



MONITOREO SOCIAL

CONDERS

Mendoza 2008



Introducción.

El presente informe se inscribe en el marco de las acciones de monitoreo social promovidas desde el CoNDeRS a nivel nacional. Con él se pretende contribuir al conocimiento del estado de las políticas públicas implementadas para garantizar el acceso a los derechos sexuales y reproductivos de ciudadanas y ciudadanos de la provincia de Mendoza, desde la investigación y el seguimiento de la acción u omisión pública en ese campo.

El Programa Provincial de Salud Reproductiva es producto de la iniciativa de algunos legisladores que convocaron un debate público sobre el tema y sancionaron, en 1996, la ley 6433 que dio lugar a su creación.

El Programa ha conocido, desde su formación, una continuidad institucional notable en lo relativo a la posibilidad de implementar políticas públicas de reconocimiento y garantía de Derechos Sexuales y Reproductivos. Sin embargo, recientes cambios políticos suscitados en la provincia, han modificado esta situación. Se hace por ello necesario realizar un análisis que pueda dar cuenta del direccionamiento que las políticas implementadas por el PPSR tiene actualmente.

Este estudio -en cierto sentido “preliminar”- deberá servir como marco descriptivo y conceptual para la futura aplicación de herramientas colectivas de monitoreo social que conlleven un exhaustivo relevamiento del campo de las acciones gubernamentales sobre salud sexual y reproductiva.

La tarea realizada, en el tiempo breve que se contó para la realización de esta investigación, consistió en una tarea de búsqueda y sistematización de información disponible (datos públicos, prensa escrita etc.), así como de una instancia de recolección propia a partir de entrevistas a funcionarios. Posteriormente, se abordó el análisis del marco de situación.



La exposición del estudio se organizó en dos partes.

En primer lugar, se presenta el monitoreo de la gestión del Programa Provincial de Salud Reproductiva. El estudio sigue una división que tienen en cuenta los componentes del mismo, a saber: asistencial de capacitación y social, de información y comunicación, ya que cada uno de ellos cumple una función diferente en relación con el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El análisis comienza con el estado actual del componente asistencial del programa, del cual surge, como emergente, la problemática de la provisión de MAC, pues ellos representan una garantía material en el acceso a los derechos sexuales y reproductivos. Entendemos que las discontinuidades, las restricciones y las imprevisiones presupuestarias comprometen a la población bajo programa. A esto debe sumarse, desde el nivel de la decisión de políticas sanitarias, la consideración (o no) del aumento poblacional, así como también la importancia de contemplar las diferencias entre el decil más rico y el más pobre de la sociedad, en relación a las pautas reproductivas.

Luego se aborda el componente de capacitación y la dimensión social. Se considera este un aspecto relevante pues es en la tarea social y educativa donde se hace presente la ligazón directa del programa con los/as sujetos/as como portadores de derechos sexuales y reproductivos como derechos ciudadanos y la forma y el grado de incorporación subjetiva de los mismos a lo largo de un proceso social complejo y denso. Seguidamente se desarrolla el componente de Información y Comunicación, es decir, la cara pública del programa. Es a través de este componente que se instala en el espacio público qué noción de ciudadanía, de derechos sexuales y reproductivos, de relaciones entre los géneros sexuales es la que los agentes y decisores públicos portan y el Estado está dispuesto a garantizar.

El componente de Desarrollo Institucional remite tanto a la base política, como a las estrategias y herramientas concretas de gestión que permiten operar en la relación entre estado y sociedad. De esta dimensión del programa puede interpretarse con claridad el rumbo seguido en cuanto a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

En la segunda parte del trabajo se desarrolla una breve descripción del contexto de la problemática del aborto no punible en la Provincia de Mendoza y se apunta, básicamente, a dilucidar el destino de las políticas públicas en la materia. Para ello, se hace hincapié en el curso seguido por 3 proyectos de resolución ministerial relacionados: Protocolo de asistencia para



casos de abortos no punibles, Implementación del Registro Provincial de Objetores de Conciencia y Protocolo de atención para casos de anticoncepción quirúrgica. Además, a fin de poner todo esto en su real contexto, se describe la particularidad de la respuesta estatal ante un caso de requerimiento de aborto no punible de reciente repercusión en la opinión pública.

El presente informe se desarrolló con la participación de la Organización de la Sociedad Civil “Las Juanas y las Otras”. Para su elaboración fueron consultadas integrantes de la Unidad Sociedad Política y Género del INCIHUSA – CONICET.

I. Monitoreo de la Gestión del Programa Provincial de Salud Reproductiva.

1- El componente asistencial:

La situación actual del País y la Provincia respecto de los Derechos Sexuales y Reproductivos, los cambios de gestión de gobierno, el proceso inflacionario, el aumento de los insumos y el bajo nivel de financiamiento programático, hacen que se torne de suma importancia el análisis del componente asistencial del Programa Provincial de Salud Reproductiva. Ello, porque este es el ámbito en el que se conjugan todos estos elementos y se verifica con mayor facilidad el impacto de la acción pública en materia de Salud Sexual y Reproductiva.

1.1. El sistema de distribución de insumos

Como parte del proceso de implementación del Programa Provincial de Salud Reproductiva, se comenzó con la distribución de insumos a hospitales y centros de salud en marzo de 1998. Rápidamente -para el año 2000- se alcanzó una cobertura del 100% de los efectores de la red pública asistencial, garantizando durante los 8 años siguientes, la continuidad en la distribución de métodos anticonceptivos.

Desde el principio, los insumos que distribuye el programa han sido comprados por cuenta del presupuesto propio, establecido por Ley 6.433 y votado anualmente por el Poder Legislativo Provincial.



En 2003 se comenzaron a recibir insumos enviados desde la Nación, con lo cual cambió el esquema de requerimientos de compras provinciales.

Así, habían insumos que se recibían en cantidades suficientes tales como los AOC 30 (Anticonceptivos Orales Combinados de 30 mg de etinilestradiol). Sin embargo la provincia debió hacer frente a las compras de los MAC que la Nación no proveía y de cantidades de apoyo de aquellos que enviaba en volúmenes insuficientes.

La estructura de la red sanitaria estatal está conformada por 22 hospitales (todos provinciales) y 18 Áreas sanitarias (una por departamento).

Bajo la órbita de las áreas departamentales hay 252 centros de salud provinciales y 67 municipales. Estos últimos dependen de la dirección de salud de su municipio, coordinan la actividad con el Área Sanitaria (provincial) correspondiente: reciben insumos etc.

El sistema de distribución de insumos del PPSR funciona por reposición y consiste en lo siguiente:

En cada efector se registran -en la planilla preimpresa de "reposición de insumos"- los datos personales de las usuarias, el método y la cantidad que se les provee y la fecha de entrega. Los centros de salud o postas, provinciales y municipales, envían estas planillas a la farmacia central del Área Departamental de Salud, o a la farmacia del municipio, donde se compilan y se hacen llegar al Programa. Los hospitales las entregan directamente al Programa.

En el Programa, se realiza el recuento de los insumos entregados y se reponen las cantidades correspondientes a cada área departamental u hospital. Esta distribución se hace efectiva a partir de un remito al Departamento de Abastecimiento del Ministerio (depósito central), donde se preparan y se realizan los envíos, siguiéndose centrífugamente la vía inversa al de reposición.

Además, a través de los mismos mecanismos se gestionan los registros de distribución y consumo, de acuerdo con los requisitos del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Estos registros, cuyos modelos fueron diseñados y preimpresos por el Programa Provincial de Salud Reproductiva son los siguientes:

- 1- Recetas, que quedan archivadas en el centro sanitario
- 2- Informe mensual de stock, que no sólo registra el consumo del efector sino el movimiento completo de los insumos (existencia inicial, entradas, salidas y saldo).
- 3- Remito: documenta todas las entregas de insumos en cualquier nivel del circuito de distribución.

Cabe aclarar que por nota enviada al programa, los efectores pueden solicitar:

Aumentos de stock de MAC, preservativos, ya que el programa lleva a cabo una política de desmedicalización de este insumo, por lo que su entrega no se registra en recetas ni planillas de reposición, e insumos no MAC.

1.2. El stock

En este sistema de reposición surge como importante el stock de nivel central del programa provincial y la necesidad de su seguimiento constante. De la lectura de este flujo de stock pueden analizarse algunos elementos muy significativos de la situación -en pasado presente y futuro- del componente asistencial del PPSR.

Los insumos anticonceptivos que actualmente se distribuyen desde el Programa Provincial de Salud Reproductiva son los siguientes:

- Anticonceptivos Orales Combinados de 20 mg y 30 mg de etinilestradiol.
- Anticonceptivos Orales de Progestágeno Solo (para la lactancia).
- Anticoncepción de Emergencia en presentación de 2 comprimidos.
- Inyectables Mensuales.
- DIU T-Cu 380 A, tipo Multiload, mini y tipo Saf – t – Coil (para grandes multíparas).
- Preservativos masculinos.
- Diafragmas.

Para realizar un análisis de la situación actual de las existencias del Programa Provincial de Salud Reproductiva conviene comenzar por el siguiente cuadro indicativo del flujo de stock:

Movimiento de insumos y evaluación
2008

Métodos	Exist. Inicial	Entrada	Salida	Saldo	Unidades
PAE	10294		4620	5674	Comprimidos
Inyectables m	6	41260	29251	12015	Ampollas
AOC 20	709989	312375	918939	103425	Comprimidos
AOC 30	1607823	2041200	2117346	153167	Comprimidos
Progestágeno S	2065	939925	699811	242179	Comprimidos
DIU TCu380	1097	4930	3107	2920	DIU
DIU M.	263		90	173	DIU
DIU esp	287	20	38	269	DIU
Preservativos	40992	598057	375492	263557	Preservativo
Diafragma	13			13	

CUADRO 1

1.2.1. La existencia inicial

La 2° columna de la izquierda indica la “Existencia inicial” que corresponde al stock disponible al 1 de enero de 2008.

En el segundo semestre de 2007 comenzaron a manifestarse las dificultades para sostener el stock en algunos insumos. Ello se debió a que el buen stock inicial comenzaba a agotarse mientras la nación reiteraba los incumplimientos en las entregas, cuyas fechas estipuladas se postergaron sucesivamente durante todo el año. Tales incumplimientos complicaron la programación de las compras provinciales, pues las alternativas se dirimían entre la confianza o no, en que llegara lo prometido desde Nación.

Esto explica la causa del stock “0” al 1 de enero de 2008, en dos insumos (Inyectables mensuales y Progestágeno solo). Existencias que rápidamente se regularizaron durante ese mismo mes de enero, a partir del ingreso de 9.260 inyectables y 166.250 comprimidos de Progestágeno, solo comprados por la provincia en 2007.



De manera que más allá de los indicadores del día 1 de enero, puede decirse que las existencias de insumos con los que el programa comenzó el año, le permitieron hacer frente a la distribución de MAC durante los primeros meses de 2008. Este tiempo resulta de mucho valor para la gestión, ya que permite encarar compras locales con ejecución al presupuesto del año en curso.

1.2.2. Las entradas de insumos

La tercera columna muestra las altas de stock (o entradas) correspondientes a compras, entregas del PNSSyPR, donaciones y devoluciones desde efectores.

Cabe señalar que de todos estos ingresos, fueron comprados por el programa provincial bajo la ejecución presupuestaria 2008, la totalidad de los AOC 20, el 53 % de los anticonceptivos orales de Progestágeno solo (para la lactancia), el 25 % de los preservativos y 20 DIU mini.

Por consiguiente, se verifica que la mayor parte de los insumos proviene del aporte del PNSSyPR, mas un 33 % de los Inyectables mensuales y un 17 % del oral para la lactancia, comprados por la provincia el año anterior y una pequeña donación (1,5 %) del mismo insumo (progestágeno solo).

1.2.3 La distribución

En la 4° columna figuran los totales distribuidos de cada insumo, desde el 1 de enero de 2008 hasta la fecha de consulta (9 de septiembre).

El siguiente cuadro (cuadro 2) muestra la distribución mensual por insumo sin tomar los 9 días de septiembre.

Distribución de MAC PPSR, enero - agosto 2008

Método	Enero	Febr.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agost o	Total	Promed io
Inyectables	4818	3040	2853	3468	3741	3351	3367	4138	28776	3597,0
AOC 20	76860	83874	73500	10086 3	80577	66549	18816 0	24855 6	918939	114867, 4



AOC 30	35571	34517	27999	33833	31363	23599	19242	0	206127	257659,
	9	7	3	1	5	8	3		6	5
Pae	266	424	560	294	468	360	646	1506	4524	565,5
DIU TCU	580	282	329	427	373	272	325	351	2939	367,4
380										
Preservativo	40992	8064	37008	39744	72996	48528	63792	50832	361956	45244,5
s										
Progestágenos	13041	29855	4970	0	17125	10164	11991	12695	684999	85624,9
	0				5	0	0	9		

CUADRO 2

La distribución de inyectables mensuales da un promedio de 3.597 ampollas entregadas mensualmente desde el nivel central del programa a los efectores.

Esto puede compararse con lo distribuido durante el año 2006 que fue el período regular más actual, a diferencia de 2007 cuando se dieron las primeras dificultades graves de aprovisionamiento en este insumo. En dicho período el promedio mensual fue de 4.523 y sólo en el segundo semestre del mismo año (2006) fue de 4.988, llegando algunas veces a dar valores cercanos a 5.200. De ello se deduce que habría una pérdida de entre 1.000 y 1.500 usuarias del método, en relación a tiempos anteriores.

En cuanto a los Anticonceptivos Orales Combinados de 20 mg de etinilestradiol, de enero a agosto de 2008, la distribución promedio mensual es de 114.867 comprimidos. Desde el programa se refiere que en los AOC 30 se siguió una estrategia de racionalización durante el mes de julio y se dio el quiebre del stock en el mes de agosto, por lo cual aumentó la distribución de los AOC 20 en esos meses.

Por lo tanto, si no se tienen en cuenta los dos meses de distribución extraordinaria, la salida normal refleja un promedio mensual de 80.000 comprimidos, mientras en 2006 fue de 165000 comprimidos y en el segundo semestre 198.000. Esto implica una disminución de entre 4.000 y 5.500 ciclos distribuidos por mes, es decir, usuarias que mensualmente ya no reciben este método.

En el mismo sentido, en el uso de los preservativos masculinos se verifica una baja sensible en relación con el promedio histórico de 72.000 distribuidos mensualmente. La



diferencia sería de 20.000 aprox. Si en el promedio de 2008 (52.000) se dejan de lado las bajas distribuciones de enero y febrero por racionalización y stock crítico. Tal mengua, equivaldría -si se aplica el factor 100 o 120 preservativo=1 APP- a 2.000 o 2.500 usuarios/as fuera de la actual aceptación del método.

Llaman la atención las dificultades para la recuperación en la aceptación de anticonceptivos luego de producidas las instancias de crisis de stock y racionalización que se dieron fundamentalmente a fines de 2007 y principios de 2008. Mas aún, si desde el programa se afirma que una vez reestablecidas las cadenas de distribución no se aplicó ningún tipo de racionalización y se entregó a los efectores a libre demanda.

