

CoNDeRS

**MONITOREO SOCIAL SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y
RERODUCTIVOS EN ARGENTINA**

INFORME NACIONAL 2009

Proyecto realizado con la cooperación de UNFPA Argentina.

Coordinación general del proyecto y Redacción final: Comité Coordinador

- Bianco, Mabel (FEIM)
- Checa, Susana (Foro por los Derechos Reproductivos)
- Schmidt Jorgelina (Red Nacional de Jóvenes por los Derechos Reproductivos)
- Rosenberg, Martha (Foro por los Derechos Reproductivos)
- Zurutuza, Cristina (CLADEM Argentina)

Secretaría técnica: Miguel Fernanda

Con la colaboración de Lucia Cañaverl, quien sistematizó los datos relevados en 18 provincias/municipios.

I.- INTRODUCCIÓN	3
II.- INFORME 2009	3
III.- PROCESO DE RELEVAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS: METODOLOGÍA	4
IV. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELEVADA	5
a. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS LOCALES	5
b. ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MACs)	9
c. ATENCIÓN POSABORTO	15
d. ABORTO NO PUNIBLE	18
e. ATENCIÓN DE ADOLESCENTES	20
f. EDUCACIÓN SEXUAL	22
g. MECANISMOS DE DIFUSIÓN, ACCESO A LA INFORMACIÓN	23
h. CAPACITACIÓN DE PERSONAL	25
BIBLIOGRAFÍA	35
V.- A MODO DE CIERRE	27
a. CONCLUSIONES	27
b. RECOMENDACIONES	29
c. REFLEXIONES FINALES	31
ANEXO 1 – Distribución de entrevistas del Monitoreo CoNDERS 2009	36
ANEXO 2 – Cobertura de los Programas Locales	37
ANEXO 3 Listado de los grupos monitoreantes según jurisdicciones	38

I.- INTRODUCCIÓN

Como se sabe, la sanción de la Ley 25.673 – que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en adelante PNSSyPR - se logró en octubre de 2002, después de más de dos décadas de lucha del movimiento de mujeres en todo el país. Durante esos años, varios proyectos de ley no lograron su sanción final por distintas razones; continuaban movilizaciones, actos públicos y acciones de cabildo de las mujeres organizadas. Finalmente, en 2003 se pone en marcha el Programa y, simultáneamente, es creado el CoNDeRS, por parte de las ONG que hoy forman parte de su Comité Coordinador. Desde ese momento organizaciones de mujeres, de derechos humanos y de jóvenes a través de la aplicación de distintos proyectos y actividades monitorean la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) en varias provincias/ municipios del país. El CoNDeRS, desde el inicio, cuenta con el apoyo del UNFPA. La tarea, a nivel local, es realizada por grupos de Organizaciones de la Sociedad Civil (ONGs) que trabajan en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y que respondieron a la convocatoria permanente que realiza el C.C del CoNDeRS que coordina y tutorea las acciones de monitoreo social de los derechos sexuales y reproductivos.

Desde el inicio, se desarrollaron 4 fases de monitoreo social cuyos resultados se sistematizaron y evaluaron en cada etapa. Si bien las primeras enfatizaron en el diagnóstico de la situación de cumplimiento del Programa (incluyendo éxitos y dificultades), las posteriores propusieron como eje central abocarse a la exigibilidad de derechos. Ya en 2008 se realizó un taller nacional destinado a capacitar a los distintos grupos monitorean en herramientas de exigibilidad (administrativas, judiciales y políticas) con el asesoramiento de la Asociación por los Derechos Civiles (ADC). Dichas herramientas fueron publicadas y difundidas a través de la publicación del CoNDeRS “La Exigibilidad de los Derechos Reproductivos y Sexuales”. La actual etapa (2009), que comenzó más tardíamente debido a atrasos involuntarios, sumó al monitoreo periódico – esto es, analizar las situaciones de las distintas provincias y localidades sobre los DSyR – **propuestas de acciones puntuales de exigibilidad** a través de proyectos destinados a lograr la remoción de los obstáculos y el mejoramiento del Programa. Los proyectos se esbozaron atendiendo a las necesidades, prioridades y visiones detectadas y asumidas por los grupos monitorean en sus respectivos lugares (Consultar su listado en el Anexo 3).

II.- INFORME 2009

En esta etapa se promovió el afianzamiento de los grupos de monitoreo existentes y la constitución de otros nuevos, especialmente en el conurbano bonaerense, así como una mayor inclusión de jóvenes, profundizando la capacitación y el desarrollo de destrezas, por parte de los grupos existentes y de los que se incorporaron en las provincias de Salta, Jujuy y Buenos Aires, para aplicar mecanismos de exigibilidad. Asimismo, y debido a la importante presencia de población migrante de mujeres y jóvenes bolivianas/os y a solicitud del UNFPA, se dirigieron las acciones de monitoreo y exigibilidad a esta población, incorporando organizaciones de migrantes a la tarea del CoNDeRS; particularmente a la

capacitación en DSyR y en los mecanismos de exigibilidad. Por tratarse de una población aún mas marginada en el acceso y atención de los servicios de salud, considerando a la vez que tienen pautas culturales y sociales diferenciales, que exigen buscar mecanismos específicos para analizar el acceso a la satisfacción de sus derechos. Al avanzar en la incorporación de nuevos grupos, fue necesario buscar mecanismos y herramientas de comunicación y tutoría para capitalizar la experiencia de los grupos de la sociedad civil que ya formaban parte, en etapas anteriores, de nuestro consorcio. Asimismo se amplió la difusión de los materiales teóricos y técnicos producidos en el período 2007/08, como las guías para acciones de monitoreo y exigibilidad, alentando su uso también por parte de otras organizaciones y por la población en general, a través de presentaciones públicas, talleres de capacitación y debate, y notas en medios de difusión. También se actualizó la página web y se promovió el trabajo en red de todos los/las integrantes del CoNDeRS a través de e-groups por nodos regionales. La estrategia de seguimiento del CC del CoNDeRS consistió en tutorías “personalizadas”, a cargo de sus integrantes, y dirigidas específicamente a cada uno de los grupos.

III.- PROCESO DE RELEVAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS: METODOLOGÍA

Cabe señalar que el monitoreo constante de la ejecución y calidad de los servicios previstos en el PNSSyPR es una tarea compleja, ya que el sistema de salud público presenta un panorama muy heterogéneo y fragmentado. Evaluar de manera periódica y sistemática el estado y la calidad de la atención en los distintos establecimientos de salud de toda una provincia es una empresa imposible. Para resolver este obstáculo, el CoNDeRS ha diseñado diferentes instrumentos a lo largo de las distintas etapas.

En 2009, para actualizar la información sobre la situación de ejecución del Programa (Monitoreo) se elaboró un instrumento especial que se aplicó entre agosto y septiembre, a través de entrevistas estandarizadas, en base a un formulario especialmente diseñado por el CoNDeRS basándose en la experiencia de años anteriores. En base a la experiencia se encargó a la Lic. Nina Zamberlin la elaboración del instrumento, que fue revisado y testeado por el C.C con los grupos monitoreantes a través de los cinco talleres subregionales. Los formularios se aplicaron a funcionarios de gobierno –a nivel provincial o municipal- y a efectores de salud. Se seleccionaron, en cada distrito, el hospital de mayor nivel de complejidad que desarrolla actividades de salud sexual y reproductiva; y un centro de salud de atención primaria. Como se señaló anteriormente, se incorporó al monitoreo a población migrante boliviana en 2 provincias (Salta, y Jujuy) y a dos municipios de la provincia de Buenos Aires, debido a que son zonas de alta concentración de población migrante de origen boliviano.

Si bien al comienzo de esta etapa se invitó a grupos de otros tantos distritos, 18 grupos finalizaron la tarea. En el aspecto de monitoreo tuvimos, pues, 18 “puntos de relevamiento”, que representa a 14 provincias y 4 municipios de la

Provincia de Buenos Aires, a saber: provincias de Jujuy, Salta, Tucumán, Formosa, Santiago del Estero, Córdoba, Santa Fe (considerando las ciudades de Santa Fe y Rosario), Entre Ríos, Misiones, San Luis, Mendoza, San Juan, La Pampa y Santa Cruz. En la provincia de Buenos Aires los municipios de Olavarría, Lanús, Tres de Febrero y San Fernando. Estaba contemplado también el análisis del Municipio de La Matanza, pero no se pudo relevar por problemas del grupo encargado.

En total se realizaron 59 entrevistas en los distritos mencionados. De ellas, 17 fueron a los Responsables de Programa a nivel provincial o municipal; 22 a Jefes de Servicios con prestaciones en Salud Sexual y Reproductiva a nivel de los hospitales, y 20 a Responsables de centros de salud de atención primaria.¹

Las entrevistas a los Responsables de Programas Locales buscaron relevar condiciones generales del funcionamiento del Programa, entre otras: inscripción en la estructura de gobierno, posibilidades de participación de la sociedad civil organizada, asignación presupuestaria, cantidad de servicios de salud públicos en las que funciona, accesibilidad de la información, estrategias de difusión, seguimiento de efectores, actuación del Programa frente a casos de incumplimiento, capacitación a profesionales, situación de la educación sexual en la provincia, existencia de protocolos en violencia sexual, atención postaborto y aborto no punible, efectivización y periodicidad de compra de métodos anticonceptivos, cobertura, entre otros temas.

Las entrevistas a los efectores pretendieron caracterizar cada institución y profundizar en las prácticas concretas y cotidianas del Programa: la disponibilidad y el modo de entrega de MACs, la accesibilidad de anticoncepción de emergencia y anticoncepción quirúrgica, las estrategias de información y consejería, las particularidades de la atención en adolescencia, HIV/Sida, aborto no punible y post aborto, parto y prevención de cáncer de cuello de útero.

Esta información fue sistematizada para cada variable de relevamiento en particular. En este informe, nos centraremos en aquellas que se han evidenciado como las problemáticas más relevantes a nivel nacional en algunos de estos puntos de análisis, así como comunes a la mayoría de los distritos estudiados.

IV. SISTEMATIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN RELEVADA

a. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PROGRAMAS LOCALES²

¹ Ver ANEXO 1, Cuadro de distribución de entrevistas.

² En este punto, no se consideraran los Municipios de Lanús y San Fernando, dado que los grupos monitoreantes no han podido realizar la entrevista a los Responsables Locales de Programa. En el caso de San Fernando por negarse el funcionario. En Lanús se dilató y pospuso la fecha no pudiendo llegar a tiempo. En la Provincia de San Juan tampoco tuvieron acceso a esta entrevista, pero completaron alguna información con conocimientos previos.

Según las respuestas de los/as responsables de los Programas entrevistados, todos los analizados se inscriben orgánicamente en alguna estructura del gobierno provincial/municipal, en mayor medida bajo la Dirección de Maternidad e Infancia o similares. Algunos cuentan con normativas propias (es el caso de Entre Ríos, Jujuy, Salta, Santa Cruz, Santa Fe, San Luis, La Pampa y Mendoza, por ejemplo), y otros funcionan centralmente bajo la legislación nacional. Los Programas de la Provincia de La Pampa y del Municipio de Rosario, en la provincia de Santa Fe, aparecen como pioneros a nivel nacional: en el primer caso, cuentan con una ley provincial desde el año 1991, y en el segundo la normativa municipal existe desde 1996. La provincia de Santa Cruz si bien cuenta con legislación de adhesión a la ley nacional desde el año 2003, recién en septiembre de este año se ha creado un programa provincial autónomo de Maternidad e Infancia.

Más allá de las dificultades particulares que cada distrito pueda presentar, se observa en términos generales cierto grado de formalización de los procedimientos fundamentales, pero con un alto grado de heterogeneidad. En general están establecidos los sistemas de retiro y entrega de MACs y los modos de seguimiento de los efectores sobre sus movimientos y la cobertura de los programas. Sin embargo, esta última información presenta, en ocasiones, contradicciones o falta de precisión.

A modo de excepción aparecen los casos de Formosa, Misiones y Olavarría. En Formosa la situación del programa es preocupante. Tiene una existencia prácticamente virtual y un alto grado de informalidad en sus procedimientos. La única persona asignada –rentada– es el responsable actual, que cuenta con la colaboración voluntaria de médicos/as interesados/as en el Programa. Se limita exclusivamente a la entrega de MACs (cuando hay disponibilidad). Además, en la visión del grupo monitoreante, el responsable no contaba con la información necesaria en torno a la ejecución del Programa, sino que hablaba fundamentalmente desde su experiencia y opinión personal. Sin llegar a este extremo, el caso de Misiones presenta características afines en tanto no se percibe capacidad de planificación estratégica en ningún plano. De acuerdo al grupo monitoreante, el responsable tampoco manejaba correctamente la información sobre el funcionamiento del Programa ni sus procedimientos elementales. Una situación similar se observa en el Municipio de Olavarría, donde el grupo monitoreante señala que no existen mecanismos claros de seguimiento de los efectores, ni una estructura sólida de coordinación. El Programa funciona desarticuladamente.

