 años que las jurisdicciones con una tasa de mortalidad materna por debajo de la media nacional de 2002 reduzcan en un 50% su diferencia respecto de la jurisdicción con la tasa más baja.
- Implementar programas de salud sexual y procreación responsable en todas las jurisdicciones del país para el 2007; lograr en este período que al menos el 60% de los efectores de cada provincia se haya incorporado al Programa y que al menos el 80% de los anteriores cuente con disponibilidad regular de insumos.
- Lograr en 4 años reducir en al menos un 20% el número de hospitalizaciones por aborto respecto a los valores de 2000/2001.

34 En "Guía para el mejoramiento de la atención post aborto". Ministerio de Salud de la Nación (2005).

35 Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Ministerio de Salud de la Nación, Consejo Federal de Salud. Mayo 2004. Disponible en: <http://bit.ly/1O96iHc>.

- Lograr en 2007 que al menos el 60% de las mujeres en situación de post parto y post aborto sean referidas a los programas de salud sexual y procreación responsable de cada jurisdicción provincial.
- Lograr en 4 años que en todas las jurisdicciones se apliquen las normas para el tratamiento post aborto y violencia.

Además, en el marco de la implementación de los planes mencionados, se han desarrollado protocolos específicos tanto para ANP como para la atención post aborto:

- a. Guía para el mejoramiento de la atención post aborto (2005).
- b. Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles (2007).
- c. Guía para el mejoramiento de la atención post aborto (2009).
- d. Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles (2010, 2015).

Respecto de las metas planteadas en el Plan Estratégico, en la elaboración del Plan 2009-2011 se tomaron como línea de base los datos de mortalidad materna de 2007, proponiendo como meta a alcanzar para 2011 una Tasa de Mortalidad Materna TMM de 3.3 x 10 mil (reducción de 77 muertes). Sin embargo, aún no se ha cumplido esa meta. De acuerdo con datos de la DEIS para 2012, la TMM fue de 3.5, es decir, 283 muertes vinculadas a embarazo, parto y puerperio, dentro de las cuales se registraron 33 muertes por aborto.

No obstante, en cuanto a las acciones desarrolladas en relación con el abordaje de la problemática de ANP, en el Informe de Gestión 2013 se registra la siguiente información:

- 374 hospitales cuentan con servicios para la interrupción legal del embarazo.
- 66 actividades de capacitación en ILE/ANP en 11 provincias (incluyendo Buenos Aires y Chubut).
- 55 actividades de capacitación en servicio sobre reducción de riesgos y daños en 9 provincias.
- 18 provincias informaron que en al menos un hospital provincial se presta el servicio de atención de ANP; 3 provincias informaron que no cuentan con ningún hospital con este servicio; el resto no brindó información.
- 14 provincias informaron acerca de casos de ILE/ANP resueltos y/o derivados a otras provincias.
- 14 provincias confirmaron que sistematizan información a nivel provincial acerca de la realización de ILE/ANP.
- 12 provincias realizaron ILE/ANP durante 2013.
- 4 provincias derivaron casos para su resolución en otras jurisdicciones.
- 14 provincias enviaron información de egreso hospitalario por aborto.
- 22 provincias informaron que utilizan protocolos para la atención de ANP: 13 jurisdicciones utiliza la Guía de ANP elaborada por el PNSSyPR; 7 jurisdicciones utiliza protocolos provinciales; 2 jurisdicciones declaran que aplican el protocolo nacional y elaboraron un protocolo provincial; el resto de las jurisdicciones no informa el uso de guía y/o protocolo de atención para casos de ANP.

En relación con los servicios de atención post aborto, se informó que:

- 513 hospitales y 1019 CAPS prestan ese servicio, representando el 47.15% y el 17.1% del total de efectores a nivel nacional respectivamente.

- Todas las provincias informaron que cuentan con efectores que prestan atención post aborto.
- 7 provincias declararon que 100% de los hospitales provinciales brindan este servicio.
- 4 provincias declararon que 100% de los CAPS brindan este servicio.

Sin embargo, en la realidad cotidiana, no se observa que el sistema de salud argentino garantice la realización de los abortos legales.

Con respecto al acceso al aborto legal, hay que seguir trabajando en la información, capacitar a los equipos, que se consiga misoprostol de 200 para que los equipos puedan resolver los abortos no punibles de una manera ambulatoria. Hay que desmitificar el tema, por eso nosotros ya no hablamos de abortos no punibles sino de interrupción legal del embarazo, porque la Corte Suprema de Justicia en el fallo dice que son interrupciones legales del embarazo (PN).

La explicación pareciera ser que hasta hoy el protocolo de atención a los abortos no punibles no cuenta con una resolución firmada por el ministro de Salud, a pesar de haber sido publicada la Guía Técnica con una primera versión en 2007, actualizada en 2010.

Hay un nivel más estrictamente institucional, que tiene que ver con la aprobación de la guía por resolución ministerial. Si bien eso no cambia sustantivamente el informe que el Ministerio de la Nación podría ejercer sobre las políticas provinciales, de hecho es una señal política. Es una decisión de carácter político simbólico que hace que de hecho el Ministerio no tenga una política muy pro activa en esa materia... (CA).

Si tomamos en cuenta que siempre hubo objetivos y metas respecto a este tema, los avances y retrocesos en el abordaje del aborto no punible parecen deberse a otros factores. Conforme lo explican los y las informantes, constituyen uno de los ejemplos más claros de esa falta de liderazgo por parte de las máximas autoridades públicas en la materia.

Hay una guía técnica de abortos legales que tiene el Ministerio que no está institucionalizada como correspondería. Esto es un síntoma de falta de voluntad política para sostener una política pro activa. Desde el fallo de la Corte Suprema se ha trabajado a nivel del Programa pero es un tema que debería estar instalado más arriba (CA).

En este sentido, aun reconociendo los obstáculos y limitaciones, desde la mirada interna del Programa se destacan los progresos en relación con el aborto no punible y se hace énfasis en la necesidad de prevenir el aborto inseguro y de instalar el concepto de interrupción legal del embarazo.

En el tema concreto de atención a las mujeres en situación de aborto, se plantean como actividades centrales la capacitación a los servicios del 3er nivel de atención, la realización de un estudio sobre la incorporación de misoprostol como tratamiento de primera línea para aborto incompleto, y la capacitación a servicios de salud de los tres niveles en interrupción legal del embarazo (ILE).

Desde el Programa se pone mucho énfasis en destacar cuál es el enfoque que se utiliza para capacitar en estos temas:

[...] la capacitación tiene un contenido de clarificación de los marcos normativos, lo que es el fallo de la Corte, lo que dice en cuanto a las obligaciones de los equipos de salud, el procedimiento de consentimiento informal, la declaración jurada en caso de violación.

Trabajamos los procedimientos, los instrumentos recomendados, hasta qué semana... y trabajamos protocolos hospitalarios... (PN).

Con algunos equipos trabajamos cómo organizar el dispositivo dentro del hospital cuando una mujer llega, qué mecanismo tiene y qué protocolos internos para resolver alguno de los problemas. En algunos casos, en San Luis, a pedido la ministra hicimos una capacitación el año pasado en los dos hospitales más grandes y lo están haciendo sin problema porque la provincia tomó la decisión política, se capacitó el equipo, se organizó al interior del hospital, la provincia dijo "yo compro la medicación" y lo hacen si es antes de las 12 semanas. Está funcionando bien. (PN).

También trabajamos en la importancia de los métodos anticonceptivos, que las mujeres que abortan tienen más posibilidades de tener otro aborto, entonces debemos prevenir. La consejería es algo, en general que ya venimos trabajando, nunca llegamos a trabajar ese tema de entrada, a ese tema llegamos (PN).

Un dato importante es la falta de registro. Para el PNSSyPR no se ha hecho énfasis en este tema por considerarlo que puede convertirse potencialmente en un obstáculo para abordar la problemática de ANP con los efectores de salud, y por ello se prioriza más la práctica que su registro.

Así, en términos concretos y a pesar de lo informado, hasta hoy este tema es encarado de manera artesanal por el Programa nacional. Y si bien se ha generado un cierto marco de contención para este tipo de casos, tanto en Nación como en territorio bonaerense o en Chubut, esto dista mucho de ser masivo y encarado como una obligación del sector salud. Evidencia de ello es la baja tasa de información sobre la existencia del derecho a la ILE, la consiguiente obligación de los servicios de salud de garantizarlo en consecuencia y el registro de esta práctica. Ello genera un clima de ilegalidad que impacta directa y negativamente sobre el ejercicio efectivo de derechos fundamentales, y engrosa la magnitud del aborto inseguro y sus efectos.

Otra de las cuestiones más relevantes y que impactan en las barreras respecto de estas prácticas es el acceso a la medicación adecuada (misoprostol) para un aborto seguro. Este es uno de los aspectos más relevantes para abordar la problemática del aborto y garantizar el derecho de las mujeres al aborto legal.

La medicación no siempre está disponible, aunque debería formar parte de la política pública de la misma manera que los métodos anticonceptivos.

Por ello, el dato de que la ANMAT no apruebe el misoprostol en su uso abortivo o para sus otros usos obstétricos parece ser la punta del iceberg que muestra que se niega el sistema de permisos vigente en nuestro país, y se condena a los abortos legales a la clandestinidad.

Para el mismo Programa, el tema del misoprostol aparece como una asignatura pendiente, y es indispensable que participen otros sectores del Estado:

Hay temas en los que hay que avanzar pero no depende de nosotros, del Programa. Dependen de otras secretarías, como por ejemplo de la Secretaría de la cual depende la ANMAT depende ver cómo resuelven el tema del misoprostol, que me parece el gran tema pendiente en este momento (PN).

Nosotros publicamos en la página un estudio que hicimos en Neuquén de percepción de

los equipos de salud donde entrevistamos a todos los ginecólogos de la provincia. Los abortos incompletos se están resolviendo con oxaprost o en el Posadas con cosas locas como basofortina. Imaginate tener que internar a una mujer para hacer un legrado, con un anestesista, cuando tenés una medicación que está en la lista de medicamentos básicos de la OMS. El tema es que el misoprostol no se usa solo para abortos ilegales, se usa para huevo muerto retenido, se usa para inducción del parto en dosis menores (PN).

La falta de una política clara y manifiesta respecto de la adquisición y aplicación del misoprostol desde la autoridad sanitaria deja en manos del efector de salud el criterio de utilización, con la desprotección que esto implica tanto para la mujer que requiere su aplicación como para quien la indica.

Sin embargo, afortunadamente para las mujeres, se están realizando las interrupciones de los abortos legales porque se está consiguiendo el oxaprost. Pero uno no esperaría que la política pública cooperara en tal espacio de irregularidad... [a los médicos tratantes] los deja un poco solos, desprotegidos, porque en realidad el Estado no termina de garantizar el acceso a este derecho...

[...] al no estar registrado y al ser un tema tan tabú te crea una zona gris donde el hospital tiene que comprar el medicamento y registrar que va a usarlo para algo que no es lo indicado y esto crea conflictos; esas son cosas que como Programa nacional nos exceden porque no tenemos injerencia en lo que la ANMAT decida. Podemos capacitar en los protocolos; cuando hacemos capacitaciones en interrupción legal del embarazo, también formamos en el uso de nuevas tecnologías, uso de misoprostol. Hemos hecho encuentros de capacitaciones en servicio pero en el acceso a la medicación tenemos una barrera (PN).

A pesar de los avances realizados a nivel del Programa con la elaboración y actualización de los protocolos, la capacitación de recursos humanos y la implementación de dispositivos de asesoramiento y consejería; la falta de liderazgo político en este tema redundando en que el derecho de las mujeres al aborto no punible no está garantizado por el Estado.

iii. La salud sexual y reproductiva y su relación con las violencias

La Ley 26.485 define como violencia sexual a “cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas (...) del derecho de la mujer a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva (...)”.

Al mismo tiempo, la Argentina asumió el compromiso de tratar la problemática en la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), y se estableció la competencia del Programa Nacional en el desarrollo de políticas sobre tres tipos de violencia (sexual, obstétrica y contra la libertad reproductivas).

A pesar de que los estudios sociales ponen énfasis en la importancia de los aspectos simbólicos y culturales como condicionantes del uso de métodos anticonceptivos, del embarazo adolescente o de las consultas a los servicios de salud, especialmente por parte de los jóvenes, se observan pocas acciones para trabajar las violencias desde el sector salud.

No se observa una estrategia de monitoreo y evaluación orientada a identificar los distintos tipos de violencia, ni se han considerado estos aspectos en las encuestas nacionales de salud sexual

y reproductiva. Tampoco se detectan acciones estructurales que muestren la voluntad de trabajar en el sector salud sobre la violencia que padecen las niñas y mujeres.

La temática no cuenta con una asignación de recursos específica dentro del presupuesto del PNSSyPR. De hecho, en el Plan Operativo no se plantean actividades orientadas al abordaje de las problemáticas de violencia sexual y violencia institucional. En las entrevistas realizadas solo se mencionan algunas capacitaciones y folletos que abordan el tema de la violencia. Tampoco se ha desarrollado una estrategia de consejería especializada en violencia ni se han desarrollado campañas masivas; el protocolo de atención de violencia está orientado específicamente a las víctimas de violaciones. Tampoco se observa que en los informes de gestión se soliciten datos sobre casos de violencias en las provincias, solo se requiere que informen las notificaciones y el uso del protocolo de violencia sexual, así como la atención de los casos de violación.

Dentro de los escasos materiales de comunicación disponibles, la mayoría están dirigidos a mujeres y aparecen personajes solo femeninos, a excepción, del único material que toma otros aspectos referidos a compartir las decisiones, y está dirigido exclusivamente a los derechos de los varones.

• **Violencia institucional**

La misma ley define como violencia institucional a “la violencia que tiene como fin retardar, obstaculizar o impedir el acceso de las mujeres a las políticas públicas”. Está fuertemente asociada tanto a la violencia contra la libertad reproductiva como a la obstétrica.

Asimismo, el artículo 6º, inciso d) define a la violencia contra la libertad reproductiva como “aquella que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable”.

El Decreto N° 1.011, que reglamentó la Ley, establece que “Específicamente incurren en violencia contra la libertad reproductiva los/as profesionales de la salud que no brindan el asesoramiento necesario o la provisión de todos los medios anticonceptivos, como así también los/as que se niegan a realizar prácticas lícitas atinentes a la salud reproductiva”.

El fenómeno no parece ser ajeno para los informantes.

La violencia institucional está en el modo en que se atiende a una mujer en su parto, no se respetan sus derechos, no se respetan las leyes que están en vigencia y esta omnipotencia de los médicos hace que se violen leyes que están hace rato. En la Argentina hemos logrado un plexo de leyes bastante buenas e interesantes pero se cumplen mal o no se cumplen (OS).

En relación con el género y la desigualdad, otra limitación que afecta el desempeño del Programa es el peso de ciertos modelos tradicionales referidos al género y a la sexualidad que están instalados socialmente, incluso en los servicios de salud, y que perjudican la calidad de la atención, convirtiéndose en una barrera de acceso para las mujeres.

[...] tenemos políticas públicas pero en la práctica sigue predominando que cuando las mujeres van a pedir una ligadura, le pongan, en general, todas las trabas para que se las realicen en tiempo y forma, que es cuando van a tener a su hijo o cuando van a parir, entonces consideremos que la sexualidad está ahí en el dominio del patriarcado (CA).

Sin embargo, la información publicada en el Boletín N° 4, Año 1, publicado en 2010 por el PNSSyPR, es prácticamente el único material en el que aparece el tema explicitada la violencia de género como desigualdad y discriminación. Por el contrario, no se han identificado estadísticas, registros, protocolos, estrategias de abordaje, campañas de comunicación, indicadores de monitoreo ni recursos destinados al tratamiento de la violencia institucional. Tampoco se menciona la temática en los informes de gestión.

Para la realización del presente estudio, se diseñó una matriz de recolección de datos, que incluyó indicadores sobre los casos de violencia institucional registrados, estrategias de resolución, personal involucrado, material de información y cumplimiento de las normativas previstas en la ley.

Con el objeto de describir y analizar el fenómeno de la violencia institucional y el abordaje de esta problemática desde las políticas públicas, en el marco de la legislación nacional, se le solicitó información al PNSSyPR sobre cada uno de estos indicadores. Solo se obtuvo información referida a las denuncias al 0800, que en los casos de violencia obstétrica representó el 10% del total de llamados recibidos durante el año 2013 (15 casos).

De manera que, en el marco de este estudio, las conclusiones más destacables sobre los temas de violencia de género, y en particular sobre violencia sexual e institucional, se desprenden del análisis de las entrevistas realizadas a los informantes clave, quienes han señalado los avances, limitaciones y desafíos del Programa en cada uno de los temas mencionados.

De tocoginecología... el tema crítico es que la formación es deformación que recibimos no solo los médicos sino todos los profesionales del sistema de salud. Las universidades no se dieron por enteradas de que hay un cambio paradigmático en la sociedad o que estamos tratando de llegar a un cambio paradigmático, de cambiar el lugar de las mujeres en esta sociedad. En tocogineco, la capacitación de posgrado es absolutamente quirúrgica y tenemos como consecuencia que todo se arregla con la cesárea que es una forma de violencia. La violencia institucional está en el exceso de cesáreas (SP).

La violencia institucional ha sido un tema subsidiario en el desarrollo del PSSyPR. Si bien hay una ley de parto humanizado, la violencia obstétrica en el sentido más amplio, y vinculada a las situaciones de aborto, no ha sido convenientemente monitoreada como para tener un diagnóstico de situación certero en cuanto al cumplimiento de las condiciones que marca la ley. En este aspecto también se observaron falencias en cuanto al liderazgo político para instalarlo y llevarlo adelante. Asimismo, la ley de Parto Humanizado no fue suficiente para compensar la ausencia de intervenciones programáticas y de una estrategia sostenida de monitoreo y evaluación de las situaciones de violencia institucional, ya sea en la atención del parto como en lo referido al aborto y a la atención post aborto.

iv. Recursos materiales: presupuesto, insumos, materiales de comunicación y difusión

Conforme los lineamientos programáticos, dados por Ley 25.673, el PNSSyPR debe tener capacidad de hacer un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva, que incluya dimensiones como la información, la educación y los servicios de atención prenatal, el parto seguro y la atención postnatal, la prevención y el tratamiento apropiado de la infertilidad, el aborto en las situaciones que sea legal, la prevención del aborto y la atención de las complicaciones posaborto, el tratamiento de las infecciones del sistema reproductivo, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/Sida, la informa-

ción y consejería en sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable, la prevención y el tratamiento de cáncer ginecológico, y los problemas derivados de la violencia.

De manera paulatina, el Programa fue creciendo hasta contar hoy con un equipo multidisciplinario que incluye profesionales médicos y de las ciencias de la salud, de las ciencias sociales y del campo jurídico y contable. Esta composición ha permitido contar, como valor agregado, con un enfoque integral tanto en el abordaje de los problemas vinculados a la salud sexual y reproductiva como en las modalidades de gestión.

La provisión de insumos anticonceptivos ha sido desde el inicio el eje central del Programa, de tal manera que su funcionamiento ha estado estrechamente ligado a su compra, transferencia y distribución de los insumos. Actualmente, el PNSSyPR en su Planificación Operativa 2014-2015 plantea como objetivos generales disminuir el embarazo no planificado, aumentar el acceso a MAC gratuitos y el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad.