Puede hipotetizarse entonces, sobre varios elementos que no son excluyentes. Podría darse una disminución de la demanda, no porque haya menos necesidad sino por la expulsión de la red sanitaria al haber “negado” el insumo en algún momento o al haber ofrecido un cambio de método no aceptado.

La posibilidad de que se hayan dado cambios masivos a los métodos alternativos de reemplazo quedaría descartada en tanto no se observan aumentos en la aceptación de ningún insumo. Los AOC 30 se mantuvieron en sus valores históricos hasta el reciente quiebre de stock y los DIU experimentan una leve pero sostenida disminución.

También podrían haber inconvenientes a nivel de la oferta de servicios en cuanto a que no habría funcionado la comunicación centrífuga (desde el programa a los efectores) sobre el reestablecimiento de la cadena de distribución.

En cuanto a insumos no anticonceptivos que se requieren para la atención en SR, tales como antimicóticos, antibióticos y demás insumos biomédicos como test de embarazo, no hay en existencia ni se han registrado compras durante el año. Igual situación se verifica respecto de otros insumos descartables como espéculos y guantes de examinación o estériles.

Cabe aclarar que la estrategia del programa respecto de estos insumos complementarios a los anticonceptivos ha sido siempre la de tener un stock central para equilibrar faltantes en áreas departamentales y hospitales, niveles a los que corresponde su propio aprovisionamiento.

Las consecuencias de la carencia de dicho stock central se manifiestan en estos niveles en los que ocurrido el déficit propio, no encuentran un soporte y entonces las frecuentes faltantes no tienen solución. Es por eso que resulta de suma importancia la compra de estos insumos por parte del programa, ya que contribuyen a garantizar la atención de SR en los efectores.

El equipamiento del que dispone el programa para su distribución directa a los efectores consta de cajas de acero inoxidable con 7 elementos para inserción de DIU y algunas pinzas para el mismo fin, que se entregan fuera del set.

Durante 2008 no se ha efectuado ninguna compra de estos insumos y la existencia actual proviene del stock del año anterior. Tampoco se dispone de elementos anteriormente distribuidos como camillas ginecológicas, fotósforos o colposcopios.

De sostenerse en el tiempo esta falta de inversión en bienes de capital e insumos, que ya es notable, sería altamente probable que se resientan la cobertura y la calidad de atención del programa.

1.2.4 Las existencias actuales y la proyección a futuro

En la quinta columna del cuadro 1 se indica el saldo a la fecha (9 de septiembre 2008). A partir de esta información y tomando como referencia los promedios de distribución históricos del programa, puede calcularse el tiempo de stock restante. Es decir, que como se verá a continuación (cuadro 3), puede predecirse con bastante precisión el tiempo (en meses) y que transcurrirá hasta que se termine el insumo, de no mediar un nuevo ingreso o un proceso de restricción programada (4° columna) y el tiempo de agotamiento si ingresaran las compras provinciales en trámite o las entregas de nación pendientes (7° columna).

Stock en meses PPSR 09/09/2008

Métodos	Saldo	Consumo mensual	Stock en meses	trámite Prov.	Trámite Nac.	Stock en meses
PAE	5674	410	13,8			13,8
Inyectables m	12015	5200	2,3	7500		3,8
AOC 20	103425	165000	0,6			0,6
AOC 30	1531677	330000	4,6		1134000	8,1
Progestágeno	242179	140000	1,7		672000	6,5



S						
DIU TCu380	2920	450	6,5			6,5
DIU M.	173	40	4,3			4,3
Preservativos	263557	70000	3,8	216000	39337	7,4
Diafragma	13	1	13,0			13,0

CUADRO 3

Cabe aclarar que los valores de Consumo mensual estimado" (3° columna) fueron tomados de la información que históricamente manejó el PPSR y que en tanto organismo público, siempre socializó.

Dichos valores, que a priori podrían parecer altos provienen de un cálculo basado en promedios históricos. Debe tenerse en cuenta -como ya se mencionó- que los bajos niveles de la distribución actual no deberían establecer una meseta sino que podrían proyectarse por lo menos hacia su techo estadísticamente conocido. Además debe considerarse la variación estacional, que se reitera casi todos los años, en la que se verifica un aumento de la aceptación anticonceptiva en el segundo semestre con relación al primero.

De todos modos, desde el presente estudio se simularon estos datos, sometidos a los promedios de distribución actual y, comparativamente, los resultados no son sustancialmente diferentes en cuanto a la proyección de tiempos de stock.

Al respecto, puede observarse lo siguiente:

En cuanto a la Anticoncepción de Emergencia y los DIU T-Cu 380 A, más allá de que hay en cantidades suficientes, se informa desde el programa que el PNSSyPR está enviando estos insumos a la provincia según libre demanda, lo cual no hace prever inconvenientes.

La provisión de Inyectables mensuales alcanzaría para algo más de 2 meses y de ingresar la compra provincial en trámite, el stock se agotaría durante diciembre-enero. Una problemática similar se ve respecto de los Anticonceptivos Orales de Progestágeno solo, ya que el programa cuenta con stock para 2 meses y si se agregara a tiempo el aporte del PNSSyPR el tiempo podría llegar hasta marzo de 2009.



Se indica como inminente el quiebre del stock de los AOC 20 (durante el corriente mes). Con ello, se verá sobredimensionada la salida de AOC 30, ya que es la alternativa de reemplazo como anticonceptivo oral. La existencia actual de AOC 30 debería agotarse durante el mes de enero y si durante este tiempo ingresara el envío pendiente del PNSSyPR el quiebre se produciría durante los meses de abril o mayo de 2009. Sin embargo resulta preocupante el hecho de que si se suman a este método aquellas mujeres que utilizaban AOC 20 el quiebre se produciría mucho antes: en febrero o marzo.

En cuanto a la provisión de preservativos, el stock actual debería caer durante diciembre, aunque si ingresan las cantidades previstas la distribución normal puede continuar hasta abril aproximadamente.

En general, se verifica una situación comprometida, pues en los insumos principales las existencias actuales no llegan a 4 meses de stock. Un motivo por el cual esto no ha llegado a ser mas crítico aún, es la secuencia de baches que se fueron dando durante el año, en los que los stock locales (áreas departamentales de salud y hospitales) han amortiguado el impacto de escasez del central y luego del cual, las compras provinciales y envíos de Nación dejaron disponibles las cantidades con las que hoy cuenta el programa.

1.3 Las necesidades inmediatas

Ahora bien, para la gestión de los insumos es fundamental que desde la segunda mitad del año se tenga previsto un stock inicial del siguiente con un volumen mínimo de 4 o 5 meses.

Ello, porque de caer los stock en los primeros meses del año, no hay tiempos en los que resulte administrativamente viable la resolución del problema. Esto es, que sólo se puede comprar con montos imputados al nuevo ejercicio presupuestario, con la posibilidad de gastar determinado monto según la disponibilidad que determina el ritmo presupuestario -que por lógica a principio de año es bajo- y dependiendo de los tiempos que habitualmente conlleva un trámite de compra de las características que exige este tipo de insumos.



Considerando los envíos aún pendientes del PNSSyPR y los resultados de la programación de compras de la Provincia (columnas 5 y 6 Cuadro 3), se deduce que este recaudo estaría asegurado para Pae, DIU y preservativos.

En cambio, puede preverse una grave caída del servicio respecto de los anticonceptivos hormonales (AOC 20, AOC 30 e inyectables mensuales) con casi nulas posibilidades de ser evitada. El Anticonceptivo oral de Progestágeno solo, se encuentra ante la misma situación crítica, aunque si llegara todo el apoyo previsto del PNSSyPR habría un margen de maniobra hasta marzo para reponer el insumo. Margen que de todos modos resulta muy ajustado para los tiempos administrativos.

1.4. El Impacto del déficit

Las actuales dificultades en el aprovisionamiento de insumos del programa conllevan un importante déficit en el servicio, que aún no se ha manifestado del modo más contundente. Esto es posible de ser medido si se toma la distribución histórica mensual del programa y se calcula la necesidad de aprovisionamiento para todo un año, para luego comparar dos elementos: el volumen de prestación anticonceptiva que debería brindarse y el que será posible según los insumos con que se cuentan.

Ello, aplicando a cada método anticonceptivo, factores que la mayoritaria bibliografía internacional al respecto reconoce como “APP” (Año Protección Pareja o pareja protegida durante un año), a fin de llevar a un indicador común a estos insumos de tan diferentes características. Así, por ejemplo, 12 inyectables equivalen a 1 APP (una pareja protegida durante un año), lo mismo que 13 ciclos de orales combinados, o 100 preservativos.

De manera que los insumos que históricamente distribuye el programa por año, alcanzan para proteger a 46.112 parejas durante ese período.

Como se verá, este es un volumen hipotético, que no indica que esa cantidad de parejas hayan estado realmente bajo tratamiento anticonceptivo, pues a este dato habría que agregarle la protección vigente de DIUs colocados anteriormente y aplicarle un factor de corrección que contemple el abandono de método.



Ahora bien, como se infiere del cálculo ofrecido por la gestión del programa, el aprovisionamiento del corriente año -incluyendo el aporte del PNSSyPR, las compras provinciales y las donaciones- alcanzan para proteger anticonceptivamente a 28.892 parejas. De esto surge que la faltante de insumos de este año tendría un impacto negativo de 17.220 parejas -anteriormente bajo programa y ahora, o en un futuro cercano, desprotegidas-.

Cálculos que permiten aproximar a la prevalencia de métodos distribuidos por el programa, que consideran un coeficiente de corrección basado en estudios muestrales previos y la acumulación histórica de DIUs con una vigencia de 3,5 años permiten concluir lo siguiente:

En lo que va del año (enero a agosto de 2008) se considera que se hallan bajo programa con provisión de métodos artificiales 65.593 parejas.

Comparativamente, en el mismo período pero del año 2006, año en que el Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza informó una mortalidad materna por causa de aborto de 0 casos- la prevalencia era de 73.915.

Seguramente este mismo cálculo con el año 2008 cerrado, arrojará una brecha mayor. Pero esta diferencia que ya es marcada ha sido amortiguada –en parte- por un razonable stock de insumos con que el programa inició el año y por los remanentes locales (colchones de stock existentes en áreas departamentales de salud y hospitales).

Es por eso, que indudablemente el impacto del déficit de aprovisionamiento de insumos se hará notar en lo que queda del año y sobre todo desde principios del próximo cuando el stock inicial sea escaso o nulo en varios insumos.

Este análisis lleva a considerar las necesidades de gasto. En lo inmediato y teniendo en cuenta que en el cálculo se están considerando los valores de mercado de los insumos en el país, precio licitación de fines de 2007, el Programa Provincial debería realizar compras urgentes por un monto aproximado de \$ 249117 para llegar con insumos hasta abril de 2009.

Al día de hoy el programa ya ha imputado casi la totalidad del presupuesto votado para este año (\$ 400000). De manera que de no surgir un apoyo financiero urgente el programa no



podrá hacer frente a las necesidades planteadas, ya que por la vía de su financiamiento normal no tiene ningún margen de acción.

Es información de público acceso la que revela que la actual gestión del Gobierno de la Provincia solicitó ante la Legislatura, para el Programa Provincial de Salud Reproductiva, el mismo presupuesto que se votó para el año anterior. Esto, sin por lo menos haber considerado los índices oficiales de la inflación anual.

Si este mecanismo de repetición se diera nuevamente, la irresponsabilidad política sería mayor aún, máxime si se tiene en cuenta que según cálculo del presente estudio, desde el próximo ejercicio presupuestario se deberá invertir sólo en insumos un monto superior a 1.300.000 para responder a la demanda entre los meses de mayo de 2009 y abril de 2010. Cabe aclarar que sólo se han tenido en cuenta los envíos de la Nación actualmente pendientes, ya que no hay información precisa de futuros aportes.

En conclusión, se subraya la creciente desatención, palpable, medible, en perjuicio del derecho a decidir sobre las propias pautas sexuales y reproductivas de las personas.

Si además, se considera la hipótesis de que un mayor acceso al uso de métodos anticonceptivos se relaciona a una disminución de la incidencia de abortos y por tanto, a una menor cantidad de Muertes Maternas por dicha causa, cabe esperar para los próximos tiempos el resultado opuesto al del año 2006. Consecuencias de las que en el presente análisis se pretende alertar y con ello, dejar en claro las responsabilidades a futuro.

Así, 2009 será clave para la gestión del programa si es que la voluntad política se aboca, o no, a frenar esta abrupta caída del componente asistencial del Programa Provincial de Salud Reproductiva, que ya se está manifestando.

2. El componente de capacitación y la dimensión social del programa:

2.1. Área de capacitación



Históricamente desde el programa se dieron estrategias de capacitación que en cuanto al interior del sector salud, apuntan fuertemente a la mejora permanente y a la búsqueda de una calidad de atención respetuosa de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

La gestión de este componente del programa se consolidó como un referente en la Provincia, dirigiéndose también hacia otros ámbitos tales como equipos de educación o justicia, entre otros, generando diversas alternativas de formación según las características de los destinatarios/as y con criterio de equidad geográfica para todos los departamentos de la provincia.

Los tipos de cursos y sus perfiles están descriptos con mayor detalle en el Anexo II, pero básicamente son los siguientes:

Curso de 1º nivel “Salud sexual y reproductiva” : duración: 44 hs presenciales y 9 hs no presenciales, con examen final escrito.

Destinatarios: profesionales de la salud.

Curso de 2º nivel “Género y derechos sexuales y reproductivos, con pasantía en consejería”: Duración: 44 hs presenciales y 9 no presenciales, con dos exámenes escritos y una pasantía institucional en consejería.

Destinatarios: profesionales de la salud que hayan aprobado el 1º nivel.

Curso de Actualización en Anticoncepción: Duración: 22 hs. , examen final escrito y una pasantía en algún servicio de salud reproductiva (sólo médicos en este último caso).

Destinatarios: médicos y médicos residentes de diferentes especialidades, lic. en obstetricia, lic. en enfermería y farmacéuticos .

También se realizan cursos “breves” con formatos adaptados según los destinatarios a los que se apunta. A esto se agrega la participación en módulos de otras actividades organizadas por diversas entidades gubernamentales y OSCs.

La tarea desarrollada en el ámbito educativo comenzó en el año 2000, conllevando una enconada lucha contra los mitos y temores que rodean a la educación sexual en las escuelas.



Vale disgregar, señalando contra qué obstáculos aquella es posible. Es que aún mientras el Sr. Pedro Pérez Cárdenas ya había comenzado a desarrollar sus talleres de “educación sexual” en algunas escuelas públicas (año 2007) el proceso de inserción de la temática de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito de la educación pudo ser continuado, defendido y profundizado. El mencionado personaje logró conocimiento público por promover que el preservativo es ineficaz para prevenir el VIH, para lo cual, propone la abstinencia sexual y la fidelidad.

