



CEDEL
Centro de Apoyo
al Desarrollo Local

CUADERNO N° 40

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

**Dra. Marta Cappuccio, Dra. Olga Nirenberg
y Lic. Jorge Pailles
Octubre, 2005**

Sarandí 247, 2° E, (1081), Buenos Aires, Argentina; Tel Fax: (54 11) 4 952 9893
info@ceadel.org.ar, www.ceadel.org.ar

1. Antecedentes y fundamentación

Este trabajo¹ se basa en un estudio que los autores desarrollaron entre mayo del 2004 y mayo del 2005, en el marco de la Asociación Argentina para la Salud Sexual y Reproductiva² - AASSER – y que contó con el auspicio de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS) del Ministerio de Salud de la Nación³, que destinó becas a profesionales de las diferentes localizaciones donde se realizaron relevamientos.

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

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

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

Con el objeto de revertir la situación apuntada, el 30 de octubre de 2002 el Congreso Nacional sancionó la Ley 25673 mediante la cual crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

En consonancia con los lineamientos internacionales antes mencionados, esa ley asume que la SSR consiste en el desarrollo de una sexualidad sana, placentera y sin riesgos, a lo largo de todas las etapas de la vida. Considera a la Procreación

¹ Una versión preliminar fue presentada como ponencia en las VI Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población, del Área Salud y Población - Instituto Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales – UBA, Buenos Aires, 25 al 27 de Julio del 2005.

² Se trata de una ONG de alcance nacional, creada en diciembre de 1998 por un grupo de especialistas con vasta experiencia en Procreación Responsable y Anticoncepción, Salud Sexual y Educación para la Sexualidad. La asociación promueve la aplicación general e irrestricta de los derechos humanos, tal como se han establecido y reconocido en forma universal en numerosas conferencias y tratados internacionales, así como en la Constitución Nacional (art. 75, inc. 22) y orienta su acción al desarrollo humano, personal y social, con énfasis en los sectores sociales más postergados.

³ En el CONAPRIS se encuentra en edición el trabajo completo, que incluye capítulos específicos para cada una de las localizaciones donde se llevaron a cabo los relevamientos; acá se presenta un resumen del análisis consolidado.

Responsable un aspecto de la Salud Sexual consistente en la posibilidad de decidir el número de hijos que cada pareja desea tener. Es un derecho cuyo ejercicio permite: elegir el número de hijos que cada pareja estima responsablemente que puede tener y criar; respetar el intervalo óptimo entre un hijo y otro; disminuir la mortalidad materna, entre otras causas, por abortos provocados, o embarazos en edades muy tempranas o tardías y evitar los embarazos no deseados. Supone la posibilidad de tomar decisiones luego de haber recibido una amplia información, respetando las convicciones y deseos de cada persona (Martínez, I., Rossen, M. y Mosteiro, M. C., 2005).

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

Sin embargo, varias cuestiones pueden obstaculizar la efectiva y completa aplicación de la ley: por un lado las concepciones, creencias y perfiles de formación de los profesionales de la salud, sus intereses en el marco de su desempeño en el sector privado en contraste con el que desarrolla – un mismo profesional – en el sector público, su apego a ciertas prácticas del modelo asistencial vigente, todos estos factores que pueden ser fuente de resistencia para la aplicación de la Ley en las distintas jurisdicciones del país. Asimismo, desde el lado de la población pesan los sistemas de creencias, las filiaciones religiosas, la baja conciencia de los propios derechos y la falta de información adecuada sobre temas de SSR. Es necesario detectar su importancia y descubrir otras variables que debiliten o perturben el desarrollo de los programas y dificulten el acceso de las mujeres, sobre todo las de sectores pobres, a los servicios de prevención y atención en SSR (Ramos, S. y otras. 2001).

2. Objetivos y localización

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

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

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

La intención fue conocer los obstáculos basados en actitudes y concepciones del equipo de salud que dificultan la adecuada atención de la salud sexual y reproductiva. Se indagó especialmente el nivel de conocimientos de los profesionales sobre la Ley Nacional 25.673 / 2002 y las leyes y decretos provinciales, así como sus actitudes hacia los adolescentes, hacia el género y hacia los programas en ejecución sobre salud sexual y procreación responsable.