Asimismo, las actividades principales para el cumplimiento de dichos objetivos se refieren a la formación de equipos de salud en temas tales como consejería integral, talleres, colocación de DIU e implantes, anticoncepción quirúrgica, gestión y distribución de insumos, género, etc, así como la promoción del uso de DIU, de la aplicación de técnicas de anticoncepción quirúrgica y del uso de implantes en adolescentes, la ampliación de la canasta de insumos, el desarrollo de estrategias con poblaciones específicas (colectivo LGTB, mujeres privadas de la libertad, personas con discapacidad), la promoción de la línea 0800 y la instalación servicios de reproducción asistida.

De acuerdo al artículo 12 de la Ley 25.673, “el gasto que demande el cumplimiento del Programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 – Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional”.

Desde 2007, el PNSSyPR cuenta con una asignación presupuestaria propia dentro del presupuesto nacional (Fuente 11, Programa 25- Atención Primaria de la Salud, Subprograma 3 - Salud Sexual y Procreación Responsable, Actividad 1- Apoyo para el desarrollo de la Salud Sexual y Reproductiva), lo que representa una conquista importante para y su fortalecimiento.

En 2013, el crédito vigente del Programa era de \$88.264.280, y el aprovechamiento del mismo del 91.7%. Ese año se invirtieron más de 66 millones de pesos en la compra de anticonceptivos y más de medio millón de pesos en materiales de comunicación.

De acuerdo con los datos del PNSSyPR, mientras que al inicio de la gestión en 2003 se alcanzó una cobertura algo menor al millón de mujeres (993.348), para 2010 la cobertura aumentó significativamente, llegando a alrededor de un millón y medio de población cubierta por el Programa (1.433.543).

TABLA 5
Cifras de distribución y cobertura en insumos 2013/2014

	2013	2014
Transferencia en \$ por compra de MAC	21.513.393	54.497.317
Distribución de MAC (unidades)	23.913.801	33.276.238
Botiquines (unidades)	9.718	31.784

De acuerdo al informe de gestión 2013, el PNSSyPR se organiza en función de cuatro áreas:

Aseguramiento de insumos:

Se refiere a la distribución de la canasta de MAC que oferta el Programa. Un punto de inflexión en el sistema de aseguramiento de insumo fue la articulación con el Programa Remediar, que permitió una distribución descentralizada a los efectores del primer y segundo nivel de atención de todo el país.

Entre los insumos que se entregan se encuentra el DIU, el anticonceptivo oral para la lactancia, el anticonceptivo hormonal oral combinado, el anticonceptivo hormonal inyectable, el anticonceptivo hormonal insertable trimestral, el preservativo, el anticonceptivo hormonal de emergencia y el test de embarazo.

A partir de 2009, hubo una normalización y un aumento considerables en la provisión de los distintos insumos vinculados al Plan, en especial de métodos anticonceptivos. Estos fueron distribuidos tanto a los CAPS como a los programas provinciales, a fin de garantizar también la disponibilidad en los efectores del segundo y tercer nivel de atención.

Con la asistencia del sistema de monitoreo, se trabaja para mejorar la distribución en base a la necesidad informada y de acuerdo con el deber de aceptabilidad que se requiere desde una perspectiva de derechos humanos. En 2010, se distribuyeron insumos anticonceptivos sobre la base de la necesidad informada por cada jurisdicción a fines de 2009 y por el Informe de Población elaborado oportunamente por el PNSSyPR en 2008. En 2011, el PNSSyPR organizó la distribución con ese mismo criterio y, a su vez, puso en conocimiento de las autoridades provinciales la cantidad de insumos que se debía enviar por provincia, solicitándoles que informaran al PNSSyPR si se requería o no modificarlas.

En 2013 se compraron un total de 25.751.900 anticonceptivos y se distribuyeron más de 33.000.000.

Capacitación y comunicación:

Los objetivos del PNSSyPR incluyen con énfasis la capacitación de tres actores fundamentales: los equipos de salud, la comunidad educativa, y la población general. Las actividades de capacitación³⁶ fueron encaradas desde el inicio del Programa y la formación de los equipos de salud fueron una de las actividades prioritarias.

Las numerosas instancias de formación (cursos, talleres, capacitación en servicio, pasantías) han sido reconocidas como una estrategia de fortalecimiento y como una vía de coordinación entre el nivel central y las provincias. El contacto sistemático y personalizado entre los responsables de los programas motivado una colaboración que ha resultado clave para identificar problemas y encontrar soluciones.

36 En los años de funcionamiento del Programa se han realizado numerosas actividades de formación, se incorporaron especialistas en pedagogía, se desarrollaron materiales educativos para temas específicos destinados a los equipos de salud de centros de atención primaria y de hospitales, como así también a organizaciones comunitarias que implementan acciones orientadas a promover los derechos sexuales y reproductivos. También se han organizado presentaciones de expertos sobre diferentes temáticas que abarcaron un amplio espectro de temas del campo de la salud sexual y reproductiva (anticoncepción hormonal de emergencia, mortalidad materna, aborto y posaborto, consejería, sistema de aseguramiento de insumos, aspectos de gestión integral, sexualidad, género y derechos reproductivos, cáncer de cuello uterino, educación sexual y prevención del VIH-Sida en el ámbito escolar, entre otros). Estos espacios estuvieron a cargo del equipo del PNSSyPR y contaron con la colaboración de invitados de reconocida trayectoria.

Actualmente, el Programa implementa diversas estrategias de formación y fortalecimiento de recursos humanos. En este marco, la realización de capacitaciones es una de las principales modalidades de intervención y formación permanente dirigidas a los equipos de salud, aunque también se continúa capacitando a otros actores. Las acciones de promoción comunitaria, tanto en la modalidad de formación de promotores y promotoras comunitarias, como de sensibilización y difusión dirigidas a población general y a grupos específicos, se implementan en articulación con diversas organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil. Se está trabajando en consejería integral, con enfoque de género, diversidad y derechos humanos, y en modelos de reducción de riesgos y daños.

De acuerdo con la información brindada por autoridades del Programa, se realizan en promedio 12 actividades de capacitación mensuales. El equipo de capacitadores está integrado por 12 profesionales externos, 20 talleristas y más de 25 capacitadores en servicio.

Respecto de las estrategias de difusión y comunicación, la Ley 25.673 dispone la difusión periódica del PNSSyPR y su reglamentación establece que esta actividad debe realizarse al menos una vez al año por parte de los ministerios de Salud, de Educación, Ciencia y Tecnología y de Desarrollo Social (art. 8 del Decreto 1.282/03). En el período 2005/2006 se hizo la primera campaña masiva en medios gráficos y audiovisuales, focalizada en dar a conocer las prestaciones del PNSSyPR enfatizando la gratuidad de las mismas. Luego, durante el período 2009/2010 se realizó una nueva campaña masiva con spots que brindaban información sobre acceso a MAC, control de embarazo, PAP, derechos, adolescencia y sexualidad. En 2011 se agregaron spots sobre diversidad sexual.

Además de las campañas audiovisuales, el Programa desarrolló una variada producción de materiales para la difusión masiva de los temas priorizados: libros, folletos, calcos, CD, postales y afiches, a los que se puede acceder desde la página web institucional. Se han publicado diversos documentos técnicos y otros materiales de evidencia científica, dirigidos a los profesionales que trabajan en estas temáticas.

Por otra parte, una de las acciones para mejorar el acceso al asesoramiento e información fue la implementación a partir de 2010, de la línea 0800 de salud sexual gratuita y confidencial.

De acuerdo con el Informe de Gestión del PNSSyPR para 2013, la estrategia de comunicación se organiza en 4 líneas editoriales: Institucional, Actualización Profesional, Promoción de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, y Experiencias. Durante ese año, se distribuyeron un total de 2.016.740 unidades de materiales de comunicación a todo el país, y en 2014, se presentó un nuevo kit de herramientas para realización de talleres en salud sexual y reproductiva.

Sistema de información y monitoreo:

En la etapa inicial del PNSSyPR se establecieron 10 metas para el seguimiento y se identificaron tres fuentes de información para monitorear su cumplimiento: los registros de los programas provinciales, los registros de los centros asistenciales y la información relevada por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio.

En 2007 se desarrolló, por medio de una consultoría externa, un conjunto de indicadores para el seguimiento y monitoreo del Programa. Esta propuesta, incluyó 15 indicadores ge-

nerales de salud, 3 indicadores generales de funcionamiento del Programa, y 5 indicadores generales de calidad de la atención. También se elaboró un instrumento cualitativo para la supervisión de los servicios de salud sexual y reproductiva que abarca 3 componentes básicos: información y asesoramiento, acceso gratuito a las prestaciones del PNSSyPR, y calidad de la atención.

En 2009 se realizó un encuentro con los referentes provinciales de los programas y se definieron una serie de indicadores básicos para organizar el monitoreo de la gestión, que surgió de un proceso participativo de consultas con expertos y referentes provinciales.

Por otra parte, el Programa presenta informes anuales de gestión, que se publican desde 2009. Dichos informes son básicamente descriptivos y se realizan con datos e insumos que se les solicitan a las distintas provincias del país. Para la realización de los informes se han diseñado herramientas de recolección de datos que recopilan la siguiente información:

- Objetivos y logros anuales de la gestión.
- Presupuesto y otros recursos financieros utilizados.
- Recursos humanos.
- Aseguramiento de sus insumos.
- Utilización de protocolos.
- Actividades de capacitación.
- Indicadores de salud sexual y reproductiva.
- Principales problemas identificados.

De acuerdo con la información brindada por informantes clave del PNSSyPR, existe también una estrategia interna de monitoreo y evaluación, que incluye informes y relatorías de las capacitaciones, de las fortalezas y debilidades de los equipos de salud y de las estrategias de trabajo que no son de público acceso.

Por otra parte, la información sobre salud reproductiva recabada por la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud ENNyS (2005) fue el primer relevamiento exhaustivo a nivel nacional que aportó datos sobre pautas de comportamiento y conocimiento de las mujeres en cuestiones de salud sexual y reproductiva, así como sobre los principales hitos de su historia reproductiva. Luego, en 2013, se realizó la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) con el objetivo de generar información relativa a los varones y las mujeres de todo el territorio nacional.

Finalmente, la Evaluación de medio término del Plan Operativo³⁷ de octubre 2012 se centró en los procesos y en las intervenciones sustantivas, aunque también se evaluaron resultados intermedios y cuando hubo información, se registraron los resultados de impacto, como número de muertes o tasas de mortalidad. Según se cita en el documento de evaluación, “para estimar los resultados intermedios, se consensuó y seleccionó con las dos direcciones y los programas de la Subsecretaría de Salud Comunitaria un conjunto de 39 indicadores que responden a diferen-

37 Informe de Implementación del Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en la Argentina, 2009-2011. Evaluación de medio término. Programa Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación, 2012. Disponible en <http://bit.ly/1M5XS3X>.

tes dimensiones, bajo el supuesto de que, si se cumplen ciertos resultados intermedios es más probable el cumplimiento de las metas finales”.

Entre los resultados vinculados a la salud sexual, y a pesar de los esfuerzos que se hicieron en este sentido, el documento plantea que “es necesario organizar la distribución de insumos anticonceptivos a través de la demanda de la población, buscando así la eliminación de barreras y ampliando la gama de posibilidades de elección del método”.

Administración:

El área de administración del Programa brinda soporte administrativo y logístico a todas las actividades del mismo, incluyendo la distribución de material de comunicación y difusión, y los circuitos para la distribución de MAC a través del Sistema de Aseguramiento de Insumos Anticonceptivos.

v. Otros recursos

En relación con los recursos políticos (apoyo de la ciudadanía, de los grupos de interés y de los mandantes políticos), la mayoría de los informantes manifestó que el PNSSyPR ha sido sensible a los cambios de gestión en el Ministerio de Salud. En tanto no se tiene información que permita hacer una lectura comparativa con otras áreas o programas, este dato solo indica que se trata de un área en la que el aspecto político parece tener gran influencia. Esta afirmación tiene sentido si tenemos en cuenta que la materia sobre la que se trabaja, además de novedosa, es patrimonio de disputa cultural, moral y religiosa, por lo que los esfuerzos para dirigir el avance en un mismo sentido, requieren de una dirección política muy contundente. No pasa desapercibido que el PNSSySR tuvo litigios en contra para modificar su orientación y alcance durante sus primeros años.

Este contexto reforzó la idea de que la gestión en todos los niveles necesita de un “mensaje claro” desde el poder central. En términos concretos, es correcto señalar que lo que se requiere es que se marque una dirección o tendencia general desde la nación para marcar el piso mínimo, requisito que, sin embargo, no es imprescindible en tanto hay en cada instancia de poder (provincial y local) una obligación operativa en términos de política sanitaria.

[...] a diferencia de otros campos de la salud pública, que no tienen estas tensiones internas, se hace absolutamente necesario que la autoridad sanitaria se ponga a la cabeza en el liderazgo de la ejecución, la implementación y las directrices del Programa ... (CA).

Cabe destacar además que esta área ha tenido varios cambios en su coordinación (cinco coordinaciones en menos de diez años), circunstancia que también repercutió en la impronta que se tuvo durante cada periodo. Estas cuestiones no son negativas *per se*, sino que repercuten en la consolidación de los procesos de institucionalización de la política.

Un informante del consejo asesor relata que, en relación con el liderazgo político, “hubo altibajos; estuvo la etapa Ginés, estuvo la etapa Ocaña que fue de destrucción... nos teníamos que reunir a una cuadra”. Desde el servicio público respaldan esa mirada: “entonces la que tenía la responsabilidad del tema era yo. Acá adentro tenía mucho apoyo del Programa Nacional, pero no teníamos el apoyo de las autoridades sanitarias en ese momento...”.

El gran desafío que tiene esta área es llegar con lineamientos claros a todas las instancias comprometidas con la aplicación de la política pública. Desde la manda de coordinación que le da la ley hasta el deber de aceitar el funcionamiento de su sistema federal de salud: esto significa llegar a las instancias políticas provinciales y municipales pero también a todos aquellos efectores, de alta y media complejidad y al primer nivel de atención. Esto se percibe como un gran desafío y ocupa buena parte de los recursos que tiene el PNSSyPR³⁸.

Porque el sector salud tienen muchísima autonomía y cada uno decide lo que quiere hacer en su campo de poder y de acción y la verdad es que ese es un determinante del sector salud y no es que podemos ir contra él. A uno le gustaría que tenga algunos procedimientos más normados, reglados, que formemos informes, pero después la gente hace su juego ... muchas veces nosotros tenemos una ordenanza de adhesión a la guía de ANP, al fallo de la Corte, como para generar a nivel local un soporte, que den un marco para... es muy difícil, me parece que tiene que ver algo con la capacidad de autoridad que tiene el Estado a nivel general... (SP).

vi. La capacidad de coordinación o de ejercer rectoría en general

El Programa constituye una Política Pública Nacional delineada a partir de una Ley Federal, cuyos ejecutores finales son los efectores del Sistema Público de Salud de las distintas jurisdicciones, sean provinciales, municipales, y en una menor proporción nacionales.

La Ley Nacional 25.673 que da origen al PNSSyPR prevé tanto la suscripción de convenios como las transferencias de fondos del Tesoro Nacional a los gobiernos provinciales y de la ciudad de Buenos Aires, como mecanismo de interacción entre el nivel nacional y los niveles locales.

De acuerdo con el Decreto Reglamentario 1.282/03, el Ministerio de Salud tiene el deber de “orientar y asesorar técnicamente a los programas provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información y orientación sobre los métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación. Asimismo, se deberán implementar acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda”.

En 2004, además, se firmó en el marco del COFESA el Compromiso para la Reducción de la Mortalidad en la Argentina³⁹, en el cual se estipula que la Meta del Plan Federal de Salud para 2007 será disminuir en un 20% la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) en relación con el valor de 2002 (46 o/oooo). Entre los enunciados del Compromiso vinculados al PNSSyPR, se incluye:

- Garantizar que todas las mujeres tengan acceso a los Servicios de Salud, a través de un sistema regionalizado, evitando su peregrinación en busca de asistencia y asegurando que reciban una atención de óptima calidad e igualitaria.

38 Ver al respecto las generaciones de los planes operativos y cómo ello marca una hoja de ruta de trabajo coordinado entre Nación y las provincias que los firman.

39 Compromiso para la Reducción de la Mortalidad en la Argentina. COFESA 2004 <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/comp-red-mort-mat.pdf>

- Promover acciones para garantizar a la población el derecho a adoptar decisiones libres de discriminación o violencia en Salud Sexual y Procreación Responsable, con énfasis en la prevención del embarazo no deseado, logrando una amplia cobertura en acciones de información y accesibilidad a insumos anticonceptivos.

- Evitar que las mujeres en situación de aborto sean discriminadas y garantizar que reciban una atención humanizada, rápida, efectiva y con asesoramiento y provisión de insumos anticonceptivos. Garantizar el acceso a la atención del aborto no punible en los hospitales públicos dando cumplimiento a lo estipulado en el Código Penal.

También en el marco del COFESA, se acordó en noviembre de 2008 un Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009–2011⁴⁰ al que adhirió el conjunto de las provincias, en el que se proponen políticas sustantivas en la materia.

Las actividades orientadas al acompañamiento y asesoría técnica de los programas provinciales incluyen:

- Entrega de métodos anticonceptivos para su distribución gratuita en los centros de atención primaria y hospitales públicos, a solicitud de los usuarios y con asesoramiento o consejería especializada.
- Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la implementación de programas locales en todas las provincias.
- Asistencia técnica y capacitación permanente a los equipos de salud (médicos/as, obstétricas, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, agentes sanitarios).
- Promoción de actividades de comunicación social sobre salud sexual y procreación responsable.
- Cobertura nominal y seguimiento individual de los/as beneficiarios/as bajo responsabilidad de los efectores o servicios.
- Monitoreo, seguimiento y evaluación de actividades y resultados en todas las jurisdicciones.
- Reuniones periódicas bimensuales y talleres de capacitación en temas específicos dirigidos a los coordinadores de programas provinciales.

Desde esta estrategia se procura forjar la idea de un trabajo conjunto en el marco de políticas públicas consensuadas a nivel federal, sin negar los obstáculos y limitaciones que se encuentran en la implementación.

[...] trabajamos con equipos de salud de una región determinada y trabajamos a lo largo de todo el año. El objetivo, por lo menos a 2015, es dejar la capacidad instalada en la provincia. Una cosa que quería aclarar es que al ser nosotros un país federal, no tenemos jurisdicción en las provincias. Nosotros hemos aprendido a trabajar con las provincias, vamos al territorio a trabajar horizontalmente, a acompañar a los equipos de salud locales. Todo lo hacemos con las autoridades provinciales, no vamos a lugares donde no nos han convocado y tenemos la reunión anual de gestión, donde hacemos reunio-

40 Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Subsecretaría de Salud Comunitaria, Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios. Ministerio de Salud de la Nación, 2009. Disponible en <http://bit.ly/1qqHtqb>.

nes de planificación en las provincias o con los responsables y decimos “estas son las líneas del Programa, veamos como adecuarlas”, porque el Programa tiene lineamientos, elabora políticas a nivel federal y cada Programa local va a adecuar ese lineamiento en base a sus necesidades... (PN).

En la práctica la relación nación-provincias ha tenido un carácter altamente informal desde los inicios del Programa. La ausencia de convenios constituye un obstáculo a la hora de institucionalizar la articulación entre ambos niveles para fijar objetivos, metas y compromisos con mayor eficiencia.