Volviendo al año 2000, se empezó con el dictado de cursos breves, destinados al personal de apoyo pedagógico, docentes de todos los niveles y preceptores.

Desde el año 2003 los cursos contaron con el aval de la Dirección General de Escuelas de la Provincia, otorgando un puntaje importante por su aprobación. En el año 2007 dichos cursos dejaron de dictarse por el Programa de Salud Reproductiva ya que la DGE debió hacerse cargo del tema. Ello, a partir de la obligación de aplicar la Ley Nacional de Educación Sexual Integral n° 26.150.

Todas estas actividades de formación se llevan acabo con cargo al presupuesto del programa, son dictadas por miembros del equipo central y en algunos casos se contrata a personal externo idóneo en la materia.

El área de capacitación no fue alcanzada por la problemática presupuestaria. Pero desde la nueva gestión se ha reformulado las estrategias de llegada del área.

En cuanto a los cursos de primer nivel –ya se han realizado 3 en lo que va del año- se ha retomado la intervención en el ámbito educativo (2 estuvieron dirigidos a docentes y uno a equipos de salud).

El formato del curso de “actualización en anticoncepción” se ha reformulado en 5 encuentros y se mantiene la oferta de cursos breves adaptados al destinatario.



Además, este esquema de cursos “breves” se ha apuntado hacia el interior del sector salud, organizándose en 3 o 4 encuentros en los que se concentra al personal interesado de los centros sanitarios de esa zona (4 o 5 efectores). Con ello el programa pretende asegurar una llegada más personalizada y ajustada a las necesidades y perfiles de los equipos de salud, en su propio terreno. De estos cursos se llevan realizados 3 (Las Heras, Sanmartín y Luján) y está en curso uno en Capital.

Finalmente, el área de capacitación se ha vinculado con el campo educativo del componente I.E.C. (Información, Educación y Comunicación). El programa está organizando talleres para población final en los CAJ (Centros de Actividades Juveniles de las escuelas), con madres de niños que asisten a jardines maternos, con madres y adolescentes que se hallan bajo el Plan Familias.

2.2. Área social:

El área social está conformada por profesionales de Trabajo social, ya que este perfil se adecua a las tareas de prevención, consejería y seguimiento que predominan en este componente.

La tarea históricamente mas desarrollada desde el área consiste en la detección, derivación y seguimiento de mujeres en situación de riesgo reproductivo. La misma consiste en el contacto personalizado de las mujeres internadas por parto o aborto, así como de aquellas que transitan por la internación pediátrica de sus hijos. Dichas mujeres reciben consejería en salud sexual y reproductiva, derivación y acompañamiento a los consultorios de Salud Reproductiva de la institución en la que se encuentran. Además, durante la internación se ofrecen talleres sobre salud sexual y reproductiva.

Desde el área social se coordina intersectorialmente con las áreas departamentales de salud y los municipios para el seguimiento de los casos de riesgo. A partir de octubre de 2006 fue posible realizar dicha tarea destinada a los casos de mayor vulnerabilidad, producto de la incorporación de recurso humano pasantes (8 alumnas avanzadas de la carrera de Trabajo Social). Esto permitió el abordaje de casos de adopción, de post aborto, de anticoncepción



quirúrgica y otras situaciones que en la red pública se suele dejar de lado por priorizar el seguimiento del riesgo infantil.

Desde el área social también se coordina con el sector justicia, Subsecretaría de Derechos Humanos e Instituciones de salud ante la existencia de casos que así lo requieren por encontrarse vulnerados sus Derechos Sexuales y Reproductivos, o por hallar obstáculos para su cumplimiento.

La incorporación de recurso humano (pasantes) también permitió implementar una estrategia de gestión por proyectos. Así, durante 2007 se determinaron temas a abordar y objetivos a cumplir.

Los proyectos que en aquel momento se encararon desde el área social se describen con mayor detalle en el Anexo II (informe de gestión 2007 del PPSR) y son los siguientes:

1. “Contención de mujeres en crisis con la maternidad”.
2. “Seguimiento de pacientes y sus grupos familiares con patologías crónicas que comprometen su salud sexual y reproductiva”. Primera Etapa: Seguimiento de Pacientes Hemofílicos.
3. “Seguimiento de trámite de Ligadura Tubaria. Causas de abandono.”
4. “La consejería en consultorios para adolescentes”
5. “Talleres de Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito hospitalario”.
6. “Anticoncepción previa al alta.” Coordinación interinstitucional para garantizar el acceso.
7. “La sexualidad en la adolescencia. Valores y elecciones.”
8. Seguimiento de casos de postaborto
9. Articulación del seguimiento del alto riesgo infantil y reproductivo
10. Red de referentes por los DSyR

Por consecuencia de demoras burocráticas, el Decreto Provincial que autoriza las pasantías institucionales para estudiantes de trabajo social en el Programa de Salud Reproductiva fue sancionado recién el pasado 8 de agosto. Esto ocasionó una pérdida de tiempo



importante para el área social, ya que las profesionales de trabajo social del programa tuvieron que abocarse por completo a las tareas de detección, consejería y derivación en los hospitales.

Por tal motivo, durante estos 8 meses no fue posible continuar con la gestión de los proyectos. Sólo pudo mantenerse –a un ritmo muy lento- el seguimiento de algunos casos de postaborto, el abordaje en SR de situaciones de adopción, y se realizó un trabajo exploratorio para la posterior implementación de acciones destinadas a mujeres conviviendo con VIH.

La actual administración ha decidido continuar con la metodología de gestionar el área social por proyectos, aunque replanteando temas y objetivos, una vez que ingresen los/as pasantes (fecha estimada: 15 de septiembre).

Básicamente, los proyectos apuntarán a institucionalizar espacios de consejería, a la coordinación intersectorial con base en los hospitales y al trabajo comunitario en las zonas de incumbencia.

3. Componente IEC (Información, Educación y Comunicación):

El Programa Provincial de Salud Reproductiva ha desarrollado históricamente, una política comunicacional tendiente a la construcción de ciudadanía, facilitando -con información- el acceso a servicios e insumos de salud reproductiva, y promoviendo la toma de decisión libre y autónoma.

La estrategia centrada en el desarrollo de procesos de comunicación participativos y de avance gradual, permitió instalar con impacto positivo en la sociedad mendocina, algunos temas que poco tiempo antes estaban prácticamente ausentes de la opinión y el discurso públicos.

Así, englobados en las distintas estrategias de comunicación según los públicos destinatarios, se diseñaron y adaptaron diversos materiales, tales como: volantes, plegados, afiches, posavasos, autoadhesivos, señaladores para libros, packaging de preservativos, postales, raspaditas, naipes, pendones, banners, documentos con información para equipos de salud.



Recurriendo tanto a elementos de la “Comunicación alternativa” como de la tradicional, entre los años 2000 y 2007, se desarrollaron numerosas campañas. Tres de las más relevantes a nivel de la opinión pública son.

1- La distribución de mazos de naipes con mensajes de promoción de la salud en días del estudiante en parques y otros lugares de concentración de adolescentes, con formato de campaña de promoción (jóvenes con remeras identificatorias, pendones y vehículos con audio).

2- “La última barrera: Campaña informativa sobre anticoncepción de emergencia, de alto impacto por la puesta en escena, la calidad gráfica y el naming, que se instaló espontáneamente como marca.

Productos: afiches en vía pública, trípticos, posavazos, señaladores para libros, afichetas autoadhesivas. También en este caso se usó el formato de campaña de promoción.

3.- La abuela Spertta: Esta campaña se inició con afiches en vía pública anunciando la llegada de “los consejos de la abuela Spertta” para el 21 de septiembre de 2004 (estrategia de incógnita).

“La abuela Spertta es una señora mayor, que entiende que los tiempos han cambiado y se preocupa por la salud de sus nietas y nietos. Su tono oscila entre la candidez y la picardía, y sus consejos están focalizados en la prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual.

Representada por un actor local de prestigio, el personaje recorrió los parques y otros lugares de concentración de adolescentes en el Gran Mendoza, conducida por un motoquero en una moto “chopera”. Iba acompañada por un grupo numeroso de jóvenes de ambos sexos con remeras identificatorias, acompañados por vehículos con pendones y audio, que distribuían las “raspaditas” con el test de la colocación.

El personaje despertó una fuerte empatía en las y los adolescentes, y ha estado presente en otros espectáculos que convocan público joven. La campaña continuó con la impresión y distribución de las postales de la abuela, con recomendaciones para el uso correcto del preservativo.



La abuela Spertta trascendió fronteras y fue invitada a Chile por las autoridades de salud de la V Región, para participar de acciones de promoción de la salud en la ciudad de Valparaíso” (Andía 2007, Anexo II Informe de gestión Programa Provincial de Salud Reproductiva 2007).

Actualmente, el programa tiene en etapa de diseño afiches y folletos destinados a población adolescente. Desde la jefatura del programa se refiere que los temas a difundir son: uso del preservativo, necesidad de la consulta preconcepcional y del control ginecológico. Se imprimirían este año con fondos del FES.

Sin embargo, resulta por demás preocupante desde el punto de vista de la Salud Pública y de los Derechos Sexuales y Reproductivos, una nota publicada el 24 de septiembre en diario Los Andes de la Provincia de Mendoza.

La nota se titula: “Deciden no repartir más preservativos en campañas masivas”, y su versión completa se incorpora a este trabajo como Anexo III.

La decisión del actual gobierno de dejar de distribuir preservativos en eventos masivos se argumenta en que ello significa una pérdida.

La Dra. Silvia Dávila (directora de Promoción, Prevención y Atención Primaria) lo explicó así: "A los preservativos los hacemos llegar a través de cursos de capacitación, consejerías y centros de salud. Seguimos la línea de que repartir indiscriminadamente no servía. Luego aparecían tirados o los chicos hacían globitos y se perdían".

“Ante la pregunta sobre si la decisión era no repartir más preservativos en eventos públicos de carácter masivo, respondió: "No, salvo que sea un evento en el que podamos instalar una instancia de mayor comunicación, en el marco de una consejería por ejemplo. Este es un ámbito festivo y no nos parece adecuado".

Mas allá de que como ya se explicó, las distribuciones masivas de preservativos que se realizaron anteriormente desde el programa estuvieron siempre encaradas a través de soportes comunicacionales muy cuidados y dirigidos a objetivos estratégicos (disminución del embarazo



no deseado, contagio de infecciones de transmisión sexual, buen uso del preservativo), sorprende la apreciación de los funcionarios del Ministerio de Salud provincial respecto de que estas acciones implican una pérdida.

Objetivamente, lo que aquí se ha perdido es una política de comunicación planificada en dirección a la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. El Cambio de estrategia, por una búsqueda del “bajo perfil” implica la lisa y llana omisión pública, desde la cual se explican, por ejemplo, hechos tales como la no impresión de nuevos materiales gráficos hasta éste momento, así como el conjunto de decisiones que el actual gobierno está tomando en la materia.

4. El componente “Desarrollo institucional”

4.1 Recurso humano

En cuanto a esta temática, conviene resaltar algunas cuestiones relacionadas con las últimas estrategias adoptadas a fin de resolver ciertas necesidades a nivel central y periférico del programa. Se trata de los convenios de pasantías institucionales (rentadas) que tuvieron lugar durante los años 2006 y 2007.

Como se señaló, las pasantías institucionales para estudiantes de la carrera de Trabajo Social fueron interrumpidas. Se podrán iniciar recién durante el mes de septiembre, tras un lapso de pérdida de dinamismo de la dimensión social del programa. Es importante señalar la conveniencia de implementar convenios de renovación automática (como el actual) que aseguren el funcionamiento de las instituciones y eviten la repetición de estas dificultades.

Por otra parte, el crecimiento institucional que ha tenido el programa durante estos últimos años, conllevó la necesidad de que se desarrollen y se mantengan sistemas de información actualizados, rápidos y efectivos, acordes a tal proceso.

Ante esta situación, a la que se sumó el alejamiento del informático con que contaba el programa, durante el año 2007 se dio lugar a otro régimen de pasantías institucionales rentadas, a través de un convenio con la Universidad Tecnológica Nacional, Facultad Regional Mendoza.



Los dos pasantes que se desempeñaron durante el pasado año dejaron para el programa el siguiente producto:

- reestructuración del sistema informático del Programa
- un sistema para el gerenciamiento del componente de capacitación
- mejoramiento del sistema de registros de anticoncepción quirúrgica
- guía de recursos del Programa
- desarrollo del sitio Web

Al respecto se señala que no hubo renovación ni nuevo convenio de proyecto de pasantías para el año 2008, al tiempo que tampoco se incorporó personal informático por alguna otra vía. Así, ya son perceptibles la falta de apoyo informático en cuanto a que el sistema de registros de anticoncepción quirúrgica presenta inconvenientes. De hecho, para el desarrollo de este informe fue imposible obtener datos actualizados por causa de tales deficiencias técnicas.

En cuanto al sitio Web, desde el PPSR se desconoce sobre su funcionamiento. No se verifica su existencia en la red Internet.

4.2 La dimensión política:

Este año, entre las primeras decisiones de las autoridades sanitarias de la Provincia, se promovieron cambios que colocaron al PPSR bajo un “estatus” orgánico diferente al que siempre tuvo la institución. La reestructuración fue anunciada por el Ministro de Salud de la Provincia -Dr. Sergio Saracco- mediante declaraciones a la prensa.

De la nota publicada por el diario MDZ Online del día 8 de marzo (ver Anexo IV), se transcribe lo siguiente: “ahora, salud reproductiva se ha sumado a la Dirección de Maternidad e Infancia, para coordinar mejor sus lineamientos con las políticas de control prenatal, atención de la puerpera y el recién nacido”.

Desde la perspectiva del Ministro el PPSR debiera estar subordinado a la dirección de Maternidad e Infancia. El ministro cuestiona la autonomía relativa del programa y la prevalencia de un punto de vista de género en las políticas de salud sexual y reproductiva. Sin embargo si se



evalúan las experiencias nacionales e internacionales es posible advertir que los programas de salud sexual y reproductiva que nacieron y crecieron por fuera de la órbita de la gestión de las políticas de maternidad e infancia alcanzaron un mejor desarrollo y una mayor identidad. Los beneficios de la posibilidad de un gerenciamiento con cierta autonomía, de un presupuesto propio etc, así como el atravesamiento de las políticas de género en la promoción, la prevención y la asistencia sanitarias, no han atentado contra la integralidad en la atención, sino que por el contrario, la han favorecido.

Más aún, el riesgo que implica esta estructura de dependencia radica en la pérdida de una temática propia, pues esta queda a merced de la tendencia de la red asistencial a priorizar la atención del embarazo – puerperio y del niño. Asistencia, cuya necesidad no se discute, aunque ello no debe conllevar dificultades en la gestión de las políticas de Salud Sexual y Reproductiva.

El contexto de la citada declaración pública –posteriormente ratificada- estaba dado por el desarrollo del llamado “Carrusel de las reinas” (evento previo al acto central de la Fiesta Nacional de la Vendimia) en el cual se hallaban numerosos medios de comunicación locales, nacionales e internacionales. Allí, se hicieron presentes algunas organizaciones como Las Juanas y las otras y la Red de Mujeres Pobladoras, protestando contra la falta de políticas de Salud Reproductiva.