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

El estudio realizado fue de carácter "*multicéntrico*", y se llevó a cabo en 6 localizaciones: Catamarca, Corrientes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Misiones, Neuquén y San Miguel de Tucumán. Se seleccionaron becarios médicos de los servicios públicos de SSR⁵, uno en cada localización, para recoger la información secundaria y primaria acorde con la metodología diseñada.

3. Multidimensionalidad de la Salud Sexual y Reproductiva (SSR)

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

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

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

1966 Carlos Alvarado, con su Plan de Salud Rural en la Provincia de Jujuy, que incorpora un enfoque social, se anticipa a los proyectos internacionales de atención primaria de la salud, que cobraron vigencia a partir de 1978.

A mediados de la década del 70, el informe Lalonde expone el modelo del campo de salud con los múltiples factores – determinantes – que actúan sobre la salud de las poblaciones, imbricándose mutuamente la biología, el medio ambiente, los estilos de vida de la gente y el desarrollo de los servicios y los sistemas sanitarios, abriendo así nuevas formas de trabajar sobre la salud, incorporando en forma inequívoca los factores sociales y culturales en los abordajes a la situación de salud de las poblaciones (Lalonde, 1974). La salud, lejos de ser sólo una tarea médica o de exclusiva responsabilidad de los servicios sanitarios, se transforma en un proyecto social ligado a responsabilidades políticas, tanto del Estado y la sociedad civil como de los individuos.

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

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

El concepto actual de promoción de la salud como "los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos sobre las variables que condicionan su propia salud", surgen en la Conferencia de la OMS en Ottawa en 1986.

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

Reafirmando el derecho al propio control de la salud por parte de los individuos y grupos, surge en Ottawa el énfasis en la capacitación. No se trata ya de decir a la gente lo que debe o no debe hacer, sino de capacitarlos para una gestión más autónoma de su salud y de los eventuales episodios de pérdida de la misma,

promoviendo un uso más autónomo de los servicios de atención de salud y la tecnología médica.

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

La idea del *trabajo intersectorial* como respuesta adecuada a la multidimensionalidad de los fenómenos de la salud, ha sido aceptada como meta de las intervenciones de salud pública, aunque aún resultan escasas las experiencias exitosas que pudieron superar la fragmentación sectorial e institucional. La ley nacional 25673, en su artículo 5º, da cuenta de ese enfoque intersectorial, al plantear acciones coordinadas entre los Ministerios de Salud, Educación y Desarrollo Social.

Siguiendo a La Rosa Huertas, L. C. (2004), el rol del sector salud en la política social es generar, concertar, regular, monitorear y promover el cumplimiento de los lineamientos y regulaciones orientados a generar entornos saludables, los lineamientos de atención, rehabilitación, educación, información, comunicación, formación de RRHH, e investigación en salud y la vigilancia de la equidad en salud y la ética sanitaria, por parte de todos los sectores involucrados en el "ámbito salud". Menciona como relevantes en ese "ámbito" a: los Gobiernos provinciales, municipales y comunales, los sectores del Estado, en sus diferentes niveles (educación, trabajo, agricultura, industria, relaciones exteriores, interior, justicia, etc.), las Universidades y Centros de estudios o investigaciones, las Organizaciones no gubernamentales para el desarrollo, las Organizaciones de base, comunitarias y el voluntariado, otras Organizaciones sociales (eclesiásticas, deportivas, etc.) y el sector privado, empresarial o productivo

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

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

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

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

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

El Programa de Acción de Salud del Adolescente (OPS, 2000) estipula que el hombre y la mujer tienen el *“derecho a recibir información, escoger y tener acceso a métodos seguros, eficaces y aceptables para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que garanticen embarazos y partos sin riesgos”*. También plantea una estrecha relación entre desarrollo social y económico y la situación de SSR en una sociedad determinada y, en síntesis, considera la SSR como un derecho humano (Pitanguy, J. y Navarro de Souza, A., 2002).

4. El proceso metodológico llevado a cabo

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

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

Ese esquema, específicamente diseñado, fue denominado *Formato de Informe Preliminar*⁷ y su objeto fue que los becarios reunieran en forma sistemática y comparable ciertos indicadores disponibles que reflejaran las respectivas situaciones provinciales en SSR.