[...] cuando empecé tuvimos una reunión de referentes y ahí cada provincia pidió todo lo que quería. Nosotros no firmamos el Plan operativo, se está dilatando, no sé qué va a pasar con eso. Por lo tanto, este año no fueron nunca los del Programa... entiendo que ellos priorizan a las provincias que tienen malos indicadores... que no somos nosotros... No lo digo por crítica. Pero la verdad es que no pudimos terminar de armar ninguna capacitación. A mí, como inicié una gestión nueva, me hubiera gustado un poco más de acompañamiento, sobre todo de salud sexual. De hecho había hablado con el Programa para capacitaciones en ANP, sobre todo en el tema de causal salud que es lo que más se hace allá y no me dieron una respuesta... (SP).

Sin embargo, hay herramientas en parte desaprovechadas, generadas a nivel nacional, que buscan ejercer la coordinación general y blindar a la política pública destinada a resguardar los derechos de las vicisitudes de la vida política y/o de la influencia de aspectos morales o religiosos de un país. En efecto, existen recursos administrativos a disposición del Ministerio de Salud de la Nación para fortalecer y ejercer el rol que se pretende de una cartera nacional, en una materia que también implica a los niveles provinciales y municipales que hasta el momento no se han utilizado. De esto da cuenta la existencia de protocolos de atención ante diversas situaciones que no son asumidos como directrices obligatorias sino como meras recomendaciones, que por no ser jerarquizadas dejan un amplio margen de maniobra a los efectores y que pueden convertirse en la principal barrera de acceso a un derecho. El ejemplo más evidente de esta realidad es el hecho de que el Hospital Posadas no sea un ejemplo “de efector” que actúa conforme los lineamientos dados por el PNSSyPR sino que, y por el contrario, se crea libre de elaborar sus propias reglamentaciones, en oposición incluso a las directivas dadas por el Ministerio mismo⁴¹.

Al mismo tiempo, hay prácticas institucionales correctas que se viven dentro de los efectores como iniciativas personales que puede perderse sin consecuencia alguna. Este es el caso de aquellas iniciativas que se tienen en el equipo de obstetricia del Hospital Posadas que entiende como una inquietud personal dar una atención integral en materia de salud reproductiva, cuando esto es algo que desde el área central del PNSSyPR se piensa como un mandato claro. La entrevistada, ante la pregunta por el tratamiento de la violencia, refiere:

Porque acá en el hospital no hay un equipo que haga violencia. ...siempre fue suma de voluntades, nunca un equipo. Eso tiene periodos en que funciona bien y generalmente termina disolviéndose. Lo concreto es que nosotros estamos tendiendo a que la salud

41 Ver informe en anexo sobre el Hospital Posadas en el cual se relata que dicho efector ha elaborado una guía para la atención de los abortos no punibles que contradice las directivas establecidas en la Guía de Atención Integral de los abortos no punibles del Ministerio de Salud de la Nación.

reproductiva no sea solamente consejería y métodos anticonceptivos, que tenga también toda la parte de violencia porque se tiende a considerar que tanto planificación familiar como salud reproductiva es consejería y delivery de anticonceptivos y esa no es la idea. (Efectora, equipo obstetricia).

vii. La relación del área central con un efector de salud que depende de Nación: el Hospital Posadas

El análisis del funcionamiento del Hospital Posadas buscó indagar y mostrar cuáles son y dónde radican las principales fortalezas y obstáculos en la implementación de un programa que se termina ejecutando de manera capilar. El Posadas es el hospital nacional de mayor complejidad que depende directamente del Ministerio de Salud de la Nación, y es una muestra interesante en el camino de robustecer la relación entre los programas centrales y los efectores finales. En la misma dirección, el análisis permite evidenciar las mejores herramientas para transitar las relaciones con las provincias, que son centrales en la articulación y ejecución de la política. En definitiva, el PNSRyPR constituye una política pública nacional delineada a partir de una ley federal, cuyos ejecutores finales son los efectores del sistema público de salud de las distintas jurisdicciones, sean estas provinciales, municipales y en una menor proporción nacionales.

En lo que a este hospital se refiere, cabe destacar que el equipo de efectores entrevistados no identificó problemas respecto de la provisión de métodos anticonceptivos por parte del Programa Nacional y, en términos generales, en ninguna de las otras líneas programáticas. Sin embargo, se observa y refiere por parte de los entrevistados poca presencia y comunicación del PNSSyPR en la dirección y/o supervisión del trabajo del hospital en el marco de su rol de rectoría. No se trabaja con los materiales o guías diseñados por el PNSSyPR, ni se han identificado mecanismos de registro de datos o estrategias de monitoreo y evaluación que sean sugeridas ni demandadas por el PNSSyPR.

Esto se profundiza en lo que respecta a la atención de los abortos legales. El dato objetivo da cuenta de que es muy baja la cantidad de consultas y de prácticas de ANP identificadas. Ello puede deberse a que, pese a la existencia de la Guía de Atención de los abortos no punibles desde el año 2007, o de su actualización en el año 2010, el equipo de ginecología, hasta el dictado de la sentencia del caso F.,A.L., ha sido objetor de conciencia y se ha negado a cumplir el deber de asistir este tipo de casos.

Luego del fallo, la situación no cambió demasiado. De hecho, desconociendo la existencia de la Guía, los equipos realizaron su propio protocolo de atención de ANP que no facilita la autonomía para decidir de las pacientes ni se adecua completamente a la sentencia de la Corte Suprema.

En una de las entrevistas al servicio de ginecología, se reconoció lo que se intenta es “que se mantenga la idea de seguir con el embarazo”. Esta misma motivación se hace visible en el protocolo interno creado por los equipos luego de F.,A.L., en el que se describe un método de consulta que incluye las siguientes tres situaciones: “si el embarazo se encuentra entre las 12 y 18 semanas, se presentarán tres escenarios en la consulta: a) continuar con el embarazo; b) trabajar sobre la posibilidad de darlo en adopción; c) decidir la madre la interrupción del embarazo”.

Esta práctica no respeta el *principio de toma de decisión libre y basada en la información* que

figura en la Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles elaborada por el PNSSyPR. En ella se establece que “La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida a juicios derivados de consideraciones personales, religiosas o de valor por parte del profesional de salud” (Ministerio de Salud, p. 31). El mismo orden de opciones señalan los efectores cuando describen la metodología de atención de las pacientes que requieren un ANP.

En el mismo sentido, en el texto del protocolo se detallan las dificultades que se pueden presentar frente al procedimiento del ANP y no se hace mención al bajo riesgo que tiene la práctica, especialmente si es realizada y supervisada por un efector⁴². Es esperable que al conocer esta parte de la información, varias mujeres declinen el procedimiento. Así lo interpreta el equipo de servicio social, que dedican parte de su trabajo a desactivar esos temores para que las pacientes puedan elegir y tomar la decisión con algún margen de autonomía.

...si una chica jovencita acompañada por un adulto que viene con poca información y plantea “yo la verdad que no quiero que mi hija no vuelva a quedar embarazada, que no pueda tener un bebé, no quiero porque está en riesgo”. Eso también hay que desandararlo, desarmarlo” (efectora, Servicio Social).

Cercanas a esta postura se encuentran las ideas que el equipo del comité de bioética considera que se deben practicar en la atención del ANP:

Lo que nosotros intentamos siempre es tratar de priorizar la autonomía de la paciente, si la paciente decide llevar adelante su embarazo... siempre es discutible el grado de libertad con el que se toman estas decisiones, pero bueno, si la paciente prefiere continuar el embarazo, se le respeta su decisión. (efector, Comité de Bioética).

Como puede verse, la atención de este tipo de casos parece estar muy influenciada por la opinión y parecer de los distintos equipos involucrados en las consultas de salud sexual y reproductiva (Ginecología, Obstetricia, Servicio Social y Comité de Bioética). Incluso, demostrando su apertura en el tema, algunos de los y las entrevistadas manifestaron que les facilitaría la tarea la provisión de misoprostol en la dosis necesaria para realizar los ANP mientras que otros, más refractarios a ofrecer este tipo de servicios, alegaron que al ser de formación médica “no los preparan para terminar una vida”. Es decir, los equipos involucrados en la atención de los ANP no trabajan articuladamente y en algunos casos tienen en una relación conflictiva entre ellos.

Al momento del trabajo de campo (hasta noviembre del año 2014), el servicio del Hospital no contaba con un dispositivo armado de consejerías pre y post aborto. Tampoco se caracterizaba por ser un servicio dispuesto a atender casos derivados de otras instituciones ni las consultas que no se enmarcaran en ANP.

Una situación parecida se vivía en relación con los servicios de atención a la violencia de género y a la violencia institucional. La primera cuestión era referida como un trabajo que se encara por parte de los servicios “de manera incipiente y autónoma”. Y en general, se percibía que los equipos no estaban formados ni disponían de estrategias para trabajar el tema.

42 Menciona el protocolo del Hospital Posadas: “en la evaluación se le aportará información respecto a las eventuales complicaciones de la interrupción del embarazo de acuerdo a la edad gestacional en la que se encuentra (infecciones, hemorragias, esterilidad gestacional secundaria, perforación y rotura uterinas, histerectomías, acretismos, dolor pelviano crónico)”.

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

En la Provincia de Buenos Aires, el recorrido fue similar al descrito en el nivel nacional, aunque con un cierto nivel de retraso. Por un lado, el reconocimiento de derechos no fue tan robusto en los comienzos y tampoco lo fue el apoyo inicial que tuvo esta política, la que no arrancó con tanta fuerza como el PN en 2005.

i. Evolución

El Programa Provincial (PP) de Salud Reproductiva y Procreación Responsable se creó en 2003 mediante la Ley 13.066. El Decreto Reglamentario Nro. 2.327 establece su implementación en el ámbito del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. El propósito del Programa es garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y procreación responsable de toda la población sin discriminación alguna (art. 2).

Sus lineamientos programáticos se basan en las definiciones del Plan de Acción de la V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Capítulo VII: Derechos reproductivos y salud reproductiva), y en el compromiso de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respecto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

Luego de su creación, se sucedieron las principales acciones en el marco del Programa:

- En 2007, mediante el Decreto 4.559 el Ministerio de Salud provincial agregó los modelos de consentimiento informado para las prácticas denominadas Ligadura de Trompas de Falopio y Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía como métodos de anticoncepción.
- En 2011 la Resolución del Ministerio de Salud N° 2/11 garantizó el respeto a la identidad de género autopercibida en el sistema de Salud.
- La Ley 14.208 de Fertilización Asistida sancionada en 2011 reconoció la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización reconocidas por la Organización Mundial de la Salud.
- En julio de 2012 se aprobó el Protocolo de atención integral de abortos no punibles de la provincia de Buenos Aires a través de la Resolución Ministerial N° 3.146/12, conforme al Fallo de la CSJN según Medida Autosatisfactiva caso F.,A.L. de marzo de 2012.

En el proceso de conformación del PP pueden distinguirse las siguientes etapas:

Inicio: como un subprograma dentro del Área Materno Infantil (2003-2009).

Institucionalización: comenzó a funcionar dentro del Área de Políticas de Género (2010-2011).

Consolidación: (de 2012 a la actualidad).

A partir de la Resolución Ministerial N° 1.395/2010, el PPSRyPR modificó su inserción institucional, pasando de la Dirección de Maternidad e Infancia a depender del Área de Políticas de Género de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Este hecho permitió un cambio de paradigma y una ampliación de la agenda del Programa.

Durante 2010 el PPSRyPR atravesó una fase de organización en la que se construyó un modelo

de trabajo en red con fuerte inserción territorial. En cada una de las Regiones Sanitarias el Programa cuenta con un Referente de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del área que tiene a su cargo las acciones concernientes a su difusión e implementación.

En esta etapa, el PPSRyPR definió un modelo de gestión integral que incluye los siguientes componentes:

- Fortalecimiento del Programa provincial, en sus aspectos técnicos, financieros y de gestión integral.
- Fortalecimiento de los Programas de SSyPR de las regiones sanitarias y los municipios.
- Sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos.
- Formación, capacitación y comunicación.
- Evaluación y monitoreo.
- Promoción comunitaria.

Entre sus principales objetivos se encuentran:

- Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana.
- Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante.
- Disminuir la morbi-mortalidad materno infantil.
- Contribuir a la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.
- Prevenir mediante información y educación, los abortos.
- Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.
- Promover la participación de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad responsable.
- Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes.
- Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual.

Actualmente, el Programa ha definido tres líneas estratégicas de intervención para la reducción de la morbi-mortalidad materna:

I. Acceso universal y gratuito a los métodos anticonceptivos, a la educación sexual integral y a las consejerías en salud sexual y reproductiva como estrategias fundamentales para la prevención de los embarazos no planificados.

II. Acceso al aborto no punible (ANP) y a las consejerías pre y post aborto como estrategias de prevención y reducción de los abortos inseguros.

III. Mejora de la calidad de atención post aborto.

Hasta 2010, el Programa dependía del área materno-infantil. A partir del año 2010 el Programa tiene autonomía, un poco hay que trabajar en este componente de la gestión del Programa, en darle sostenibilidad financiera, en formar un equipo. Éramos un Programa dentro de un área, no tenía presupuesto propio... (PN).

Entonces, la primera cuestión fuerte tiene que ver con la gestión integral del Programa, pensarlo desde la seguridad financiera, técnica, también en distintas áreas de trabajo y eso se fue trabajando transversalmente. Pensamos el campo de la salud sexual multiterminado, desde distintas disciplinas y trayectorias profesionales... (SP).

En la actualidad, el Programa se propone profundizar sus líneas de intervención focalizándose en la prevención de los embarazos no deseados. Para esto desarrolló una metodología de Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva dirigida a los equipos de salud, y capacitó a más de 500 referentes de organizaciones en derechos sexuales y reproductivos y consejerías en salud sexual. El proyecto apunta a ampliar la oferta del Programa a través de la apertura de centros territoriales que realicen consejerías.

Mientras tanto, se siguen desarrollando el modelo de gestión integral y las articulaciones interministeriales e intersectoriales, dedicando esfuerzos para conformar el Consejo Asesor del Programa provincial.

También trabajamos el post aborto desde 2011 cuando hicimos la primera compra de AMEU, con el apoyo de Maternidad de Nación, que vinieron a dar una capacitación. A partir de ahí empezamos a hacer las capacitaciones en AMEU y todo bajo el paraguas del Protocolo de atención post aborto. (SP).

Otra de las líneas prioritarias del PPSRyPR es el trabajo en la accesibilidad a los servicios de SSyPR de los colectivos LGTTB, así como a la atención integral de su salud sexual, promoviendo el ejercicio de sus derechos. En este sentido, en diciembre de 2010 el PPSRyPR participó de la Primera Jornada Nacional de Diagnóstico Participativo: diversidad sexual y derechos sexuales y reproductivos, y en el año 2011 elaboró el documento: "Diversidad: el derecho a la salud para todos y todas. Propuesta de Intervención para la mejora de la calidad de atención de la salud sexual y accesibilidad de los/as colectivos/as GLTTBI".

Finalmente, en los últimos años, el PPSRyPR desarrolló una línea de trabajo focalizada en población migrante. Durante 2012 participó de la Mesa Intersectorial sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva de las mujeres y jóvenes migrantes, a partir de la cual se generó el cuadernillo: "Migrantes y derechos a la Salud. Guía de Información y Recursos", dirigido específicamente a efectores de salud. Desde 2013 se están realizando dos proyectos de intervención en las regiones sanitarias VI y XII, con el fin de mejorar el acceso de estas poblaciones a los servicios de atención.

En términos de consolidar una política pública con perspectiva de derechos, se observa un incremento importante de la población bajo el Programa⁴³ Entre 2003 y 2009 alcanzó un total de 1.825.284 personas. Las mujeres representan el 95% (1.738.322). De ellas, el 29% (497.012) corresponde a adolescentes menores de 20 años. Los varones constituyen el 5% (86.962) y de ellos el 42.4% (36.915) son adolescentes menores de 20 años. La población adolescente total corresponde a un 29.2% del total de beneficiarios (533.927).

43 La población objetivo es toda persona que consulte el sistema público de salud, que no posea obra social ni medicina prepaga.

ii. La situación respecto de la atención de servicios de abortos legales y post abortos

Como ya dijimos, desde el año 2011 el Ministerio de Salud de la PBA lleva adelante el Plan de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en las Regiones Sanitarias V, VI, VII y XII. En ese marco, el Programa organiza capacitaciones regionales y brinda asistencia técnica y seguimiento en cada una de las Regiones Sanitarias.

El Plan incluye las siguientes estrategias de salud sexual y reproductiva:

- Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva: durante el 2011 se capacitó a más de 700 profesionales y promotores de salud en este dispositivo.
- Modelo de reducción de riesgos y daños: en total, se realizaron seis actividades mediante las cuales se capacitó a más de 250 profesionales y técnicos de efectores del primer y segundo nivel de atención, en conjunto con el PNSSyPR y FUSA (Fundación para la Salud del Adolescente).

Una de las estrategias principales del Programa Provincial de Salud Sexual para la prevención de abortos inseguros es el acceso al aborto no punible.

En el año 2012, el Programa capacitó a más de 500 profesionales de hospitales provinciales y municipales en la aplicación de este Protocolo Provincial, y en los procedimientos médicos y de atención integral de las mujeres dentro de las estrategias de reducción de la muerte materna por aborto.

Finalmente, se está desarrollando un grupo de trabajo en el primer nivel de atención, a partir de un proyecto de aborto no punible ambulatorio. Sin embargo, uno de los temas que aún no se resuelven es el acceso a la medicación para el procedimiento de los ANP, problema que se comparte a nivel nacional.

[...] compra de misoprostol, no. Si se compra el oxaprost, lo compran los hospitales para abortos no punibles ...se hizo una alianza estratégica con Santa Fe, estamos en el mismo proceso en ese sentido porque lo que se acordó fue que Santa Fe nos proveía el principio activo y nosotros veíamos el desarrollo. (SP).

Por último, entre las acciones implementadas se encuentra la actualización de un protocolo post aborto y de una mesa intersectorial para trabajar el tema.

El Programa de Mejoramiento de la Atención Post Aborto es punta de lanza para estas iniciativas, y ahí lo que hicimos fue seleccionar algunos lugares más estratégicos para que donde tengamos capacidad instalada, se pueda dar respuesta, mayor accesibilidad, instalar dispositivos para la reducción del riesgo. Por región sanitaria seleccionamos dos hospitales... (SP).

Esta instancia no gobernada expresamente por el Programa provincial convive con un gran desarrollo en relación con la prevención de embarazos no deseados, con enfoque de reducción de riesgos y daños y acceso a los abortos no punibles en Morón.

Desde 2007 vienen funcionando en Morón consejerías pre y post aborto con un enfoque de reducción de riesgos y daños, y de promoción de derechos humanos. Las consejerías actúan en el primer nivel de atención y resultan una estrategia con buenos resultados para evitar los embarazos no deseados.

Lo que comenzó como una demanda de la sociedad civil, junto con una iniciativa de los equipos de salud se convirtió en una política de Estado que fue ampliando su cobertura.

Hay trabajadores en los centros de salud que tienen también su militancia y demás y que empezaron a tomar las demandas de las mujeres que querían interrumpir sus embarazos y les dieron un lugar. Y ahí se formó una suerte de sinergia donde confluyeron laborantes recontra comprometidos con la temática, más un municipio que viene de esta experiencia y estos recorridos, y se armaron los dispositivos (referente, ONG).