En relación a la **asignación presupuestaria**, y la posibilidad de compra de métodos anticonceptivos por parte de los Programas locales, las situaciones son diversas. Sólo los programas de Jujuy y Mendoza cuentan con presupuesto propio, del cual disponen fundamentalmente para la compra de insumos y para las capacitaciones. En Formosa, Misiones, Santa Cruz, Santiago del Estero y Tres de Febrero los programas provinciales/municipales, no sólo no tienen presupuesto propio, sino que en general no tienen capacidad de compra de MACs. En estas provincias/Municipios el programa depende, en relación a los insumos, exclusivamente de las provisiones del Programa Nacional que, según ha sido denunciado por

gran parte de los entrevistados, desde el 2008 es sumamente discontinuo y esporádico en sus entregas³. Por este motivo, durante el año 2009 los gobiernos de Misiones y Santa Cruz han realizado por primera vez, compra de anticonceptivos. En el caso de Santiago del Estero, aunque disponen sin problemas de presupuesto provincial para difusión, no tienen todavía acceso propio a la compra de insumos.

Por su parte, las provincias de Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Tucumán, San Luis y La Pampa y el municipio de Olavarría tienen disponibilidad presupuestaria proveniente del gobierno provincial/municipal para poder realizar sus propias compras. En La Pampa, incluso, señalan que el 70% de los insumos utilizados son aportados por el gobierno local⁴ en compras realizadas dos veces por año. En los casos de Córdoba y Entre Ríos, partidas propias de los respectivos Ministerios de Salud constituyen aportes al suministro del Programa Nacional. Estas provincias no cuentan con la posibilidad de destinar fondos a otras actividades como la difusión del Programa y los DSyR, capacitaciones u otras. Para el caso de Salta, el grueso de los insumos proviene directamente de las asignaciones del Programa Nacional, pero la provincia interviene con compras esporádicas cuando es necesario, por la no provisión del Programa Nacional.

En síntesis, en relación al presupuesto, salvo casos excepcionales, la provisión de MACs es principalmente aporte Nacional, limitándose las provincias y municipios en ocasiones de faltantes realizar aportes. Por otro lado, muchos/as entrevistados/as tienden a justificar la falta de acciones de difusión con la escasez presupuestaria. Desde nuestro punto de vista, debemos señalar que la no difusión afecta directamente la capacidad de cobertura.⁵ En este sentido también, el Programa nacional tiene responsabilidad porque no la hizo hasta fines de 2009 que inició algunas acciones.

En la mayoría de los casos monitoreados **no existen mecanismos para que las/los usuarias/os denuncien vulneraciones** a sus derechos sexuales y reproductivos. Las excepciones más relevantes las constituyen las provincias de Salta y Mendoza, que cuentan con una línea telefónica (gratuita sólo en el caso de Salta) específica para estos casos. En el caso de Mendoza, incluso, solicitan al denunciante que se vuelva a comunicar en un tiempo para ver si el efector ha cambiado su actitud después de la intervención central. La línea de Salta es compartida con toda la Dirección Materno-Infantil y esto hace que pierda algo de su potencialidad y especificidad.

³ El CC del CoNDERS denunció en notas en medios de difusión, que desde 2008 hay serias dificultades en la provisión de MAC desde el Programa Nacional del Ministerio de Salud.

⁴ Como también en la provincia de Santa Fe, por un plan anual. En otras provincias en forma esporádica ante las no remisiones del Programa Nacional.

⁵ Ver ANEXO 2 – Cuadro de coberturas locales. No es posible hacer un estimado de cobertura nacional en función de los datos relevados dado que, para cada provincia o municipio, la información está en formatos distintos y abarca periodos de tiempo diversos.

En Misiones, Olavarría y Entre Ríos se indica que es posible dejar sentada una denuncia a través de un escrito ingresado por mesa de entradas en las oficinas del Programa provincial/municipal. En la provincia de Santiago del Estero esto puede realizarse por correo electrónico o personalmente en el Departamento Legal del Programa provincial.

Esta provincia, además, es la única en la que se señala la existencia de sanciones y sumarios administrativos a prestadores por incumplimiento de sus funciones. En otras, como por ejemplo Santa Fe, reconocen que cuentan con poder de sanción frente a estos casos, pero han comprobado que no es un modo útil de resolver la problemática.

Salvo el caso mencionado de Santiago del Estero, las demás provincias y municipios proponen a usuarios/as como única acción posible “hablar con los prestadores y tratar de resolver la situación”. En casos de **objeción de conciencia**, se establecen mecanismos con otros profesionales de referencia de la zona que puedan cubrir la prestación de la que se trate. Desde Misiones señalan que no cuentan con respaldo legal ni político para encarar otro tipo de acciones.

Frente a esa inexistencia de vías de denuncia, un enfoque posible, que abordan algunos grupos monitoreantes (Santiago del Estero, La Pampa, Santa Cruz), se relaciona con la necesidad de fortalecer la perspectiva de derechos, empoderando a las mujeres en su capacidad de exigir aquello que les corresponde. Estos grupos desarrollan talleres dirigidos a la comunidad, elaboran materiales de difusión y salidas a terreno con fines de difusión.

Otra de los mecanismos que los entrevistados mencionan para adquirir conocimiento sobre situaciones de vulneraciones de DSyR es a través del activismo de las ONGs locales que trabajan estas problemáticas. Esto no exime al Estado a prever mecanismos de denuncia efectivos que deben sumarse a los de valuación y monitoreo. El problema es que estos en general no existen no son muy insuficientes.

Por otro lado, esa referencia se contradice con que una de las grandes falencias registradas en la mayor parte de las provincias y municipios analizados tiene que ver con la **inclusión de la sociedad civil organizada en las instancias de planificación y evaluación** del Programa. El único espacio en el que se observan mecanismos formales de inclusión es en la Provincia de Santa Fe. El Programa provincial cuenta con la figura del “Consejo Asesor”, integrado por diversos actores sociales, que se reúne periódicamente y monitorea la acción del Programa (actualmente, por ejemplo, las ONGs de este Consejo están solicitando la implementación de mecanismos de denuncia). En Santiago del Estero, aunque no se vislumbran mecanismos formales, la gestión actual⁶ está realizando una evaluación de la situación del Programa recurriendo a intercambios permanentes con diversas organizaciones civiles: asociaciones de pueblos originarios, AMAR, CoNDeRS. Junto con el grupo monitoreante CoNDeRS de la provincia, a su vez, han realizado un nuevo protocolo para la atención en casos de violencia sexual. En la Provincia de Córdoba, por iniciativa del grupo monitoreante, funcionó una Mesa de Diálogo durante 2007 y 2008, cuyas reuniones fueron suspendidas unilateralmente por el Director del Programa

⁶ Asumió en mayo de 2009.

Provincial en el 2009. Actualmente no se ha podido retomar esta instancia, pese a las acciones realizadas por las ONG integrantes del CoNDeRS. En Formosa, el responsable del Programa señala la entrevista que estamos analizando como primer contacto con organizaciones de la sociedad civil.

En los demás puntos de relevamiento, las **vinculaciones entre el gobierno y la sociedad civil organizada** se dan, cuando existen, básicamente a través de la organización de capacitaciones o talleres conjuntos. En términos generales, **no existen mecanismos que garanticen a las ONGs la posibilidad de tener una incidencia estratégica en el desarrollo del Programa**. Esto, de todos modos, es percibido (o al menos enunciado) como una deuda pendiente por gran parte de los entrevistados.

b. ATENCIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS (MACs)

Es importante volver a señalar aquí que el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable desde su creación en 2003, ha tenido una gran cantidad de cambios de funcionarios responsables, algo que también ocurre en los/as responsables provinciales/municipales. La gestión actual a nivel nacional⁷ fue designada en diciembre de 2009; la precedió la anterior⁸, de cerca de un año de duración, ya que fue designada en diciembre 2008. La anterior⁹ tuvo una duración aproximada de dos años. Antes la precedieron otras dos más, totalizando cinco funcionarios en siete años de implementación del Programa, lo que da un promedio de duración de poco más de un año por cada gestión. Como es obvio, esto repercute en la efectividad y continuidad de sus acciones.

Mención especial merece la cobertura de los programas provinciales/municipales relevados. Es evidente la falta o carencia de datos sobre la población atendida y su relación a la población existente. En cinco provincias/municipios no hay datos; en cuatro se dan porcentajes de cobertura en base a estimaciones imprecisas y en el resto existía esta información muy general y diferente dato en cada una. Esto indica la imposibilidad de conocer la población bajo cobertura, algo elemental para la evaluación y el monitoreo.¹⁰

En las entrevistas realizadas, se constata que la **consejería y entrega de métodos anticonceptivos** es percibida en general, como la principal tarea de los programas de atención en Salud Sexual y Reproductiva.

En relación a la consejería, no aparecen mencionados mayores problemas. En términos generales parece establecida como una práctica cotidiana de los servicios de salud analizados. En este punto, de todos modos, la entrevista

⁷ Lic. Paula Ferro.

⁸ Lic. Ana Suppa

⁹ Lic. Valeria Islas.

¹⁰ Datos en ANEXO 2. Cobertura de los programas Monitoreados.

no es quizás la herramienta más confiable de recolección de datos, dado que no es posible conocer especificidades en torno a de qué modo se lleva adelante en la práctica (por ejemplo, si se realiza en cualquier tipo de consulta o sólo cuando los/las usuarios/as se acercan por este tema, si se toman en cuenta las visiones y necesidades de usuarios/as, si se los toma como una persona en su integralidad, etc.).

Respecto a la posibilidad de elección del MAC por parte de usuarias/os, la disponibilidad discontinua de los diversos métodos y las preferencias y rechazo de los profesionales del PNSSyR limitan la libre elección de los MAC de usuarias/os. Se observan serias dificultades para evaluar el **nivel de implementación y atención en anticoncepción de emergencia y quirúrgica** en los espacios y servicios.

La entrega efectiva de anticonceptivos es dispar en los diferentes lugares relevados, respondiendo (tal como se señaló más arriba) fundamentalmente la provisión del PN y a la capacidad de compra de los gobiernos provinciales y/o municipales para suplir los faltantes. Indefectiblemente, los/las entrevistados/as denuncian el grado de discontinuidad e irregularidad en los envíos por parte del Gobierno Nacional. Además, se hace referencia a la informalidad del Programa Nacional en el manejo de estas cuestiones: no sólo se envían cantidades insuficientes de MACs y de forma irregular, sino que es imposible para los programas locales saber con certeza qué cantidades serán enviadas, de qué métodos, y en qué tiempos, para poder planificar las necesidades de compra. A su vez, se indica en las entrevistas que estas **discontinuidades han ido en aumento en los últimos tiempos**.

En cuanto a la **disponibilidad según tipo de MAC**, los mayores problemas de aprovisionamiento aparecen con los **anticonceptivos inyectables**. Once de las 18 distritos o jurisdicciones que se monitorearon, tienen o han tenido en el período analizado faltantes de este método debido a que la demanda superó la oferta (Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Misiones, Olavarría, Salta, Santa Cruz, Tucumán, Tres de Febrero, San Fernando y Córdoba). Además, en Jujuy y Santiago del Estero indican que cuando disponen de este MAC, las cantidades muchas veces no son suficientes para cubrir la demanda. La falta de anticonceptivos inyectables es particularmente relevante para las usuarias dado que es un método muy solicitado porque facilita que la mujer tome decisiones más autónomas sobre su fecundidad y su salud reproductiva sin estar expuesta cotidianamente a la posibilidad de control o reprobación por parte de su pareja o familia. Aunque la entrevista no relevó específicamente este punto, ha sido señalado en algunas entrevistas, particularmente en aquellas provincias en las que trabajan con mujeres de pueblos originarios cuyas tradiciones culturales tienden a desaprobar los métodos de procreación responsable habilitados por el PNSSyPR.