De tal modo, se incluyeron indicadores cuantitativos, demográficos y epidemiológicos, correspondientes a cada jurisdicción, como:

- Cantidad de mujeres en edad fértil y porcentaje en el total de población
- Cantidad de mujeres menores de 19 años y porcentaje en el total de mujeres en edad fértil

⁷ Este, así como los restantes instrumentos diseñados en el marco del estudio pueden ser solicitados al equipo investigador. No se agregaron a este trabajo por razones de longitud.

- Cantidad de mujeres entre 10 y 14 y entre 15 y 19 años y los respectivos porcentajes en el total de mujeres en edad fértil
- Tasa anual de mortalidad materna en los últimos cinco años
- Embarazo adolescente en los últimos 5 años⁸
- Egresos hospitalarios por complicaciones de aborto en los últimos cinco años
- Mortalidad infantil y neonatal en los últimos 5 años

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

En cuanto al abordaje metodológico para recoger y analizar la *información primaria* relacionada con los conocimientos, las concepciones y actitudes de los actores acerca de la SSR, necesariamente se debió poner énfasis en *técnicas cualitativas*, ya que las mismas permiten profundizar en tales cuestiones de manera más efectiva que las cuantitativas.

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

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

Se consideran *informantes clave* aquellos que “pueden hablar por” o que “representan la voz de” un conjunto de personas o de una instancia institucional. La entrevista a informantes clave se utiliza cuando la información necesaria requiere la opinión de pocas personas que pueden brindarla y además las mismas tienen ciertas particularidades que no hacen recomendable o lógico incluirlos en grupos focales o reuniones grupales en forma conjunta con otros actores, tanto por razones metodológico - estratégicas como políticas. (Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V., 2000). En el sentido apuntado, fue crucial la adecuada identificación de aquellos

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

que reunían las características de ser “representativos” en el sentido señalado. Fue el caso de decisores de los niveles centrales provinciales o jurisdiccionales, jefes de servicios, directores o responsables de programas, entre los más relevantes.

El *grupo focal* es una entrevista que se efectúa a varias personas a la vez, donde existe un moderador o facilitador, con el propósito de generar ideas e información importante alrededor del tema en cuestión; la función fundamental de ese moderador / facilitador es la de estimular a todos los participantes a exponer y discutir sus ideas, experiencias, percepciones, juicios y valores relacionados con ese tema central; asimismo, debe cuidar que nadie se apropie del uso de la palabra y se respeten los turnos para la utilización de la misma. Se recomendó que el número de participantes fuera de entre 12 y 15 personas y la duración no mayor de dos horas. Claro está que en algunos casos hubo que sobrepasar la cantidad de participantes y también hubo situaciones en donde se excedió el tiempo estipulado, en función del interés por parte de los asistentes.

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

La *triangulación* constituye una estrategia para asegurar el rigor y corregir (no eliminar, ya que eso sería imposible) la subjetividad individual en el proceso investigativo. Ello supone la utilización de diferentes técnicas y fuentes para evaluar los mismos fenómenos o aspectos de la realidad a través de operaciones convergentes, en el sentido de síntesis y complementación metodológica. También se habla de triangulación cuando “se cruzan” los criterios y puntos de vista de diversos actores, es decir, mediante la *intersubjetividad*⁹ (Habermas, J. 1982). Con ello se procura mayor confiabilidad de la información obtenida, mayor entendimiento de los fenómenos bajo estudio, reducción de sesgos propios de cada técnica o fuente y la validación de las apreciaciones emergentes.

La metáfora de la triangulación se deriva del uso -con fines militares o de navegación- de múltiples puntos de referencia para identificar con mayor precisión la posición de un objeto alejado. Acá se intentó algo similar: mejorar la exactitud o precisión de los juicios y aumentar la confiabilidad de los mismos a través de la recolección de datos sobre un mismo fenómeno desde diferentes perspectivas y utilizando distintas técnicas. (Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V., 2000)

Dado que las personas que se convocan a un grupo focal deben pertenecer a ámbitos relacionados con la temática a explorar y representar a todas las categorías

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

identificadas dentro de dicho ámbito, en este caso se convocó a *grupos focales con los recursos humanos* (por un lado médicos de diferentes especialidades vinculados con la SSR, y por otro, profesionales y técnicos/as tales como obstétricas y parteras) que se desempeñan en servicios que atienden la salud sexual y reproductiva.