...empezaron a dar respuesta en los equipos de salud a la mujer que llegaba y se empezaron a generar. Nosotros lo que hicimos fue institucionalizar el espacio, nos juntamos con todos los equipos que hacían consejerías y establecimos, primero, una serie de acuerdos para que todos manejen la misma información y hay una guía para el uso de misoprostol y acuerdos entre todos (autoridad municipal).

TABLA 6

Consultas consejerías

Año	Consultas	CAPS
2007 - 2010	35	2
2011	84	5
2012	125	7
2013	125	7
2014	317	6

Base: Programa Sexualidad Integral Morón

Actualmente funcionan consejerías en 7 de los 13 CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud), y en 2014 se efectuaron 50 ILE, 46 de los cuales fueron realizados en CAPS. A fines de 2014 se desarrolló una sesión ordinaria en la que se aprobó la creación de las consejerías para la reducción de riesgos y daños en situaciones de embarazos no planificados en todos los CAPS, que “dota al Departamento Ejecutivo Municipal de la potestad de asignar las partidas presupuestarias que fueran necesarias”.

Si bien el trabajo de las consejerías lleva varios años y forma parte de la política municipal, el inicio del mismo estuvo marcado por pujas y diferencias en los niveles jerárquicos de los servicios. De acuerdo con la experiencia de los efectores que se desempeñan en el Municipio de Morón, es necesaria una posición política firme y explícita para conseguir resultados observables y medibles.

Para garantizar el funcionamiento de las consejerías, el municipio realizó las siguientes acciones:

- Asignó presupuesto municipal a su desarrollo e institucionalización.
- Organizó capacitaciones periódicas a los equipos de salud en la temática y especialmente en reducción de riesgos y daños.
- Replicó la experiencia en los distintos CAPS.
- Desarrolló una campaña de difusión masiva, con lenguaje explícito, nombrando al dispositivo como “consejería para mujeres en situación de aborto” a través de la página web del municipio, de distribución de boletería en servicios de salud, en boletas de impuestos, entre otros medios.

- Realizó junto a los equipos de salud y a la comunidad una guía que contiene metodologías y protocolos de atención en ANP.
- Apoyó a los efectores para que replicaran la experiencia en otros lugares del país.

El objetivo de las consejerías es brindar un acompañamiento y un espacio interdisciplinario de consulta para la toma de decisiones informadas, en el marco del cual se asesora a las mujeres sobre sus derechos y sobre la forma menos riesgosa para realizar un aborto en caso de que no se enmarque en el art. 86 del Código Penal (ANP).

La provincia, al igual que la nación, no garantiza el acceso masivo al misoprostol ni los servicios de atención post aborto; tampoco se observa capacidad para generar una campaña de información pública sobre la existencia de este derecho y la consiguiente toma de consciencia por parte de los equipos y servicios de salud sobre la obligación de garantizarlo y el registro de esta práctica.

iii. La salud sexual y reproductiva y su relación con las violencias

En la provincia de Buenos Aires, el Área de Políticas de Género reúne dos programas específicos: el de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, y el de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y de Género. De manera que, si bien articulan el trabajo de la violencia, la política focalizada en esta problemática se trabaja por fuera del Programa provincial.

El Programa Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género es un órgano encargado de proponer políticas, convocar a la concertación, diseñar y ejecutar en el ámbito sanitario acciones de capacitación a los/as trabajadores del sector, de prevención, atención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y de género, para mejorar la calidad de vida de la población desde la defensa de sus derechos.

Entre sus principales objetivos, pueden encontrarse:

- Desarrollar acciones de prevención para sensibilizar a la población en general en el tema de violencia familiar y de género y concientizar a las mujeres y niñas/os sobre la defensa de sus derechos.
- Mejorar la accesibilidad y calidad de la atención a personas que viven situaciones de violencia familiar y de género, así como también el modelo de gestión en la problemática.
- Promover la instalación del Sistema Único de Registro en consenso con áreas nacionales y provinciales con incumbencia en la materia, según lo establecido por las leyes provincial y nacional vigentes.
- Mejorar el Sistema de Registro de Consultas provincial del sector salud fortaleciendo la sistematización de la información para la toma de decisiones.

Por otra parte, dentro de la Dirección General de Coordinación de Políticas de Género, del Ministerio de Justicia y Seguridad de la provincia de Buenos Aires, funcionan las “Comisarías de la Mujer”, en el ámbito de las cuales deberían funcionar equipos integrados por profesionales –psicólogos, asistentes sociales y abogados– para brindar a las víctimas de violencia un espacio institucional de escucha, contención psicológica, asistencia social y asesoramiento legal. Sin embargo, su funcionamiento ha sido puesto en cuestión por sucesivos informes del Observatorio de Violencia de Género de la Defensoría del Pueblo de la provincia.

El Programa de Atención a Mujeres víctimas de violencia (AVM), es parte del Sistema Integrado Provincial de Prevención y Atención de la Violencia Familiar. La Secretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Buenos Aires cuenta entre sus objetivos: implementar un primer nivel de atención y contención a mujeres en situación de violencia, y facilitarles el acceso a la justicia, a la salud, a la seguridad, al desarrollo social y a otros recursos que requieran para superar esa situación. A partir de julio de 2012, la gestión incorporó el seguimiento de casos a través de un equipo técnico interdisciplinario. La gestión propone acompañar a las mujeres en el proceso de salir de la situación de violencia, coordinando y articulando los recursos del Estado provincial, municipal, nacional y las organizaciones sociales.

Violencia institucional

No se identificaron políticas consolidadas en torno de la prevención y monitoreo de la violencia institucional. La creación del observatorio de calidad de la salud se puede enmarcar dentro de esta estrategia⁴⁴, pero funciona por fuera del programa provincial de salud sexual.

Las problemáticas de la desigualdad de género y la violencia también tuvieron un lugar destacado en la política del municipio de Morón. En 2004 se creó la Dirección de Políticas de Género, desde la que se promueven acciones transversales. Dentro de este marco se generó el Plan de Igualdad de Oportunidades (PIO), que implicó la conformación de 7 subcomisiones desde las que se llevan a cabo diferentes actividades en articulación con organizaciones sociales y centros de salud. El inicio de estas acciones también fue el resultado de la confluencia entre la demanda de la sociedad civil activa y con una dirigencia política receptiva, según relataron los informantes.

Entre las principales acciones pueden mencionarse:

- Centro de asistencia para mujeres Vivir sin Violencia: para enfrentar la problemática de la violencia doméstica, el municipio creó este centro que brinda contención emocional, asesoramiento jurídico y asistencia psicológica a mujeres en situación de violencia conyugal. El organismo trabaja con un equipo interdisciplinario integrado y articula con otros sectores del distrito, como la Defensoría del Pueblo, la Comisaría de la Mujer o las unidades de atención primaria.
- Plan de igualdad de oportunidades. El plan de igualdad de oportunidades entre varones y mujeres (PIO) es una herramienta de intervención sobre las desigualdades que sufren las mujeres de la comuna en sus diferentes ámbitos de desempeño. Apunta a contrarrestar las variadas situaciones de discriminación y violencia cotidiana.
- Consejo de mujeres. Es un órgano consultivo y de participación ciudadana integrado por mujeres de todos los barrios junto con organizaciones sociales vinculadas a la temática. Organizado en plenarios y comisiones, es un espacio de debate y articulación que propone actividades, proyectos y políticas relacionadas con las necesidades y las problemáticas propias de las mujeres.
- Derecho a una ciudad segura y equitativa para las mujeres: el proyecto tiene como objetivo llevar adelante un diagnóstico y un monitoreo de la perspectiva de género en la planificación y ejecución de las políticas públicas municipales respecto del tema seguridad y accesibilidad a la ciudad.

44 Disponible en: <http://bit.ly/1XhAfc7>

- Acoso sexual laboral: creación de la Ordenanza 8.723/06 que establece el procedimiento para denunciar acoso sexual en el ámbito laboral municipal.
- Extensión de la licencia por paternidad.
- Protocolo de acción para víctimas de ataques sexuales.

El municipio de Morón también promueve enfoques de trabajo de parto para garantizar el ejercicio de una maternidad respetada, basada en las preferencias y comodidades de la madre y del niño. Desde la web del municipio se promociona el bajo nivel de cesáreas que se realizan en el Hospital Municipal. También destacan el trabajo para lograr partos respetados. Finalmente, se ofrece la asistencia para las mujeres embarazadas de doulas.

En realidad, se acercaron las doulas... Fue todo un trabajo de hormiga, hay mucha resistencia, dentro del hospital tenés obstétricas muy piolas, que quieren avanzar y hacer el parto respetado y tenés gente que quiere reproducir el modo que vienen desde hace años, con mucha violencia obstétrica, con acelerar procesos naturales, induciendo partos, con todo lo que sucede. Pero se están viendo los resultados, la tasa de cesáreas es bajísima en el hospital de Morón, las doulas van cada vez más días, tienen más presencia... Hasta hace cuatro años las mujeres casi no entraban acompañadas a parir.

TABLA 7

Porcentaje de cesáreas en relación a partos

Partido de Morón	TOTAL			MUNICIPAL			NACIONAL		
	Partos	Cesáreas	R. Prc.	Partos	Cesáreas	R. Prc.	Partos	Cesáreas	R. Prc.
	7.024	2.140	30,5 %	2.733	728	26,6 %	4.291	1.412	32,9 %

Fuente: Dirección de Información Sistematizada. Subsecretaría de Planificación de la Salud, PBA.

A pesar de estos indicadores, los informantes identifican dificultades en la práctica de los médicos: resistencias ante la falta de conocimiento y de una reglamentación clara en el caso de ANP por causal de salud y por su formación dentro del modelo biomédico antes que en el de los derechos humanos y sociales.

Frente a lo que sucede en Morón, incluso con las falencias que los propios informantes identifican, en Bahía Blanca la actuación es distinta. Dentro de las áreas de salud, la salud sexual y reproductiva no es mencionada en la web ni en sus organigramas, solo aparece un taller para adolescentes, pero no se mencionan ni programas, ni indicadores, ni consejerías. Tampoco se presentan datos en los tres informes de gestión elaborados por la Secretaría de Salud del Gobierno de Bahía Blanca. Menos aún se nombran los servicios de abortos no punibles.

La difusión y tratamiento de la salud sexual y reproductiva se encuentra a cargo del Equipo de Promoción Socio Sanitaria que trabaja en los temas de promoción de la salud y prevención, pero no difunden trabajos o programas sobre el tema. Tampoco se encuentran anunciadas acciones específicas desde el municipio para prevenir los embarazos no deseados.

Las acciones vinculadas a la salud de las mujeres se centralizan en el Móvil Salud.

Respecto de la atención de los abortos legales, no se observó que exista una política pública institucionalizada sobre el tema. Las estrategias implementadas sobre ANP dependen mucho de lo que hacen los profesionales de cada equipo.

[...] como no es una política instaurada, se hace en algunos lugares y en otros no. Depende mucho del compromiso del equipo, te diría que totalmente del compromiso y de la capacitación del equipo. Y son recursos humanos que se han capacitado por fuera del sistema y pagándose su propia capacitación. Capacitaciones específicamente en aborto, no ha habido (efectora municipal).

Hasta el fallo F.,A.L. la mayoría de los efectores era objetor. En la actualidad no existen consejerías pre y post aborto en el municipio ni tampoco se desarrolló una estrategia de difusión ni monitoreo de los abortos legales. Este tipo de prácticas se realizan en el hospital Penna (provincial) por la falta de efectores de otras localidades dispuestos a realizarlos. En este contexto, más que tratarse de la realización o satisfacción de un derecho, el acceso a los abortos legales depende de la voluntad de los efectores que asesoran a las pacientes.

Se está empezando a complicar la cuestión con los abortos no punibles de la zona; porque la mayoría de los centros de salud están capacitados para realizar el procedimiento pero dicen que tienen todos objetores de conciencia, entonces mandan a las pacientes acá. Y los médicos de acá, si bien no son objetores de conciencia, no quieren ser los aborteros de la región. Además ellos saben que la mayoría de los lugares están capacitados porque es una práctica de baja complejidad (directivo, Hospital Interzonal Penna).

Bahía Blanca desarrolló acciones frente a la violencia contra a las mujeres pero no tiene un área que trate el tema de manera integral. Aunque recientemente se anunciaron dos programas: uno destinado a la atención de la violencia intrafamiliar y otro al trabajo con los agresores, ninguno tiene una relación articulada con el hospital, que es donde se reciben muchos de estos casos. El equipo demuestra interés y preocupación en la temática, pero les falta personal, infraestructura y capacitación.

En relación con la violencia institucional, no se encontraron datos ni registros de alguna política pública sobre el tema. Los profesionales del hospital declaran que en los últimos años mejoraron considerablemente las modalidades en que se realizan los partos gracias a la voluntad y transferencia de un efector. Sin embargo, los informantes describen que en la práctica encuentran muchas dificultades para poder respetarlas.

Lo del parto respetado, después de que se sancionó la ley de acompañamiento de trabajo de parto... nosotros siempre fuimos pioneros acá. Porque hay dos o tres personas con cabeza muy abierta que ya veníamos intentando hacerlo (M).

El Hospital Penna es el único establecimiento público que cuenta con servicio de obstetricia. De acuerdo al relato de los informantes, a pesar de tener el conocimiento sobre las condiciones en que deben desarrollarse los partos para adecuarse a la ley, ni la infraestructura ni los recursos humanos disponibles los hacen posibles.

Lo que no podemos lograr todavía es que no haya tanta intervención. Por una cuestión, por ahí, de tiempos y de espacio... un día como hoy la paciente pasa la puerta y ya le pusimos un suero y oxitócicos porque no tenemos cama. No podemos tener doce horas a una mujer en una evolución natural de trabajo de parto porque tenemos doce camas nada más y en lo que va de la mañana ya hicimos como seis partos. En algunas oportunidades, cuando las mujeres vienen un poquito más avanzadas y vemos que está todo bien, hacen parto vertical. Pero cuando hay mucho caos y mucho lío no... Son bastante intervencionistas. Y por comodidad también: es más fácil sacar dos trabajos y después te vas a dormir la siesta (efectora, Hospital Penna).

Hay una falta de regulación y/o coordinación que habilita la diferencia en el goce de derechos fundamentales a nivel municipal, incluso con el mismo contexto normativo a nivel constitucional y provincial. En términos de igualdad, el acceso a derechos humanos es un problema.

iv. Recursos materiales: presupuesto, insumos, materiales de comunicación y difusión

Desde 2010 en adelante se inició un proceso de paulatina consolidación, en el cual el Programa provincial logró una mayor independencia funcional (saliendo de la órbita de Maternidad e Infancia), presupuesto propio y un equipo de trabajo que le permitió estar presente en todas las regiones sanitarias.

[...] en el equipo hay una médica, una psicóloga, una abogada y una socióloga. Tiene una impronta más social que médica, porque creo que médicos ya tenemos muchos en ese tema. Yo soy licenciada en Educación. Entonces se trata de poder dar otra mirada, mirar la salud sexual en el sentido más amplio, de un proceso que acompaña la vida de las personas... (SP).

El Programa cuenta con recursos financieros propios conformados por un presupuesto anual, en el ejercicio 2013, de \$774.000 para actividades de capacitación y asistencia técnica (Partida 100 AES 0002 Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable). A la vez, el FESP ha aportado al Programa \$284.017 para supervisiones y jornadas de actualización profesional, a lo que se suma el aporte de insumos anticonceptivos de Nación.

Las autoridades de Programa reconocen que uno de los objetivos perseguidos y logrados fue la ejecución y aumento del presupuesto destinados al funcionamiento del Programa.

En relación con el presupuesto, en 2013 el monto asignado fue de \$774.000, y el devengado al 31/12/13 fue de \$746.200. Para 2014 el mismo creció en un 122%. Se asignaron \$1.715.000.

1. Capacitación y Comunicación

Desde el PP se realizan capacitaciones en distintos formatos y dirigidas a diferentes actores: capacitaciones permanentes, virtuales y en servicio. También se llevan a cabo encuentros de referentes del Programa Provincial, y Supervisiones y encuentros regionales intersectoriales. Asimismo, se realizan capacitaciones a docentes y profesionales en educación sexual integral (ESI) en el marco de la Ley Nacional 26.150. A su vez, el Programa distribuye los materiales didácticos y de difusión elaborados por el Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

Desde 2010 se realizan encuentros de referentes regionales en los que se trabajan distintos contenidos del Programa y se transfieren herramientas de gestión para el fortalecimiento de los Programas Regionales. En los encuentros se trabajan contenidos de salud y se brindan herramientas de planificación y gestión local; anticoncepción quirúrgica; sexualidad y adolescencia; aborto no punible; atención post aborto; sistema de información y de aseguramiento de insumos, entre otros.

Los ejes temáticos de las actividades de capacitación son los siguientes:

- Género y Derechos sexuales y reproductivos.
- Consejerías en salud sexual y reproductiva destinada a jóvenes y adultos/as.
- Consejerías post aborto.
- Sexualidad adolescente.
- Violencia de género y violencia sexual.
- Accesibilidad a los servicios de SSR (ANP, poblaciones vulnerables, etc.).
- Actualización y uso de MAC.
- Aborto.
- SSR en adolescentes.

Las autoridades del Programa destacan que, además de funcionar como herramienta de actualización, los encuentros que se realizan en el marco de las capacitaciones funcionan como espacios para fortalecer la articulación del Programa con las regiones sanitarias y los municipios.

El Programa ha elaborado diversos materiales de difusión. Entre ellos se destacan los del Programa Provincial, la edición de un libro y la elaboración de herramientas para consejerías en salud sexual y reproductiva.

En 2011, el PP inició una campaña de comunicación destinada a la población adolescente. La campaña Sexualidad Es Placer incluye la capacitación a educadores y una obra de teatro itinerante con charlas informativas.

Los contenidos de la campaña de comunicación son:

1. El Programa Provincial de Salud Sexual y de los Derechos Sexuales y Reproductivos y su difusión.
2. Los estereotipos de género y las formas de eliminarlos.
3. Los métodos de anticoncepción ideales durante la adolescencia.
4. El uso correcto del preservativo.
5. El uso correcto de las pastillas.

Por otra parte, se presentó la campaña provincial “Gestando el Cambio” que tiene como objetivo articular e impulsar acciones de prevención y sensibilización, tendientes a promover el buen trato en los servicios de salud. Esta campaña forma parte del plan integral contra la violencia de género “Mujeres por la Paz-Maltrato Cero”, que lleva adelante el ejecutivo provincial en articulación con el Consejo Provincial de las Mujeres y el Ministerio de Salud. Incluye material gráfico, audiovisual y de capacitación de equipos sanitarios que pueden verse en los hospitales y centros de salud de la Provincia. El foco se encuentra en el derecho al parto respetado y en la atención adecuada de las mujeres, niñas y adolescentes en situación de aborto.

También el Programa articula con referentes de instituciones de la sociedad civil, de organizaciones comunitarias y de movimientos sociales que se realizan actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos, y tienen incidencia en el espacio público para el mejoramiento del acceso y el efectivo uso de los servicios. Desde 2010 se cuenta con una política sostenida de capacitación a manzanas y promotores de salud en SSyR. En este sentido, también se ha iniciado un trabajo articulado con el Equipo de capacitación de la Secretaría de Género de CTA bonaerense y con el proyecto de voluntariado “Mujeres, Salud e inundaciones” de la Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la Universidad Nacional de La Plata⁴⁵.