En 7 jurisdicciones han señalado problemas de continuidad en la provisión de **ACO** (Anticonceptivo Oral, pastillas): Misiones, Olavarría, Salta, Santa Cruz, Tucumán, Córdoba y Entre Ríos. A su vez, no se evidencian (como en otras épocas) problemas relevantes en cuanto a cambios de marca o componentes fundamentales de este método, dado que en la mayor parte de los programas locales trabajan en gran medida con los genéricos enviados por el Programa Nacional. Por su parte,

Misiones, Salta, Santa Cruz y San Fernando denuncian faltantes de **preservativos**. En San Fernando, por ejemplo, hace seis meses que no los reciben por parte del gobierno nacional.

En Tucumán y Córdoba se denuncian falencias en la provisión de **anticonceptivos para lactancia**; y en Santiago del Estero de **anticoncepción de emergencia**. Las únicas provincias en las que no se registraron faltantes en el período analizado son Jujuy, La Pampa, Santa Fe, San Luis, San Juan y el Municipio de Lanús (en los dos últimas jurisdicciones, como ya hemos dicho, no se pudo realizar la entrevista al responsable del Programa, con lo cual esta información se refiere exclusivamente a los suministrados por los efectores). Es relevante que las primeras cuatro provincias mencionadas cuentan con capacidad propia de compra de MACs.

En Formosa y Santa Cruz se denuncian faltante de **DIU**. En términos generales, esto no ocurría antes y en la actualidad, debido a que han tenido que dar de baja las unidades disponibles porque se detectaron fallas en el proceso de esterilización, se retiraron por disposición de las autoridades del Programa Nacional en el mes de septiembre de 2009. En Mendoza se registró que se descartaron 5000 unidades de este DIUs por el mismo motivo, pero aún tienen un stock en buenas condiciones.

Sin embargo y siempre respecto del DIU, persisten actitudes sesgadas ideológicamente o por intereses privados, y/o criterios restrictivos por parte de los/as funcionarios/as y profesionales, sobre su aplicación. Esto da lugar a un alto grado de discrecionalidad en el accionar de los diferentes servicios de salud. Se indica, además, la existencia de **resistencias y objeciones de conciencia** respecto a este MAC en Jujuy, Mendoza, Salta, Santa Fe y Tucumán, lo que dificulta su aplicación. En Córdoba, Salta y Santa Fe, a su vez, en al menos uno de los efectores monitoreados, se solicita autorización a una persona adulta y consentimiento informado para la entrega de DIU **a adolescentes**. En Santa Fe su aplicación queda a criterio de los profesionales. Del mismo modo, no se observan pautas claras para la **utilización del DIU postaborto**: en 14 de los 18 puntos del país monitoreados no se recomienda su aplicación. En muchos casos, se mencionan riesgos de perforación de útero u otras complicaciones. Informan que se utiliza habitualmente en Jujuy, Mendoza y Misiones; y en Salta están trabajando para comenzar a implementarlo.

Pero hay que remarcar que para el uso del DIU, en general, continúa la práctica de solicitar estudios previos, algo que no se requiere en la guía de indicaciones del PN. Incluso en algunas provincias/localidades que no lo hacen para los demás MACs disponibles. Esto evidencia una falta de criterios compartidos al interior de los propios Programas provinciales/municipales, donde puede ocurrir que uno de los efectores no solicite estudios para ningún MAC, mientras que el otro no haga entrega del método elegido hasta no tener los resultados de los exámenes. Incluso estas diferencias se registran entre profesionales de un mismo establecimiento.

En Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Misiones, Olavarría, San Juan, Tres de Febrero y San Fernando se solicitan estudios para cualquier MAC (salvo para el preservativo) en al menos uno de los efectores monitoreados. En general, se

indica PAP, colposcopia, examen mamario y análisis de sangre. En las demás provincias y municipios, aunque también recomiendan y/o indican a la usuaria la realización de PAP y controles ginecológicos, la entrega de MACs se hace en el momento de la solicitud para evitar la posibilidad de pérdida de contacto. Esto evidencia claramente la necesidad de capacitación del personal del PN, algo que es muy deficitario.

Anticoncepción de Emergencia

Se registraron algunas dificultades para conocer esta información a nivel del responsable del programa municipal/provincial. En 17 de las 18 jurisdicciones analizadas puede conseguirse la AHE **durante las 24hs** en por lo menos uno de los efectores monitoreados, y afirman que se entrega siempre con consejería. En general, esto ocurre en los **hospitales** (en los servicios de guardia) y no en los centros de atención primaria, que tienen horarios limitados de atención. De todos modos, en estos casos, por lo general se puede retirar durante el tiempo que el centro permanezca abierto sin necesidad de turno o receta médica. De todas maneras, la accesibilidad queda restringida al horario de atención de dicho centro.

A su vez, persisten problemas con los profesionales en relación a este método (detectados en 5 provincias). Esto se desprende de comentarios de los responsables de los programas provinciales/locales y de conocimientos previos del grupo monitoreante, más que de las entrevistas a los prestadores. En gran parte de esto problemas se debe a la falsa asignación de un supuesto carácter abortivo a estos anticonceptivos hormonales, algo que la capacitación debería disminuir ya que no en todos los casos es por ideología.

En Jujuy indican que han tenido casos de **objeción de conciencia** por este tema, al igual que en Salta (una de las entrevistadas plantea, además que hay profesionales que **no la ofrecen incluso en casos de violación**) En Mendoza, señalan que “los profesionales no se comprometen” con el método. En el centro de atención primaria analizado en Olavarría se ha entregado en total, durante todo el período analizado, **sólo una** pastilla de este tipo, y las enfermeras planteaban que **los médicos invocaban “cuestiones éticas” para ello**. Al momento de la entrevista, en Córdoba no se estaba entregando AHE por guardia del hospital y se desconocían los motivos.

En este sentido, aunque en la mayor parte de las jurisdicciones no se detectaron problemas de este tipo, persisten **trabas por parte de los profesionales para cumplir con la legislación vigente y respetar los derechos sexuales y reproductivos**. Esta actitud implica, además, un alto grado de desconocimiento sobre los modos de funcionamiento del método en cuestión.

En algunas provincias, además, los profesionales señalan que aunque existe la oferta, las usuarias desconocen la anticoncepción de emergencia o cuentan con escasa información, dado que no se la promociona ni se difunde su disponibilidad. Esto indica la necesidad de difusión, algo que es muy escaso aun.

Anticoncepción Quirúrgica

En el caso de este método, es el que registró mayor dificultad para conocer la implementación en los servicios públicos de salud a través de los responsables del Programa Nacional o el provincial/municipal. En la actualidad, es en el plano de la anticoncepción quirúrgica que aparecen las mayores dificultades para acceder a la posibilidad de tomar decisiones reproductivas autónomas y conscientes. En 9 de los 18 lugares monitoreados se han detectado “trabas” extralegales de distinta índole para el acceso a **ligadura de trompas**. La **vasectomía**, por su parte, aparece casi invisibilizada, debido a múltiples factores particularmente los ideológicos ligados a la distribución de asignaciones de género en el campo de la sexualidad y la reproducción. En efecto, no se encuentra garantizada su oferta, ni están establecidos carriles claros que garanticen el procedimiento. A su vez, gran parte de los efectores informan no haber recibido consultas ni solicitudes al respecto.

En general, los problemas se presentan a nivel de los/as prestadores/as: no sólo alrededor de la **objeción de conciencia** sino a través de **manejos de poder** en el consultorio que limitan las posibilidades de decisión de las mujeres. A su vez, algunos/as efectores funcionan con normas informales que establecen requisitos adicionales vinculados con la edad y la cantidad de hijos como **factores inhibitorios** para acceder a esta intervención. Aquí la distinción, propia de las ciencias sociales, entre *ley* y *norma* adquiere toda relevancia, en tanto es esta última la que regula efectivamente las prácticas de los actores, otorgando derechos o limitándolos de hecho con alto grado de discrecionalidad lesiva del derecho garantizado por la Ley Nacional 26.130 (de anticoncepción quirúrgica) que reconoce este derecho a **toda persona mayor de edad**.

En Entre Ríos, Olavarría, Santa Fe y Tucumán, es el equipo de profesionales el que decide la pertinencia o no de una solicitud de este tipo, evidenciando **arbitrariedad** en la práctica médica correspondiente. En todos estos casos se considera la **edad**, pero con mayor fuerza la **cantidad de hijos**. En el primer caso, además, el pedido de ligadura de trompas es judicializado al requerirse la aprobación del Juez de Paz local. En Olavarría se agrega al requerimiento de consentimiento informado –regulada por la Ley 26.130, y presente en todas las provincias y municipios analizados- y la **certificación de la firma frente a notario público**. En Santa Fe, el hospital analizado sólo realiza la práctica si la mujer ya ha tenido tres hijos. En Tucumán la situación es crítica: al alto grado de objeción de conciencia que denuncian los profesionales entrevistados se suma el requisito –aparentemente informal- de haber tenido por los menos **siete hijos**. Como

puede observarse en todos estos casos, el vínculo entre el pleno funcionamiento de la tradicional ecuación mujer = madre¹¹ y las relaciones de poder inscriptas en la lógica del campo médico, redundando en la imposibilidad de las mujeres de acceder a la garantía de sus derechos y al reconocimiento pleno en tanto sujetos capaces de tomar decisiones autónomas sobre su vida, su sexualidad y su propio cuerpo¹².

En otras localidades aparecen objeciones o trabas diversas en caso de que la solicitante no se encuentre embarazada¹³. Esta es la situación de la provincia de Jujuy, donde además desde el centro de atención primaria monitoreado no se ofrece esta opción a menos que la usuaria haya pasado por **cuatro cesáreas** (no sólo cuatro hijos, sino cuatro cesáreas) y que un nuevo embarazo represente **riesgos para su salud**. En Mendoza, además de señalarse problemas con los profesionales, hay una **demora de un año** desde el momento de la solicitud, lo cual vulnera de hecho los derechos de las mujeres en SSyR. En el municipio de Tres de Febrero también hay trabas para usuarias no embarazadas. En esta jurisdicción, las entrevistadas indicaron que ellas sugieren la presentación de acciones de amparos, pero que hasta el momento ninguno ha sido resuelto positivamente. En Santiago del Estero, en general, se realiza sólo postparto. La responsable del Programa de esta provincia plantea además que hubo diversos problemas con los profesionales, de manera arbitraria: no respondían a las solicitudes de las pacientes, los anestesiólogos se negaban en quirófano a cumplir con su trabajo, etc. Es interesante, en este sentido, que la respuesta desde la dirección del programa haya consistido en **generar acciones de empoderamiento** de las mujeres en su capacidad de exigir el cumplimiento de derechos. Así, por ejemplo, se empezó a exigir que la negativa a realizar la ligadura tubaria quedara asentada por escrito. Según la entrevistada, esto fue modificando la actitud de los/as profesionales, disminuyendo el nivel de “**objeción de conciencia**”. En la información analizada, este aparece como un caso ejemplar en cuanto a capacidad y orientación de la acción desde el nivel central del Programa, y establece un modelo interesante de considerar en futuras acciones de exigibilidad.

Cabe destacar que lo que no aparece en la mayoría de estos casos es una estrategia programática clara para limitar la capacidad de decisión discrecional de los equipos médicos.

¹¹ “Actualmente, nuestra sociedad organiza el universo de significaciones en relación con la maternidad alrededor de la idea *Mujer=Madre*; (el mismo establece que...) *la maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su realización y adultez. Desde esta perspectiva, la maternidad da sentido a la femineidad; la madre es el paradigma de la mujer, en suma; la esencia de la mujer es ser madre.*” (Fernández, 1993:161)

¹² Marcela Nari sostiene que el modelo familiar que se fue construyendo en el país desde el derecho, la medicina, la economía doméstica y las prácticas sociales, se presenta como “*nuclear, patriarcal, legitimado y legalizado por las leyes, cuyo padre detentaba el poder y era el proveedor material, vertebrado en la relación madre-niño, una madre-ama de casa con poder moral sobre su esposo y su hijo (...) a cuyo cuidado y crianza quedaba dedicada la vida de la madre*” (Nari; 2004:62-63). Esta derivación “lógica” entre mujer y madre, femineidad y maternidad, asociada a una concepción específica del cuerpo femenino y de ciertas características de la mujer percibidas como naturales, persiste a nuestro entender en la mirada médica actual.

¹³ Es decir, se realiza únicamente en ocasión del parto por cesárea (culminando el embarazo en curso).

En relación a la **vasectomía**, la situación es definitivamente similar a lo largo de todo el país. Prácticamente en ninguna de las provincias o municipios analizados está garantizada la oferta, ni siquiera la difusión de esta posibilidad. Aparecen fuertes resistencias culturales tanto a nivel de los profesionales como de las y los usuarias/os. En 6 de los lugares analizados no se realizó ningún procedimiento de este tipo en el tiempo de vigencia de la ley (desde septiembre del 2006), y en otros 4 se realizaron menos de cinco desde esa fecha hasta la actualidad. Tanto en Lanús como en San Luis aparecen **resistencias y objeciones de conciencia** por parte de los/as profesionales a realizar este procedimiento. Además, para todos los puntos del país monitoreados, los/as entrevistados/as indican que prácticamente no se realizan consultas.