Yendo algo más allá de los propósitos iniciales del estudio, cuyo énfasis, se reitera, estuvo puesto en las concepciones, conocimientos y actitudes de los profesionales (particularmente de aquellos de las especialidades médicas: obstetras, toco ginecólogos, generalistas, médicos de familia, etc.) acerca de la SSR y de la Ley Nacional 25673, también interesó explorar tales aspectos en la población que utiliza los servicios, a la vez que conocer la percepción de dicha población acerca de las concepciones de los médicos y de otros miembros del equipo de salud, por lo cual se realizaron además *grupos focales con usuarias*¹⁰ de los servicios de salud, tanto del primer nivel de atención, como de los servicios de los establecimientos hospitalarios relacionados con la SSR.

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

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

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

¹⁰ En las mencionadas VI Jornadas del Instituto Gino Germani (ver nota 1), un asistente al panel criticó que no se hubieran realizado además grupos focales con las parejas masculinas de las usuarias, lo cual hubiera sido muy pertinente e interesante de explorar, pero ya se había excedido el propósito del estudio con los realizados con las mujeres, de modo que los recursos financieros y el tiempo resultaban escasos para más agregados. La observación, sin embargo, merece ser tenida en cuenta en futuros estudios.

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

Un elemento de alto valor para orientar las discusiones y reflexiones alrededor de la temática, en los talleres y también en las entrevistas, además de las mencionadas guías diseñadas en forma específica para este estudio, fue el propio *texto de la ley 25673* del 2002, por la cual se creó en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. En el marco de los grupos focales se repartieron ejemplares de la ley a los y las asistentes y como parte de la dinámica grupal, se fue dando lectura a cada uno de sus artículos y comentándolos, acorde con las indicaciones de las guías. También en el caso de las entrevistas se le entregaba al entrevistado un ejemplar de la ley y se le solicitaba la lectura de cada artículo, a medida que se trataban los asuntos correspondientes.

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

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

Se garantizó a los entrevistados el *uso confidencial de la información* que brindaron en el marco de las entrevistas o grupos focales.

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

talleres y las entrevistas y en base a las sugerencias de los asistentes, se incorporaron ajustes a las mismas¹¹.

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

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

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

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

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

El equipo coordinador del estudio llevó a cabo la *sistematización de la información* recogida por los becarios en cada jurisdicción. Los ejes considerados fueron:

- Aspectos del marco legislativo y programático en la localización.
- Percepciones de los principales problemas en la situación de SSR por parte de los actores en la localización.
- Problemas detectados por los actores en los servicios de salud respectivos.
- Opiniones de los actores referidas a los contenidos de la ley 25673/02.
- Recomendaciones formuladas por los actores.

Las sistematizaciones se remitieron luego a los becarios respectivos, quienes realizaron la revisión y formularon las observaciones pertinentes.

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

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

Las sistematizaciones así consensuadas constituyeron insumos relevantes para la ulterior elaboración del *documento consolidado* del estudio. Ese documento consolidado consta de ocho capítulos, uno inicial, metodológico, seis capítulos destinados a la sistematización de la información relativa a las localizaciones y un capítulo final donde se sintetizan las principales conclusiones y recomendaciones¹².

Se hizo un *resumen ejecutivo*¹³ para su distribución – como parte de la devolución de los hallazgos – en cada una de las localizaciones, junto con el capítulo de la sistematización respectiva.

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

5. Conclusiones generales

En relación con la *respuesta a las convocatorias* realizadas, como ya fue mencionado, la misma fue altamente satisfactoria en la mayoría de las localizaciones. Fue sólo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires donde se plantearon dificultades y problemas, sobre todo entre los profesionales médicos, donde un alto porcentaje de ellos se negó a asistir. Los motivos que adujeron, fueron: la falta de tiempo, la falta de interés en actividades no remunerativas o sin valor curricular, la falta de interés en el tema¹⁴, y no contar con autorización para concurrir por parte del jefe de servicio respectivo

Sin embargo, es de destacar que en la misma localización fue del cien por ciento la concurrencia de los médicos/as de la especialidad de medicina familiar que se habían convocado.