2. Evaluación y Monitoreo

El Programa conformó un sistema de información y monitoreo que se nutre de numerosas fuentes:

- Formularios que completan los efectores, y a partir de los cuales el referente regional confecciona un consolidado.
- Formularios Remediar, que dan cuenta de los insumos distribuidos y los stocks de salud sexual en los CAPS, así como de las cantidades absolutas de entrega de insumos de salud sexual por efector.
- Planillas de adquisiciones del Programa provincial que permiten obtener datos sobre los insumos entregados a cada región sanitaria.
- Sistema Informático Perinatal.
- Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Salud, Capítulo de SSyR, que proporciona información de cuidados anticonceptivos.
- Registro de atención primaria SUR.
- Bases de la Dirección de Información Sistematizada de la Subsecretaría de Planificación de la Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

A partir de los datos adquiridos por estas fuentes de información, el Programa construye indicadores para su propio desarrollo.

El Plan Quinquenal del Ministerio de Salud, por su parte, monitorea los siguientes datos:

1. Porcentaje de MAC entregados.
2. Porcentaje de regiones sanitarias que realizan vasectomías y ligaduras tubarias.
3. Porcentaje de hospitales provinciales con consejerías integrales en salud sexual.
4. Porcentaje de regiones sanitarias que presentan planilla de registro de entrega de insumos al Programa.

⁴⁵ Dirigida a militantes territoriales y sindicales, participaron unas cincuenta referentes de espacios y organizaciones como CTA, SUTEBA, FTV MILES, La Cámpora, Más y Mejor Empleo (Juventud CTA), UNLP y Mujeres en Movimiento, provenientes de distritos como Pehuajó, José C. Paz, San Miguel, Malvinas Argentinas, Lanús, Avellaneda, Berazategui, Florencio Varela, Ituzaingó, Morón, La Plata, Punta Indio y La Matanza. En el proyecto con el Movimiento Evita se ha capacitado y conformado espacios con las referentes de las localidades de La Plata, Berisso, La Matanza, Berazategui, Moreno, Ituzaingó y Mar del Plata. Con la CTA, se ha trabajado con referentes de Punta Indio, Zárate, La Matanza, San Miguel y Mar del Plata.

5. Número de campañas comunicacionales de derechos sexuales y reproductivos.
6. Número de talleres de capacitación realizados en escuelas, comunidad y equipos.

Durante 2011 se trabajó en conjunto con el área de Políticas de Género, la Dirección de Información Sistematizada y la Subsecretaría de Planificación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en la construcción de una línea de base sobre la salud de las mujeres.

Asimismo, ese mismo año el Programa realizó un estudio sobre atención post aborto en hospitales provinciales. Para tal fin se seleccionaron 8 hospitales de la región sanitaria XI y VI que contaran con más de 1.500 partos anuales y que fueran amigables para el desarrollo del trabajo. El mismo se llevó a cabo en conjunto con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación/PNUD/UNFPA.

Estos estudios permitieron fortalecer los procesos de planificación y gestión basados en evidencias del Programa, lo que fue tenido en cuenta para priorizar las acciones de 2012.

Desde 2010, el PPSRyPR difunde la línea 0800 Salud Sexual de atención telefónica gratuita y confidencial del Ministerio de Salud Nacional. Esta línea ofrece información y asesoramiento sobre temas de sexualidad, acceso a métodos anticonceptivos, derechos sexuales y reproductivos, y ofrece información actualizada de los servicios de atención localizados en toda la provincia de Buenos Aires. Todo esto constituye una herramienta más que permite al Programa realizar un monitoreo de su funcionamiento en las regiones y municipios, y de la accesibilidad de la población a los servicios.

Durante 2011 se construyó un diagnóstico participativo por medio de talleres en las Regiones Sanitarias, con referentes del Programa.

Los principales problemas detectados fueron los siguientes:

- Debilidades en el conocimiento de los profesionales y trabajadores de los servicios en consejerías de salud sexual.
- Insuficiencia de conocimiento por parte de los profesionales sobre los derechos reproductivos de la población.
- Dificultades por parte de los efectores al momento de entregar información al Programa.
- Obstáculos en la resolución de casos de aborto no punible.
- Dificultades en el acceso a servicios de salud sexual y métodos anticonceptivos de poblaciones LGTTB.
- Falta de conocimiento de las herramientas de programación local por parte de los referentes.
- Dificultades en el acceso a métodos anticonceptivos en algunos efectores.
- Dificultades en el acceso a ligaduras tubarias y vasectomías.

Lo interesante es que, a poco de andar, ya se habían generado desde la gestión centralizada una serie de acciones que respondían a esas necesidades y tenían como objetivo abordar los problemas detectados⁴⁶.

46 Como respuesta a nuestro pedido de informes, se realizó la primera edición del Posgrado en Derechos Sexuales y Reproductivos

3. Insumos

Se distribuyeron más de trece millones de insumos y tratamientos que incluyen DIU, ACO, ACO LAC, inyectables, AHE y preservativos. Mediante compra provincial, se adquirieron los insumos para AMEU y se iniciaron las capacitaciones de los equipos de hospitales provinciales para trabajar con estos materiales.

4. Otras herramientas: producción de conocimiento

El Programa ha realizado las siguientes investigaciones entre los años 2011 y 2014:

- Primer informe de situación de salud de las mujeres, Gianna, A. y Comes, Y. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2011.
- Actitudes de los profesionales frente a las mujeres que ingresan en situación de post aborto. Región XI y VI. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2011.
- Estudio de accesibilidad al Programa de Mujeres Migrantes, Marisa Matía, Vanesa Vázquez Laba. Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y PNUD, 2012.
- Accesibilidad al Programa de salud sexual en regiones seleccionadas, Beca Carrillo Oñativia, Marisa Matía. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2013.
- Estudio de adherencia de Implante subdérmico en población adolescente. Ministerio de Salud de la Nación y Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2014.

v. Otros recursos

El Programa cuenta con una red de referentes en las 12 regiones sanitarias. Dichos actores son los encargados de llevar adelante las acciones del Programa conforme al diagnóstico local a los planes operativos regionales. Este aspecto no es menor si tenemos en cuenta que en esta provincia es necesario materializar acuerdos que permitan desarrollar una política pública con un cierto nivel de descentralización, atento a la competencia municipal del primer nivel de atención.

Por ello, puede ser relevante que desde el área central se haya impulsado la adhesión –mediante Res. Ministerial 56/12– a los protocolos y guías de atención del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el marco del Plan Sumar.

En la provincia, se identifica que en esta instancia se hace necesario el mensaje político.

con perspectiva de género, en convenio con la ONG Católicas por el Derecho a Decidir y la Universidad Nacional de La Plata. Se realizaron más de veinte capacitaciones en Consejerías de Salud Sexual y Reproductiva. Se realizaron más de 30 capacitaciones sobre accesibilidad a métodos anticonceptivos. Se realizó una Jornada Provincial de Actualización Profesional en MAC a cargo de AMADA. Se inició una ronda de capacitaciones en programación local. Se incorporó el Protocolo de Mejora de la Calidad de Atención Post aborto del Ministerio de Salud nacional.

Creo que acá fue fundamental que quedara claro cuál es la decisión y la línea por la que va el municipio y eso ayuda mucho, primero porque el que lo quiere y está muy convencido se siente respaldado y acompañado y el que no, también le queda claro que igual tiene que ir por esa línea, entonces la verdad es que eso ayuda un montón. Pero aparte la verdad es que en el último año y medio tuvimos unos cambios de jefatura que cambió totalmente la visión y los jefes, digamos, ayudan un montón (personal del Hospital).

Los medios que yo encontré y que pude utilizar acá en el hospital son estos que yo te cuento, un claro acompañamiento y decisión política desde lo institucional en el municipio que, en este caso, como es un hospital municipal pesa mucho, por ahí en hospitales provinciales es distinto, pero la verdad que acá queda muy claro que estamos dentro de un sistema de salud municipal, hay una carrera municipal de salud, que también tiene mucha historia y que el personal de acá la valora mucho por muchos beneficios que le da y entonces se respeta bastante la rectoría de la secretaría de salud. Eso se combinó con que salió el fallo F.,A.L., el municipio sacó una ordenanza al respecto, el colegio médico saca un comunicado... cuando se pudo garantizar todo ese paraguas, las prácticas salieron (directivo del Hospital).

vi. La capacidad de coordinación o de ejercer rectoría en general

Teniendo en cuenta que a partir de 2012 se consolidan las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en la provincia de Buenos Aires, se apunta a promover la gestión integral del Programa, el trabajo en red y las articulaciones inter e intra sectoriales, con el fin de fortalecer la política pública de ampliación de derechos sexuales y reproductivos.

La forma que tuvo la gestión centralizada de responder a la vasta extensión de su territorio fue sumando aliados en esta materia, aumentando un poco más el desafío que implica programar una política pública que se ejecuta de manera tan descentralizada. Así, conforme lo refiere el informe de gestión y los informantes entrevistados, a los efectores de salud se le suman otros organismos e instituciones gubernamentales que también entregan métodos anticonceptivos: 10 universidades, 29 Centros de Integración Comunitaria (CIC) y otras 29 instituciones de diversa índole; alcanzando a un total de 2.206 espacios en los que se brinda este tipo de servicio.

TABLA 8

Número total de efectores públicos de salud de la provincia que distribuyen MAC, año 2012

Total en la jurisdicción			Total en la jurisdicción que distribuyen MAC		
CAPS	Hospitales *	Total	CAPS	Hospitales	Total
1793	345	2138	1666	219	1885

* 70 hospitales provinciales / 275 hospitales municipales

En los últimos dos años, la capacidad de coordinación a nivel provincial se vio robustecida. En particular, la alianza estratégica con actores sociales produjo un amplio impacto que permitió amplificar las posibilidades del Programa, que cuenta con poco personal aunque este está muy capacitado, comprometido y multidisciplinario. Ello, a la vez, repercute en la generación de poder a través de recursos ideológicos⁴⁷ que tienden a compensar la poca gravitación de los recursos políticos que se perciben respecto de estos temas, en los que la disputa cultural, moral y religiosa tiene una incidencia directa, como demuestra la diferencia en el acceso a ciertos derechos en dos municipios (Morón y Bahía Blanca). Esto muestra, además, que existen brechas que deben abordarse activamente.

Es necesario destinar esfuerzos para dirigir el avance de la política pública en un mismo sentido, aspecto que se aborda –y en un punto logra minimizarse– a través de la relación fluida del Programa provincial con los referentes de las regiones sanitarias. También se comparte el gran desafío de llegar con lineamientos precisos y fundamentos claros a todos los efectores, de alta y media complejidad y al primer nivel de atención. Sin embargo, una ausencia de lineamientos no es sinónimo de vacíos. Puede, desde el escenario municipal, impactar muy favorablemente en la salud de la población en general y en la salud sexual reproductiva en especial.

En Morón, por ejemplo, se describe cómo el proceso político del municipio atravesó tres etapas en esta dirección. Una primera de recuperación y revalorización del sector público, que buscó ampliar y garantizar el acceso de la población a la salud. Una segunda preocupada por calificar y fortalecer los servicios de atención primaria; y una tercera dispuesta a diseñar e implementar una metodología de trabajo intersectorial que privilegien los abordajes integrales.

[...] la última etapa nosotros la denominamos “abordajes integrales” porque los problemas sociales tienen complejidad y el Estado, habitualmente, compartimenta su respuesta. Por eso se armó una mesa para pensar el territorio, que dé respuesta desde las distintas áreas de una forma más interactiva (autoridad municipal, Morón).

En línea con este enfoque, una de las principales acciones efectuadas por el gobierno municipal fue el establecimiento de un Sistema Único de Atención Municipal (SUM) para atender la salud de los ciudadanos. Según cifras oficiales, en Morón aproximadamente 100 mil personas carecen de obra social, y más del 60% de la población que se atiende en el sistema de salud municipal pertenece a otros municipios.

Las normativas definen a la política de salud a partir de ciertos contenidos y principios:

1. Gratuidad en la atención, tanto para residentes como para no residentes en el distrito.
2. Universalidad de la cobertura.
3. Integración del sistema municipal en la red pública de servicios de salud, que articula estrategias de referencia y contra referencia entre efectores municipales y otros nacionales y provinciales con sede en el Municipio.
4. Accesibilidad, que garantiza que la población pueda acceder sin obstáculos ni barreras al SUM.
5. Equidad en salud, para que toda persona que acuda a cualquier efector de salud del municipio reciba la misma calidad de cuidados/atención.

47 Ver el punto II.2.

6. Participación comunitaria, mediante la creación de Consejos de Salud territoriales en la fomenten la participación desde las secretarías de los territorios y desde los centros de salud del municipio.
7. Articulación del sistema compuesto por los 13 CAP y los 2 hospitales públicos ubicados en el territorio que no dependen directamente del Municipio (el Interzonal de Agudos Luis Güemes, provincial, y el Alejandro Posadas, nacional), el Hospital Municipal Ostaciana B. de Lavignolle, el Centro para Mujeres en Situación de Violencia Conyugal “Vivir sin Violencia”, el servicio de emergencias SAME y el Centro Municipal de Atención Animal (CEMSA).

Desde la perspectiva de uno de los referentes de la gestión municipal, ciertos objetivos perseguidos por las normativas se vinculan con una política que promueve la descentralización y que persigue la participación comunitaria.

Se conformaron siete UGC, Unidades de Gestión Comunitaria, que sería la descentralización de muchísimas cuestiones, que la gente no tiene que acudir al municipio, sino que tiene un lugar en su territorio para acercarse (autoridad municipal, Morón).

Con ese objetivo, también se destinan esfuerzos para generar protocolos de atención ante diversas situaciones pero que no son asumidos como directrices obligatorias sino como meras recomendaciones. A la vez, se requiere de un esfuerzo de coordinación entre las distintas áreas del Estado provincial y el nivel municipal.

También se observan grandes desafíos en el acceso a las interrupciones legales del embarazo, que se están encarando a través de medidas específicas y que podrían mejorarse si se apoyaran en buenas prácticas existentes (como las que tienen lugar en el municipio de Morón), para extender sus efectos al resto de la provincia. En este municipio se desarrollan las consultoría pre y post abortos y los programas que tienden a mitigar la violencia obstétrica en ocasión de parto.

Conclusiones parciales

Destacamos el impacto que tuvo el traspaso del PPSRyPR de la Dirección de Maternidad e Infancia al Área de Políticas de Género de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud. Este hecho permitió un cambio de paradigma y una ampliación de la agenda del programa, y a la par se construyó un modelo de trabajo en red con fuerte inserción territorial. En cada una de las regiones sanitarias el Programa cuenta con un referente de salud reproductiva y procreación responsable del área que tiene a su cargo las acciones concernientes a su difusión e implementación.

El PPSRyPR definió como prioritario el fortalecimiento del programa provincial, en sus aspectos técnicos, financieros y de gestión integral, a la vez que fortaleció los programas de SSyPR de las regiones sanitarias y los municipios. Identificó la necesidad de avanzar en el sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos, la formación, la capacitación y comunicación, evaluación y monitoreo y la promoción comunitaria. A la vez, se permitió establecer prioridades dentro de esta programación más general⁴⁸.

48 Desde el año 2011, el Ministerio de Salud de la PBA lleva adelante, a través de los Programas Génito Mamario, Maternidad Infancia y Adolescencia de la Dirección Provincial de Atención Primaria de la Salud y la Dirección Provincial de Hospitales de la Subsecretaría de Coordinación y Atención de la Salud, el Plan de Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de la Adolescente en las Regiones Sanitarias V, VI, VII y XII. En dicho Plan, el Programa organizando capacitaciones regionales y brindando asistencia técnica y seguimiento en cada una de las regiones sanitarias.

El acceso al aborto no punible se planteó como un objetivo prioritario. En este camino, realizaron actividades de sensibilización, asistencia técnica y capacitación dirigidas a decisores políticos, equipos de salud, funcionarios del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y legisladores/as. Esto fue acompañado de una fuerte campaña de capacitación a más de 500 profesionales de hospitales provinciales y municipales, en la aplicación del protocolo provincial y de los procedimientos médicos y de atención integral de las mujeres en el marco de las estrategias de reducción de la muerte materna por aborto.

PROVINCIA DE CHUBUT

La red de Salud Pública en la provincia del Chubut está constituida por 153 efectores distribuidos de la siguiente manera:

- 31 hospitales: 1 regional, 3 zonales, 2 sub-zonales y 25 rurales.
- 65 CAPS (Centros de Atención Primaria de Salud).
- 52 puestos sanitarios.
- 5 CeSIA (Centros de Salud Integral para Adolescentes).

Además, se han concretado importantes avances en el campo de la salud sexual y reproductiva: disminución de embarazos en edades tempranas, adhesión al uso de anticonceptivos, no objeción a la anticoncepción quirúrgica, atención de abortos no punibles, compra de misoprostol para ANP, reducción de riesgo y daños ante embarazos no planificados, entre otros. No obstante, la accesibilidad es notoriamente desigual entre las zonas urbanas y rurales.

Los efectores están distribuidos en cuatro áreas programáticas (Norte, Centro, Sur y Noroeste). Cada área tiene un hospital de cabecera que recibe derivaciones de los CAPS y hospitales rurales. Por su parte, cada hospital rural, extiende su atención a los puestos sanitarios de los parajes más próximos. Más del 60% de la población de la provincia se atiende por el sistema privado de salud (medicina pre-paga y obras sociales) y alrededor del 40% de la población solo accede a la atención pública de salud, promedio que varía de acuerdo a la ciudad.

i. Evolución

En la provincia de Chubut, a pesar de tener la Ley 4.545 del 2003 que crea el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, no se observa un nivel de desarrollo institucional acorde con su historia. La forma en que están organizadas las tareas del Programa –apoyado en el primer nivel de atención y en los servicios de adolescencia (CeSIA)–, hacen que el grado de institucionalización de esta política dependa de una impronta personal y no ya de una cultura institucional que oriente al crecimiento de la política. El programa provincial depende presupuestariamente de áreas que tienen objetivos más amplios (Hospitales o Dirección de Farmacia). Chubut tampoco cuenta con un equipo central que se haga responsable del diseño e implementación de la política pública a nivel provincial (en un territorio muy extenso y con grandes diferencias), sino que tiene una sola persona a cargo. No obstante, el comprometido liderazgo de dicha persona desde sus inicios, marcó una tendencia que demostró la importancia del primer nivel de atención en la realización

de la SSySR. En esta provincia, los CeSIA cumplen un rol estratégico en el acceso de la población adolescente a la atención, y funcionan como un efector destacado del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. Esto posibilita que una proporción importante de los casos de ANP se resuelvan en el primer nivel de atención y, en particular, en los CeSIA, lo que significa un gran avance.

El CeSIA Madryn se conformó en 1987, basando sus intervenciones en el enfoque de salud integral en la adolescencia, articulado en red con diversos actores locales, desde escuelas, clubes, centros culturales hasta organizaciones sociales, adolescentes y sus familias. La metodología de trabajo combinó capacitaciones sistemáticas en salud sexual y reproductiva a diversos actores, tanto de salud como del sistema educativo. A partir de estas estrategias de sensibilización y entrenamiento, se instaló un espacio de encuentro masivo, “Primavera en el cuerpo”, dirigido a adolescentes, para facilitar su acceso a la atención de la salud.