Consultado sobre el tema, el ministro de Salud afirmó “que en verdad, el Programa de Salud Reproductiva dejaba bastante que desear. Dijo que ellos lo recibieron en estas condiciones, con pocos proyectos puestos en marcha y casi todos mal desarrollados” (MDZ Online, 08/03/08, Anexo IV).

Lamentablemente, de estas descalificaciones públicas aún se desconoce su argumentación. Todavía no se ha conocido, si es que la hay, alguna explicación fundada acerca de las supuestas falencias heredadas de la anterior gestión del Programa Provincial de Salud Reproductiva (“pocos proyectos puestos en marcha y casi todos mal desarrollados”), así como tampoco se ha expresado un plan para la superación de las mismas.

Del presente informe surge más bien lo contrario: la existencia de un modelo de gestión provincial en Salud Sexual y Reproductiva, construido desde un punto de vista de género y



atento a los compromisos internacionales adquiridos por el país y consolidado durante una década, de prestigio y reconocimiento en todo el país.

El desconocimiento de esto, sin interponer una argumentación fundada, ni una propuesta superadora, se convierte en una gruesa descalificación que recae sobre el equipo de gestión del PPSr, pero también sobre aquellos numerosos actores de la red pública asistencial que durante estos años han demostrado su compromiso con la tarea, pues ellos también -y de manera fundamental- forman parte del programa.

El interrogante se abre a partir de la negación de un largo camino recorrido entre Estado y Sociedad Civil, en materia de políticas sanitarias, de derechos y de género, ¿cuáles serán entonces, los rumbos que adoptará este proceso en tránsito?.

Algunas fundadas respuestas a ello, pretenden haberse dado desde el presente estudio, acerca del direccionamiento, que a 9 meses de iniciada la nueva gestión de gobierno, se está siguiendo desde el nivel de la decisión política respecto de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Provincia de Mendoza.

II.- El contexto de la problemática del aborto no punible en la Provincia de Mendoza

En Argentina -tal como ocurre en la gran mayoría de los estados Latinoamericanos- la legislación sobre el aborto inducido es restrictiva. El régimen penal vigente establece castigos de prisión o reclusión para el profesional que llevara a cabo dicha práctica o colaborara en ella y para la propia mujer, tipificando el acto como “delito contra la vida y contra la persona”.

En el Código Penal también se establecen situaciones ante las que el aborto provocado no es punible: si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida de la mujer, o con el fin de evitar un peligro para su salud. Del mismo modo, tampoco dicha práctica es castigada si el embarazo proviene de una violación o si es producto de “un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”. (art. 86 C.P.).

De esto surge que no es pertinente que los pedidos de realización de abortos que caben bajo las reglas de la no punibilidad pasen del sector salud al sector justicia, ya sea en busca de autorización o porque un juez decidió tomar parte en el asunto. Lo cierto es que esto siempre ocurre y por lo tanto se generan numerosos obstáculos en el acceso a dicha interrupción, los cuales, están relacionados con el modo en que se aplica el orden normativo vigente.

La expulsión sistemática de mujeres que se hallan en situaciones en las cuales cabría la aplicación de la normativa vigente hacia el circuito clandestino está vinculada a un proceso de invisibilización. El desarrollo de tal proceso parece quedar eclipsado por la propia expulsión. Es como si el hecho mismo de no realizarse en el sistema de salud los abortos que la ley autoriza no permitiera visualizar los dispositivos que conducen a la clandestinización. Realizados en el circuito clandestino escapan, en la mayoría de los casos, tanto a la posibilidad de registro así como también a la indagación por las prácticas que indujeron a su realización en este circuito. De allí la necesidad de indagar sobre ellos, y profundizar el ejercicio del monitoreo social, a fin de que aquellos derechos permitidos por la ley no sean vulnerados desde la base de prácticas establecidas desde hace mucho tiempo en el sector.

En la Provincia de Mendoza, durante el mes de agosto del año 2006, se dio un caso de requerimiento de aborto no punible que adquirió visibilidad pública, sobre todo en los medios de



comunicación. Ocurrió unos pocos días después de haberse instalado el tema a nivel nacional desde un caso anterior y de similares características en la provincia de Buenos Aires.

Se trata de “Claudia” quien padece oligofrenia, síndrome de Lennox-Gastaut y epilepsia, por lo cual fue declarada judicialmente incapaz. La joven fue violada, y producto de ello quedó embarazada. Luego de la negativa tácita de un efector de la seguridad social, la cuestión se dirimió en la justicia y, finalmente, se llevó a cabo el aborto en un hospital de la red asistencial estatal.

Con este caso, no solo se despertó un fuerte impacto a nivel de la opinión pública, sino que también –debido a que las instituciones públicas esta vez funcionaron (sector salud y sector justicia)- se pusieron en evidencia aquellos mecanismos que históricamente obstaculizaron el cumplimiento de este derecho otorgado por la Ley Penal Argentina.

La intención de institucionalizar la práctica de los abortos no punibles desterrando el accionar de dichos mecanismos, movió a la gestión del Programa Provincial de Salud Reproductiva -en aquel momento (año 2007) encabezada por la Dra. Ana María Andía- a que en conjunto con la Coordinación de Derechos Humanos del Ministerio de Gobierno de la Provincia se elaborara un protocolo para la atención de casos de aborto no punible en la red pública de salud.

Esta guía de procedimientos fue elevada en el Ministerio de Salud de la Provincia como proyecto de resolución ministerial. Paralelamente se tramitaron, otro protocolo para la intervención en casos de anticoncepción quirúrgica y un proyecto para la creación del “Registro Provincial de Objetores de Conciencia”.

Este último proyecto fue concebido de manera complementaria a los otros dos, pues resulta necesario garantizar adecuadamente la realización de tales prácticas, a través de la implementación de un registro provincial de objetores de conciencia, de manera que, inmediatamente, se dispongan los reemplazos necesarios en cada efector público. Ello en tanto el Ministerio tiene entre sus fines especiales, la prestación de servicios de medicina preventiva y curativa a través de sus efectores dependientes, descentralizados o no.



Los mencionados proyectos, finalmente, no obtuvieron la firma del Ministro de Salud de la gestión de gobierno saliente el 11 de diciembre de 2007. Las nuevas autoridades, que debían decidir sobre el destino de los expedientes en trámite, dieron algunas precisiones, públicamente, el día 12 de marzo de 2008.

En declaraciones a la prensa, el Ministro de Salud Dr. Sergio Saracco fue categórico respecto de la intención de sancionar el protocolo de atención de casos de aborto no punible: “Nunca pensamos en no firmarlo, sólo queríamos reverlo, porque algunos puntos no estaban claros” manifestó el ministro, y agregó cuál era el aspecto conflictivo” (MDZ Online, 12/03/08; ver Anexo V.).

Por lo que puede entenderse en la lectura de la nota periodística, dicho “punto conflictivo” radicaría en la vieja discusión sobre la interpretación del Inciso 2° del Art. 86 del Código Penal.

Ocurre que la versión original del proyecto de resolución ministerial, contemplaba la posibilidad de acceder al beneficio otorgado por el Art. 86 C.P. a toda mujer violada –tal es la lectura amplia del inciso-. En cambio, lo que las nuevas autoridades estarían evaluando, sería disponer que la guía de atención comprenda sólo aquellos casos en que el embarazo provenga de una violación a una discapacitada mental. Lo cual, implica una interpretación restrictiva basada en la malversación del texto de la ley, y que consecuentemente, limita el acceso al aborto legal para aquellas mujeres que en ejercicio de todas sus capacidades mentales sufren un atentado sexual.

Estas normalizaciones, que ya se vienen dando en algunos lugares del país, persiguen múltiples objetivos: evitar la judicialización de los casos, brindar un reaseguro a los profesionales que realizan esta práctica y, fundamentalmente, hacer operativo lo dispuesto en el Código Penal hacia el interior del subsector público de salud. Es evidente que si la guía de atención se basa en la interpretación restrictiva, la política pública pierde su razón de ser.

Luego de aquellas declaraciones, largos meses de silencio público signaron el contexto de la problemática. Ante la infructuosa espera, las OSCs pidieron que el Ministerio se expida prontamente sobre los proyectos en cuestión. Mediante exp. N° 1678-p-2008 Amb. 77770, la



solicitud de un pronto despacho provino de las organizaciones: “Las Juanas y las Otras”, “Campaña Nacional por el Derecho a Decidir”, y otras.

Del mismo modo, dentro de un gobierno que contenía a sectores políticos heterogéneos, surgió también la inquietud expresada desde algunos organismos estatales. Ello, a través de exp. N° 3742-S-2008 Amb. 00108, impulsado por la Subsecretaría de Justicia y Derechos Humanos y por el Instituto Provincial de la Mujer solicitando Al Sr. Ministro de Salud una pronta resolución.

Pasados algunos meses surgió un caso de requerimiento de aborto no punible, que rápidamente ganó un importante impacto en la opinión pública, a través de la repercusión que obtuvo en la prensa local y nacional.

Se trata de una niña de 12 años que fue violada por su padrastro y quedó embarazada, fue internada en el hospital pediátrico Humberto Notti cuando su madre pidió a la justicia una autorización para la interrupción de la gestación, bajo la consideración de que el caso encuadraba en los criterios de no punibilidad previstos en el Código Penal.

Esto ocurría pocos días después que en la provincia se denegara el acceso a un aborto no punible, a otra niña de 13 años. La menor y su madre pasaron por el subsector público de salud bajo un grave maltrato institucional hasta que finalmente la pequeña perdió espontáneamente el embarazo.

Desde el Hospital Lagomaggiore, sin embargo, tanto autoridades como médicos /as obstetras se habían pronunciado a favor de la continuidad del embarazo con el argumento de que la niña no era discapacitada mental y que, por otra parte, “... la interrupción del embarazo no garantizaría el futuro de la salud mental de la paciente,” (Página/12 Web, 04/09/08, por Mariana Carbajal).

El caso de esta segunda niña, de 12 años, reúne una serie de características que muestran los perjuicios a que da ocasión la falta de un protocolo que regule los abortos no punibles.



En primer lugar, el caso nunca debió judicializarse. La intervención judicial permitió una primera vulneración de los derechos de la pequeña: su innecesaria hospitalización, que dio lugar a que se sucedieran una serie de hechos que conformaron una vulneración sistemática de los derechos más elementales de la niña.

La niña fue internada y sometida a la presión de grupos denominados pro-vida:

Dice Mariana Carbajal: “La presión de los grupos “pro vida” y de la posición de los médicos del Hospital Pediátrico Humberto Notti contraria al aborto dejó su huella: la nena de 12 años embarazada víctima de una violación desistió de interrumpir la gestación. Su abuela, una mujer de ferviente fe religiosa que tiene la guarda provisoria después de que la Justicia sorprendentemente se la quitara a la madre, apoyó esa decisión. Ante este panorama, el Comité de Bioética y los expertos independientes convocados por el juez para analizar el pedido de aborto no punible concluyeron que ya no tiene sentido dar su parecer y firmaron su dictamen sin pronunciarse sobre el fondo de la cuestión, es decir, si el caso encuadra o no en los supuestos de no punibilidad previstos en el Código Penal. (Página/12 Web, 13/09/08, por Mariana Carbajal); versión completa en Anexo VI).

Finalmente, el pasado 16 de septiembre, el titular del Juzgado de Familia N°1, Germán Ferrer, no autorizó la interrupción del embarazo que fuera solicitada el día 8 de agosto. Los motivos de la negativa se centran en la manifestación de la niña sobre su deseo de “no dañar al feto”; la opinión de algunos peritos que aseguran que, de realizarse el aborto, la niña podía sufrir daños psíquicos irreversibles, y final y fundamentalmente en un análisis restrictivo del artículo 86 (incisos 1 y 2) del Código Penal.

El seguimiento periodístico señala además que durante el pasado mes de mayo (es decir, dos meses antes de que la niña fuera violada y quedara embarazada) había recaído en el juzgado del propio Ferrer, una denuncia de violencia sobre la niña y su madre. Evidentemente, si la justicia hubiera actuado adecuadamente durante los meses de mayo, junio y julio (fecha estimativa del embarazo) la violación y posterior embarazo de la niña probablemente hubieran podido evitarse. (Página/12 Web, 17/09/08)

En un artículo publicado en un diario local (Los Andes) titulado: “Los hijos que el Estado supo concebir”, la periodista Lorena Villafañe deja en claro la naturaleza de aquella cadena de



desatenciones, omisiones y denegaciones públicas que se dieron en este caso. A continuación se transcriben fragmentos:

“La falta de solución a la pobreza no es lo único en lo que falló el Estado, ya que por allí se empieza: a una familia con dinero y educación no se la hubiera atropellado de la misma manera a la hora de exigir (no de pedir) un aborto no punible. Y hay fallos como prueba.”

“Por otro lado, hay normativas vigentes que el gobierno mendocino debe implementar (y que en su lugar cajonea) que garantizan a las mujeres y las niñas el acceso al aborto no punible sin necesidad de judicializarlo. Pero este gobierno, a pesar de la gravedad de este hecho, guarda absoluto silencio. Como también lo ha guardado a lo largo de todo el proceso judicial. El juez quedó solo dando explicaciones.”

“La niña entró al hospital ultrajada y pidiendo no seguir con el embarazo y salió de allí convencida de que no quería hacerle daño al feto. Esto, fruto de un comando que llegó armado de fotos e información que logró imponer el terror en la pequeña. Y de pronto se sintió una asesina. ¿Qué fue entonces lo que eligió la niña? ¿Elegió por su vida, eligió por ella?” (Los Andes, 17/09/08, por Lorena Villafañe; versión completa Anexo VII.).

Finalmente, el pasado 21 de septiembre se hicieron oír las repercusiones desde el ámbito oficial. En una entrevista con “Los Andes” (versión completa en Anexo VIII.), el Ministro de Salud de la Provincia confirmó que el protocolo sobre aborto no punible se está trabajando y se convertiría en resolución para fin de año.

Consultado el Ministro sobre la aplicación de la “Guía Integral para la Atención de Abortos No Punibles que distribuyó a las provincias el ex ministro de Salud de la Nación Ginés González García, Respondió que “Eso es nacional” y que “Las provincias tienen la libertad de adherir o no (Los Andes, 21/09/08; ver Anexo VII.).

En cuanto a la judicialización de los casos y a la lectura que desde el Ministerio de Salud de la Provincia se hace del Código Penal –elementos fundamentales para comprender el alcance que tendrá el protocolo en estudio- el funcionario dijo:



“Específicamente se está trabajando el protocolo para aplicar en la provincia en situaciones que sean claras. Cuando una situación no encuadra es cuando tiene que dirimir la Justicia. En el caso que tomó estado público no entraba en una situación de aborto no punible”.

La periodista pregunta: “-A pesar de que corría riesgo su salud psíquica...”