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

En cuanto a la *legislación*, en particular en lo que se refiere al *conocimiento* previo a este estudio que los diversos actores tenían respecto de la Ley Nacional 25673/2002, aunque varios sabían de su existencia, fue muy generalizado el desconocimiento sobre los contenidos de sus artículos. Aún la mayoría de aquellos

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

¹³ El resumen ejecutivo fue incluido en la página Web del CONAPRIS.

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

que en principio contestaron que conocían sus contenidos, luego reconocían no tener conocimiento directo por haber leído su articulado, sino por haber oído comentarios o discusiones al respecto, de modo que se trataba de formas indirectas de acceso a esos contenidos.

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

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

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

De las seis localizaciones consideradas en este estudio, son tres las que han adherido a la Ley Nacional: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Corrientes y Neuquén, las cuales coincidentemente, tenían además legislación propia promulgada con anterioridad, con la salvedad de que en el caso correntino, la norma propia (del año 1996), nunca había tenido real aplicación. En las otras tres localizaciones – Catamarca, Misiones y Tucumán – existe aún un vacío normativo al respecto, pues además de no poseer normativa propia, tampoco habían adherido a la Ley Nacional al momento del relevamiento.

Pero vale resaltar que en todas las jurisdicciones que se incluyeron en este estudio, de una forma o de otra, se están desarrollando acciones programáticas en SSR, siendo Catamarca la única que no cuenta con programa propio, sino que desarrolla las propuestas del programa nacional, pese a que, como se dijo, aún no había adherido formalmente.

También se destaca que la Provincia del Neuquén desarrolla desde hace quince años actividades de asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos (MAC); en el marco de la Ley Provincial N° 2431 del 2003, se han agregado recientemente métodos no reversibles (ligadura de trompas y vasectomías). Coincidiendo con esta vasta experiencia, los servicios de salud tienen incorporado como concepto que la asistencia para la procreación responsable tiene carácter prioritario en los distintos niveles asistenciales.

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

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

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

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

También todos aludieron a *factores culturales* muy arraigados, como condicionantes de los problemas en SSR: el *machismo* imperante que provoca negativas de los hombres a la utilización de MAC (por parte de ellos, pero también la negativa a que los usen sus parejas), los *mitos referidos a ciertos MAC como abortivos*, los *escasos conocimientos y falta de conciencia de sus derechos en SSR por parte de las usuarias*, la *postura de la iglesia católica* y las *creencias religiosas* arraigadas en amplios sectores de la población, que impiden la utilización de los MAC y obstaculizan la inclusión de contenidos de SSR en las escuelas así como la entrega de MAC a adolescentes que acuden por su cuenta a los servicios (sin acompañantes adultos).

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

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

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

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

Hubo menciones acerca de la *baja calidad de la atención* en SSR y muchos señalaron diferencias entre la forma de atender, un mismo médico, en el hospital y en su consultorio privado¹⁵.

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

En varias localizaciones, se reitera, resultó relevante la *resistencia abierta o solapada de muchos médicos a la entrega de MAC*, tanto por motivos ideológicos o religiosos (“objetores de conciencia”¹⁶) como por motivos económicos que colisionan su accionar en el sector público con el del sector privado (en cuanto a la colocación del DIU). En especial, se reportó una amplia *resistencia a la entrega de MAC a adolescentes sin la presencia de familiares adultos responsables.*

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

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

Un aspecto que fue mencionado también por gran parte de los actores en las distintas localizaciones, sobre todo de los profesionales, se refiere a la *poca confianza existente acerca de la continuidad de las iniciativas o programas*, debido

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

¹⁶ Para una discusión acerca de la objeción de conciencia como un acto privado de los médicos que lesiona derechos de otros (mujeres, adolescentes), así como la negación de atención a adolescentes que van por su cuenta a los servicios de SSR, ver Cesilini, S. 2003, página 41.

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

a malas experiencias previas de interrupciones o discontinuidades, más allá de la eficacia de los programas.

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

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

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

Del mismo modo, la mayoría descreo de la posibilidad de transformar el modelo de atención para incluir contenidos de SSR, así como de su inclusión en el Programa Médico Obligatorio (PMO) de las obras sociales (artículos 6° y 7° respectivamente), al menos en un corto o mediano plazo. De hecho, son muy pocas (casi ninguna) las obras sociales que los incluyeron.