[...] hay accesibilidad y comodidad para la autoadministración de métodos anticonceptivos. Los preservativos están afuera, en la sala de espera; la anticoncepción de emergencia, en cada escritorio de los que atendemos como para dárselos cada vez que vienen aunque no lo pidan, le preguntamos si quieren y se lo damos. Bueno, yo creo que eso también genera comodidad, y aprendizaje obviamente (SP).

El equipo central de programa es unipersonal. Desde el nivel central se reconoce la necesidad de sumar al menos 3 integrantes para armar un equipo: 1 administrativo/a, 1 médico/a generalista o ginecóloga, 1 psicóloga. Además es deseable contar con profesionales de ciencias sociales o de la comunicación y del área legal.

Es decir, el mayor acompañamiento al Programa viene desde los equipos de adolescencia. También se trabaja con otros sectores, especialmente Educación y Justicia y con médicos/as de CAPS y hospitales rurales. El Programa a nivel central solo cuenta con una coordinadora provincial, que también se ocupa de coordinar el Programa de Salud Integral en la Adolescencia.

Respecto de la maternidad en la adolescencia, la proporción de partos ha descendido significativamente en la provincia en la última década. El 2001 representaba el 19.5% del total de nacimientos, y en el 2012 esa proporción disminuyó al 14.9%, tal como puede observarse en la tabla y en el gráfico que se presentan a continuación:

Desde el Programa Provincial, ese descenso se lee en relación con la estrategia de prevención y acceso a MAC promovida en la provincia, en particular con el acceso a la anticoncepción de emergencia. A la vez, esto podría explicar a los atrasos en la provisión de métodos anticonceptivos (colocación de DIU), la atención de los casos de abortos incompletos con las mejores prácticas (AMEU) en los niveles de mediana y alta complejidad, y en la demanda insatisfecha de capacitaciones en esas temáticas, que dependen mayormente de otros niveles de atención o de las propias capacidades del área central.

TABLA 9

Efectores de salud de Chubut en los que se ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva

SERVICIO	CANTIDAD DE HOSPITALES
Consejerías de embarazo no deseados	<p>En CeSIA (Centros Salud Integral Adolescentes) de Trelew, Madryn, Esquel y Comodoro Rivadavia.</p> <p>25 hospitales rurales</p> <p>11 CAPS de Trelew</p> <p>2 CAPS de Esquel</p> <p>3 CAPS de Madryn</p> <p>2 CAPS de Rawson</p> <p>2 CAPS de Comodoro Rivadavia</p>
Atención post aborto	<p>En 7 hospitales, cuando es necesario hospitalizar, realizar AMEU o legrado.</p>
Ligadura tubaria	<p>En 6 hospitales: Trelew; Madryn; Comodoro Rivadavia; Esquel; Rawson; El Maitén.</p>
Vasectomía	<p>En 4 hospitales: Madryn; Comodoro Rivadavia; Esquel; Rawson.</p>
Adolescencia	<p>5 hospitales tienen centros diferenciados para adolescentes y en todos los casos está en un edificio cercano al Hospital pero separado.</p> <p>Los adolescentes que consultan en hospitales o CAPS también son atendidos.</p>
Consejería integral en salud sexual	<p>Se realiza en el 1° nivel de atención y en los 25 hospitales rurales e integra la consejería a la consulta. Hay consultorios exclusivos para la consejería solo en los centros para adolescentes.</p> <p>Los consultorios de salud sexual y reproductiva tienen equipos de salud especialmente entrenados en consejería y asesoramiento en métodos anticonceptivos y salud sexual y reproductiva en general.</p>

TABLA 10
Evolución de los nacimientos de madres adolescentes

Año	Total de nacimientos	Nacimientos / edad de la madre					
		10 - 14	%	15 - 19	%	Adolescentes	%
2001	8296	52	0.6	1568	18,9	1620	19.5
2002	7956	64	0.8	1355	17,0	1419	17.8
2003	8095	33	0.4	1354	16,7	1387	17.1
2004	8455	36	0.4	1475	17,4	1511	17.9
2005	8485	36	0.4	1396	16,5	1432	16.9
2006	8940	48	0.5	1525	17,1	1573	17.6
2007	9143	30	0.3	1561	17,1	1591	17.4
2008	9714	51	0.5	1526	16	1577	16.2
2009	9866	46	0.5	1541	15,6	1587	16.1
2010	9859	45	0.5	1531	15,5	1576	16.0
2011	9647	44	0.5	1490	15,4	1534	15.9
2012	9485	39	0.4	1374	14,5	1413	14.9

Gráfico 2

Nacimientos de madres adolescentes de 10 a 19 años.
Provincia del Chubut. Periodo 1995-2012



ii. La situación respecto de la atención de servicios de abortos legales y situación post abortos

En el abordaje de la problemática de ANP, el equipo interdisciplinario del CeSIA enfatiza el análisis de los factores de riesgo para la salud – en sus dimensiones física, psicológica y social– como motivo para acceder a un ANP. Las estrategias diseñadas son:

- Eliminación de barreras en el acceso a través de la concientización de todo el personal del equipo de salud.
- Atención personalizada para la contención y acompañamiento en la libre decisión basada en la información.
- Provisión de misoprostol.
- Control y elección del método anticonceptivo post aborto.

Esto se evidencia en la visibilización y en la tolerancia institucional respecto de estas prácticas y de los recursos disponibles para realizarlas: stock de oxaprost en las farmacias hospitalarias, registro de la práctica de ANP, instalación de dispositivos como las consejerías de reducción de riesgos y daños (consejería pre y post aborto).

La provincia implementa un trabajo de consejería mediante el modelo de reducción de riesgos y daños, que tiene sustento ético y legal basado en el derecho a la salud, a la confidencialidad y a la información, y enmarcado en los principios de autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Entre 2010 y 2013, se realizaron 159 ANP en los hospitales de 5 localidades. Para mostrar el perfil de los casos de ANP, se presentan a continuación los datos del registro en 3 hospitales provinciales (hospitales de Trelew, de Puerto Madryn y de Comodoro Rivadavia) durante el período 2010/2011:

TABLA 11

Registro de abortos legales (ANP) en tres hospitales provinciales de Chubut, según causas. 2010/2011

Lugar	Total	Causal violación	Causal salud	Adolescentes	Adultas
Trelew	9	7	2	5	4
Puerto Madryn	9	5	4	5	4
Comodoro Rivadavia	2	2	0	1	1
Total	20	14	6	11	9

Como puede observarse, en los hospitales es mayor la prevalencia de ANP por causal violación y en la mayor parte de los casos se trata de mujeres adolescentes. Al regular y garantizar los servicios, se evidencian aspectos que de otra manera permanecerían ocultos, tales como el sistema de plazos y la necesidad de establecer una regulación sobre la objeción de conciencia. Por otro lado, se adquiere una gran experiencia en lo que se refiere a las causales que habilitan una interrupción del embarazo. Una proporción importante de ANP se resuelve en el primer nivel de atención.

Sin embargo, en el segundo nivel, hay regiones en las que el sector público no provee estos servicios aduciendo objeción de conciencia, con lo cual se debe acudir al sector privado. Esto evidencia que resulta central de contar con un desarrollo armónico de los recursos que son constitutivos de una capacidad de coordinación.

Es necesario que se destinen esfuerzos para consolidar la política pública que interesa en el nivel provincial, donde el poder se alimenta con aportes de recursos de tipo político, administrativo y presupuestario, y así apuntalar lo logrado en el aspecto normativo. Como en las demás jurisdicciones, no se detectan acciones estructurales que muestren la voluntad de trabajar en la violencia institucional y obstétrica.

iii. La salud sexual y reproductiva y su relación con las violencias

En relación con la violencia sexual, según la Resolución N°392/2009 para la Atención de Violencia Sexual del Ministerio de Salud de Chubut, la provincia debe brindar servicios con atención integral a víctimas de violencia sexual, incluyendo profilaxis VIH y ITS, anticoncepción de emergencia y referencia a servicios de salud mental.

Si bien la provincia no dispone de servicios exclusivos para atención de violencia sexual, se distribuyó un protocolo de atención, equipo para toma y preservación de muestras y pruebas, e insumos para prevención de embarazo, ITS o VIH en 31 hospitales, 5 centros para adolescentes y 65 CAPS. El protocolo fue desarrollado por el programa provincial con la participación de diversas instituciones de salud y del Poder Judicial, para estandarizar una serie de vinculados a la atención de las mujeres víctimas de violencia sexual en el sistema de salud.

Violencia institucional

Si bien algunos servicios hospitalarios de tocoginecología y obstetricia tienen equipo y ámbito disponible para facilitar la modalidad denominada “parto humanizado”, no es una modalidad de atención instalada en los efectores de salud. Los mismos efectores entrevistados mencionaron situaciones de maltrato y violencia obstétrica, especialmente en los casos de aborto. Pero no se cuenta con un registro de denuncias que pueda mensurar las dimensiones del problema. En este marco, el Programa Provincial tiene programadas acciones de sensibilización y capacitación al personal de salud que trabaja en la atención de las mujeres embarazadas.

iv. Recursos materiales: presupuesto, insumos, materiales de comunicación y difusión

Como se mencionó al inicio, si bien el Programa se aplica en todos los efectores provinciales, los CeSIA son el efector más fortalecido para el abordaje de las problemáticas de salud sexual y reproductiva. Cuentan con un equipo especializado e interdisciplinario conformado por médicos

generalistas, enfermeras, psicólogos, psicopedagogos, obstétricas, nutricionistas, trabajadores sociales, pediatras, toco ginecólogos, profesores de educación física y otros. Este equipo desarrolla acciones preventivas, de capacitación, de atención de consultas y tratamiento, y cuenta con un espacio propio orientado al trabajo con población adolescente.

Según los registros de 2013, el Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable llegaba a 26.000 mujeres usuarias, cubiertas por el sistema de aseguramiento de insumos, de las cuales el 35% es menor de 20 años.

1. Presupuesto

En 2013 se ejecutaron \$541.350 para compra de anticonceptivos inyectables y de emergencia. También el misoprostol se compró con el presupuesto provincial. Asimismo, se estimó un presupuesto de \$50.000 para capacitaciones a efectores de salud. Los \$600.000 ejecutados como presupuesto 2013 corresponden a fondos provinciales y van al presupuesto de la Dirección de Maternidad Infancia y Adolescencia y a la Dirección de Farmacia.

2. Insumos

La canasta de insumos en general se provee por el PNSSyPR. Aunque se señalaron algunas dificultades, pudieron sortearse, excepto con los tests de embarazos, cuya entrega se discontinuó y hubo que comprarlos. El PP entrega sobre todo la droga que se requiere para los servicios de abortos legales.

v. Otros recursos

En términos generales, esta estructura de funcionamiento propició algunos avances del Programa, el establecimiento de un muy buen servicio para la adolescencia en materia de salud sexual y salud reproductiva y el acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia.

Por otra parte, logró ser vanguardia en materia de acceso a los abortos no punibles, debido a la conjunción de voluntades que aprovecharon una oportunidad para avanzar en la protección de derechos. Fue fundamental la existencia de una ley provincial que protocolizara la actuación del sistema de salud frente a un caso de embarazo que encuadre dentro del art. 86 del Código Penal. La ley fue impulsada por el mismo Programa y su promulgación fue resultado de la suma de distintos actores, especialmente del Poder Judicial y del Poder Legislativo, lo que también sirvió para determinar el rol y las responsabilidades del Poder Ejecutivo.

El planteo fue: el Código es claro, pero no para todos. Sin salirse de la letra de lo que marca, ¿se puede hacer una ley innecesaria (porque, si el Código lo dice, ¿para qué vas a hacer una ley?; si está en la Constitución, ¿para qué vas a hacer leyes que digan lo que ya dice la máxima Ley?) pero una ley que sea explicativa, más procedimental? “Sí”, dijo el juez Miquelarena, “se puede”. Al otro día estuvo la ley en la legislatura. Mariana Ripa la trabajó, la presentó y fue aprobada por unanimidad. Y al mes siguiente se hizo la resolución de adhesión a la guía de procedimientos de Nación porque es buenísima; en lugar de elaborar un protocolo, adherimos al nacional, y el nacional se modificó con la ley nuestra... (SP).

Conclusiones parciales

El Programa es punta de lanza y vanguardia en la temática. La política de avanzada en temas de salud sexual y reproductiva se instaló primero en la atención de adolescentes. A pesar de conformar un sector que habitualmente encuentra barreras de acceso, esto desarmó las dificultades.

Respecto de los abortos no punibles, en la provincia se compra misoprostol y está disponible en las farmacias hospitalarias. Así se logra garantizar la realización de ANP en hospitales y CAPS. Además se trabaja en orientación en opciones para la reducción de riesgos y daños en los CeSIA y CAPS de toda la provincia. De esta forma se logró una disminución de la fecundidad adolescente y de la mortalidad materna.

Sin embargo, también enfrenta barreras de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Como surge de la información brindada, en la realización de estos derechos repercuten las ideologías personales que se anteponen a las normas, así como los intereses comerciales que imponen una diferencia en la atención en el sector público respecto de la que se brinda en el privado. En un contexto tan favorable, aún se encuentran resistencias a la atención de niños, niñas y adolescentes que consultan sin la compañía de un adulto. También aparece la figura de la objeción de conciencia sin fundamento adecuado, y de objetores que no informan ni derivan. Asimismo, hay diferencia en el acceso entre la zona costera y la cordillerana.

Otra demanda que aparece como insatisfecha es la falta de actualización profesional. Existen profesionales sin capacitación para práctica de AMEU y/o laparoscopia y/o uso de misoprostol, e incluso, una desactualización en criterios de elegibilidad para métodos anticonceptivos.

3. conclusiones generales y recomendaciones

No se puede hacer un análisis compartimentado de las políticas. Es preciso, por el contrario, abordar las complejidades que impone el federalismo sanitario a la implementación de una política pública en materia de salud. En términos concretos, se hizo foco en los temas prioritarios derivados de los informes de evaluación producidos a lo largo de la última década por distintos comités de derechos humanos y concentrando la atención, en especial, en la provisión de servicios de atención de abortos no punibles, tratando de identificar las acciones que facilitan un buen funcionamiento (circuitos formales o informales, articulación de actores y/o instituciones, personas claves).

Frente a las experiencias en otros países que, en relación con estos temas, muestran un movimiento pendular, en la Argentina aparece como principal objetivo el sostenimiento de lo conquistado hasta aquí. En efecto, se ha logrado consolidar un sistema institucional destinado a garantizar una serie de prestaciones que hacen al derecho a la salud sexual y reproductiva. Para ello, el Estado destina recursos materiales, institucionales y simbólicos, a través de los esfuerzos realizados en múltiples niveles institucionales. Esto se observa en la designación de personas con un alto nivel de relación con el tema en las áreas de responsabilidad, y en la mayor dotación de presupuesto y de personal a los equipos. También se ve una preocupación creciente por mejorar el acceso de las poblaciones con mayores niveles de vulneraciones, como la que constituyen los adolescentes, y una inversión importante de recursos en el monitoreo.

A la vez, esta mayor dotación de poder institucional o jerarquización permite que los responsables máximos de la gestión inviertan recursos para la evaluación, la planificación estratégica con objetivos prioritarios, la capacitación sobre diversos temas y en diferentes niveles, y que trabajen desde un discurso de derechos humanos en la difusión masiva hacia la población destinataria. Este panorama se replica –con mayor o menor grado de intensidad– en los niveles provinciales y en algunos casos municipales, dándole a la salud sexual y a la salud reproductiva una presencia extendida en el sistema de salud público existente.

Sin embargo, no deja de ser relevante cómo gravitan en este escenario las disputas morales, religiosas y culturales que se relacionan con la sexualidad y la reproducción y que condicionan el desarrollo e implementación de la política pública que analizamos. Justamente por ello, blindar a la política pública de estos aspectos es un objetivo primordial y estratégico.

Los avances nos enfrentan a un gran desafío: sostener los logros alcanzados y evitar retrocesos en las capacidades institucionales, a fin de seguir garantizando este derecho. En este sentido, el presente estudio puede servir de base para generar un sistema de indicadores adecuado.

Pero reconocer de los avances y procurar preservarlos no nos exime de llamar la atención sobre la necesidad urgente de revertir tanto las brechas internas como los incumplimientos generalizados en ciertas áreas, que impactan negativamente en la vida y en la salud de miles de niñas y mujeres. Las principales barreras a los servicios de salud sexual y reproductiva radican en las deficiencias en el acceso a los abortos no punibles y en la falta de abordaje de las distintas formas de violencia institucional que se ejercen contra las mujeres. Existen datos y relatos que muestran que en nuestro país aún estamos lejos de garantizar un mínimo nivel de acceso igualitario de derechos a todas las personas, sin importar el lugar de residencia y el efector que las atienda.

No obstante, resaltamos y validamos que trabajar en ese escenario es la única forma posible de cumplir los compromisos internacionales en materia de derechos humanos. Se trata de deberes que el Estado en sus niveles nacional, provincial y municipal ha reconocido y asumido en reiteradas oportunidades y que marcan, a la vez, la progresividad lograda.

Este es un objetivo a cumplir a partir de que el Programa nacional busca lograr determinado nivel de acceso a la salud sexual y procreación responsable de la población en todo el territorio, sin importar la condición social de las personas usuarias. Por la vigencia de la Ley 25.673 y de la Ley de Ministerios, el PNSSyPR debe avanzar en los lineamientos generales estableciendo acciones de acuerdo con prioridades en algunas provincias, tendientes sobre todo a implementar medidas positivas para la disminución de las brechas internas.

A continuación presentamos algunas de las principales conclusiones:

- Se logró instalar un sistema de salud de la mano de un programa nacional que, con un sostenido nivel de compromiso provincial e incluso municipal, consolidó paulatinamente una política pública fortaleciendo aspectos normativos, institucionales y presupuestarios. Esto ocurrió desde 2002 hasta la actualidad.
- A través de la confluencia que se da entre los distintos niveles institucionales, las acciones tienden a brindar información, insumos y servicios de salud sexual y salud reproductiva a la población en general, identificando y procurando el nivel de acceso a poblaciones vulneradas.
- Existen pautas que evidencian la aspiración a una mayor institucionalización de la política: la preocupación por medir niveles de satisfacción e impacto (encuesta nacional, línea de atención 0800, relevamiento y sistematización de información), así como por monitorear el trabajo realizado identificando de objetivos prioritarios, metas y resultados.
- La capacitación ocupa buena parte de los recursos que los programas disponen, lo que resulta lógico por la centralidad que tienen los efectores de salud en su desarrollo.
- El nivel de institucionalización de la práctica de los abortos legales es inadecuado, a pesar de la claridad de la norma y de su interpretación en el fallo F.,A.L. Las acciones de capacitación, registro y provisión de insumos son más débiles en la esfera nacional, lo que hace que se interprete como una falta de apoyo a ese tipo de servicio. Una situación similar se da en la provincia de Buenos Aires, pero no en Chubut.

- A pesar de ser un problema sanitario grave, el aborto inseguro solo se aborda en la provincia de Buenos Aires a través de procesos de consejerías pre y post abortos, que se encuentran en un nivel de desarrollo embrionario, tal como sucede en Nación de manera aún más incipiente.
- El compromiso del sector salud respecto de la atención a la violencia sexual es pobre, y se da una marcada ausencia de la problematización de la violencia institucional y obstétrica como asunto a prevenir y trabajar por el sistema de salud.