El Ministro responde: “No corre riesgo. El riesgo de salud psíquica puede ser evitado por otros medios” (Los Andes, 21/09/08; ver Anexo VII.).

Por último, se lo consultó sobre el estado del proyecto para la implementación del Registro Provincial de Objeto de Conciencia, a lo que el Ministro respondió: “Eso estaba dentro del proyecto de protocolo. Es vulnerar un derecho del profesional poner en una lista pública cuál es su pensar” (Los Andes, 21/09/08; ver Anexo VII.).

Queda claro, entonces, a partir de estas declaraciones, que por el momento el proyecto de protocolo para la atención de casos de aborto no punible seguirá “En estudio”. Además, si el mismo tuviera resolución, sería a partir de una perspectiva limitada y limitante del alcance de la ley.

Las mismas, no implican, sencillamente, restricciones legales sino el incumplimiento de los casos previstos por la ley. La interpretación restrictiva del Art. 86 del Código Penal coloca a las mas pobres a merced de los pareceres particulares de los funcionarios de turno, tanto de los/las profesionales del sistema de salud como de los/las integrantes del poder judicial.

También puede afirmarse, que por lo pronto -al desdeñarse el proyecto del registro de objeto de conciencia- no se avizora la implementación de políticas tendientes a garantizar la atención en salud sexual y reproductiva pues es claro que existen profesionales que objetan la realización de algunas prácticas, pero cuyos puntos de vista son ignorados por quienes requieren de sus servicios. Si esta información no es pública la atención sanitaria queda librada a los vaivenes y al silencio de las distintas realidades institucionales, comprometiéndose el acceso equitativo a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad.

Finalmente, no se percibe en el corto plazo voluntad política en el sentido de la sanción de los protocolos realizados durante la gestión anterior, sino más bien una reformulación de los



mismos, en una dirección negativa respecto del ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos.



Anexo 1

Entrevista 1

Entrevista realizada el día 9 de septiembre de 2008 en el Programa Provincial de Salud Reproductiva.

Entrevistador: Lic. Juan Carlos González (en adelante, "E")

Entrevistado: Dr. Pablo Alonzo, responsable del Area Asistencial del PPSR (en adelante, "P.A.")

Se transcribieron sólo los principales fragmentos de la entrevista, en tanto fueron relevantes para la sistematización del informe.

E. ¿Qué abanico anticonceptivo dispone el programa?

P.A. Preservativos, Inyectables mensuales, DIU, T-Cu- 380 A, DIU herradura, AOC 20, AOC 30, Mini píldora, Anticoncepción de Emergencia, DIUs mini, DIU Saf-T-Coil para grandes múltiparas.

E. ¿Insumos no MAC?

P.A. Anticoncepción quirúrgica, ligadura tubaria y vasectomía.

E. Equipamiento, ¿hay algo para la distribución?

P.A. "Cajas con 7 elementos para la inserción de DIU, pinzas también para inserción de DIU pero en forma aislada y nada más".

E. ¿Esto viene de stock previo?

P.A. "Este año no se ha incorporado ningún tipo de equipamiento".

E. ¿Y de no MAC, es decir, antimicóticos, antibióticos, algo de eso?

P.A. No, nada de eso, no hubo ninguna compra con respecto a quimioterapia". Si hay desogestrel, que el programa anteriormente adquirió y actualmente recibió una donación, pero no tiene previsto ninguna compra".

E. Tendrías la cantidad de la donación?

P.A. "13.580 comprimidos".

E. ¿Tendrías las cantidades compradas por el programa durante el año y las entregadas por nación?

P.A. (lectura de la planilla respectiva).

E. Y a lo comprado por la Provincia, ¿lo tendrías?



P.A. 100080 preservativo, 312375 comprimidos de AOC 20, 490000 comprimidos de minipíldora, está la orden de compra por 7500 unidades de ampollas, y está en trámite 216000 preservativos”.

E. Hay registros de distribución por insumo?

P.A. “Consolidados del año, por mes y por insumo” (lectura del cuadro 1, incorporado al texto del informe).

P.A. (Realiza comentarios sobre la planilla): “En Pae hubo una entrega de oficio en agosto”. “AOC 20 se vienen distribuyendo 75000, 80000, cuando llegas a julio y agosto aumenta por una racionalización del AOC 30 e inclusive un quiebre de stock en agosto, por lo cual se decidió cubrir la demanda pero con AOC 20”.

P.A. “En esto hay una gran paradoja: teníamos en Nación, no recuerdo cuantos millones de comprimidos, pero por un tema de aduana no estaba autorizada a entregar”.

P.A. “En Inyectables hubo dificultades al principio (de año) pero luego entró una partida anterior y después no hubo discontinuidad en todo el año”.

E. ¿No es creciente, la distribución?

P.A. “Se mantiene cerca de 3500 estable”.

E. ¿A qué podría obedecer el tema de que se estabilizó allí y no llegó hasta la meseta que había alcanzado los años anteriores que era de 5200, mas o menos?

P.A. “Una posibilidad es que se puede haber mantenido la misma población de mujeres que estén utilizando ese insumo, con lo cual no se habrían incorporado nuevas usuarias –para ese tipo de insumo-.

La otra posibilidad es que en situaciones de quiebre de stock que se hayan dado anteriormente, alguna de estas usuarias pudo haber cambiado de método; a orales o a un DIU, por ejemplo. Y después no habrían vuelto.

Desde que se recupera la cadena de distribución, en ningún momento ha habido alguna restricción en su distribución. Lo que se pide, se entrega”.

E. ¿Se comunicó a los efectores cuando la cadena se reestableció?

P.A. Si.

“Una línea de trabajo es, que preferimos que haya stock en las farmacias locales y no aquí en la parte central. Porque para la utilización del insumo va a ser exactamente lo mismo. El riesgo que corremos con los stocks locales es el manejo de los vencimientos. Pero, para el volumen de distribución de insumos que tenemos, es muy difícil que se nos venzan los medicamentos”.

E. En cuanto al preservativo, cómo está la distribución?



P.A. “Ha sido variable, tuvimos un corte de stock en febrero y luego comenzamos a recuperar”.

E. El que está mas cerca del histórico es...

P.A. “Mayo, 72996”.

E. Otro comentario sobre la planilla?

P.A. “Hay una diferencia. Cuando yo comienzo el año, con los AOC 20 tengo un colchón suficiente, de 700000 comprimidos. Entonces, con la compra que yo realizo este año, llego en forma holgada hasta diciembre, pero el año que viene no voy a tener este stock para comenzar. Con lo cual, no sé cuanto tiempo voy a poder disponer de este AOC 20. Con los AOC 30 lo mismo, llego hasta febrero o marzo y si Nación no entrega un volumen suficiente el año que viene van a haber bastantes dificultades con el insumo”.

P.A. (toma otra planilla y comenta): “Con la cantidad de MAC que históricamente se distribuye puede protegerse a 46.112 parejas por año... Ahora, hay una diferencia entre la distribución histórica y lo obtenido este año por el programa provincial mas Nación. Eso da una brecha de cobertura.”

E. ¿De cuanto?

P.A. “17.220 parejas en negativo. La cobertura que puede lograrse con lo que se ha comprado en 2008 es de 28.892 por lo cual queda la diferencia de 17.220 parejas menos”.

E. ¿Qué no se protegerían este año y que se protegían antes...?

P.A. Están protegidas por este año, porque comenzamos con un stock suficiente de AOC 30, porque tuvimos un ingreso inicial que pertenece al ejercicio anterior que fueron de inyectables. ¿Se entiende?.

Es decir, con lo que se compró este año, si no se hubiese tenido stock previo, cubro solamente 28.892 parejas. Pero, como yo tenía stock anterior no se ha resentido tanto. Ahora, el año que viene... no sé que va a pasar porque no voy a tener tanto stock inicial”.

P.A. Este año no se han sentido tanto los quiebres, porque en los centros de salud tenían un cierto stock previo. Cuando nosotros nos quedamos sin AOC 30 y empezamos a reponer con AOC 20, lo que hicieron los centros de salud fue: dejar de entregar de a 3 ciclos, pasar a entregar de a un ciclo para esperar que se repusiera la cadena de distribución. Con lo cual, no se resintió la entrega”.

E. ¿De cuanto tiempo fue ese bache?

P.A. “De un mes, mas o menos”.

E. ¿El consultorio de adolescentes del Notti y los de anticoncepción previa al alta que venían funcionando, siguen?



P.A. “Si, están funcionando. En el Notti está con dos profesionales de lunes a viernes con horario vespertino de 13 a 17 hs. porque son 4 horas diarias”.

Entrevista 2

Entrevista realizada el día 12 de septiembre de 2008 en el Programa Provincial de Salud Reproductiva.

Entrevistador: Lic. Juan Carlos González (en adelante “E”).

Entrevistadas: Dra. Alicia Motta, responsable del PPSR (en adelante “A.M.”) y María de los Ángeles Travaglini, responsable del Área Social del PPSR (en adelante “M.T.”).

Se transcribieron sólo los principales fragmentos de la entrevista, en tanto fueron relevantes

E. Sobre el desarrollo institucional del programa, ¿cuál es el estado de los regímenes de pasantías de trabajo social e informática?

M.T. “Las pasantías están desde el 15 de septiembre, digamos, ya con la posibilidad de que cobren porque ya salió el Decreto el 8 de agosto. Son 8 pasantes. Pudimos modificar algunas situaciones desde los convenios individuales, que es ampliar la cobertura horaria, de 8 de la mañana a 19 horas. Eso nos va a permitir hacer otras actividades: trabajo en la comunidad, ocupar espacios que antes no teníamos. Va a funcionar también, de que el día sábado tengan seguro, es decir que el máximo de 20 horas queda distribuido de lunes a sábados”.

E. ¿El convenio salió con continuidad,? Renovación automática?...

M.T. “Con continuidad”.

E. Y los de informática, ¿se desistió?, se va a seguir?

A.M. “Yo creo que eso es una necesidad. En realidad, no es que se haya desistido sino que por todas las otras contingencias que hubo que ir trabajando, probablemente no lo tuvimos presente para reclamarlo. Sí lo hicimos a principio de año y nos dijeron que esas pasantías serían tomadas directamente desde el nivel centra. O sea, la Dirección de Informática y que ellos iban a designar los pasantes que correspondieran a cada programa. Bueno, eso hasta acá no se ha cumplido”.



E. Los programas que los pasantes del año pasado dejaron armados?. Uno era ligadura tubaria...

A.M. "Ese está siendo aplicado. Inclusive Pablo convocó a uno de los chicos que estuvo trabajando en el armado de ese programa para que hiciera algunas modificaciones porque habían datos que no se podían obtener cuando se hacían los cruces".

E. ¿El de capacitación?

A.M. y M.T. "El de capacitación funciona".

E. La página Web?

A.M. La página está funcionando pero quedó como estaba".

E. Pero está subida?. Es decir, si yo entro desde mi casa, ya está puesta en Internet o está acá adentro.

...Silencio...

E. En cuanto a comunicación, ¿hay folletería nueva, o se está haciendo alguna actividad de campaña?

A.M. "Se está armando una folletería nueva, que a eso lo están haciendo las diseñadoras. Van a ser afiches y panfletos".

E. Sobre qué?

A.M. "Sobre el uso del preservativo, sobre la necesidad de la consulta preconcepcional, es decir, los controles ginecológicos".

M.T. "También se está trabajando con la problemática adolescente".

A.M. Sobre la problemática adolescente, sobre la importancia de concurrir al ginecólogo para asesoramiento, para un control de salud".

E. ¿Esto se va a imprimir este año?. ¿Hay una idea de cuánto se va a imprimir?

A.M. "La idea es imprimirlo este año. A esto lo vamos a hacer con fondos del FES. Tenemos esa disponibilidad para hacer las impresiones.

E. ¿Estos fondos sirven para servicios?

A.M. "Por ahora sí. Lo que no paga es recurso humano, no paga horas cátedras... Pero si paga catering, movilidad, folletería, papelería, tinta para las impresoras".

E. ¿Esto ha sido un complemento presupuestario importante para el programa?

A.M. "Nos ha permitido salvar varios baches, o por lo menos las demoras que por allí se producen cuando uno pide insumos, ellos enseguida responden. Pero sobre todo la movilidad. Es como que dos veces en la semana, a la movilidad la absorbe el Fes".

E. Respecto de la gestión por proyectos del Área social, qué proyectos siguen? Cuales no?



M.T. “Bueno, quedó el tema un poco parado, a partir de que se demoró tanto. Entonces, en qué pudimos ir avanzando?. Ya que el score y el trabajo institucional insumen tanto tiempo y hay tan poca gente en los hospitales, pudimos hacer algunas cosas. Una sola de las chicas estuvo destinada al seguimiento, que hizo post aborto y el contacto con 6 casos de adopción en este año. Igual se fue a un ritmo muy lento.

A nivel del Lagomaggiore, lo que pudimos lograr es que una de las trabajadoras sociales comenzara con el tema del seguimiento de VIH. Entonces vimos varias estrategias, entre ellas contactarnos con una ONG de mujeres conviviendo con VIH donde nos aportaron elementos para hacer una consejería más integral etc..

Ahora, a partir de que vamos a contar con las pasantes vamos a dinamizar todo lo que habíamos empezado a hacer, que son: los espacios de consejería institucionales, la difusión de esos espacios al interior de las instituciones, la coordinación con otros sectores como educación. Para que sean aprovechados estos espacios, porque generar un espacio de consejería para adolescente, es una atención específica pero por ahí no es usado. También seguir desarrollando lo comunitario, que me parece que en eso recién estamos empezando.

Es esto, trabajar desde atención primaria con lugares de consejería, e ir nosotros, a instalar el modelo, acompañar el proceso y ver si después continúa la atención”.

E. ¿Se va a trabajar por proyecto, con objetivos, metas etc.?

M.T. “En realidad, sí, por proyecto. Esto estaría organizado regionalmente desde el hospital, donde hay un referente del programa directo, entonces va a coordinar acciones con el centro de salud de su área. Entonces, va a destinar un día en la semana de atención de consejería en atención primaria, y a su vez, va también a difundir este espacio. Para eso empezará a coordinar acciones con las escuelas de la zona, convocando a eventos, utilizando estrategias movilizadoras”.

E. Entonces, ¿Esto va a ser un proyecto por hospital?

M.T. “Cada hospital tiene su proyecto”.

E. En cuanto a Capacitación, entiendo que se estaría trabajando con una nueva estrategia...

A.M. Sigue todo igual pero estamos haciendo un trabajo que es ir agrupando centros de salud, de cada área para ver –en terreno- las dificultades que tienen. Nosotros hacemos la lectura previa en base a la utilización de los insumos, cuáles son los centros de salud que no colocan DIU, cuales son los centros de salud que no utilizan Anticoncepción de Emergencia, de acuerdo a las demandas o a las denuncias que tenemos de gente, que de repente llama acá : fui a tal



centro de salud y no me quisieron dar la pastilla de Anticoncepción de Emergencia. Entonces, en el lugar se arma una capacitación.