Las falencias en la difusión de este método son evidentes. Para que pueda haber demanda, primero debe haber información disponible y clara sobre la práctica en sí misma y las condiciones de accesibilidad. A su vez, esta falta de información se inscribe en una lógica dominante en la sociedad –y específicamente al interior del sistema médico- según la cual la salud sexual y el cuidado en anticoncepción son y deben ser una **responsabilidad exclusiva de la mujer**. Es preocupante que la política pública se encuentre orientada en el mismo sentido; en términos generales, no se perciben estrategias programáticas sistemáticas de ningún tipo para incorporar a los varones al Programa de SSyR.¹⁴

Esta exclusión de los varones en la atención en SSyR se traduce, a su vez, en dificultades en el acceso de las mujeres a la satisfacción de sus derechos, si consideramos la disparidad de poder entre ambos géneros como estructurante de las posibilidades de las mujeres de tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo y sobre su proyecto de vida.

En los avatares descriptos alrededor de la Anticoncepción Quirúrgica es evidente cómo el sistema médico hegemónico se erige en obstáculo principal y no en facilitador de los derechos sexuales y reproductivos. Resulta un ejemplo claro de discriminación. Mientras se utilizan subterfugios para impedir o demorar las ligaduras de trompas, se desalienta la oferta de vasectomías. Además, esto indicaría, como ya se señaló antes, una dificultad específica para la inclusión de los varones en las cuestiones de SSyR (salvo en el uso del preservativo, que por lo demás queda librada al ámbito íntimo y privado de las parejas, y a las relaciones de poder entre mujeres y varones).

c. ATENCIÓN POSABORTO

Por Resolución N° 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación, se indican una serie de condiciones y requisitos para la atención posaborto en la **Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto**¹⁵ (también se incorpora al

¹⁴ El porcentaje de varones bajo programa –aunque se cuenta con escasos datos- es indicativo de esta situación (ver ANEXO 2) Del mismo modo, gran parte de los monitoreos en hospitales se han llevado adelante en Servicios de Ginecología, Maternidad u Obstetricia, exclusivamente destinados a la atención de mujeres. Por lo que se ha podido relevar, los Programas de SSyR no funcionan en ninguna de las provincias o municipios analizados en los Servicios de Urología.

¹⁵ elaborada con el aval de organizaciones científicas y profesionales médicos/as y de ciencias sociales, entre ellos: Silvana Ramos y Mariana Romero, (CEDES); Mario Sebastiani, (Sociedad de Obstetricia Psicosomática); Mario Palermo, (Depto. Materno Infantil del

Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica). Debemos señalar que las resoluciones ministeriales de nivel nacional son de cumplimiento obligatorio a niveles provincial y local. En este documento se afirma: *“Que el abordaje de la atención de las complicaciones debe enmarcarse en el respeto de los derechos reproductivos, como parte fundamental de los derechos humanos de la mujer y como un deber de todo profesional de la salud.”* Esta guía busca brindar una mejor atención a la usuaria en situación de aborto en curso. Se enfatiza la necesidad de cambiar el modelo de atención de las mujeres que llegan con complicaciones de aborto, para brindarles un trato “humanizado” y “libre de prejuicios”, y se aclara que deben ser escuchadas *“con el respeto a la confidencialidad que necesitan en esas circunstancias”* en un intento de evitar la denuncia policial y estimular una mayor confianza entre la mujer y el profesional. Se incluye asesoramiento en procreación responsable y se sugiere la entrega de un método anticonceptivo a la usuaria que es dada de alta. Propone la utilización del AMEU –aspiración manual endouterina- en lugar del tradicional legrado, cuyas ventajas son no requerir anestesia general y poder realizarse en forma ambulatoria.

Sólo en la provincia de Misiones se declara que **no se utiliza** la Guía de Mejoramiento de la Calidad de Atención Post Aborto del Ministerio de Salud de la Nación. En los demás lugares monitoreados los responsables de Programa señalan que se aplica, aunque en ciertos casos se ha percibido **desconocimiento en los profesionales** sobre su contenido. Este es el caso de Jujuy, La Pampa (no la conocen en el centro de atención primaria, aunque sí en el hospital), Tucumán y San Luis. En Lanús, aunque la aplicaban desde antes, recién la han recibido formalmente en septiembre de este año.

En todos los casos se otorga consejería y MACs antes del alta posterior al aborto (salvo en el caso de San Luis, donde **no entregan** métodos anticonceptivos en esta situación), y en términos generales los efectores manifiestan que no se realiza la denuncia judicial en caso de sospechar aborto provocado. Algunos lugares indican que la denuncia se realiza cuando hay riesgo de muerte para la paciente o situaciones graves de infección. Esto ha sido informado en por lo menos uno de los efectores en el municipio de San Fernando y en las provincias de Córdoba (“sólo en casos excepcionales”) y Jujuy (en los casos de “vaciamiento” de los órganos reproductivos de la mujer). A su vez, en Mendoza y Entre Ríos la judicialización del caso queda a criterio del profesional a cargo.

El hecho de que la presentación o no de la denuncia dependa del profesional –o su contracara: el hecho de que **no existan criterios institucionales claros**- transforma el acercamiento de las usuarias al servicio público de salud en una “ruleta rusa”. No sólo implica una profunda falta de respeto a la capacidad de decisión de las mujeres, sino que omite el

Hospital Posadas; Fabián Portnoy (Com. de Salud Reproductiva de la Federación Argentina de Medicina General); Jorge Firpo (Sociedad de Obstetricia y Ginecología CABA)

deber de confidencialidad médico-paciente y propone un circuito que excluye a las usuarias en estas situaciones del sistema público de salud, con altos riesgos para su salud.

El caso de la provincia de Misiones es particularmente problemático. En el centro de atención primaria monitoreado **sí realizan la denuncia en caso de sospechar aborto provocado**. En este caso resulta particularmente grave porque se plantea como un objetivo explícito la construcción de un vínculo de confianza con las pacientes en la consejería. A su vez, se realiza un **seguimiento en domicilio** por parte de los promotores de salud de los casos en los que las mujeres se acercan indicando la voluntad de interrumpir su embarazo. Esto, sumado a la denuncia si lleva adelante esta interrupción, deja a las mujeres que acercan esta problemática al sistema de salud sin posibilidad de escapatoria y entrampadas en una situación de persecución. Es decir, una vez comentada la decisión con los profesionales del CAP, la usuaria no cuenta ni siquiera con la mínima opción de resolverlo según su deseo y sus posibilidades en la esfera privada.

Una de las recomendaciones de la Guía de Mejoramiento de la Calidad de Atención Post Aborto del Ministerio de Salud de la Nación, como ya se mencionó, está asociada a la utilización de la técnica de Aspiración manual endouterina (**AMEU**) para el tratamiento de casos de aborto incompleto, que se recomienda por ser más segura, accesible económicamente para el efector. Es menos invasiva y ocasiona menos complicaciones que el procedimiento quirúrgico. Este método, de todos modos, no se utiliza en todas las provincias y municipios analizados: 9 de las 18 jurisdicciones relevadas **no la utiliza de modo habitual**. Se percibe en este sentido la falta de criterios médicos claros en cuanto a los casos en que debe ser aplicada, y falta de capacitaciones que ponga esta información a disposición de los efectores.

Una de las preguntas de la entrevista realizada a los efectores remitía a averiguar el modo en que se procedía en el servicio de presentarse mujeres con voluntad de **interrumpir un embarazo no deseado**. Esta pregunta es importante ya que permite acceder más profundamente a las concepciones que subyacen sobre estos temas.

En 6 de las provincias y municipios analizados surge de las entrevistas que frente a esta situación el enfoque de los profesionales es de **disuasión**. En Formosa, Jujuy, Mendoza, Misiones, Salta y Olavarría, en lugar de ofrecer consejería en opciones y reducción de daños se intenta **convencer a la mujer para seguir adelante con el embarazo**. Subyace a esta concepción la maternidad como rol preestablecido para todas las mujeres. Esta visión atenta contra los lineamientos de consejería pre aborto estipulados en la Guía Nacional –que los profesionales dicen aplicar–, según la cual el acompañamiento a la usuaria debe ser **moralmente neutral**. Puntualmente, señala la necesidad de “*respeto por el derecho que tienen las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y fertilidad*”, una “*actitud libre de prejuicios, sin discriminación ni coerción en la prestación de servicios*” y “*respeto a la confidencialidad que necesitan las mujeres*”.

En cambio, en La Pampa, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero, Tucumán, Tres de Febrero y Lanús se manifiesta una actitud de respeto y acompañamiento de las necesidades expresadas por las mujeres. En Tucumán un centro de atención brinda consejería preaborto, pero siempre teniendo en cuenta lo que desea la usuaria. En las demás provincias, las respuestas se limitaron a señalar que “no se realiza esa práctica en la salud pública”.

En relación a las **nociones, representaciones y actitudes** que moviliza la cuestión del aborto, algunos profesionales entrevistados en la provincia de La Pampa se refieren a esta situación en términos de **psicopatología**. Esto por un lado parecería facilitar a los/as profesionales la atención de la paciente, pero a su vez oscurece a la mujer como sujeto de derecho capaz de decidir sobre su propio cuerpo. La decisión de abortar, aún en malas condiciones o con métodos riesgosos, que implica un acto profundo de disposición sobre la propia vida y el propio cuerpo, representa como tal una instancia de afirmación de la propia subjetividad, ocultada y transformada en patología por el sistema médico hegemónico. Este modo de acercarse al tema indica, a nuestro entender, la preeminencia de un Modelo Médico Asistencial por sobre aquel enfoque preventivo propio de la Atención Primaria de la Salud.

d. ABORTO NO PUNIBLE

Nos referimos aquí a los abortos previstos en el Art 86 inc. 1 y 2 del Código Penal. En la mayor parte de las provincias y municipios analizados se evidencia la presencia de mediaciones y requisitos entre la solicitud de esta práctica contemplada por la ley y la práctica misma. En 13 de los 18 casos monitoreados se ha detectado, en por lo menos uno de los efectores relevados, la necesidad de intervención de un juez, la convocatoria al Comité de Bioética hospitalario o, directamente, puesta en práctica de la discrecionalidad del profesional a cargo como criterio válido. Se vulneran así los derechos de la mujer, y se infringe lo establecido por el Código Penal. La judicialización de estos casos excluye a las mujeres del servicio público de salud y pone en riesgo su vida.

En diciembre de 2007 el Ministerio de Salud de la Nación aprobó la **Guía Técnica de Atención Integral de Abortos no Punibles**. Poco después, quien era ministro en ese momento se alejó del cargo y la Guía quedó sin su respaldo legal: la resolución ministerial. A pesar de ello, ejemplares impresos de la misma fueron distribuidos (de manera irregular y poco sistemática) a los servicios de salud públicos en el país; las organizaciones de mujeres distribuyeron por correo electrónico su versión digital. La Guía continúa vigente ya que ordena las disposiciones legales que también son vigentes en la actualidad. La Guía establece que la *“toma de decisión debe ser libre y basada en la información; deben respetarse los principios de Confidencialidad, No discriminación, Privacidad; establece cuidados especiales para adolescentes y víctimas de violación o atentado al pudor; obliga a brindar asesoramiento, información y consentimiento informado. Con respecto a la objeción de conciencia, establece claramente que el servicio de salud debe garantizar la prestación en todos los casos¹⁶”*.