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

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

6. Recomendaciones emergentes para facilitar la aplicación de la Ley nacional

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

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

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

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

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

Los recursos humanos sectoriales recomiendan la incorporación de los *agentes de salud* en las acciones de promoción y prevención en materia de SSR, dada la mejor llegada que ellos tienen en las comunidades.

Los diversos actores sugieren la *capacitación de los recursos humanos del sector educativo en temas de SSR*.

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

Sugieren *reformas en los aspectos de organización de los servicios* que se constituyen en barreras para la atención; en tal sentido, las sugerencias más mencionadas fueron: *gratuidad* de las prestaciones en SSR, eliminando bonos moderadores u otras formas que requieran pagos de bolsillo, adecuación de los

horarios de atención a las características de las respectivas poblaciones usuarias, *acortamiento de los tiempos de espera para turnos y de las esperas presenciales* para la atención, *instalación de consejerías para orientación en temas de SSR* (fundamentalmente en temas de prevención de embarazo no deseado y de enfermedades de transmisión sexual, especialmente VIH/Sida), sobre todo para adolescentes.

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

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

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

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

6. Matriz resumen de la información relevada sobre SSR en las localizaciones

Ejes temáticos	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
Legislación vigente	Ley n° 418 / 2000. Ampliatoria n° 439. Adhiere a la ley Nacional	No existe ley provincial ni adhirió a la nacional. Hay un proyecto formulado, no sancionado.	Existen la Ley N° 5147/96 y el decreto reglamentario 3119 del 1996, que nunca se habían implementado, hasta que adhieren a la ley Nacional	Hay proyectos de ley aún no sancionados; no adhirió aún a la nacional.	Leyes N° 2222/97 y N° 2431/03. Adhirió a la ley nacional	No tiene ley provincial de SSR (hay proyecto, no sancionado) ni adhirió aún a la nacional.
Programa Provincial de SSR	Existe, en ejecución	Se implementa el programa nacional, aún sin adhesión formal.	Existe, en ejecución	Existe, en ejecución	Existe, en ejecución	Existe, en ejecución
Principales problemas señalados en la situación de SSR	Embarazo adolescente Enfermedades de transmisión sexual. Complicaciones del aborto Maltrato Violencia	Embarazo no deseado Embarazo adolescente Embarazos de mujeres multíparas. Abortos "caseros" Enfermedades de Transmisión Sexual	Embarazo no deseado Embarazo adolescente Aborto y muerte materna. Familias numerosas Hijos en situación de abandono Actitudes	Embarazo no deseado Embarazo adolescente Familias numerosas Actitudes machistas Violencia familiar	Embarazo adolescente Enfermedades de transmisión sexual Violencia Aborto	Falta de conocimientos sobre SSR y MAC Falta de prevención en SSR. Mitos sobre ciertos MAC como abortivos. Machismo Alcoholismo y violencia (abuso)

			machistas y no acompañamiento de los varones Violencia Familiar			El sexo como tabú Embarazo adolescente
--	--	--	--	--	--	---

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

	subordinación al jefe de servicio como "objeto de conciencia"	entrega de MAC Disparidad de criterios y discursos del personal sectorial Uso de lenguaje inadecuado. Falta de continuidad en las iniciativas.				
Conocimiento previo de la ley nacional	Algunos sabían que existe, la mayoría desconocía sus contenidos	Algunos sabían que existe, nadie la había leído ni conocía sus contenidos.	Algunos sabían que existe, la mayoría desconocía sus contenidos	Algunos sabían que existe, la mayoría desconocía sus contenidos	Algunos sabían que existe, la mayoría desconocía sus contenidos	Algunos sabían que existe, nadie la había leído ni conocía sus contenidos.