Sobre todo, se insiste en disipar todas las dudas desde el marco legal, los temores que tengan, las dudas que tengan, de las estrategias que pueden utilizar, fomentar que desde el centro de salud se aborden charlas en las escuelas periféricas a esos centros.

ANEXO 2

**PROGRAMA PROVINCIAL DE
SALUD REPRODUCTIVA**

**INFORME DE GESTIÓN
2007**

INFORME DE GESTIÓN 2007

PROGRAMA PROVINCIAL SALUD REPRODUCTIVA MENDOZA

Desde el Programa la sexualidad es entendida como **una de las formas más nobles de comunicación humana**, que se experimenta y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos. Influye en los pensamientos, los sentimientos, las acciones, las interacciones y, por ende, sobre nuestra salud mental y física.

La Ley 6433 de Salud Reproductiva se sancionó en Mendoza en octubre de 1996, dando origen al Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR). **El tratamiento de esta ley implicó intensas discusiones, de la que participaron diversos sectores científicos, religiosos y grupos ideológicos de la provincia, lo que le otorga al Programa una validación social poco frecuente.**

En nuestra provincia, antes de la sanción de la Ley de Salud Reproductiva, era muy limitada la orientación y la atención que se ofrecía en relación a la temática. Sólo desde algunos hospitales y centros de salud se brindaban ciertas prestaciones en planificación familiar. La implementación del Programa Provincial implicó comenzar a revertir la inequidad social imperante en torno al acceso a la información y la atención en salud sexual y reproductiva.

Los efectores del PPSR son los centros de salud, hospitales estatales y la Obra Social de Empleados Públicos, que brindan asistencia y orientación en salud sexual y reproductiva en forma totalmente gratuita.

La destinataria del PPSR es la población general. Si bien la problemática de la salud sexual y reproductiva afecta a todos, el PPSR presta especial atención a la población considerada en riesgo reproductivo. En este sentido, el grupo más vulnerable son las mujeres, en especial las más jóvenes, pobres y de menor nivel de instrucción, por las complicaciones del embarazo y del parto, y por los abortos y sus consecuencias.

Estos primeros diez años de implementación del Programa de Salud Reproductiva en Mendoza han sido, y son, mucho más que un conjunto de acciones dentro del sector salud, se pueden definir como un proceso político con eje en los derechos sexuales y reproductivos. **Los derechos sexuales y reproductivos** forman parte de los derechos humanos básicos y garantizan el acceso a la información, a la orientación y a los servicios que permiten desarrollar una sexualidad libre y sana. Este conjunto de derechos carece de sentido si no están dadas las condiciones materiales que permiten ejercerlos.

El PPSR busca garantizar en nuestra provincia el camino para que todas las personas puedan informarse y decidir sobre su salud sexual y reproductiva y también:

- llevar una vida sexual plena, sin temor a infecciones o embarazos no deseados
- decidir libre y responsablemente si desean tener hijos, cuántos y cuándo tenerlos
- tener embarazos y partos seguros
- criar hijos saludables

Las acciones del Programa se canalizan a través de los distintos componentes que lo integran

- Capacitación
- Información y comunicación
- Social
- Asistencial
- Desarrollo Institucional

I. COMPONENTE DE CAPACITACION

Responsable: Bibiana Vangieri

El abordaje en salud sexual y reproductiva no puede llevarse a cabo sin tener en cuenta la necesidad de educar y capacitar en la temática con el fin de que las personas puedan ejercer su sexualidad en forma sana, responsable, placentera y afectiva, contando con una calidad de atención que sostenga y fomente este derecho.

La capacitación permanente de los equipos de salud es una condición necesaria para **garantizar la calidad de la atención** en salud sexual y reproductiva, tanto en sus aspectos técnico-profesionales como relacionales.

Desde el Área de Capacitación del Programa de Salud Reproductiva se apunta a la formación de equipos de diferentes ámbitos: salud, educación, justicia, etc. Para ello se han generado diferentes propuestas de capacitación según destinatarios y lugar. Las mismas cuentan con las siguientes características:

Curso de 1º nivel “Salud sexual y reproductiva”: aprobado por Resolución Ministerial. Tiene una duración de 44 hs presenciales y 9 hs no presenciales, 9 trabajos prácticos y examen final escrito. Los destinatarios son profesionales de la salud. Principales contenidos: sexualidad humana, mitos sexuales, desarrollo psicosexual, embarazo, regulación de la fecundidad, variantes de la sexualidad humana.

Curso de 2º nivel “Género y derechos sexuales y reproductivos, con pasantía en consejería”: aprobado por Resolución Ministerial. Tiene una duración de 44 hs presenciales y 9 no presenciales, 9 trabajos prácticos, dos exámenes escritos y una pasantía institucional en consejería. Los destinatarios son profesionales de la salud que hayan aprobado el 1º nivel. Principales contenidos: disfunciones sexuales, aborto, mortalidad materna, riesgo reproductivo, género, violencia sexual, derechos sexuales y reproductivos.

Curso de Actualización en Anticoncepción: aprobado por Resolución Ministerial. Tiene una duración de 22 hs, examen final escrito y una pasantía en algún servicio de salud reproductiva (sólo médicos en este último caso). Los destinatarios son médicos, residentes de diferentes especialidades, lic. en obstetricia, lic. en enfermería y farmacéuticos. Principales contenidos: métodos anticonceptivos: tipos, eficacia, ventajas y desventajas, anticoncepción en situaciones especiales, infecciones de transmisión sexual.

Cursos “breves”. Son cursos realizados “a medida” de la necesidad según destinatarios y zonas. Tienen habitualmente una duración de 20 hs y están destinados a equipos de salud, miembros de OSCs, estudiantes universitarios, participantes de centros de estudiantes, entre otros.

Actividades varias: participación en los cursos del PRECAP (Programa de Educación Continua en Atención Primaria), en los del PRECENF (Programa de Educación Continua de Enfermería), módulos sobre anticoncepción de emergencia que se dictan en cursos organizados por el Programa de Prevención del Maltrato Infantojuvenil, entre otros.

Cursos dictados en el ámbito educativo: Desde el año 2000 se ha capacitado tanto a profesionales de DOAPC (Dirección de Orientación y Apoyo Psicopedagógico y Comunitario) como a docentes de diferentes niveles y a preceptores. Inicialmente se llevaron a cabo cursos “breves” y a partir del año 2003 se realizaron cursos avalados por la DGE a través de la presentación de proyectos que obtuvieron un puntaje relevante.

- Año 2003: “La salud sexual del niño y el adolescente en el ámbito escolar”, Resoluc. 00097, puntaje 0,32522, duración: 78 hs.

- Año 2004/5: “*La salud sexual del niño y el adolescente en el ámbito escolar*”, Resoluc. 00133, puntaje 0,44794, duración: 86 hs.
- Año 2005/6 :”*Educación para una sexualidad sana, responsable y afectiva*”. Resoluc. 00664, puntaje 0.44794, duración 86 hs.
- Año 2006 :”*Educación para una sexualidad sana, responsable y afectiva*”. Resoluc. 00302, puntaje 0.45836, duración 86 hs.

En el anexo de capacitación figura un detalle de los diversos tipos de cursos realizados por año y los contenidos de los mismos.

Todos estos cursos cuentan con **un sistema de evaluación** que inicialmente incluía la realización de trabajos prácticos, el cumplimiento de la asistencia y la presentación de un proyecto final, y en los últimos años se modificó, cambiando los trabajos prácticos por la aprobación de tres exámenes escritos.

A partir del año 2007 la DGE, en cumplimiento de la Ley Nacional de Educación Sexual Integral, decide organizar un equipo de profesionales que capaciten a referentes de todas las escuelas de la provincia, comenzando por EGB 3. Por este motivo el Programa de salud Reproductiva discontinúa los cursos dictados hasta entonces a docentes.

Cabe destacar el largo camino transitado para generar un espacio al interior del sector educación. Inicialmente fueron numerosas las barreras que impedían el acercamiento al ámbito escolar debido a los temores acerca de brindar educación sexual en las escuelas. Con el paso del tiempo y las experiencias logradas por docentes, se pudo echar por tierra los mitos, tabúes y temores debidos al desconocimiento del marco legal que avala esta actividad, además de poder reconocer lo beneficioso de la misma.

Alcance de las capacitaciones

Se ha trabajado en **todos los departamentos de la provincia**, llevando a cada lugar tanto los cursos de 1º nivel como los de actualización en anticoncepción, los cursos “breves” y los destinados a docentes.

Para ello el Programa ha contado con la participación de los profesionales del propio equipo y con un presupuesto que permitió contratar a otros profesionales idóneos en el tema.

Se contrató además, en reiteradas ocasiones, al elenco “La Pericana” quien presentó su obra de teatro sobre salud reproductiva a diferentes públicos (equipos de salud, docentes, estudiantes y otros sectores de la comunidad)

También se cuenta en el Área de Capacitación con **una videoteca y una biblioteca**.

II. COMPONENTE DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN

A la comunicación social en salud sexual y salud reproductiva la visualizamos como una herramienta en la **construcción de ciudadanía**: facilita la incorporación de información específica sobre estos temas y el acceso a los servicios, y también busca promover el desarrollo de la conciencia crítica y la toma de decisiones autónomas.

La democratización de la información en temas de salud interpela en forma directa al modelo médico-hegemónico, facilitando el diálogo y en definitiva el ejercicio de derechos al interior del consultorio.

Tradicionalmente, la destinataria de las acciones de comunicación en salud es la población usuaria de los servicios del sistema. En nuestra mirada, toda la población de Mendoza es objeto de acciones comunicacionales del Programa.

La perspectiva comunicacional del Programa se centra en una orientación hacia los distintos públicos. Es imprescindible destacar que hablamos de “**públicos**” y no de “público”, dejando de lado la idea de receptores (personas capaces de recibir la información) y trabajando con el concepto de destinatarios (aquellas personas específicas a las que va dirigido el mensaje).

Para cada organización es importante conocer y definir adecuadamente sus públicos. En el caso del Programa, los públicos surgen del proceso de interacción mutua con personas y con otras organizaciones, estatales o no. Cada público tiene a su vez, intereses particulares en relación con el Programa. El objetivo de nuestras acciones comunicativas no es sólo llegar con información oportuna y adecuada, sino también generar una actitud favorable de los públicos hacia el mismo, considerándolos sujetos de opinión.

Los distintos públicos en el Programa de Salud Sexual y Reproductiva:

- Las y los usuarias/os de los servicios de salud
- Los equipos de salud
- Otros públicos y acciones:
 - Otras áreas del Ministerio de Salud
 - El sector educación
 - Áreas de niñez y adolescencia
 - Instituto provincial de la juventud
 - Estudiantes universitarios
 - IPPEHM -Instituto para la equidad entre hombres y mujeres
 - Seguridad y justicia
 - Medios de Prensa
 - Municipios
 - Organizaciones de la sociedad civil
 - Legislatura local
 - Gobierno nacional
 - Agencias internacionales
 - Sociedades científicas y profesionales
 - Iglesias

Entre la comunicación social alternativa y la tradicional

El análisis de las opiniones de prestadores y usuarias/os de los servicios de salud sexual y de salud reproductiva, realizado periódicamente desde el Programa, permite ajustar el lenguaje comunicacional e identificar las diferentes interpretaciones de los componentes de la calidad de la atención para cada grupo de actores, atendiendo a aspectos como


accesibilidad, privacidad, escucha, acceso a información, disponibilidad de insumos, autonomía en la toma de decisiones.


Apostamos al desarrollo de **procesos de comunicación participativos** dentro del sector salud, evitando las acciones de información unidireccional y vertical (al estilo de la educación bancaria que describió Paulo Freire). Sin embargo, sabemos que los mensajes de las y los profesionales de la salud con frecuencia no pueden ser decodificados de manera adecuada por las personas atendidas.

Las acciones comunicacionales del Programa buscan disminuir esa brecha y favorecer la interacción, con las limitaciones que cada canal o soporte impone. Los materiales gráficos (volantes, plegados, afiches, posavasos, autoadhesivos, señaladores para libros, *packaging* de preservativos, postales, raspaditas, naipes, pendones, *banners*, documentos con información para equipos de salud) llevan habitualmente teléfono, e-mail y domicilio del Programa. Y se produce el *feedback*, nos llaman, nos escriben, tocan a la puerta.

Sabemos que **la comunicación social a través de vías alternativas** es más flexible, tiene costos más bajos, es más aplicable a públicos específicos, y que los medios no tradicionales pueden generar impacto ya desde el soporte. En el Programa hacemos uso tanto de recursos tradicionales como alternativos. Los espacios de intervención son múltiples: centros de salud y hospitales, sociedades científicas, municipios, programas sociales, supermercados, universidades, colegios, espectáculos, fiestas electrónicas, pubs, diversos espacios de relaciones públicas, parques, plazas, y también, simplemente la calle.

Las campañas que han alcanzado mayor impacto son:

 **Los naipes** con mensajes de promoción de la salud desde cuatro programas: salud sexual y reproductiva, sida, prevención de alcoholismo y de accidentes. Se distribuyeron 26.000 mazos el día del estudiante en parques y otros lugares de concentración de adolescentes en el Gran Mendoza, con una caravana de jóvenes con remeras identificatorias y pendones, acompañados por vehículos con audio. Se han realizado dos reimpressiones de estos naipes y nuevas campañas.

 “...si ya no estás para autitos...” “...si ya dejaste las muñecas...”
Se distribuyeron 46.000 **horarios escolares autoadhesivos** para alumnos de nivel medio, en versión para chicas y para varones. Su texto invitaba a consultar sobre salud sexual y reproductiva en los centros asistenciales estatales. La campaña tuvo cobertura provincial, con la participación de toda la red sanitaria, la Obra Social Provincial y municipios. A esta acción se le ha dado continuidad a través de la distribución permanente y por diversas vías, de autoadhesivos más pequeños con el mismo mensaje.

La última barrera

Campaña informativa sobre anticoncepción de emergencia, de alto impacto por la puesta en escena, la calidad gráfica y el *namig*, que se instaló espontáneamente como marca. En esta campaña es posible identificar más claramente que en otras cómo fue gestada bajo el criterio de marketing social:

Productos: **afiches en vía pública, trípticos, posavasos, señaladores para libros, afichetas autoadhesivas**

Precio: asimilable a la ventaja de evitar un embarazo no deseado luego de una relación sexual no protegida. Si el “precio” es conveniente y el destinatario adopta el producto, esta acción se va a traducir en una actitud (luego potencial conducta)

Plaza: vinculada a las formas de distribución de los materiales de la campaña

Promoción: se realizó con la participación de **un grupo de jóvenes disfrazados** de espermatozoides que perseguían a una joven disfrazada de óvulo, a la cual no lograban dar alcance gracias a la barrera que imponía la anticoncepción de emergencia. Esta escena circuló en época de verano y de temporada turística alta por las calles de mayor concentración de confiterías y pubs de la ciudad. Y era seguida por una veintena de jóvenes de ambos sexos con remeras identificatorias que distribuían material gráfico, acompañados por un par de vehículos con pendones y audio. En esas cuatro noches también se entregó material en las principales confiterías bailables de Mendoza.