¹⁶ *“Todo profesional de la salud tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia con respecto a la práctica del ANP. Independientemente de la existencia de profesionales de la salud que sean objetores de conciencia, toda institución en la que se lleve a cabo la práctica de ANP deberá contar con recursos humanos y materiales suficientes para garantizar en forma permanente el ejercicio de los derechos que la ley le confiere a la mujer.” (Guía Técnica para la Atención de los Abortos no Punibles, Buenos Aires, Ministerio de Educación de la Nación, diciembre 2007, pág. 20).*

Los obstáculos para su distribución regular obedecieron a las discrepancias con el alcance que se da a las causales de no punibilidad por violación y el concepto complejo de salud basado en la definición de la OMS. Debemos señalar aquí que también tienen guías semejantes otras jurisdicciones¹⁷. Recientemente, la nueva coordinadora del PSSyPR, la Lic. Paula Ferro, en reunión con el CC del CoNDeRS señaló que trataría de activar su publicación y distribución. También refiere al tema en una entrevista publicada en un diario de circulación nacional.¹⁸

En suma, no en todos los distritos está establecido un protocolo de atención para estos casos, que ayudaría a uniformar las posibilidades de atención –por lo menos al interior de un mismo territorio provincial-, evitaría la discrecionalidad médica y ofrecería un marco de acción frente a los casos de objeción de conciencia. A esto debe añadirse que las prácticas no siempre son respetuosas de las normativas, lo que ocurre en la mayoría de los distritos relevados. Aquellos en las que no se detectaron este tipo de prácticas limitantes para las usuarias son las provincias de Santa Cruz, Santiago del Estero, Formosa y La Pampa, y el municipio de San Fernando. Un entrevistado de Formosa, por ejemplo, indica que aunque el caso se enmarque en la legislación vigente “no lo hacen abiertamente para evitar problemas”. Prefieren simular en el hospital un aborto provocado y actuar en consecuencia.

Por otro lado, la Guía mencionada también establece que deben implementarse Registros para los **Objetores de Conciencia**.¹⁹ Sin embargo, sólo la Provincia de Santa Cruz²⁰ cuenta con un Registro de Objetores de Conciencia, facilitando las condiciones de accesibilidad al servicio de salud por parte de las usuarias. En Santiago del Estero se registra un cambio de actitud de los/as funcionarios responsables del programa, y aparece la intención de respetar la legislación vigente, después del escandaloso caso de “P.B.”, en enero de 2009²¹.

Por su parte, en Olavarría y en Salta los responsables señalan que sí cuentan con un protocolo de acción en estos casos, pero a nivel de los efectores se observa la tendencia a la judicialización. Sólo las provincias de Santa Fe, Santa Cruz y Tucumán funcionan con el protocolo que establece la Guía Nacional mencionada. En Jujuy señalan que lo consideran una

¹⁷ Ver al respecto, el “Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles,” Resolución N° 1.174, Ciudad de Buenos Aires, 2007; el “Protocolo de Atención Integral para la Mujer en Casos de Aborto no punible,” Municipalidad de Rosario, Provincia de Santa Fe, Ordenanza No 8166, 2007; el “Protocolo de aborto no punible”, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Marzo 2007; y el “Protocolo de acción ante víctimas de violación”, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Marzo 2007.

¹⁸ Suplemento “las 12”. Diario Página 12, viernes 8 de enero 2010 www.pagina12.com.ar

¹⁹ “La objeción de conciencia es siempre individual y no puede ser institucional. Además, la objeción de conciencia debe ser declarada, según se prevea en las reglas de cada jurisdicción, por el profesional de la salud a partir de la entrada en vigor de la presente Guía o al momento de iniciar sus actividades en el establecimiento de salud correspondiente. La declaración regirá tanto para su actividad en relación de dependencia pública como en su actividad privada”. (Guía para la atención... óp. cit, pág. 21)

²⁰ Recientemente, como resultado de la acción de exigibilidad del grupo CoNDeRS de la provincia de Santa Fe se ha presentado un proyecto de objetores de conciencia que se encuentra en el área jurídica del Ministerio de Salud.

²¹ En ese momento el Gobierno Provincial se negaba por distintas vías a cumplir con el Código Penal en cuanto a los casos de aborto no punible, pero aparece una resolución favorable de este caso a partir del fuerte activismo de la sociedad civil organizada, así como de la familia. Esto redundó en un cambio de autoridades que asumen en el marco de esta importante presión social, en mayo del 2009.

deuda pendiente. En Mendoza, aparentemente, no cuentan todavía con la aprobación parlamentaria de esta herramienta, pero están trabajando en la confección de un protocolo provincial. Las demás provincias no adhieren a protocolo de ningún tipo, ni demuestran un interés particular en hacerlo.

En la provincia de Jujuy las prácticas se distancian particularmente de la normativa: en ninguno de los dos hospitales monitoreados puede cumplirse con la ley por falta de profesionales dispuestos a llevar adelante el procedimiento. En este sentido, la dirección del Programa considera que sería fundamental poder establecer un Registro de Objetores en la provincia. Como CoNDERS, consideramos que sería fundamental que las autoridades nacionales impulsaran de manera más decidida estas medidas, garantizando que al menos un centro médico en cada provincia que realice en tiempo y forma los abortos no punibles solicitados para poder cumplir con lo que autoriza el Código Penal.

Quisiéramos, por otro lado, mencionar brevemente la situación de la atención posaborto en los casos en que las mujeres llegan a los hospitales con un aborto ya comenzado, incompleto y con riesgo para su salud o su vida. En estos casos la atención debe ser urgente, humana, respetuosa y sin actitudes inquisitoriales. No debe realizarse denuncia policial, ya que el deber de confidencialidad que deben observar los/as profesionales de la salud lo prohíbe.

Finalmente, cabe señalar que ya en el 2004 el COFESA, Consejo Federal de Salud²², compuesto por los Ministros de Salud de todas las provincias de Argentina, emitió un documento llamado **Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina**. En este documento se afirma que *“los firmantes manifiestan que la Meta del Plan Federal de Salud para el año 2007, que todos nos hemos comprometido a cumplir, estipula que la Tasa de Mortalidad Materna (TMM) debe disminuir en un 20% en relación con el valor del año 2002 (46 o/0000).”* Esto es una afirmación acorde con el Objetivo del Desarrollo del Milenio N° 5, firmado por Argentina en el año 2000 comprometiéndose a bajar el 50% de la TMM para el año 2015. Por otro lado, es importante señalar que Argentina no ha logrado cumplir con este Compromiso ni parece estar en vías de lograr el ODM, ya que la TMM sigue en cifras que oscilan entre 40 a 44/0000²³. Como se sabe, la principal causa de la MM es el aborto realizado en forma clandestina y condiciones médicas no seguras.²⁴

e. ATENCIÓN DE ADOLESCENTES

²² **Compromiso para la reducción de la mortalidad materna en la Argentina**. Consejo Federal de Salud (COFESA) Octubre de 2004. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/htm/Site/promin/UCMISALUD/publicaciones/pdf/Compromiso%20para%20la%20reduccion%20de%20la%20mortalidad%20materna%202007.pdf>

²³ Cada año mueren en el país más de 100 mujeres por complicaciones de abortos inseguros. Para el año 2005, esto representó el 32% de la mortalidad materna, en una tasa de 3,9 por 10.000 nacidos vivos. (Zamberlin: 2007). En el 2008 ascendió a 4,0 según cifras de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud. <http://www.deis.gov.ar/>

²⁴ *“Que el aborto representa un grave problema de salud pública en los países en desarrollo, siendo en la REPUBLICA ARGENTINA la primera causa de muerte materna”*. Resolución N° 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación

En relación a esta población, los grados en que se le asigna importancia como usuaria específica del Programa varían según distritos y jurisdicciones monitoreadas. En 7 provincias y municipios existen servicios específicos de atención a adolescentes en al menos uno de los efectores relevados (Córdoba, Salta, San Juan, Santa Fe, San Luis, Tres de Febrero y Lanús). Salvo en Tres de Febrero, donde tanto el hospital como el CAP cuentan con esta prestación, en los demás casos son los hospitales los que destinan un grupo específico de profesionales. Como excepción, en la provincia de Tucumán está por abrirse un servicio dirigido a la atención de adolescentes en el CAP relevado.

Salvo en el caso de Olavarría, no se detectaron problemas para el acceso de la población adolescente al test de VIH/sida sin necesidad de autorización adulta.

La mayoría de los/as entrevistados/as informan que los adolescentes tienen acceso sin restricciones y sin necesidad de autorización adulta a los métodos anticonceptivos de su elección. Sin embargo, esto no ocurre en al menos uno de los efectores de las provincias de Jujuy, San Juan, Santa Fe y San Luis. Salvo en este último caso, en el que la decisión depende del profesional a cargo, en los demás se requiere autorización de una persona adulta.

Es importante señalar que en solo 3 de las 18 provincias/municipios monitoreados se informan datos del porcentaje de cobertura de población adolescentes y que esta oscila entre 23 y 30%. (Ver ANEXO 2)

Hay heterogeneidad en los criterios utilizados al interior de cada provincia o municipio en relación a la edad mínima a partir de la cual se ofrece este servicio. Recordemos que el Decreto Nacional 1282/2003, reglamentario de la Ley 25.673, establece que las personas mayores de 14 años pueden recibir atención, indicación de MAC y estudios sobre VIH/sida sin la compañía de un adulto/a. A pesar de ello, algunos/as entrevistados/as no aclararon si esto se respeta. En algunos casos no hay un criterio unificado a nivel provincial: en Tucumán y Santiago del Estero los hospitales informan entregar MACs de barrera (preservativos) desde los 10 años mientras los centros de atención primaria analizados lo hacen desde los 14. En el caso de La Pampa, las diferencias ocurren incluso al interior del mismo hospital, donde un servicio entrega desde los 13 y otro desde los 14 años, mientras que el CAP recién lo hace a partir de los 16 años, contraviniendo las disposiciones legales. Estas diferencias de criterio al interior de cada Programa indican un desconocimiento de la legislación o una decisión de no acatarla, así como un alto grado de arbitrariedad en la atención hacia adolescentes. Las posibilidades de satisfacción de los derechos reproductivos y sexuales de las niñas y adolescentes, así como la prevención del embarazo precoz y la promoción de la procreación responsable parecen depender del servicio y el profesional al que se acerquen. En términos generales no se vislumbran estrategias programáticas claras y vinculantes. La opinión y las convicciones personales del personal de salud son determinantes.

En el mismo sentido, no se han detectado estrategias relevantes de captación activa de esta población, salvo en los casos de Entre Ríos y San Luis. La vinculación de cada servicio de salud con los adolescentes sigue, en cierto sentido, la misma trayectoria que para la población en general. Es de señalar que en los lugares donde existe fuerza del trabajo

comunitario y activismo de las organizaciones de mujeres, se logran mayor incidencia. Por otro lado, es evidente la escasez e irregularidad de estrategias educativas y/o de difusión del PN de SS y PR y sus prestaciones.

f. EDUCACIÓN SEXUAL

A lo largo de todo el país se verifican enormes falencias en las posibilidades de acceso a la Educación Sexual integral, a pesar de estar prevista en la ley 25.673 y también en una ley específica, la Ley Nacional 26.150, en todos los niveles educativos. Sabemos que actualmente, este derecho no está garantizado en todos los establecimientos educativos del país, aún en aquellas provincias que cuentan con leyes propias sobre educación sexual. Por el momento, los procesos se encuentran – en el mejor de los casos - aun en etapas preliminares.

En cuanto a la normativa vigente, en la mayoría de las provincias de Jujuy, Salta, San Juan, Tucumán y San Luis no tienen legislación provincial sobre el tema ni adhieren a la Ley Nacional 26.150²⁵. En La Pampa, Mendoza, Santa Cruz y Santiago del Estero no han generado legislaciones propias, pero si adhieren a la pauta nacional. En La Pampa y Santa Cruz esto ocurre recién desde 2009, con lo cual las leyes aun no se encuentran reglamentadas y todavía no se llevan adelante acciones relevantes. En Mendoza, a través de la organización CEPAS se realizaron capacitaciones a docentes y manuales de contenido curricular pero en agosto de 2009 se desvincularon de la tarea por demoras en la implementación²⁶. En Santiago del Estero también se están organizando los contenidos para cada nivel educativo, adaptando una producción del Ministerio de Salud de la Provincia de San Luis.

Por su parte, en las provincias de Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Misiones y Santa Fe tienen legislaciones propias sobre la materia. Esta última provincia es una de las pioneras a nivel nacional, dado que cuenta con su ley desde el año 1992. De todos modos, los entrevistados señalan que todavía se están realizando acciones piloto en escuelas. A su vez, se llevan adelante capacitaciones a docentes, fortalecimiento de equipos técnicos, adecuación de lineamientos curriculares y elaboración propia de materiales. En Córdoba la legislación existe desde el año 2006. En el 2008 se formó una Mesa de Diálogo para la organización de contenidos y la capacitación docente en la que participaban organizaciones de la sociedad civil como el grupo monitoreante CoNDERS, pero se suspendió. En Entre Ríos y Formosa, aparentemente, no se están llevando adelante acciones relevantes, y no se promueve esta tarea desde los Programas de SSyPR provinciales. La provincia de Misiones cuenta con una ley propia desde el año 2007; se menciona que la única acción por el momento es la capacitación docente.

²⁵ Sancionada en octubre 2006.