Acuerdos / desacuerdos con los contenidos de la ley nacional (a partir de la lectura presencial de los mismos)

Artíc. de la ley	Ciudad Autónoma de Buenos Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
Art. 2: Objetivos	Acuerdo en la mayoría Considerado ambicioso y de difícil cumplimiento	Acuerdo con el b) y el c); lo restante les parece ambicioso y de difícil concreción.	Acuerdo con la enunciación. Aún no se cumplen todos	Opinan que son de difícil aplicación inmediata	Acuerdo con los contenidos Señalaron la falta de inclusión de los varones	Acuerdo teórico. Consideran los objetivos ambiciosos y de difícil concreción.
Art.4: Patria potestad	Acuerdo en la mayoría	Médicos acuerdan en entregar MAC a adolescentes sin presencia de	Sorpresa por sus alcances. Aceptación de defensa del niño, en general	Sorpresa por sus alcances. Respuestas evasivas, no comprometidas;	Acuerdo en la mayoría	Mayoría en desacuerdo con darles MAC sin presencia de adultos, aunque

		adultos, usuarias no acuerdan.		la mayoría prefiere la presencia de los padres, pues desconfían de la cobertura legal		algunos médicos plantearon dificultades para negarse cuando los adolescentes los solicitan.
Art.5: Articulación salud y educación	Actualmente ausente Necesidad de capacitar a los docentes Incluir a todos los niveles de enseñanza	Considerada necesaria pero señalan que los docentes no están capacitados en SSR.	Considerada necesaria, ven dificultades en la implementación. Falta de conocimientos de docentes en SSR y falta de capacidades pedagógicas en médicos. Falta de redes comunitarias.	Considerada necesaria aunque difícil de lograr; falta de conocimientos de SSR en los docentes y falta de capacidades pedagógicas en los médicos.	Acuerdo unánime. Necesidad de capacitar a los docentes e incluir todos los niveles de enseñanza.	Considerada necesaria aunque difícil de lograr
Art.6: modelo de atención	Acuerdo, pero descreen de su cumplimiento	Considerado correcto; pero descreen de su cumplimiento.	Acuerdo generalizado sin comentarios específicos	Considerado correcto pero descreen de su concreción	Acuerdo. Piden incluir también métodos anticonceptivos no transitorios.	Acuerdo general, pero descreen de su cumplimiento.
Art. 7: Inclusión de SSR en PMO	Acuerdo en la necesidad; dudas sobre el cumplimiento por la existencia de intereses económicos.	Acuerdo general, pero descreen de su cumplimiento.	Acuerdo generalizado, consideran que debería ser obligatorio y controlarse.	Considerado correcto sin comentarios específicos	Acuerdo unánime. La cobertura la realiza el sector público subsidiando al sector privado, las prepagas y obras sociales.	Considerado correcto. La Obra Social Provincial lo incluyó.

					La Obra Social Provincial lo incluyó.	
Art. 9: normas educativas	Acuerdo mayoritario de incluir SSR en los distintos niveles educativos. Algunas usuarias no acordaron. Se señaló la necesidad de formar a los docentes	Están de acuerdo en incluir contenidos de SSR en la currícula escolar, pero opinan que la oposición de la iglesia lo impedirá.	Sorpresa y aceptación por obligatoriedad para instituciones privadas	Incredulidad frente a compromiso de las instituciones confesionales	Acuerdo mayoritario de incluir SSR en los distintos niveles educativos. Señalan la importancia de incluir también las escuelas confesionales.	Opiniones divididas. Aún los que acuerdan son incrédulos sobre la viabilidad en la provincia, por la influencia de la iglesia y los grupos católicos.

Resumen de las principales recomendaciones efectuadas por los actores

C. Aut. Bs. Aires	Catamarca	Corrientes	Misiones	Neuquén	Tucumán
Difusión masiva Educar a la población. Articular formalmente con otros sectores Proveer el recurso humano necesario Formación y especialización de los equipos de salud. Proveer insumos en cantidad,	Realizar campañas de difusión sobre la ley, sus artículos y su relevancia. Jerarquizar la atención primaria en los sectores pobres. Dar roles protagónicos a agentes sanitarios, asistentes sociales	Difusión de la Ley y del programa entre los profesionales de la salud y la población provincial, con énfasis en DDHH y la localización y horarios de atención de los servicios	Difundir Ley Nacional, Decreto provincial y los programas de acción a población y a los profesionales de la salud y de educación Enfatizar alcances jurídicos, localización	Difusión masiva Educar a la población. Capacitar promotores Ampliar oferta de servicios Promover mayor articulación intersectorial y coordinación extrasectorial Continuidad en la provisión de los	Realizar difusión sobre SSR y MAC; campañas de esclarecimiento a través de los medios masivos (TV) Incluir consejerías de SSR, sobre todo para adolescentes. Mejorar