Esta campaña ha generado un importante *feedback* de consultas a los profesionales del Programa, por teléfono, por correo electrónico y también en forma personal.

La abuela Spertta

Esta campaña se inició con afiches en la vía pública que anunciaban la llegada de “los consejos de la abuela Spertta” para el 21 de setiembre.

Es sabido que la incógnita, como acción comunicacional, genera un cierto grado de tensión/atención. Y cuando se la devela con un segundo mensaje (un segundo afiche en este caso) es esperable una mayor recordación y un mejor posicionamiento del tema.

La abuela Spertta es una señora mayor, que entiende que los tiempos han cambiado y se preocupa por la salud de sus nietas y nietos. Su tono oscila entre la candidez y la picardía, y sus consejos están focalizados en la prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual.

Representada por un actor local de prestigio, el personaje recorrió los parques y otros lugares de concentración de adolescentes en el Gran Mendoza, conducida por un motoquero en una moto “chopera”. Iba acompañada por un grupo numeroso de jóvenes de ambos sexos con remeras identificatorias, acompañados por vehículos con pendones y audio, que distribuían las “raspaditas” con **el test de la colocación**.

El personaje despertó una fuerte empatía en las y los adolescentes, y ha estado presente en otros espectáculos que convocan público joven. La campaña continúa con la impresión y distribución de **las postales de la abuela**, con recomendaciones para el uso correcto del preservativo.

La abuela Spertta trascendió fronteras y fue invitada a Chile por las autoridades de salud de la V Región, para participar de acciones de promoción de la salud en la ciudad de Valparaíso.

En 2007 se habilitó la página web del Programa: www.saludreproductiva.gov.ar, que continúa en permanente actualización.

III. COMPONENTE SOCIAL

Responsable: María de los Angeles Travaglini

El Programa cuenta con tres profesionales de trabajo social en el hospital Lagomaggiore, una en el Notti, una en el Paroissien, y una licenciada en obstetricia en el hospital Perrupato.

La presencia de trabajadores sociales en el PPSR tiene que ver con un perfil profesional orientado especialmente a acciones de promoción de conducta saludables y prevención de daños a la salud. El diálogo es el eje de la relación profesional-usuario, y en torno a él se entretiene todo el proceso de intervención y sus posibilidades de alcanzar logros.

La tarea cotidiana se desarrolla especialmente en hospitales, en un escenario de tensiones entre las necesidades de las personas y los equipos de salud, con diferentes matices según la lógica institucional, respetando la intimidad de las personas y sin violentar la conciencia ciudadana.

El Área Social del Programa trabaja **en contacto directo con las mujeres durante la internación en las maternidades, o en el caso de internación pediátrica de sus hijos**. En esta instancia se aplica la estrategia desarrollada por la OMS que recomienda aprovechar todas las oportunidades de detección de la población de riesgo; en este caso materno, infantil y reproductivo para las intervenciones en salud. La información relevada sobre **riesgo reproductivo e infantil** es plasmada en una planilla, que determina un score o medida de ese riesgo, a fin de priorizar las intervenciones sobre cada situación. El circuito se inicia a partir de la entrevista inicial a cargo de las profesionales del área social y continúa en las áreas departamentales y municipales de salud para su seguimiento territorial.

Cada mujer recibe en forma personal **consejería en salud sexual y reproductiva**, en particular sobre anticoncepción postparto, lactancia y cuidados en el puerperio; derivación y acompañamiento a los consultorios de Salud Reproductiva de cada hospital. Durante los primeros once meses de 2007 desde el equipo del Área Social del Programa se realizaron 15.164 entrevistas en los hospitales.

Otra instancia de trabajo durante la internación es el desarrollo de **talleres**, donde se ofrece un espacio de reflexión, contención y expresión de las vivencias de las mujeres respecto de la salud sexual y reproductiva.

Si bien desde 1998 se coordinó las actividades de seguimiento y atención de los casos en riesgo, durante el último año ha sido posible el **seguimiento de los casos de mayor vulnerabilidad** a partir de la incorporación al Programa de pasantes de trabajo social (alumnas avanzadas de la carrera). Así, fue posible abordar casos de adopción, situaciones de post aborto, de anticoncepción quirúrgica y otras situaciones no priorizadas desde las áreas de salud que en general se ocupan del seguimiento del alto riesgo infantil.

Se articulan acciones con el sector judicial, en particular con los Juzgados de Familia para viabilizar casos de personas discapacitados y menores de edad. Con el **equipo de adopción** se trabaja para lograr un trato más humanizado de las mujeres en crisis con la maternidad, en las instituciones hospitalarias, y se coordinan intervenciones de atención en salud reproductiva para evitar que estas mujeres repitan la traumática experiencia.

Se mantiene una estrecha relación con la Coordinación de Derechos Humanos, del Ministerio de Gobierno de la provincia, siendo positivo el asesoramiento legal y el acompañamiento a las instituciones en los casos de denuncias de derechos vulnerados.

A partir del año 2006 se propone trabajar en el Área Social bajo la metodología de proyectos, identificándose un responsable a cargo, quien coordina acciones intra y

extrainstitucionales y sistematiza el trabajo. De todos modos, distintos integrantes del Área y del Programa participan en la ejecución de los proyectos, de acuerdo a las problemáticas abordadas y los lugares de intervención.

La metodología de proyectos le otorgó mayor organicidad al Área Social, diversificando la tarea que se venía desarrollando, aportándole un enfoque específico a las acciones que desarrolla el Programa y generando sistematización de información, conceptualizaciones a partir de la práctica y algunas investigaciones en diversas temáticas. Estos trabajos permitieron enriquecer con nuevos aportes la praxis y fueron presentados en diferentes jornadas.

Proyectos desarrollados: (ver anexos)

:

- **“Contención de mujeres en crisis con la maternidad”:** se desarrolla en las maternidades de los hospitales Lagomaggiore, Paroissien, Perrupato y en el hospital Notti, y tiene como objetivo ofrecer a las mujeres que entregan sus hijos en adopción contención emocional, consejería y atención en salud reproductiva, así como mediar en situaciones de maltrato institucional, realizar seguimiento territorial y articulación con la red asistencial para facilitar el acceso a la salud reproductiva. Durante 2007 se abordaron 27 casos; se identificaron 4 situaciones de maltrato institucional.
Responsable: **Analia Herrera**
- **“Seguimiento de pacientes y sus grupos familiares con patologías crónicas que comprometen su salud sexual y reproductiva”:** tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas que padecen alguna enfermedad crónica. En la primera etapa se trabajó con pacientes hemofílicos de toda la provincia, en articulación con la Dirección de Farmacología. De la nómina de 90 casos se tomó contacto con 45, realizando un abordaje integral de la problemática social y reproductiva, consejería y derivación.
Responsable: **Lorena Aranda**
- **“Seguimiento de trámite de ligadura tubaria. Causas de abandono”:** A través del seguimiento territorial se investigó las causas u obstáculos que enfrentaron las mujeres para acceder a la anticoncepción quirúrgica y se posibilitó el reinicio del trámite para la ligadura. Se abordaron 268 casos de los hospitales Lagomaggiore, Paroissien y Perrupato donde se ofreció consejería y derivación a la red asistencial.
Responsables: **Susana Salcedo, Claudia Ramos y Analia Herrera**
- **“La sexualidad en la adolescencia. Valores y elecciones”:** El proyecto tuvo una primera etapa de investigación de los determinantes del embarazo adolescente, expresados desde las mismas jóvenes internadas en los hospitales Lagomaggiore, Paroissien, Perrupato, Saporiti y Notti. En una segunda etapa el proyecto gira en torno a posibilitar instancias de consejería individual para adolescentes y desarrollo de talleres participativos, coordinando acciones entre el hospital y las escuelas de su zona de influencia. Se desarrollaron 88 talleres en las escuelas con una participación de 2.465 asistentes.
Responsables: **Mariana Mansilla, Natalia Bustos, Celeste Ricciardi, Susana Cazzoli, Natalia Pesquín, Analia Marczuk, Evelina Muñoz, Celeste Gómez, Verónica Díaz**
- **“Talleres de Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito hospitalario”:** se implementaron en los hospitales Notti, Lagomaggiore, Perrupato y Paroissien con el objeto de posibilitar un espacio de reflexión, prevención, concientización y motivación en las mujeres y sus parejas en temas de género, sexualidad, anticoncepción y derechos. Se realizan con una regularidad semanal, con una asistencia promedio de

9 participantes por taller. A su vez, se detectan casos de alto riesgo que son seguidos para la atención en los consultorios de salud reproductiva de cada institución.

Responsables: **Lorena Aranda, Natalia Pesquín, Elsa Amico, Susana Salcedo, Evelina Muñoz, Celeste Ricciardi, Verónica Díaz, Celeste Gómez**

- **“Anticoncepción previa al alta”**: tiene como finalidad aprovechar la situación de internación de la mujer por parto, en el post aborto o, en el caso de internación pediátrica, a las madres del hospital de niños, para que, además de recibir información y consejería, puedan ser también atendidas en salud reproductiva antes del alta médica. Cada hospital tiene implementado un consultorio, permitiendo que las mujeres que así lo desean, puedan acceder a la atención en salud sexual y reproductiva y a un método anticonceptivo antes de dejar el hospital. Esta modalidad de intervención social y sanitaria permite captar en forma temprana los casos de más alto riesgo reproductivo, en forma prioritaria.

Responsables: **Lorena Aranda, Elsa Amico, Susana Salcedo, Evelina Muñoz, Celeste Ricciardi, Analía Herrera**

- **“Seguimiento a mujeres en situación de postaborto”**: La atención postaborto está basada en un enfoque de atención continua, que incluye la vinculación de la mujer con el equipo de salud, la participación de la comunidad, el acceso a la información y atención adecuada, orientación y consejería en la prevención de la reincidencia, fomentando en los equipos de salud actitudes de respeto, comprensión y no enjuiciamiento. Se sistematizaron 479 casos, de los cuales se logró entrevistar a 212 mujeres en sus domicilios. De ellas, 145 ya se encuentran incorporadas al Programa y están utilizando algún método anticonceptivo. En 257 casos no fue posible localizar el domicilio. En 50 casos se identificó situaciones de maltrato institucional.

Responsables: **Claudia Ramos y Analía Herrera**

- **“Articulación del seguimiento del alto riesgo infantil y reproductivo. Identificación de obstáculos y facilitadores”**: El Plan Operativo 2005 firmado por la Dirección de Salud Materno-infantil y el PPSR establece la incorporación de un profesional para articular, en todos los efectores provinciales, las acciones inherentes a la detección, consejería y seguimiento de la población en riesgo.

Una de las ventajas del contacto directo y frecuente con los efectores de salud, es que permite recabar información en terreno, sobre diversos aspectos operativos de la implementación del Programa. Así, la articulación territorial del seguimiento de la población en riesgo, se traduce además en información operativa para otras áreas del Programa.

La articulación con los efectores de todo el territorio provincial se fue desarrollando gradualmente desde 1998. A partir de 2006 se profundiza y actualiza en forma periódica el diagnóstico sobre el **estado de situación por área departamental**, en cuanto a **la detección, el seguimiento y la atención de la población en riesgo reproductivo e infantil**, identificando obstáculos y fortalezas.

En una segunda etapa, se trabaja sobre el afianzamiento de los circuitos de intervención en aquellas zonas donde la actividad no se hacía en forma regular y se brindan herramientas para lograr una dinámica de trabajo por área departamental que permitiese el uso más eficiente de los recursos humanos y técnicos.

Si bien el Programa contaba con un registro de referentes por área departamental y hospital, durante el 2006 y 2007 se trabaja en forma más sistemática en la conformación de **una red de referentes**; actividad que demandó la articulación de esfuerzos con el Área Asistencial. Se ha logrado identificar información cualitativa de los actores involucrados, como profesión y aspectos abordados en la tarea asistencial.

Otro aspecto desarrollado entre las dos áreas -social y asistencial- es la reformulación de la **planilla de detección del alto riesgo**, y su instructivo, trabajando con la participación de los actores directamente involucrados en el uso de la herramienta de recolección de datos. Esto permitió la sistematización de acuerdos y unificación de criterios.

Responsable: **Silvia Fernández**

Pasantías educativas:

Desde octubre de 2006 se implementaron las pasantías educativas entre la Universidad Nacional de Cuyo y el PPSR. Se incorporaron en la primera etapa 8 estudiantes a los hospitales Notti, Lagomaggiore, Paroissien y Perrupato. Las pasantes recibieron capacitación en sexualidad humana, anticoncepción, derechos sexuales y reproductivos, marco legal y consejería. La tarea asignada inicialmente fue la detección del riesgo reproductivo e infantil de la población internada en las maternidades y en el hospital pediátrico; que fue rápidamente traducida en instancias de consejería.

El primer informe elaborado individualmente por las pasantes tuvo como objetivo reflexionar sobre la inserción institucional, el contacto con las mujeres, la relación con el equipo del Programa y la relación con otros actores dentro de los hospitales asignados.

En su segundo informe analizaron las dificultades que persisten en el desarrollo de las pasantías y las estrategias para superarlas; e identificaron obstáculos manifestados por las mujeres entrevistadas en el acceso a la salud reproductiva, desde ellas mismas (mitos, rol de género, cultura, etc.) y desde los efectores de salud.

En la segunda etapa de las pasantías se trabajó sobre proyectos que dinamizaran los espacios de consejería dentro de las instituciones, realizando una articulación intersectorial para la difusión de los mismos, para lo cual debieron presentar un proyecto y luego su evaluación (ver anexos).

La experiencia fue altamente positiva ya que permitió un mayor desarrollo del Área Social, profundizando acciones dentro de las instituciones y mejorando la calidad de las intervenciones, incorporando en todos los abordajes la consejería como estrategia de comunicación. Respecto de las acciones extrahospitalarias, se realizó un trabajo coordinado entre profesionales y pasantes en pos de la difusión del Programa y se posibilitó el seguimiento de población en alto riesgo, a cargo de las profesionales.

IV. COMPONENTE ASISTENCIAL

Responsable: Pablo Alonso

Siendo uno de los principales objetivos facilitar el acceso de toda la población a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, y atendiendo a no profundizar la histórica inequidad geográfica en los servicios públicos de salud, en 1998 se decidió iniciar las acciones asistenciales del Programa de manera simultánea en **la totalidad de los centros de salud y hospitales** de la provincia, incluyendo los centros y postas municipales.

Este inicio simultáneo llevó a que la oferta asistencial fuera bastante heterogénea en los distintos efectores durante las primeras etapas, debido a múltiples causas. Es posible distinguir dificultades estructurales que tienen que ver con la existencia o no de médicos tocoginecólogos, de equipamiento e instrumental específico, de condiciones básicas de privacidad en la consulta. Y otras, que hacen a cuestiones actitudinales, a resistencias que no se verbalizan pero se actúan, como la predisposición para participar o no del Programa tanto en la atención médica como en la entrega de información, a priorizar la prescripción de ciertos métodos anticonceptivos en detrimento de la posibilidad de elección de las usuarias, a garantizar la reposición oportuna de los insumos, a identificar que en la base de estas acciones residen derechos constitucionales, etc. Este tipo de dificultades, si bien son poco frecuentes, comprometen el impacto del Programa.