²⁶Diario Uno. 9 de agosto de 2009. http://www.diariouno.com.ar/contenidos/2009/08/09/noticia_0037.html

En Jujuy se está discutiendo actualmente una nueva Ley de Educación, que incorporaría elementos de Educación Sexual. De todos modos, debido a la fuerte influencia y capacidad de acceso al Estado de la Iglesia Católica en esta provincia, los/as entrevistados/as se muestran escépticos respecto a los resultados de estos debates. Se realizan pocas acciones en este sentido, en general dependiendo de iniciativas particulares de docentes o directivos/as de establecimientos educativos puntuales. Por su lado, muchas escuelas católicas dicen implementar educación sexual, pero la misma está basada en convicciones confesionales y no en información científica o neutral en términos religiosos, lo que limita la capacidad de elección de alumnos/as. Un dato todavía más alarmante es que en las provincias de Tucumán, Salta y Jujuy se implementa educación religiosa en las escuelas públicas. Recordemos que al momento de la sanción de la Ley 26.150 tanto en San Juan como en San Luis aparecieron resistencias a su aceptación en estas provincias; vuelve a aparecer como relevante el accionar de la Iglesia Católica. En Tucumán el panorama es contradictorio, informándose capacitaciones a docentes²⁷. Por eso, el grupo monitoreante de esta provincia decidió desarrollar el plan de Educación Sexual. Por su parte, la entrevista realizada a los responsables del Ministerio de Educación brinda datos muy confusos: señala que en 2009 se realizaron capacitaciones a docentes en 20 escuelas a través de 12 talleres, siendo los responsables de la capacitación el equipo de ESI y la Unidad Coordinadora de VIH. Luego señalan *“La provincia no instrumentó una capacitación gratuita para sus agentes, pues se argumenta la falta de presupuesto para pagar a l*s capacitadores.”*

A nivel de los municipios de la Provincia de Buenos Aires, no fue posible saber esta información para Lanús y San Fernando dado que no fue posible entrevistar a los responsables locales del Programa. Olavarría y Tres de Febrero no cuentan con normativas propias y, según los entrevistados, tampoco se llevan adelante acciones relevantes para promover la Educación Sexual Integral.

g. MECANISMOS DE DIFUSIÓN, ACCESO A LA INFORMACIÓN Y VÍNCULO CON LA COMUNIDAD

Las estrategias de difusión del Programa Nacional de SS y PR y de los Programas locales son, en términos generales, deficientes o inexistentes. Por falta de presupuesto, falta de personal capacitado, falta de tiempo, falta de voluntad política o prejuicios ideológicos, esta herramienta, punta de lanza de la accesibilidad del Programa resulta ser la más relegada.

²⁷. Nuestra informante señala que la provincia no adhirió a la ley de Ed. Sexual pero luego señala que se hicieron capacitaciones en 2008, sin especificar a quienes fueron dirigidas.

Aunque la mayor parte de las provincias y municipios monitoreados dicen contar con información relevante y sistematizada sobre la ejecución del programa -entrega y uso de MACs, personas bajo programa, consultas, y consejerías-, no está claro, en términos generales, de qué modo podría accederse públicamente a ella. Sólo Entre Ríos y Santiago del Estero indican que esta información es remitida al Programa Nacional y que, desde allí, es publicitada en la página web del Ministerio Nacional²⁸. En La Pampa mantuvieron un blog durante un tiempo, y al momento de la entrevista estaban en proceso de armado de una web propia. Es la única provincia con este tipo de estrategia. En el resto, sólo puede accederse a los datos sobre el Programa acercándose a las oficinas del mismo, o solicitándolos en los centros de salud.

Esta despreocupación por la accesibilidad de los datos fundamentales del Programa no es ajena a las escasas estrategias de difusión que se observan en general. Salvo en casos específicos, no se han hecho campañas significativas de difusión masiva en torno al Programa de Salud Sexual y Reproductiva, menos aun con un enfoque de derechos. Sólo en 4 de los puntos relevados se indicó la realización de campañas durante el período analizado: provincias de Santa Cruz (una campaña continua para promocionar la aparición del nuevo Programa), Santiago del Estero (focalizadas en ciertos espacios y eventos públicos), San Luis (que, según se desprende de las entrevistas, posee una estrategia de difusión masiva) y Tres de Febrero (“Jornada de Salud Femenina” y “Semana del PAP gratuito”). En Mendoza, donde se realizaba mucha difusión y promoción del programa, en el 2008 luego del cambio de gobierno, se suspendió esto.

El Ministerio de Salud de Nación envía materiales de difusión a todas las provincias y los/as entrevistados/as informan que se reparten. Algunas jurisdicciones suman a esto algunos folletos, trípticos y afiches de producción propia. Este es el caso de Santiago del Estero, Santa Fe, San Luis, Tres de Febrero, Mendoza, Entre Ríos. Algunas también incluyen materiales de ONGs locales o de los distintos laboratorios, por ejemplo un tríptico destinado a adolescentes producido por CoNDERS. En el caso de Jujuy, donde no se genera ningún tipo de estrategia de difusión masiva, los/as entrevistados/as refieren a la presión y fuerza de la Iglesia en la provincia para contener esas posibilidades. En Misiones señalan que no utilizan la difusión mediática, y que priorizan **la visita casa por casa de los promotores sanitarios** como vía de acercamiento a la población, pero esto depende de la decisión de cada centro de salud y no de la planificación desde la dirección del Programa.

En suma, la mayor parte de las provincias analizadas **no llevan adelante como estrategia programática acciones de captación activa de la población**. Se realizan, fundamentalmente a nivel de los centros de atención primaria, talleres en escuelas y hacia la comunidad. En algunos casos también visitas domiciliarias y otras acciones en terreno a través de los agentes de salud. A pesar de que los hospitales deben realizar tareas en la comunidad a través de sus Áreas Programáticas, en los hospitales analizados se constata que esta actividad se relega a un segundo plano o no se realiza, o

²⁸ Se sabe sin embargo que las cifras de personas bajo cobertura todavía no ha podido ser establecido fehacientemente en la mayoría de los distritos, debido a la dificultad de diferenciar usuarios/as de consultas (que un/a usuario/a puede hacer más de una vez).

se la reenvía al primer nivel de atención. Incluso, en el hospital analizado en Salta la dirección considera que el rol de la institución es **brindar “asistencia” y no realizar acciones extramuros**. Según los/as entrevistados/as de Santa Fe –tanto a nivel provincial como municipal-, **la profundización del trabajo comunitario es el principal desafío para mejorar el alcance del Programa**.

En efecto, el vínculo con la comunidad aparece desde nuestro punto de vista como uno de los factores fundamentales en el éxito de las prestaciones del Programa, y como uno de los principales elementos a profundizar en el futuro para garantizar el derecho a la salud sexual y los derechos reproductivos, particularmente de cara a la población más vulnerada económica y socialmente.

h. CAPACITACIÓN DE PERSONAL

La capacitación a los/as profesionales, técnicos/as y administrativos/as involucrados/as en las acciones del Programa aparece como un nudo fundamental en tanto es en el encuentro prestador-usuario donde se pone en juego lo planificado a nivel central en cuanto a modelos de atención. La capacitación resulta una herramienta fundamental, no solamente para transmitir conocimientos técnicos, sino formas de abordaje, concepciones y elementos de derechos humanos/perspectiva de género, fundamentales que deben enmarcar la atención en SSR.

Se vislumbran falencias serias en la capacitación a profesionales prácticamente en todas las provincias y municipios relevados. Esto se relaciona con la falta de un plan sistemático desde el Ministerio Nacional. Pocos espacios cuentan con propuestas o planes de capacitaciones periódicas, integrales y sistemáticas con llegada a todos los efectores de la provincia. Esto habilita un amplio margen de decisión discrecional por parte de los profesionales, que se observa particularmente en relación a las prestaciones de DIU y ACQ. Se ha detectado que en 8 de las provincias y municipios analizados, ninguno de los/as profesionales de los servicios de salud monitoreados recibió capacitación por parte del programa provincial en el período. (Formosa, Jujuy, La Pampa, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe, Entre Ríos y San Fernando). Destacamos de todos modos que las capacitaciones realizadas involucran a todo el equipo de salud (enfermeros/as, médicos/as, agentes de salud, personal administrativo) y no está exclusivamente dirigida a los/as médicos/as, aumentando las posibilidades de generar una atención de calidad e integral.

La situación más difícil aparece, en nuestro relevamiento, en la Provincia de Formosa. El responsable del Programa señala en diversas oportunidades durante la entrevista que *“la parte médica está cubierta”* (sic), pero que **no cuentan desde la dirección del Programa con personal formado en Salud Sexual y Reproductiva**, específicamente en cuanto a consejería y modos de atención. En este sentido, tampoco se hacen capacitaciones a los prestadores.

Para la Provincia de Córdoba se menciona en el período la realización de capacitaciones en gestión, destinada a mejorar y pautar los modos de registro de los movimientos de MACs en los servicios de salud. Entre los efectores monitoreados, sólo un profesional fue capacitado. En un caso extremo de desinformación fue el de una profesional entrevistada que manifestó no saber que el Programa debía garantizar la entrega libre de preservativos a toda persona que lo solicitara. En la misma línea, en el hospital analizado en Misiones una prestadora señala que muchos profesionales no saben qué método anticonceptivo es conveniente para cada situación (por ejemplo, en relación al uso de los de lactancia). En esta provincia, a su vez, los profesionales no conocen la mencionada Guía de Mejoramiento de la Calidad de Atención Post Aborto del Ministerio de Salud de la Nación. El sistema de capacitaciones se percibe como prácticamente inexistente.

Se destacan las propuestas de capacitación de las provincias de Santiago del Estero, Mendoza, San Luis y Santa Fe. En la primera, parece haber una reactivación en este sentido a partir de mayo de este año, con la nueva gestión en Salud. La propuesta es llevar adelante una capacitación por mes en diferentes temas. Por ahora, han hecho hincapié en la formación en Derechos, ofreciendo talleres en respeto a la identidad y salud sexual y reproductiva. También han comenzado a capacitar en el nuevo protocolo de violencia elaborado en conjunto con el grupo CoNDeRS local²⁹, y comenzaron a desarrollar entrevistas en terreno. En el hospital analizado todos los profesionales habían participado de estas instancias; los profesionales de la Unidad de Atención Primaria fueron invitados, pero no pudieron asistir. Las responsables del Programa en esta provincia estiman que el 25% de los/as prestadores/as ha sido capacitado en el período.

En la Provincia de Mendoza también se hace hincapié en la importancia de los monitoreos en terreno, utilizando esas instancias para transmitir criterios a los prestadores. Han realizado dos talleres sobre Anticoncepción en Situaciones Especiales y otros de Consejería en SSyR nivel 2. Algunos de los profesionales monitoreados participaron de estas capacitaciones. En San Luis los/as entrevistados/as consideran que ha participado de instancias de formación el 75% de los prestadores de la provincia. Se realizan dos talleres por mes, rotativos en los distintos centros de atención primaria, sobre “mitos y prejuicios”, “colocación de DIU”, “anticoncepción” y “atención posaborto”. A su vez, cada servicio de salud cuenta con un profesional de referencia capacitado de forma continua. En el caso de Santa Fe, el hecho de que las capacitaciones sean “no obligatorias” y de que no se lleven registros sobre la asistencia, hace imposible contar con información clara sobre cuántos profesionales y cómo han sido capacitados. Aparentemente, de todos modos, existe una oferta provincial fuerte en estos temas. Se organizaron cinco módulos fundamentales, que se realizan a nivel central y luego son replicados localmente. Se abordan cuestiones como embarazo, parto, atención posaborto, aborto no punible, sistemas de información,

²⁹ En el marco del proceso de evaluación de la situación del Programa que están llevando adelante en Santiago del Estero, han visitado durante el año a gran parte de los efectores, conociendo sus situaciones particulares y ofreciendo estrategias de resolución de cuestiones problemáticas

consejería en anticoncepción y causas de mortalidad materna. También realizan las Jornadas de Maternidad Segura, en las que se refuerzan estas temáticas. De todos modos, los profesionales de los centros de salud analizados indicaron que no habían sido capacitados por el Programa, sino por el Plan Nacer 2009, de forma continua.

Resulta fundamental fortalecer las estrategias de capacitación y establecer canales de comunicación con los profesionales en aquellos nudos que se presentan como problemáticos: colocación de DIU, atención posaborto, aborto no punible, anticoncepción de emergencia y anticoncepción quirúrgica. En este sentido, la formación aparece como la estrategia fundamental para desarmar prejuicios y posibilitar el acceso de los/las usuarios/as al cumplimiento de sus derechos en SSyR en el marco del sistema público de salud.