<p>calidad y oportunidad Facilitar acceso fundamentalmente en los centros de salud Incorporar pediatras médicos familiares, agentes de salud, etc. Participación de las áreas operativas en la programación de las actividades. Controlar los recursos y la gestión. Capacitar a docentes en SSR</p>	<p>y personal más en contacto con la gente. Realizar más acciones de promoción y captación en terreno y no esperar la demanda espontánea. Involucrar a la familia en la educación sexual, que no sea sólo responsabilidad del gobierno o de las escuelas.</p>	<p>Capacitar a más profesionales de la salud y a los agentes de salud Realizar programas en la comunidad en contacto con ONG para captar mujeres en situación de riesgo. Coordinar entre Salud y Educación para Educación Sexual. Asegurar entrega de AC y calidad de las prestaciones en SSR.</p>	<p>gratuidad y obligatoriedad de la oferta de atención. Asegurar provisión permanente de AC a los distintos servicios Capacitar a los profesionales de la salud en lo psico-social y actualizarlos en AC. Implementar Educación sexual Dar continuidad política a los programas de acción en SSR Realizar actividades conjuntas, Salud y Educación. Modificar horarios para pedido de turnos y acortar las esperas.</p>	<p>recursos Capacitación permanente en servicio e incorporar SSR al pregrado Crear servicios para adolescentes Implementar sistemas de evaluación Utilizar recursos de la comunidad. Despenalización del aborto. Implementar talleres de capacitación en SSR obligatorios en escuelas.</p>	<p>accesibilidad a los servicios, a la información y MAC. Realizar monitoreo de la ejecución del programa en los establecimientos. Integrar al varón en las acciones relacionadas con SSR. Realizar estudios de necesidades de MAC en las poblaciones a cargo de cada servicio para racionalizar los suministros. Capacitar RRHH de salud y de establecimientos educativos en SSR.</p>
--	---	--	---	--	--

BIBLIOGRAFÍA

- Cesilini, S., Gherardi, N. (2003). *Los límites de la ley: la salud reproductiva en la Argentina*. Equipo de Género, Región de América Latina y el Caribe, Banco Mundial. Buenos Aires.
- Fairchild, A. (1976). *Diccionario de Ciencias Sociales* Volumen 1. Instituto de Estudios Políticos, Madrid.
- Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa, Crítica de la razón funcionalista*. Vol. II. Ed. Taurus. Buenos Aires.
- La Rosa Huertas, L. C. (2004). *Promoción de la salud: reflexiones para una agenda básica en adolescencia y juventud*. Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud - SPAJ. Lima, Perú.
- Martínez, I., Rossen, M. y Mosteiro, M. C. (2005). *Salud Sexual y Procreación Responsable*. Capítulo 8 del *Portafolio educativo*. Pág. Web del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina.
- Moraes Novaes, H. de. (s/f). *Acciones integradas en los sistemas locales de salud. Cap I. Bases conceptuales, los informes de Flexner y Dawson*. Cuaderno Técnico N° 31, OPS.
- Naciones Unidas, (1994). *Documento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, El Cairo
- Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2000). *Evaluar para la Transformación: innovaciones en la evaluación de proyectos y programas sociales*. Colección Tramas Sociales. Capítulo 4. Volumen 8. Ed. Paidós. Buenos Aires, Argentina.
- Organización Panamericana de la Salud (2000). *Sexual Health and Development of Adolescents and Youth in the Americas: Program and Policy Implications*, Washington DC.
- Pitanguy, J. y Navarro de Souza, A. (2002). *Un desafío pedagógico: saber médico, cuerpo y sociedad*. En: Gogna, M. y Ramos, S. (compiladoras) *Experiencias innovadoras en Salud Reproductiva*. CEDES. Buenos Aires.
- Ramos, S., Gogna, M., Petracci, M., Romero, M. Szulik, D. (2001) *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto; ¿una transición ideológica?* CEDES. Buenos Aires.
- Sigerist H. (1981). *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. Siglo XXI. Buenos Aires.
- Sonis A. (1964). *Salud, Medicina y Desarrollo Económico Social*. (4ª edición, 1975) EUDEBA, Buenos Aires.
- Terris, Milton. (1980). *La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social*. Siglo XXI, Buenos Aires.