A nivel institucional, existen recursos que pueden y deben utilizarse como el Programa de Garantía de Calidad que establece la obligatoriedad de las guías/directrices/protocolos aprobado en el marco del Programa, para todos los establecimientos públicos del país.

Llama la atención que actualmente las instancias de articulación dependen en gran medida de la buena fe o de la buena voluntad política (convenios de cooperación, planes operativos), que deberían sumarse a lo preestablecido en la ley del Programa Nacional. Así, por ejemplo, en el estudio surge que Chubut no recibe capacitaciones en AMEU ni en colocación de DIU, en tanto no firmó el plan operativo con la Nación.

Por otro lado, analizando la fuerza de la política pública desde un plano ideológico y político, es un error pensar al Estado como un cuerpo homogéneo independiente de las voluntades individuales y por lo mismo. El Estado es una estructura compleja que se manifiesta, sobre todo, a través de sus acciones. Desde 2002 hasta hoy, el mensaje institucional es el fortalecimiento y compromiso con los derechos sexuales y reproductivos en general y con la salud sexual y reproductiva en particular. La falta de acompañamiento explícito de figuras centrales de la gestión estatal a la demanda por la despenalización y legalización del aborto temprano, tapa los otros logros y hace que la lectura de la satisfacción de derechos se haga en clave de asuntos pendientes.

En cuanto a la relación entre los diferentes niveles, se reconoce ampliamente la necesidad de coordinación entre todos los estamentos implicados en la realización e implementación de la política pública en la materia. Así, el gobierno nacional, el provincial y el municipal, especialmente en la provincia de Buenos Aires, deben estar comprometidos con la vigencia de estos derechos y apoyar con sus recursos el efectivo cumplimiento, de una forma integrada y coordinada. Ello presenta, al menos, dos obstáculos que deben enfrentarse.

En primer lugar, existe un discurso que divide las competencias sobre a quién corresponde la responsabilidad primaria de garantizar el derecho a la salud. A menudo se señala que el federalismo sanitario dificulta la construcción de operatorias que determinen cómo se va a lograr que un servicio efectivamente se realice (desde la atención del aborto legal hasta la ligadura de trompas o la entrega de la AHE en la guardia) con algún grado de institucionalidad (un protocolo, un mecanismo, un modelo de atención o un programa). Pero no hay que desconocer que el federalismo sanitario ha permitido, por ejemplo, mantener abastecida a la población a pesar de la falta de provisión de insumos desde el PN, o avanzar en acciones particulares. Este es el caso de la provincia de Chubut en relación con los abortos legales, o de la provincia de Buenos Aires respecto de la implementación del programa de reducción de riesgos y daños y la puesta en marcha de un equipo móvil para la atención de casos de abortos no punibles. O en el caso de las técnicas de reproducción humana asistida, cuyo acceso universal se implementó en la provincia de Buenos Aires antes de que se encontrara regulado a nivel nacional.

El segundo obstáculo que se enfrenta es de articulación. La cultura institucional en la materia no genera encuentros tripartitos, sino bilaterales: nación con provincia, provincia con municipio, nación con municipio. Así, los acuerdos tienden a estar acotados a las necesidades de unos frente a las propuestas del otro y no a una identificación prioritaria y planificada en función de sus potencialidades frente a las demandas de la población en general.

Esta visión compartimentada opera de manera muy evidente en aspectos tales como el monitoreo, donde los esfuerzos tienden a multiplicarse, o la existencia de programas y propuestas de capacitación que se superponen. Una de las pocas iniciativas que, una vez adoptada por un actor –en este caso el PN–, es asimilada y utilizada por los demás en toda su extensión, es el caso de la línea telefónica 0800 salud sexual. Sin embargo, una acción parecida, la Encuesta Nacional encarada por el Programa Nacional, no es referenciada como una herramienta útil para la tarea de los programas provinciales.

De igual forma, todos los programas realizan monitoreos pero no hay un acuerdo sobre el modo de hacerlo y, por lo tanto, los registros son incomparables entre sí. Ello genera tanto sobrecarga como duplicación del trabajo. Por lo tanto, es importante generar un acuerdo a largo plazo sobre el monitoreo. En este sentido, uno de los desafíos más importantes a futuro es consensuar el modo de realizarlo, con indicadores mínimos que permitan comparar la situación existente en las distintas jurisdicciones del país. Luego, en el Anexo haremos una propuesta de seguimiento de las capacidades institucionales de los programas en la materia.

En la provincia de Buenos Aires la articulación entre el Programa Provincial y los referentes de las regiones sanitarias funciona adecuadamente. En este sentido, entendemos que sería conveniente reproducir este modelo a nivel nacional, donde se podría incorporar a referentes regionales que evalúen las necesidades de cada región (NOA, NEA, Sur, Cuyo, Central) y propongan medidas coordinadas que vuelvan más eficaces las acciones del Programa.

Las líneas prioritarias de los programas que analizamos son coincidentes. Eso podría allanar la consecución de los acuerdos necesarios para identificar las mejores formas de resolver los obstáculos que se presentan. En Chubut, por ejemplo, el abordaje de los abortos no punibles se hace exclusivamente con fondos provinciales, tanto en lo relacionado con los recursos humanos como con los insumos, lo que implica un presupuesto significativo de la Dirección de Maternidad e Infancia –ya sea para la compra de misoprostol como para la capacitación y provisión de insumos para AMEU–. En relación con esto, la ausencia de un convenio marco con el PNSSyPR limita las posibilidades de contar con mayores recursos para entrenamiento y atención.

Desde el PN se podría apoyar estratégicamente el trabajo que viene haciendo Chubut para utilizar los avances en materia de ANP, y lograr una mejora en la consejería post aborto, y en el registro de estos casos y de sus causales. De igual forma, se podría aprovechar que en esta provincia ya está regulada la objeción de conciencia para apoyar una evaluación sobre cómo está funcionando y sobre cómo se están enfrentando las barreras y resistencias. Sobre esta base resulta más sencillo avanzar hacia una regulación nacional adecuada, o trasladar una forma correcta de registrar los casos de abortos legales realizados.

Otro de los aspectos importantes que surge de la investigación es que Nación y PBA observan en la capacitación y en la promoción una puerta fundamental para mejorar el acceso al derecho, pero siguen demandando más capacitaciones en función de las resistencias existentes. En esta

dirección, es conveniente que se impulsen acciones más efectivas a largo plazo, como generar acuerdos con universidades para que las carreras de grado incorporen estas temáticas en sus currículas y las prácticas médicas correspondientes en la política pública; enseñar a los estudiantes a realizar un AMEU; revertir la tendencia paternalista, patriarcal y conservadora en la que estos programas están insertos. La formación de grado aún es retrógrada, lo que constituye un punto de partida problemático que se debe revertir.

Para ampliar los avances, se debe procurar trabajar desde la mejor versión del federalismo sanitario, es decir, desde una visión que entienda que los distintos niveles deben articularse y complementarse para lograr el efectivo goce de los derechos humanos que se encuentran comprometidos. De aquí la importancia de generar acuerdos que permitan afrontar los grandes desafíos: garantizar integralmente los derechos vigentes, neutralizar las barreras de acceso (violencia institucional), revertir las consecuencias del aborto inseguro y los índices de embarazo no planificado y mejorar el sistema de monitoreo y de registro.



anexo

ANEXO I

propuesta de indicadores para monitorear capacidades institucionales

Sugerimos una guía tentativa de indicadores preliminares sobre las capacidades institucionales de los programas en derechos sexuales y procreación responsable. Esta guía fue elaborada en función de lo que observamos a lo largo de la investigación y puede servir de insumo para monitoreos y/o para la realización de trabajos futuros, a fin de mejorar, así, el funcionamiento y las capacidades institucionales del PNSSyPR y de los programas provinciales. Nuestra intención es aportar a los procesos permanentes de mejora que una política de esta naturaleza requiere.

1. Indicadores estructurales, de proceso y de resultados

En el derecho internacional se han elaborado una serie de indicadores para evaluar las capacidades institucionales en la satisfacción de derechos sexuales y reproductivos, así como el cumplimiento por parte de los Estados de sus obligaciones internacionales.

Para elaborar esta guía utilizamos tres documentos: el ya mencionado trabajo de Isuani sobre capacidades institucionales¹; un documento elaborado por el Grupo de Trabajo para el análisis de los informes nacionales del Protocolo de San Salvador de la Secretaría Ejecutiva para el Desarrollo Integral de la OEA²; y otro elaborado por el

Centro de Derechos Reproductivos y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)³.

En el diseño de la siguiente guía de indicadores proponemos un cruce entre las mediciones sugeridas en estos tres estudios; es decir, entre los indicadores elaborados para medir la adecuación de una política a una perspectiva de derechos y los construidos para medir las capacidades institucionales del Estado. A su vez, proponemos indicadores específicos en los dos temas de interés de esta investigación: ANP y violencia sexual e institucional.

En primer lugar, consideramos relevantes los indicadores elaborados por el Grupo de Trabajo para el análisis de los informes nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador, que miden el progreso en el cumplimiento del derecho a la salud contemplado en ese Protocolo. Estos indicadores se refieren a la satisfacción del derecho en un contexto de desarrollo de un sistema de salud, que por básico que sea, debe garantizar el acceso al sistema de atención primaria y el desarrollo progresivo y continuo de un sistema de cobertura para toda la población del país. En esta propuesta hemos adecuado estos indicadores a la temática de la salud sexual y reproductiva.

En segundo lugar, los hemos complementado estos indicadores con los que nos parecieron relevantes del estudio realizado por Isuani y del documento del Centro de Derechos Reproductivos y el UNFPA.

Los indicadores que proponemos para guiar futuras evaluaciones se clasifican en tres tipos.

1 Isuani, Op. Cit.

2 Organización de Estados Americanos, Secretaría Ejecutiva para el Desarrollo Integral, Indicadores de progreso para medición de derechos contemplados en el Protocolo de San Salvador, Documento definitivo elaborado por el Grupo de Trabajo para el análisis de los informes nacionales previstos en el Protocolo de San Salvador en cumplimiento del mandato previsto en la Resolución AG/RES 2582 (XL-O-10) y AG/ RES 2666 (XLI-O/11), Washington D.C., 12 de diciembre de 2011.

3 Centro de Derechos Reproductivos y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "Derechos reproductivos: una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados", diciembre de 2013.

- **Indicadores estructurales:** evalúan si la política se adecua a un marco de derechos humanos, si el Estado incorpora en su normativa e institucionalidad a los servicios de salud sexual y salud reproductiva como parte de los componentes de salud, con criterios de integralidad y universalidad⁴.

- **Indicadores de proceso:** miden el grado de coordinación entre los niveles del Estado que supone la gestión operativa, el control de gestión y el desarrollo de capacidades. También evalúan los recursos políticos, económicos, administrativos e ideológicos puestos a disposición para cumplir con las obligaciones que surgen de aquellas normas⁵.

- **Indicadores de resultado:** evalúan la incidencia de la aplicación de la política en los indicadores de salud⁶.

Como nuestro objetivo fue analizar las capacidades institucionales, nuestra propuesta de indicadores solo considera los indicadores estructurales y de proceso. Asumimos que a mayor capacidad estructural y de procesos, mayores son las posibilidades del Estado de garantizar el derecho a la salud de la población. Por otro lado, nos parece necesario medir la calidad de la puesta en práctica que realiza el Estado de estructuras y canales de gestión pública para llevar adelante sus obligaciones en materia de derechos sexuales y reproductivos. Por ello, nos centramos en observar estos dos grupos de indicadores.

4 Los indicadores estructurales reflejan la ratificación o aprobación de instrumentos jurídicos internacionales básicos para facilitar la realización de un derecho humano fundamental y si existen o se han adoptado medidas, normas jurídicas, estrategias, planes, programas o políticas o se han creado agencias públicas, destinadas a implementar esos derechos. También, si las normas son o no operativas, o cual es la jerarquía de una agencia o institución pública o su competencia funcional.

5 Los indicadores de proceso buscan medir la calidad y magnitud de los esfuerzos del Estado para implementar los derechos, a través de la medición del alcance, la cobertura y el contenido de las estrategias, planes, programas, o políticas u otras actividades e intervenciones específicas encaminadas al logro de metas que corresponden a la realización de un determinado derecho.

6 Los indicadores de resultado reflejan los logros, individuales y colectivos, que indican el estado de realización de un derecho humano en un determinado contexto. Buscan medir el impacto real de las estrategias, programas, intervenciones del Estado.

2. Guía de indicadores de las capacidades institucionales del PNSSyPR y de los programas provinciales

Los indicadores relevantes -aunque no se limiten a ello- incluyen:

- **Capacidades estructurales generales (salud sexual y reproductiva):**

1) Incorporación (normativa e institucional) de los servicios de salud sexual y salud reproductiva como parte de los componentes de salud, con criterios de integralidad y universalidad

i. ¿Se encuentran incorporados al ordenamiento jurídico los tratados de derechos humanos donde se reconocen estos derechos?

ii. ¿Se encuentran en la Constitución (nacional o provincial)?

iii. ¿Existe legislación específica sobre la materia?

iv. ¿Se contempla la diversidad de métodos anticonceptivos, atendiendo a la diversidad poblacional?

v. ¿Se procura la universalidad en el acceso (nivel de cobertura)?

vi. ¿Existen instancias formales de participación de la sociedad civil?

vii. ¿Se generan recursos que permitan instancias de exigibilidad?

viii. ¿Existen instancias de rendición de cuentas?

ix. ¿Existen disposiciones sobre objeción de conciencia/consentimiento informado/confidencialidad?

- **Capacidades de proceso generales (salud sexual y reproductiva):**

2) Capacidad de gestión operativa (nivel institucional, cantidad y calidad del personal de salud afectado a la tarea)

i. ¿Se tiene un nivel institucional o funcional proporcional a la tarea a realizar?

ii. ¿Se cuenta con personal suficiente para realizar las tareas encomendadas?

iii. ¿Existe un adecuado porcentaje de servicios y/o cobertura de salud sexual y salud reproductiva para el sector público?

iv. ¿Se trabaja para el aumento de la cobertura de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, por sexo, edad y región geográfica?

3) Desarrollo de recursos humanos

i. ¿Se cuenta con un equipo profesional adecuado?

ii. ¿Se cuenta con instancias de capacitación propia?

iii. ¿Se cuenta con instancias de capacitación a aliados?

iv. ¿Se cuenta con recursos para relacionarse/capacitar a aquellas instancias con las que se debe contar para la ejecución del Programa?

4) Capacidad de control de gestión

- i. ¿Se tiene una línea de base sobre la que se debe accionar?
- ii. ¿Se tiene un mecanismo de planificación estratégica?
- iii. ¿Se establece un mecanismos de monitoreo?
- iv. ¿Existen espacios de articulación con aquellas otras instancias relevantes?

5) Capacidades de registro y evaluación

- i. ¿Se tiene capacidad de registrar la cobertura, extensión, jurisdicción y financiamiento de los servicios de salud sexual y salud reproductiva en todos los niveles, sobre todo para el sector público?
- ii. ¿Se tiene capacidad de medir la tasa de utilización de los servicios de salud sexual y salud reproductiva/tasa de fecundidad no deseada?
- iii. ¿Se tiene capacidad de medir la tasa de satisfacción de los y las usuarias sobre accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios?

6) Capacidad presupuestaria para la prestación de dicho servicio

- i. ¿Tiene el programa una asignación presupuestaria propia?
- ii. ¿Proviene de fuente propia o de cooperación internacional?
- iii. ¿En qué partida o programa presupuestario le otorgaron el presupuesto?
- iv. ¿Cuenta el programa con otra fuente de recursos financieros?
- v. ¿Puede indicar el monto ejecutado durante el año?

7) Capacidad de hacer frente a desigualdades de acceso y atención a grupos vulnerables

- i. ¿Se procura garantizar la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva por jurisdicción y región geográfica?
- ii. ¿Existe capacidad de medir un aumento del porcentaje de la población con acceso frecuente a métodos anticonceptivos por lugar de residencia (urbano/rural)?
- iii. ¿Se trabaja sobre las disparidades regionales significativas en el gasto y cobertura en salud?
- iv. ¿Existe capacidad de medir la utilización de métodos anticonceptivos en general y en ciertos grupos?

2. Indicadores de capacidades en los temas objeto de esta investigación

Indicadores de capacidades para aborto y atención post aborto⁷

Los indicadores relevantes incluyen a:

Capacidades estructurales:

- i. ¿Se incluyen formalmente los servicios de abortos cuando son legales en la provisión de servicios básicos, sin intervención de la justicia?
- ii. ¿Se incluyen los servicios de atención post abortos en la provisión de servicios básicos?
- iii. ¿Existe regulación de la objeción de conciencia de manera de no negar el acceso al servicio?
- iv. ¿Existe capacidad de trabajar contra el aborto inseguro?

Capacidades de proceso

Capacidades de gestión operativa.

- ¿Se encuentra regulado el deber de atención y sus modalidades?
- ¿Se cuenta con personal responsable?
- ¿Se planifica y articula entre los niveles?

Capacidades de control de gestión

- ¿Se genera información sobre servicios de abortos legales y atención post aborto?
- ¿Se trabaja e investiga sobre las causas de los abortos inseguros?
- ¿Existen programas y/o acciones tendientes a la reducción del aborto inseguro?

Capacidades de desarrollo de recursos humanos

- ¿Se forma personal sobre atención de estos servicios?
- ¿Se forma en las causales?
- ¿Se difunde la existencia de la obligación?

Capacidad de registro, evaluación y generación de información

- ¿Existe capacidad de medición del número de abortos inseguros por cada 1.000 mujeres en edad reproductiva?

⁷ Los siguientes indicadores fueron formulados sobre la base del documento elaborado por el Centro de Derechos Reproductivos y el UNFPA, "Derechos reproductivos: una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados", ya citado.

¿Existe capacidad de medición del número de abortos legales realizados?

¿Existe capacidad de medir porcentaje de ingresos obstétricos y ginecológicos debidos a complicaciones relacionadas con abortos?

¿Existe capacidad de medir número de proveedores de servicios, incluso de nivel medio, capacitados para brindar servicios relacionados con el aborto?

¿Existe capacidad de medición del número de abortos legales realizados?

Capacidades en la atención a las víctimas de violencia

Los indicadores relevantes -aunque no se limiten a ello- incluyen:

Capacidades estructurales

i. ¿Se incluyen formalmente los servicios de atención a la violencia en la provisión de servicios básicos de salud?

ii. ¿Se incluyen formalmente los servicios de atención a las víctimas de violencia sexual en la provisión de servicios básicos de salud?

iii. ¿Se incluye expresamente la prohibición de la violencia institucional obstétrica?

Capacidades de proceso

Capacidades relativas a la gestión operativa.

¿Se encuentra expreso el deber de atención y sus modalidades?

¿Se trabaja sobre la prohibición y sanción de la violencia obstétrica?

¿Se cuenta con personal responsable de esta tarea?

¿Se planifica y articula entre los niveles y extra sistema de salud?

¿Preparan al sistema de salud para brindar el servicio de atención a las víctimas de violencia, en especial de violencia sexual?

Capacidades de control de gestión

¿Se genera información sobre servicios de atención a las violencias y en especial a la violencia sexual e institucional?

¿Se trabaja en la visibilización de la violencia obstétrica e institucional?

Capacidades de desarrollo de recursos humanos

¿Se forma personal sobre atención de estos servicios?

¿Se difunde la existencia de la obligación?