V.- A MODO DE CIERRE

a. CONCLUSIONES

Como resultado de la información brindada por el elevamiento realizado en las 18 jurisdicciones señaladas, podemos mencionar las siguientes regularidades:

- ✓ **Falta de presupuesto propio** por parte de la mayoría de los Programas locales, o de los servicios que implementan sus prestaciones. Esto permitiría garantizar tanto la compra de insumos como las estrategias de difusión y capacitación de profesionales y otros integrantes del personal de salud.
- ✓ **Insumos provenientes del Programa Nacional llegan de manera discontinua y esporádica**, situación agravada particularmente desde el 2008 y que no superarse en el 2009. En parte, puede incidir el mencionado alto grado de rotación de los responsables **del Programa a nivel nacional**, lo cual ha sido ampliamente denunciado por los entrevistados/as.
- ✓ **Escasez o ausencia de protocolos de atención establecidos** para la implementación y seguimiento de las prestaciones del programa, resultando discrecionalidad y la arbitrariedad de los/as profesionales a cargo de la tarea, que afecta a todos los aspectos que abarca el Programa, pero en particular a aquellos más sensibles a prejuicios personales, ideologías religiosas o a estereotipos culturales.³⁰ El enorme margen de discrecionalidad en las decisiones de los prestadores del sistema hace que el acceso a las prácticas no esté garantizado, y dependa del servicio o del profesional que accede cada usuaria.

³⁰ Nos referimos en particular a aborto voluntario, aborto no punible, consejería post aborto, anticoncepción quirúrgica y de emergencia, atención a adolescentes.

- ✓ La falta de un **protocolo nacional de atención de las víctimas de violencia sexual** que garantice la prevención del embarazo y la profilaxis post exposición a la infección de VIH/sida.

La falta de protocolos de atención se agrava debido a la casi absoluta falta de **mecanismos para la recepción y resolución de denuncias**, solicitudes o propuestas por parte de usuarios/as.

- ✓ La inexistencia o muy insuficiente información sobre la población bajo programa y el nivel de cobertura en relación a la población teórica estimada. La heterogeneidad de formas de recoger los datos y la ausencia de estos en muchos casos es grave e impide el monitoreo y evaluación cuantitativa del programa.
- ✓ Las actividades de **Capacitación** a profesionales, técnicos y administrativos del sistema de salud, son escasas y poco sistemáticas. Se evidencia la falta de un plan a nivel nacional, por lo que cada provincia, municipio o aún establecimiento de salud toma decisiones discrecionales. No hay forma de comprobar sus contenidos, ya que la información suele no ser transparente; por lo cual resulta dificultoso el monitoreo. El resultado se evidencia en los criterios dispares que se aplican en la resolución de los problemas de salud sexual y reproductiva en los distintos servicios y profesionales del área.
- ✓ La **educación sexual** es el aspecto más rezagado del PNSSyPR, mucho más que la atención en salud (que, aunque de manera heterogénea, se implementa). Ante la sanción de la ley 26.150 en el 2006 que supera el alcance establecido por la ley 25.673 sancionada en el 2002, se necesita un fuerte compromiso político para lograr la Salud Sexual Integral. Un factor que incide de manera decisiva es el peso que tienen las concepciones acerca del tema, los sectores conservadores y fundamentalistas, especialmente los grupos religiosos, que se oponen a los programas nacionales sin reconocer la condición del estado laico del país. Según estos sectores, estas concepciones basadas en el peso de la familia y la religión deben estar en los contenidos de la educación sexual en las escuelas.
- ✓ **Falencias en la entrega de anticonceptivos**, a pesar de que se visualiza como la tarea fundamental y cotidiana del programa. Estas pueden subdividirse en:
 - **Discontinuidad** en la distribución de todos los MACs, al compás de las entregas desde Nación o el presupuesto disponible (o no) a nivel provincial y municipal, como también discontinuidad de determinados MACs, como los inyectables y ACO, dos de los métodos más requeridos y utilizados por las usuarias. Es grave dado que son métodos que requieren una presencia permanente en el tiempo para ser efectivos. También para los MAC destinados al período de lactancia,
 - Existencia de conductas restrictivas, y prácticas disímiles para la colocación de DIUs, provisión de AHE y ACQ, que no respetan el derecho a la libre elección de las personas. La mayoría, basadas en prejuicios y convicciones personales ideologizadas por parte de profesionales. Se destaca que los principales problemas actuales se registran

a nivel de la **anticoncepción quirúrgica** ya que se limita indebidamente el acceso a ella, incluyendo requisitos de edad o número de hijos de las solicitantes.

- ✓ Graves problemas para el acceso a los **abortos en los casos no punibles**: persiste un alto grado de **resistencias y objeción de conciencia como excusa**, por parte de los profesionales. Falta de cumplimiento de las pautas claramente establecidas a nivel de las autoridades nacionales. Se ignora la existencia de la Guía Nacional para la atención del aborto no Punible. El resultado es un gran número de solicitudes que no se respetan y la persistencia del recurso a la judicialización incorrecta, contrariando la ley.

b. RECOMENDACIONES

- Limitar la capacidad de decisión discrecional del sistema médico, a través de la difusión de las regulaciones existentes y la elaboración de protocolos y guías de atención que sean claras y comunes a todas las jurisdicciones.
- Difundir la normativa y documentos técnicos vigentes del Ministerio de Salud e impulsar su cumplimiento, como el Compromiso Para La Reducción De La Mortalidad Materna en La Argentina (COFESA Octubre de 2004), la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto, Resolución N° 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación, la Guía Técnica de Atención Integral de Abortos no Punibles (Ministerio de Salud Nación, diciembre 2007), Ley 26130 de contracepción Quirúrgica, Ley 25.929 de Parto Humanizado “Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento”, entre otras; y crear mecanismos para alentar prácticas coherentes con ellas.
- Elaborar a nivel nacional e impulsar la adopción a nivel provincial y local, de protocolos de atención en diversos temas:
 - Atención adecuada y urgente a mujeres víctimas de violencia sexual, que incluya AHE, antirretrovirales, consejería y contención psicológica a pedido de la víctima.
 - Para la práctica de la anticoncepción quirúrgica sin requisitos para mujeres y difundirla/ofrecerla para varones, incluyendo la información sobre las nuevas técnicas que pueden hacer reversible la esterilidad por anticoncepción quirúrgica.
 - Difundir e impulsar el uso de la aspiración manual endouterina (AMEU)), brindando capacitación específica a profesionales y técnicos/as, de modo de garantizar el acceso universal a esta técnica.
 - Dar sustento legal a la Guía Técnica para la Atención del Aborto no Punible, a través de una normativa ministerial o ley nacional. Difundir de manera exhaustiva en todos los servicios del país y estimular su aplicación.

- Elaborar el protocolo nacional de atención a víctimas de violencia sexual.
- Capacitar a los/as profesionales y técnicos/as en las mismas normativas, así como en un enfoque basado en la atención primaria de la salud, la perspectiva de género y la participación comunitaria.
- Desalentar o prohibir los requisitos extralegales (o francamente ilegales) en relación a los abortos no punibles y la anticoncepción quirúrgica (cantidad de hijos, edad, consentimiento del cónyuge, etc.)
- Brindar información accesible y actualizada sobre ligadura de trompas y vasectomía.
- Dar cabida y promover la participación activa de la sociedad civil organizada en el diseño, implementación y evaluación de los Programas de Salud Sexual y Procreación Responsable a nivel nacional, provincial, municipal, local. Fomentar canales estables para facilitar el monitoreo por parte de sus organizaciones y el intercambio de información.
- Mantener, por parte de las autoridades nacionales del Programa una supervisión activa de la calidad de los servicios a nivel provincial y local, así como del acceso universal a todas las prestaciones previstas por el PNSSyPR.
- Crear canales accesibles, que brinden rápidas soluciones, para que usuarios/as puedan canalizar denuncias, demandas o propuestas directamente en los servicios de salud públicos.
- Garantizar el acceso en condiciones adecuadas (tiempo, forma, calidad) al aborto no punible regido por la normativa vigente.
- Difundir en todos los servicios que la normativa vigente establece que no debe hacerse la denuncia penal de las mujeres en situación de aborto en curso y monitorear su cumplimiento.
- Impulsar campañas periódicas de difusión a nivel nacional (al menos una por año, como lo establece la ley) y fomentar campañas locales, dando a conocer de manera amplia el Programa en sí mismo, y sus prestaciones.
- Difundir y promover activamente el acceso a la información sobre aquellos métodos de anticoncepción con mayores posibilidades de ser *invisibilizados* y efectivamente restringidos por el sistema de salud: el DIU, la anticoncepción de emergencia y la anticoncepción quirúrgica.
- Crear un Registro Unificado Nacional y público (de libre acceso) de Objetores de Conciencia que abarque tanto la actividad pública como la privada (actualmente existe sólo en las provincias de Santa Cruz y Santa Fe).
- Promover la efectiva implementación de la **educación sexual integral en las escuelas**, promoviendo una articulación entre el sistema de salud con el sistema educativo a nivel nacional, provincial, local, de modo de hacer efectivas las disposiciones de la ley 25673 y de la Ley Nacional de Educación Sexual Integral. N° 26105.

c. REFLEXIONES FINALES

El objetivo del CoNDeRS es contribuir a garantizar el acceso de la población a sus derechos sexuales y reproductivos, exigiendo al Estado el cumplimiento de normativas propias y de nivel internacional al que ha adherido. Las acciones de monitoreo y exigibilidad que se llevan adelante en provincias y distritos por parte de los grupos monitoreantes CoNDeRS desarrollan estrategias para este fin, enfatizando que es particularmente necesario proteger específicamente a las mujeres y jóvenes, y a la población de menores recursos, incorporando también a una población particularmente vulnerable como son las mujeres migrantes de países limítrofes. CoNDeRS aspira a incorporar a estos grupos, cuyos derechos están particularmente vulnerabilizados, a colaborar con el monitoreo y con las acciones de exigibilidad que se desarrollen en el futuro. La lista de grupos monitoreantes que se encuentra al final del presente documento facilitará el contacto.

Como resultado del monitoreo 2009, podemos afirmar que vuelve a confirmarse una vez más que la atención en Salud Sexual y Reproductiva tiene falencias derivadas de una situación de fragmentación y heterogeneidad del sistema de salud público, que el mismo Ministerio de Salud de la Nación reconoce, tal como se ha detallado más arriba. Por falta de una política activa en contrario, persiste el abordaje basado en un modelo médico -hegemónico que privilegia la patología y el nivel individual antes que una visión colectiva y preventiva de la salud contrariando lo establecido por las leyes, normativas y documentos vigentes. Así, la indicación/entrega de MAC se transforma en un “acto médico”, se indican estudios innecesarios o requisitos indebidos para recibir algunos MACs, se obstaculiza la anticoncepción quirúrgica para mujeres jóvenes o sin hijos, se invisibiliza la vasectomía, todo según las convicciones personales o ideológicas de los médicos/as tratantes.

En la misma línea, la corporación médica se erige en árbitro de las vidas de las personas que buscan en los servicios la atención de sus necesidades y derechos; por supuesto, los grupos más vulnerabilizados (mujeres, pobres, jóvenes, migrantes, discapacitados entre otros) son doblemente víctimas. Debido a la muy escasa o inexistente inclusión de a la sociedad civil en el diseño, implementación y evaluación de los programas, las necesidades y perspectivas de usuarias/os permanecen invisibles. Producto de este esquema es también que la difusión sea extremadamente ineficiente o inexistente, y no se aliente la autonomía de decisión de usuarios/as, Tal como ya se ha afirmado en el acápite sobre Anticoncepción Quirúrgica, el sistema médico se **convierte en un obstáculo para el goce de los derechos sexuales y reproductivos**.

Asimismo, el modelo médico hegemónico es patriarcal; esto es, reproduce las relaciones de poder de sexo/género, manteniendo vigentes y actuantes todos los mecanismos que las legitiman. En efecto, el monitoreo realizado en 2009 (y a pesar de casi 7 años de ejecución del programa) muestra la persistencia, en el imaginario de los profesionales, del mito-

estereotipo que establece la equivalencia entre “mujer” y “madre”. Esto genera distorsiones en todas aquellas prestaciones que no lo convalidan: abortos no punibles, atención posaborto, anticoncepción de emergencia, anticoncepción quirúrgica.

En otras palabras, los programas encargados de la atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Argentina (que en nuestro criterio es el dispositivo estatal para garantizar los Derechos Sexuales y Reproductivos, en particular de las mujeres y niñas), ponen en práctica los estereotipos culturales de sexo-género que predominan todavía en nuestra sociedad.

Es decir: en lugar de buscar actuar sobre las resistencias culturales establecidas socialmente –que se observa tanto a nivel de los profesionales como de los y las usuarios/as-, **la política pública se basa en ellas y las refuerza**, profundizando las lógicas patriarcales de sometimiento de las mujeres y a pesar de la normativa vigente que exige al estado combatirlos³¹. Esto resulta, a nuestro entender, el núcleo del problema, del que se desprenden, a guisa de síntomas, los obstáculos y fallas de la calidad de la atención que hemos señalado.

Esto se combina con la fragmentación del sistema, y la escasez o ausencia de pautas integrales y coherentes que orienten la prestación de los servicios, hecho reconocido por las mismas autoridades. En el acta COFESA ACTA 4/2009 (octubre 2009) se afirma: “Se detectó que el **principal obstáculo radicaba en la articulación a nivel nacional de las lógicas tan diferentes de cada provincia**. De esta manera, se intentó trabajar provincia por provincia, en la identificación de problemas, de causas y de líneas de acción, pensando en todos los programas que dispone el Ministerio, buscando un marco lógico que sirva a todas las provincias según la identificación de problemas de cada una”. (Subrayado nuestro).

CoNDeRS pretende transformar el paradigma vigente y revertir el papel de las políticas públicas. Resulta una necesidad urgente el establecimiento de mecanismos, normas, pautas y procedimientos que cuestionen estos estereotipos culturales e instalen el derecho de las mujeres a decidir de manera autónoma si quieren o no tener hijos, cuántos, cuándo, y con que intervalo intergenésico, así como a gozar de los servicios de calidad para poner en práctica estos derechos³². En síntesis, instalar en la conciencia colectiva y de atención de la salud sexual y reproductiva un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género.

Avanzar hacia una política pública que, en lugar de replicar y reforzar los estereotipos, busque un compromiso activo para su reversión, ya que no solamente no garantiza los derechos, sino que no fomenta la construcción de ciudadanía, introducir en cambio orientaciones y abordajes que se elaboren a partir de la participación de la sociedad civil, particularmente de las organizaciones de mujeres y feministas, y del mismo CoNDeRS, que trabaja en esta temática desde hace 7 años. Debe elaborarse un modelo de atención de la SSR basada en los derechos humanos y fuertemente arraigado

³¹ Convención de Naciones Unidas contra toda forma de Discriminación hacia la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés), ratificada por Argentina en 1985) entre otra normativa vigente.

³² Plataforma de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo, Cairo 1994. Firmada por Argentina el 1994.

en la articulación entre la comunidad y el sistema de salud, modelo que seguramente podrá proponer diferentes modos de superar los problemas descriptos, priorizar la prevención de la morbilidad, pero sobre todo aportar a una vida libre de violencias y coerciones en la vida sexual de las mujeres.

Cuestionando los roles tradicionales de sexo/género; otorgando lugar preeminente a los saberes dispersos en la comunidad; respetando los derechos humanos en el campo de la sexualidad y la reproducción; y facilitando al cuerpo médico la comprensión de su rol como facilitador de la autonomía de usuarios/as a través del *acompañamiento* y *orientación* de prácticas sociales, se podrá edificar un Programa mucho más cercano y adecuado a necesidades y perspectivas de usuarios/as. El reconocimiento de estos y estas en tanto *sujet@s plenos de derechos*, es un paso fundamental para una atención adecuada. Reconocerl@s como portadores de saberes válidos sobre sus propias circunstancias vitales y, por ende, capaces de tomar decisiones conscientes sobre su cuerpo, su salud y su proyecto de vida.

Recordemos una vez más que para usuarios de ambos sexos, pero en particular para las mujeres, la posibilidad de tomar decisiones autónomas y conscientes sobre el propio cuerpo es dependiente tanto del acceso a la información, como de la posibilidad de constituirse subjetivamente en tanto sujeto de derechos; pero también de una oferta de servicios que la trate como tal. En este sentido, la capacitación emerge como herramienta central en su doble función: actualización científico-técnica y concientización acerca de los derechos y la condición de sujet@s que buscan su orientación y sus servicios.

Finalmente, queremos volver a enfatizar la importancia de la articulación y la creación de canales para la participación de la sociedad civil en las políticas públicas. Es de señalar que el CoNDeRS ha firmado un convenio con el Programa Nacional, por el cual el Comité Coordinador mantiene un monitoreo constante sobre la gestión a nivel nacional, solicitando información sobre el envío de MACs, los programas de capacitación, las campañas de difusión que deberían realizarse. Esta información se difunde asimismo a todos los grupos monitoreantes: aspectos relevantes de la misma se difunden además a nivel general. Se ha impulsado que a nivel provincial o municipal, donde existen grupos monitoreantes establecidos, también se firmen convenios con los/as funcionarios/as responsables locales del programa, pero existen serias dificultades para que esto pueda concretarse, ya que desde la gestión estatal parecen preferir no tener una relación continua con grupos que monitoreen su actividad.

La firma de convenios de este tipo permitiría, sin que los grupos monitoreantes pierdan su autonomía organizativa ni de concepciones políticas en el tema de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incidir en el diseño, ejecución y evaluación permanente de la implementación del programa, resolviendo la mayoría de los problemas que en este estudio se evidencian. Recepción y distribución de MACs, implementación de consejerías, capacitación sistemática y periódica de profesionales, inclusión de la perspectiva de género, atención especializada a adolescentes y personas adultas mayores, discapacitadas o pertenecientes a grupos o etnias minoritarias, son parte de universos que todavía quedan bastante marginalizados del panorama actual.

Resta solamente recordar que no se trataría de una “gentileza” del estado, sino que éste tiene el deber de rendir cuentas y ser transparente y participativo en su gestión (en inglés, accountability). Sólo un estado acorde con estos principios, tanto en la normativo sino sobre todo en sus prácticas, podrá decirse verdaderamente democrático.

BIBLIOGRAFÍA

- Brener, Alejandra y Ramos, Gabriela (2008) **LA ADOLESCENCIA: SUS DERECHOS Y SUS PRÁCTICAS DE SEXUALIDAD SALUDABLE**. – 1ª. Edición. Buenos Aires. CoNDeRS 2008.
- Cárdenas, Edurne y Tandeter, Leah (2008): *Derechos sexuales y reproductivos en Argentina: Una revisión de la legislación y la jurisprudencia*, CoNDeRS, Buenos Aires, 2008.
- CoNDeRS. Línea de Base (Buenos Aires 2005).
- Fernández, Ana María (1993): *La Mujer de la Ilusión*, Paidós, Buenos Aires.
- Kohen, Beatriz; Alonso, Emelina; Aisenstein, Mariela; Finoli, Micaela y Segarra, Alejandro **DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN ARGENTINA: La exigibilidad de los derechos sexuales y reproductivos** / 1ª. Edición. Buenos Aires. CoNDeRS. 2008.
- Menéndez, Eduardo L. (1990): “El Modelo Médico hegemónico. Estructura, función y crisis”, en *Morir de Alcohol. Saber y Hegemonía Médica*, Alianza Editorial, México.
- Nari, Marcela (2004): *Políticas de maternidad y maternalismo político*, Biblos, Buenos Aires.
- Testa, Mario (1997): “Atención ¿Primaria o Primitiva? de Salud”, en *Pensar en Salud*, Lugar Editorial, Colección Salud Colectiva, Buenos Aires.
- Zamberlin, Nina (2007): El aborto en Argentina, Hoja Informativa N°3, Junio, Edición digital en www.despenalizacion.org.ar, Buenos Aires.

ANEXO 1 – Distribución de entrevistas del Monitoreo CoNDERS 2009

LOCALIDAD	ENTREVISTA A JEFE DE PROGRAMA		ENTREVISTA HOSPITAL	ENTREVISTA CAPs	TOTAL
	Provincial	Municipal			
Olavarría	---	1	1	1	3
Santa Cruz	1	1 (Río Gallegos)	2	2	6
La Pampa	1	---	1	1	3
Tucumán	1	---	1	1	3
Santiago del Estero	1	---	1	1	3
Salta	1	---	1	1	3
Santa Fe	1	1 (Rosario)	2	---	4
Formosa	1	---	1	1	3
Misiones	1	---	1	1	3
Jujuy	1	---	2	1	4
Lanús	---	---	1	1	2
3 de Febrero	---	1	1	1	3
Entre Ríos	1	---	1	3	5
San Fernando	---	---	1	1	2
Córdoba	1	---	2	---	3
Mendoza	1	---	1	1	3
San Juan	*	---	1	1	2
San Luis	1	---	1	2	4
TOTAL	13	4	22	20	59

*Aunque no se pudo obtener a tiempo la entrevista con el Responsable Provincial, cierta información de esta guía de pautas pudo ser recuperada por el grupo monitoreante.

ANEXO 2 – Cobertura de los Programas Locales

LOCALIDAD	COBERTURA INDICADA	POBLACIÓN ADOLESCENTE	Otros datos	REFERENCIAS
Córdoba	104.264	30%	93% mujeres	Enero – Abril 2009
Entre Ríos	64.337	--	97% mujeres	Hasta Agosto 2009
Formosa	10-15%	--	--	Sobre 13.000 nacimientos al año, ese porcentaje se encuentra bajo Programa. Dato aproximado.
Jujuy	25.000	--	--	Actual. Dato aproximado.
La Pampa	20,99%	--	--	Sobre las mujeres en edad fértil.
Lanús	--	--	--	No se cuenta con información.*
Mendoza	25.000	--	--	Actual. Dato aproximado.
Misiones	45.000	--	--	Actual. Dato aproximado.
Olavarría	3311	25%	99,1%	Enero – Abril 2009.
Salta	20%	--	--	Sobre las mujeres en edad fértil.
San Fernando	--	--	--	No se cuenta con información.*
San Juan	--	--	--	No se cuenta con información.*
San Luis	36.624	--	--	Hasta Agosto 2009.
Santa Cruz	45.400	--	--	Actual.
Santa Fe	--	--	--	Nivel provincial. No se cuenta con información.**
	3000	--	--	Municipio de Rosario. Actual.
Santiago del Estero	52.305	23%	95%	Actual.
Tres de Febrero	1948	--	--	Agosto 2008 – Septiembre 2009.
Tucumán	--	--	--	No se cuenta con información.**

*No se cuenta con información de estos puntos de relevamiento por no haber podido entrevistar a los Responsables de Programa.

**En estos casos, los responsables de los datos no sabían la información (Santa Fe) o no cooperaron con el grupo monitoreante (Tucumán)

ANEXO 3 Listado de los grupos monitoreantes según jurisdicciones

Provincia	Localidad	Grupos
Buenos Aires	San Fernando	CEDEM - Centro de la Mujer de San Fernando
	Lanús	Gesta
	3 de febrero	Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH
	Olavarría	Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires - PPEM Programa Permanente de Estudios de la Mujer
La Pampa	Santa Rosa	Mujeres por la solidaridad
Santa Cruz	Río Gallegos	Zonta
Santa Fe	Santa Fe	Universidad Nacional del Litoral PALABRAS
	Rosario	INSGENAR- Instituto de Género, Derecho y Desarrollo INDESO - Instituto de Estudios Jurídicos Sociales de la Mujer
Entre Ríos	Entre Ríos	UNER - Universidad Nacional de Entre Ríos
Formosa	Formosa	El Amanecer - Grupo de Mujeres- APDH: Asamblea Permanente por los Derechos Humanos.
Misiones	Posadas	JOACYA - Jóvenes y Adolescentes Comprometidos y Activos
Santiago del Estero	Santiago del Estero	UNSE - Universidad Nacional de Santiago del Estero- Articula con y "0 en conducta"
		"Primorosa Preciosura"
Tucumán	San Miguel de Tucumán	CEHIM -Centro de Estudios Históricos Interdisciplinarios sobre las Mujeres
		Jóvenes por la elección y por el placer
Salta	Salta	Universidad Nacional de Salta- (Facultad de Humanidades) y

		Comisión de la Mujer
Jujuy	San Salvador de Jujuy	Universidad Nacional de Jujuy y REDH
Mendoza	Mendoza	Las Juanas y las otras
San Luis	San Luis	ADEM - Asociación por los Derechos de las Mujeres.
Córdoba	Córdoba	Católicas por el Derecho a decidir
		Manos y voces de Mujeres Libres
		SEAP - Servicio de Acción Popular
San Juan	San Juan	Movimiento de Mujeres de San Juan