¿Se sensibiliza sobre la violencia institucional, en especial la obstétrica, a los agentes de salud?

¿Existen programas que prevengan la violencia obstétrica?

Capacidades de atención a grupos vulnerados

¿Existen programas que preparen al sistema de salud para brindar el servicio de atención a las víctimas de violencia, en especial, de violencia sexual?

¿Se incluye y se encuentra disponible la canasta de insumos para la atención a las víctimas de violencia sexual, en especial, el kit de emergencia y test de embarazo?

¿Cuál es el porcentaje de profesionales de la salud capacitados para detectar signos de abuso o violencia sexual?

¿Se elaboran directrices sobre el manejo de los efectos en la salud de la violencia contra las mujeres?

Capacidad de generar información, registro y evaluación

¿Tienen la capacidad de medir la proporción de mujeres que han sufrido violencia física, sexual y psicológica en el último año, desglosada por gravedad, frecuencia y vínculo con el agresor, que fueron atendidas por el sector salud?

¿Tienen la capacidad de medir violencia institucional y violencia obstétrica en sus servicios de salud?

¿Tienen mecanismos puestos en marcha para tener una opinión de las usuarias con respecto al trato recibido y a hechos de violencia institucional en los servicios de salud?

ANEXO II

contexto normativo

1. Derechos humanos y políticas públicas

La salud es un derecho que la Constitución Nacional (CN) consagra en el art. 33, entre los derechos implícitos y, expresamente, a través de diversos instrumentos internacionales de derechos humanos incorporados a su texto con su misma jerarquía en la reforma constitucional de 1994 (art. 75, inc. 22, CN)¹.

El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC) establece que: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), este artículo es el “más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud”².

Una lectura armónica de la normativa nacional e internacional vigente indica que las personas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud entendida, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), como

el completo estado de bienestar físico, mental y social³. La salud sexual y reproductiva es parte integral de este derecho.

De acuerdo con los últimos documentos aprobados por la comunidad internacional, los derechos sexuales “abarcan el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva”⁴. La salud reproductiva se definió como “el 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, se considera que la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”⁵.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son parte integral de los derechos humanos y, por la interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, su ejercicio es esencial para el goce de otros derechos fundamentales. En efecto, tal como reconoce el Programa de Acción de El Cairo, “los derechos

1 El derecho a la salud es consagrado por los arts. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), XI de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (DADDH), 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 24 de la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN), 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y 25 de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

2 Comité DESC, Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000. El Comité DESC es el órgano de expertos independientes que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales por sus Estados Partes.

3 Organización Panamericana de la Salud, Constitución de la Organización Mundial de la Salud en Documentos Básicos, Documento Oficial N° 240, Washington, 1991, pág. 23.

4 Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, CEPAL, 5 de septiembre de 2013. LC/L.3697, punto 34, disponible en <http://bit.ly/UfvG6o>.

5 ONU, Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (Programa de Acción de El Cairo), celebrada en El Cairo, Egipto del 5 al 13 de septiembre de 1994. Párr. 7.2.

reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso”⁶. En particular, existe una íntima vinculación entre los derechos sexuales y reproductivos y los derechos a la igualdad y no discriminación, a la vida, a la salud, a la integridad personal, a la intimidad, a la autonomía personal, a la dignidad y a estar libre de violencia y de tratos crueles, inhumanos y degradantes en el ejercicio de su sexualidad. A su vez, requieren también de la satisfacción del derecho a la información, a la educación y a la participación.

Es decir que, para hacerse efectivos, estos derechos demandan del Estado acciones positivas concretas y complejas, y la adopción de medidas adecuadas en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles. Requieren, en definitiva, una política pública integral que los garanticen.

2. Obligaciones internacionales del Estado

De acuerdo con el derecho internacional de los derechos humanos, los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y velar por el ejercicio pleno de los derechos consagrados en los instrumentos internacionales de derechos humanos.

En el tema que aquí nos interesa, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité de la CEDAW, por sus siglas en inglés)⁷, en la Recomendación General sobre la Mujer y la Salud, precisó que: “14. La obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud. Los Estados Partes han de informar sobre el modo en que los encargados de prestar servicios de atención de la salud en los sectores público y privado cumplen con su obligación de respetar el derecho de la mujer de acceder a la atención médica. (...) 15. La obligación de proteger los derechos relativos a la salud de la mujer exige que los Estados Partes, sus agentes y sus funcionarios adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones. (...) 17. El deber de velar por el ejercicio de esos derechos impone a los Estados Partes la obligación de adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo,

judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica...”⁸.

A fin de cumplir con las obligaciones de respetar, proteger y velar por el ejercicio de derechos el Estado debe garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la información, los bienes y los servicios de salud sexual y reproductiva.

El Comité DESC, en su Observación General N° 14, definió cada uno de estos elementos del siguiente modo:

a) Disponibilidad: cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud (...).

b) Accesibilidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna (...); ii) Accesibilidad física: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/Sida (...); iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos; iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud (...).

c) Aceptabilidad: Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y

6 Op. cit.

7 El Comité de la CEDAW vela por el cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y aprobada por la Argentina mediante Ley 23.179 y ratificada el 15 de julio de 1985. La CEDAW tiene jerarquía constitucional desde 1994 (art. 75 inc. 22 CN).

8 Comité CEDAW, Recomendación General N° 24 (20° período de sesiones, 1999), Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud.

las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida (...).

d) Calidad: además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas" (...).

Entre otros instrumentos internacionales con jerarquía constitucional, la CEDAW exige a los Estados parte adoptar medidas tendientes a asegurar los derechos reproductivos de las mujeres. Así, su artículo 10 h), establece que los Estados adoptarán las medidas apropiadas para asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la misma; el artículo 12, inc. 1 dispone la obligación de los Estados de adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar el acceso, inclusive en los que se refieren a la planificación familiar; el artículo 14, inc. 2 b) se refiere al derecho de la mujer rural a tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; el artículo 16, inc. 1 e) establece el derecho de la mujer a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos, y el artículo 24 dispone el compromiso de los Estados parte de adoptar todas las medidas necesarias en el ámbito nacional para conseguir la plena realización de los derechos reconocidos en la Convención.

3. Obligaciones internacionales del Estado sobre los temas de esta investigación⁹

a. Aborto y atención post aborto

Los Estados tienen la obligación de dictar normas, políticas y prácticas que reduzcan el riesgo de que se produzcan abortos inseguros y garantizar el acceso a abortos seguros y atención post aborto.

Recientemente, el Comité de la CEDAW señaló que el aborto inseguro es la causa principal de mortalidad y morbilidad materna por lo que el acceso a servicios de atención post aborto de calidad es importante por los

casos de complicaciones derivadas de abortos inseguros. Los Estados Parte deben organizar más servicios de salud para que el ejercicio de la objeción de conciencia no se convierta en un impedimento para el acceso al derecho a la salud¹⁰.

Asimismo, el Comité de Expertas/os del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (MESECVI), recomendó garantizar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su derecho a la vida por medio de la eliminación del aborto inseguro y el acceso inmediato a métodos anticonceptivos económicos¹¹.

Ello requiere que los Estados:

Adopten medidas para reducir el número de abortos inseguros y los riesgos para la salud y la vida de mujeres y niñas. Esto incluye las obligaciones de:

- Garantizar el acceso a información objetiva, integral y científicamente comprobada sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo la información necesaria para prevenir embarazos no deseados y reducir los abortos inseguros, y la información relativa a la disponibilidad legal del aborto¹².
- Garantizar de facto y de jure el acceso al aborto en algunas circunstancias, incluyendo como mínimo los casos en los que el embarazo ponga en peligro la salud o la vida de la mujer embarazada y en casos de violación, incesto o malformaciones fetales incompatibles con la vida¹³.
- Garantizar el acceso a medicamentos y servicios esenciales que hacen el aborto legal más seguro y sencillo de acceder, especialmente en zonas rurales¹⁴.

9 Para desarrollar este apartado se tuvo en cuenta en gran medida el documento elaborado por el Centro de Derechos Reproductivos y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), de diciembre de 2013, "Derechos reproductivos: Una herramienta para monitorear las obligaciones de los Estados". También, las obligaciones listadas por la Corte Suprema de Justicia en su resolución del caso "F.A.L."

10 Comité CEDAW, Declaración sobre salud y derechos sexuales y reproductivos con ocasión de la revisión del Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, Egipto, 1994), más allá de 2014, Quincuagésimo séptimo período de sesiones, celebrado entre el 10 y 28 de febrero de 2014.

11 Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, "Convención de Belém do Pará" (MESECVI), Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos, del 19 de septiembre de 2014.

12 Ver, por ejemplo, Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 28: Artículo 3 (La igualdad de derechos entre hombres y mujeres), párr. 10 (2000); Comité CEDAW, Observaciones Finales: Benín, párr. 158, Doc. de la ONU A/60/38 (2005); Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, párr. 65(l), Doc. de la ONU A/66/254 (2011).

13 Ver, por ejemplo, L.C. vs. Perú, supra nota 8, párrs. 9(b)(i) y 9(b)(iii); Comité CEDAW, Observaciones Finales: Sri Lanka, párr. 283, Doc. de la ONU A/57/38, Parte I (2002); Comité contra la Tortura, Observaciones Finales: Perú, párr. 23, Doc. de la ONU CAT/C/PER/4 (2006).

14 Ver, por ejemplo, Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra nota 10, párr. 29.

- Garantizar la disponibilidad, accesibilidad (incluyendo la asequibilidad económica), aceptabilidad y calidad de los servicios de aborto seguro en los casos en los que es legal¹⁵.

La Corte Suprema de Justicia en el caso “F., A.L.”, de 2012, exhortó al gobierno nacional y a los gobiernos provinciales y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a que implementen y hagan operativos protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles para “remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos” de atención en estos casos. La obligación del Estado es “poner a disposición, de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarlo a cabo de manera rápida, accesible y segura”¹⁶. Para esto la Corte estableció que:

- No se requiera autorización judicial, ni denuncia policial previa en ningún caso.
- La declaración jurada de la mujer sea el único requisito habilitante para el aborto.
- Se garantice la información y la confidencialidad a la usuaria.
- Se eviten procedimientos administrativos o períodos de espera que retrasen innecesariamente la atención y disminuyan la seguridad de las prácticas.
- Se eliminen los requisitos que no estén médicamente indicados.
- Se articulen mecanismos que permitan resolver los desacuerdos que pudieran existir, entre el profesional interviniente y la paciente, respecto de la procedencia del aborto.
- Se disponga un adecuado sistema que permita al personal sanitario ejercer su derecho de objeción de conciencia.
- La objeción de conciencia sea manifestada en el momento de la implementación del protocolo o al inicio de las actividades en el establecimiento de salud correspondiente.
- Las instituciones obligadas cuenten con recursos humanos suficientes para garantizar, en forma permanente, el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a las víctimas de violencia sexual.
- Se sancione a los profesionales que dificulten o impidan el acceso a los abortos no punibles.
- En el ámbito nacional, como en los provinciales, se brinde a las víctimas de violencia sexual, en forma inmediata y expeditiva, la asistencia adecuada para resguardar su salud e integridad física, psíquica, sexual y reproductiva.

- Se brinde tratamientos médicos preventivos para reducir riesgos específicos derivados de las violaciones en un ambiente cómodo y seguro, que otorgue privacidad, confianza y evite reiteraciones innecesarias de la vivencia traumática.

- Se asegure la obtención y conservación de pruebas vinculadas con el delito.
- Se asegure la asistencia psicológica inmediata y prolongada de la víctima.
- Se asegure el asesoramiento legal del caso.

En abril de 2014, el Comité de Derechos Humanos, le solicitó al Estado argentino que informara sobre el seguimiento que se dio al proyecto de reforma del Código Penal en lo que concierne al aborto, y que informara sobre las medidas adoptadas para asegurar el cumplimiento uniforme en todas las jurisdicciones del Estado de la sentencia de la Corte Suprema de la Nación “F., A. L.”. También solicitó que proporcionara información desde marzo de 2010 sobre el número de casos en los cuales el aborto fue judicializado, los abortos no punibles en los que se requirió autorización judicial previa –especificando aquellos casos en los que la autorización fue denegada y el motivo–, los protocolos hospitalarios adoptados para garantizar el acceso a los abortos no punibles –indicando cómo se garantiza este derecho en casos de objeción de conciencia de los médicos– y las medidas tomadas para informar a las mujeres y adolescentes sobre los métodos de contracepción para evitar los embarazos no deseados¹⁷.

Adopten medidas para garantizar el acceso a atención post aborto para mujeres y niñas, sin discriminación, violencia ni coacción. Esto incluye la obligación de:

- Garantizar capacitación, apoyo e insumos adecuados que garanticen que las complicaciones relacionadas con abortos sean atendidas, independientemente de la legalidad del aborto¹⁸.

15 Ver, por ejemplo, K.L. vs. Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación Nº 1153/2003, Doc. de la ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005); L.M.R. vs. Argentina, Comité de Derechos Humanos, Comunicación Nº 1608/2007, Doc. de la ONU CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011).

16 CSJN, caso “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, Expediente 259/2010, tomo 46, letra F, sentencia del 13/3/2012, considerando 25.

17 Comité de Derechos Humanos, Lista de cuestiones previa a la presentación del quinto informe periódico de la Argentina sobre el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, del 28 de abril de 2014.

18 Ver, por ejemplo, Comité contra la Tortura, Observaciones Finales: Chile, párr. 7(m), Doc. de la ONU CAT/CR/32/5 (2004); Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra nota 10, párrs. 27 y 65(k).

- Garantizar la confidencialidad para mujeres y niñas que reciben atención post- aborto¹⁹, así como el establecimiento de procedimientos para investigar y sancionar a quienes violen la confidencialidad de las mujeres²⁰.
- Garantizar que la atención post aborto no sea condicionada a declaraciones brindadas por las mujeres y niñas que están procurando acceder a atención post aborto, y que estas declaraciones no sean posteriormente utilizadas en su contra ante la justicia²¹.
- Eliminar la exigencia de que el personal médico denuncie a pacientes que real o presuntamente se hayan hecho un aborto ilegal²².

b. Violencia

Los Estados tienen el deber de desarrollar normas, políticas y prácticas que prevengan, sancionen y eliminen la violencia contra la mujer en los ámbitos público y privado. Para ello, los Estados deben:

Reconocer y adoptar medidas para prevenir todas las formas de violencia contra la mujer, incluyendo la violencia física, sexual, psicológica y económica, incluyendo la violencia doméstica, el acoso o abuso sexual, el tráfico o la mutilación genital femenina. Esto comprende la obligación de:

- Capacitar a jueces, fuerzas de seguridad y profesionales de la salud para reconocer y responder a las distintas formas de violencia contra la mujer, de una manera eficaz y con un enfoque de género²³.
- Proporcionar a las sobrevivientes de la violencia casas de acogida, atención en salud sexual y reproductiva (por ejemplo, acceso a la anticoncepción de emergencia, aborto y tratamiento profiláctico antirretroviral en casos

de violencia sexual), así como orientación, órdenes de protección y asistencia jurídica²⁴.

- Recoger, analizar y difundir datos desglosados respecto de la magnitud, las causas y los efectos de la violencia contra la mujer, y de la eficacia de las medidas para prevenir y hacer frente a la violencia²⁵.
- Desarrollar campañas de educación pública para combatir las causas subyacentes de la violencia contra la mujer; que promuevan los derechos de niñas y mujeres expuestas a la violencia de género; que generen conciencia sobre el tema y reduzcan el estigma y la discriminación dirigida a las sobrevivientes²⁶.

Recientemente, el Comité de Expertas/os del MESECVI, entre otras cosas, reiteró que la violación de los derechos sexuales y reproductivos es una forma de violencia de género y declaró que forman parte del catálogo de derechos humanos que protegen y defienden el Sistema Universal e Interamericano de Derechos Humanos. También recomendó a los Estados parte de la Convención garantizar que no se reproduzcan conductas de maltrato e humillación en entornos institucionales, y que el personal de salud no las revictimice, no deniegue su acceso a los servicios de salud y asegure el acceso a la información sobre la salud reproductiva²⁷.

19 Ver, por ejemplo, Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra nota 10, párr. 30 (el Informe señala que la atención post-aborto no debe "utilizarse como prueba en un procedimiento judicial" contra la paciente).

20 Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, supra nota 12, párr. 12(d) (la Recomendación califica la violación del secreto profesional como una forma de discriminación contra la mujer); Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, art. 2(b), Res. A.G. 34/180, DOAG ONU, Trigésimo Cuarto Período de Sesiones, Supl. N° 46, p. 193, Doc. de la ONU A/34/46 (1981) [en adelante CEDAW] (que exige a los Estados "Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer.").

21 Ver, por ejemplo, Comité contra la Tortura, Observaciones Finales: Chile, párr. 7(m), Doc. de la ONU CAT/CR/32/5 (2004).

22 Ver, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones Finales: Chile, párr. 229, Doc. de la ONU A/54/38 (1999); Inf. del Relator Especial sobre el derecho a la salud, supra nota 10, párr. 30.

23 Ver, por ejemplo, Comité CEDAW, Recomendación General N° 19, supra nota 3, párrs. 24(b) y 24(k); A.T. vs. Hungría, supra nota 3, párr. 9.6(II)(d).

24 Ver, por ejemplo, Comité CEDAW, Recomendación General N° 19, supra nota 3, párrs. 24(k) y 24(t)(iii); A.T. vs. Hungría, supra nota 3, párr. 9.6(II)(e); Comité de Derechos Humanos, Observación General N° 28, supra nota 5, párr. 11.

25 Ver, por ejemplo, Comité CEDAW, Recomendación General N° 19, supra nota 3, párr. 24(c).

26 Ver, por ejemplo, Comité CEDAW, Recomendación General N° 19, supra nota 3, párrs. 24(f) y 24(t)(ii); Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del niño, párr. 24 (2003), Doc. de la ONU HIR/GEN/1/Rev.9 (Vol. II), p. 410 (2008) [en adelante Comité CDN, Observación General N° 4].

27 Op. cit.

abreviaturas y siglas utilizadas

ACI anticonceptivos hormonales inyectables.	CEDAW Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.	ILE interrupción legal del embarazo.	PNSSyPR Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
ACO LAC anticonceptivos para madres en periodo de lactancia.	CeSIA Centro de salud integral de adolescentes.	ITS infecciones de transmisión sexual.	SP Servicio Provincial.
ACO anticonceptivos orales combinados.	COFESA Consejo Federal de Salud.	M Municipio	SSySR Salud sexual y salud reproductiva.
AHE anticonceptivos de emergencia.	Comité DESC Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	MAC método anticonceptivo.	SUM Sistema Único de Atención Municipal.
AMEU Aspiración Manual Endouterina.	CON condones o preservativos.	MESECVI Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer.	TMM Tasa de Mortalidad Materna.
ANP aborto no punible.	DADDH Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.	OMS Organización Mundial de la Salud.	UGC Unidades de Gestión Comunitaria.
CA Consejo Asesor.	DIU dispositivo intrauterino.	OS Organización social.	UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas.
CAPS Centros de Atención Primaria de Salud.	DUDH Declaración Universal de los Derechos Humanos.	PAP Papanicolau.	
CDN Convención Internacional de los Derechos del Niño.	ESI Educación Sexual Integral.	PIDESC Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.	
CDPD Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.	ETS enfermedades de transmisión sexual.	PN Programa Nacional.	





**políticas
públicas de
salud sexual
y reproductiva**

CELS 2016