Una de las lecciones aprendidas en este proceso es la importancia de contar, en cada lugar, con al menos una persona realmente comprometida con la temática, sin que necesariamente sea un profesional de la ginecología. Este **referente**, cuando existe, se transforma en el interlocutor que permite ir conociendo (y corregir si es necesario) aspectos del desarrollo del Programa que no aparecen en los registros de consultorio.

En cuanto a los **métodos anticonceptivos**, en Mendoza ha sido posible sostener una oferta amplia y asegurar continuidad en la provisión de los métodos anticonceptivos y otros insumos básicos.

Es interesante registrar cómo ha ido variando la tasa de aceptación de los distintos métodos anticonceptivos. Así por ejemplo, la tasa de aceptación de los dispositivos intrauterinos pasó del 40% a menos del 15% en diez años. Esto se acompaña de un aumento en la aceptación de los métodos hormonales. Podemos pensar que, en los inicios del Programa, había una demanda insatisfecha mayor para los dispositivos intrauterinos que para otros métodos. Esto obviamente se relaciona con su alto costo en el mercado privado de la salud, y ratifica la necesidad de la intervención del Estado, desde una óptica de equidad en el acceso a las distintas alternativas anticonceptivas.

Los costos de los anticonceptivos adquiridos en licitación pública son relativamente bajos, si se los compara con los costos sanitarios y sociales que derivan de su no disponibilidad: embarazos no deseados que pueden terminar en abortos complicados y hospitalizados, con su secuela de morbilidad y muerte de mujeres en edad fértil, embarazos muy frecuentes o en edades extremas con su alto riesgo asociado, mayor número de internaciones de recién nacidos en neonatología, etc.

La oferta anticonceptiva inicial amplia se ha logrado sostener, con variaciones condicionadas por las necesidades de la población y la disponibilidad en el mercado. Se discontinuó el inyectable trimestral, y se fueron incorporando nuevas alternativas entre ellas la anticoncepción de emergencia, minipíldoras con inhibición de la ovulación, sistemas intrauterinos de liberación hormonal, DIU para grandes múltiparas y para nuligestas.

Otras acciones para mejorar la incorporación, continuidad y adherencia de la población bajo programa fue la implementación del carnet de anticoncepción, la insistencia en la

desmedicalización de la entrega de preservativos, la entrega de 3 a 6 ciclos hormonales a mujeres con tolerancia y adherencia adecuada y la disponibilidad de tests de embarazo en centros que no cuentan con laboratorio, a fin de poder iniciar sin demora la regulación de la fertilidad.

A partir del año 2000 y a través de una Resolución Ministerial se incorporó a la oferta anticonceptiva la **ligadura tubaria**, en los principales hospitales de la red estatal. Esto ha permitido la realización de más de 2600 intervenciones hasta el presente, a pesar de algunas dificultades crónicas, como la no disponibilidad de turnos en quirófano o la ausencia de anestesiólogos. En 2005 se sancionó la ley provincial de infertilización quirúrgica, y en 2006 la ley nacional

En relación a la **cobertura**, se registra un crecimiento sostenido, medido en años de protección pareja. En 2007 se estiman más de 70.000 mujeres o parejas bajo Programa, a través de todos los centros de salud y hospitales provinciales.

Hay ciertas tareas asistenciales que, si bien son pequeñas en valores absolutos, tienen una dimensión particular: se trata de los consultorios que se han abierto en el **hospital pediátrico** de Mendoza para la atención de adolescentes varones y mujeres, así como la provisión de los anticonceptivos para el consultorio que atiende estudiantes en el comedor de la **Universidad Nacional de Cuyo**.

Se implementaron consultorios de atención previa al alta en los hospitales Lagomaggiore, Perrupato, Saporiti, Paroissien, y Schestakow.

Se ha implementado la posibilidad de firmar la **objeción de conciencia**, con carácter de declaración jurada, lo que incluye la práctica privada de los objetores. Es un documento público, valorado en cada caso por el Consejo Provincial de Bioética, con posterior comunicación a colegios profesionales, clínicas y sanatorios. Este instrumento no habilita a que se produzcan "objeciones institucionales" que puedan comprometer la atención en salud sexual y reproductiva.

Se ha desarrollado un soft para facilitar la supervisión del **movimiento de insumos** anticonceptivos y para el seguimiento de pacientes en alto riesgo reproductivo.

Con respecto a la **prescripción** de métodos anticonceptivos, se incorporaron herramientas para el asesoramiento y elección de los diferentes métodos, como los "Criterios Médicos de Elegibilidad Para el Uso de Métodos Anticonceptivos" y las "Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas", elaborados por OMS basados en evidencia científica, y las guías para el "Uso de Métodos Anticonceptivos" y "Anticoncepción de Emergencia", del Ministerio de Salud de Nación.

Todos estos avances se lograron a través de reuniones periódicas programadas con diferentes equipos de trabajo, coordinación, información y asesoramiento de los agentes de salud involucrados en las acciones del Programa, difusión de herramientas científicas y actualizaciones bibliográficas, referenciación de usuarios en la red de servicios, consejería en salud sexual y reproductiva en general y en anticoncepción quirúrgica y de emergencia, canalización de reclamos, etc.

V. COMPONENTE DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Responsable: Juan Carlos González

El elemento más destacado dentro del Componente Institucional es la conformación de un sólido **equipo de profesionales y auxiliares**, idóneos, altamente capacitados y comprometidos con la misión del Programa.

Acciones de evaluación

Desde este ámbito se coordinó –en conjunto con personal informático- el desarrollo de diversos sistemas que aportan información para realizar evaluaciones de proceso del Programa.

La información que nutre al componente asistencial para la toma de decisiones se origina en los distintos registros de la **distribución de insumos**. Es por eso que -desde un principio- esta área ha desarrollado y profundizado la sistematización de tal aspecto. Las herramientas hoy disponibles permiten acceder a información actualizada sobre compras y existencias, calcular la prevalencia de uso de los distintos métodos anticonceptivos, evaluar comportamientos de consumo por área departamental y hospital, estimar necesidades a mediano y largo plazo, entre otras alternativas.

Actualmente se cuenta con sistemas de fácil acceso a indicadores de cuestiones de relevancia para el programa, como el **sistema de capacitaciones** y el **registro provincial de ligadura tubaria**.

Pasantes de informática

El nivel de desarrollo institucional del programa, la necesidad de contar con sistemas de información actualizados, rápidos y efectivos, así como el alejamiento del personal que cumplía con tareas de informática, llevaron a convenir con la Universidad Tecnológica Nacional la implementación de un proyecto de pasantías.

Al igual que el sistema de pasantías de estudiantes de Trabajo Social de la UNCuyo, los resultados fueron por demás beneficiosos y merecieron el reconocimiento de la propia Universidad.

Como producto del ciclo 2007 de estas pasantías, el Programa cuenta con los siguientes avances:

- reestructuración del sistema informático del Programa
- un sistema para el gerenciamiento del componente de capacitación
- mejoramiento del sistema de registros de anticoncepción quirúrgica
- guía de recursos del Programa
- desarrollo del sitio Web

SINTESIS ACCIONES REALIZADAS DESDE LA CREACION DEL PROGRAMA

- Capacitar en salud y en derechos sexuales y reproductivos a los equipos de salud que participan del Programa, así como a personal del sector educativo, estudiantes, OSC, policía, penitenciaría y beneficiarios de planes sociales
- Aumentar en forma sostenida el número de parejas que reciben consejería y protección anticonceptiva. Durante 2007 han sido atendidas más de 70.000 parejas.
- Incorporar nuevos métodos anticonceptivos que se ajustan a necesidades especiales, como la anticoncepción de emergencia
- Entrevistar anualmente en los hospitales provinciales a más de 17.000 mujeres en edad fértil para detectar el riesgo reproductivo e infantil, brindar consejería y atención previa al alta, y realizar la derivación asistencial
- Realizar en forma personalizada el seguimiento en terreno de los casos de alto riesgo reproductivo casos de mayor vulnerabilidad
- Generar ámbitos específicos para la atención de adolescentes
- Implementar la declaración jurada de objeción de conciencia
- Facilitar el acceso a la ligadura tubaria y la vasectomía en los hospitales de la red pública provincial
- Trabajar interdisciplinaria e intersectorialmente con otras áreas gubernamentales que atienden problemáticas sanitarias y sociales relacionadas municipios, escuelas, juzgados de familia, etc.
- Articular acciones con OSC de nuestro medio
- Incorporar al Programa pasantes universitarios de carreras relacionadas con las problemáticas sociales y de salud, y con sistemas de información
- Difundir el Programa a través de distintos medios, en los ámbitos políticos, sociales y de salud

Ana María Andía
Mendoza, diciembre de 2007

Anexo 3

Diario Los Andes Online |

Nota publicada el 24 de septiembre de 2008

Deciden no repartir más preservativos en campañas masivas
Se venían entregando en eventos populares. Aseguran que representaba una pérdida.

La decisión de este gobierno ha sido decirle adiós al reparto de preservativos en los eventos públicos de carácter masivo. Si bien esto se había venido cumpliendo desde la asunción de la nueva gestión, se evidenció este fin de semana pasado, en el festejo del Día de la Primavera.

A lo largo de las gestiones anteriores no sólo se había hecho el reparto de condones sino que además se trataba de idear campañas que captaran la atención de los jóvenes y, en consecuencia, supieran la importancia del uso del preservativo no sólo para evitar embarazos no deseados sino también el contagio de enfermedades de transmisión sexual, como el sida.

Sin embargo, desde el Gobierno consideran que entregar preservativos masivamente implica una pérdida y dieron la orden al Programa Provincial de Sida y al de Educación para la Salud de que esta primavera salieran a la calle sólo con folletos.

"A los preservativos los hacemos llegar a través de cursos de capacitación, consejerías y centros de salud. Seguimos la línea de que repartir indiscriminadamente no servía. Luego aparecían tirados o los chicos hacían globitos y se perdían", explicó la directora de Promoción, Prevención y Atención Primaria de la Salud, Silvia Dávila.

Así, este fin de semana pasado, se autoconvocaron alrededor de 7 mil jóvenes sólo en predio de la Virgen (Guaymallén), al cual hay que sumar los miles que asistieron al mega recital de Catupecu Machu en el predio de la Casa de Gobierno y los que fueron al Parque General San Martín y el Parque Central.

No hay otro momento en el año en el que se reúnan tantos jóvenes.

"Se estuvo más bien con temas de educación para la salud y educación sexual. Se trabaja con la prevención de enfermedades y la transmisión de enfermedades sexuales en general pero de otro modo.

No es nada especial, es un cambio de estrategia nada más", agregó Dávila.

Ante la pregunta sobre si la decisión era no repartir más preservativos en eventos públicos de carácter masivo, respondió: "No, salvo que sea un evento en el que podamos

instalar una instancia de mayor comunicación, en el marco de una consejería por ejemplo. Este es un ámbito festivo y no nos parece adecuado".

Con receta

La funcionaria comentó cómo se están trabajando desde los centros de salud. "Hemos liberado en el centro de salud la entrega de preservativos. Ahora no necesitan receta, si van a un centro de salud lo pueden retirar perfectamente", sostuvo.

Aunque el preservativo no es un método de anticoncepción que deba ser prescripto si alguien está sano, Dávila afirmó que "hay centros de salud en los que se pedía la receta para hacer la entrega de preservativos. En años anteriores era así y ahora lo hemos liberado".

También comentó que, desde el Programa Provincial de Sida, se les distribuye una cierta cantidad de preservativos mensualmente. "Les damos a todas las ONGs que trabajan con nosotros, a pesar de que tienen proyectos con el Fondo Mundial de Sida, estos insumos se los da el gobierno", agregó.

Mientras tanto, la ex subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud, Claudia García, explicó cómo y con qué objetivos desarrollaban las campañas de prevención y su opinión sobre esta nueva política: "Me da pena y enojo, sobre todo por lo que ha costado. Era un tema ya instalado. Ya no se discute que el preservativo es una barrera para impedir el contagio de enfermedades de transmisión sexual".

Anexo 4

Mdz.online

8 de Marzo de 2008 |18:49

Las asociaciones feministas hicieron oír su voz en el Carrusel

Las juanas y las otras, y la Red de Mujeres Pobladoras, entre otras, protestaron contra la falta de políticas de Salud Reproductiva. En tanto, Sergio Saracco, ministro del área, aseguró que este tema tiene serias falencias que provienen del gobierno anterior

Fueron las primeras en llegar e instalarse frente al lujoso hotel de cinco estrellas en el que se desarrollaba el acto de la COVIAR, en el que permanecían los políticos antes de que comenzara el Carrusel.

Es que, en el Día Internacional de la Mujer, las féminas quisieron hacerse escuchar. La protesta tenía sus fundamentos, sobre todo, en la falta de programas de salud reproductiva con la que el gobierno ha encarado la gestión.

“Tenemos miedo que el gobierno frene estas políticas, porque ha demostrado ser muy poco tolerante. Ha llevado los derechos sexuales y de salud a un consejo integrado por la Iglesia Católica” expresó Roxana Rodríguez, integrante de las Juanas. Los dichos de la mujer fueron avalados por Nancy Tobares, de la Red de Mujeres Pobladoras.

Rodríguez subrayó que no se puede confiar en este gobierno, porque no es democrático en tanto y en cuanto suma a su grupo de trabajo a funcionarios provenientes de la dictadura militar.

Consultado sobre este aspecto, el ministro de Salud, Sergio Saracco aceptó que en verdad, el Programa de Salud Reproductiva dejaba bastante que desear.

Dijo que ellos lo recibieron en estas condiciones, con pocos proyectos puestos en marcha y casi todos mal desarrollados.

En tanto, no ratificó los rumores que se han escuchado desde que asumió el gobierno de Jaque: que estos programas corran peligro de desaparecer.

Por el contrario, Saracco manifestó que se reforzará el área, y por esto, realizaron una reestructuración: ahora, salud reproductiva se ha sumado a la Dirección de Maternidad e Infancia, para coordinar mejor sus lineamientos con las políticas de control prenatal, atención de la puérpera y el recién nacido.

Protesta fallida

De la misma forma que los punteros políticos quisieron atomizar la protesta de los familiares de desaparecidos y ex presos políticos por el caso Rico, intentaron hacer callar a las mujeres.

El procedimiento consistía en que, al detectar estos “focos de conflicto” un puñado de partidarios justicialistas, se apostaban frente a ellos y los tapaban con carteles pro gobierno, o de apoyo a alguna de las soberanas departamentales.

ANEXO 5

Salud firmará finalmente el protocolo de aborto no punible
Gonzalo Bravo / MDZ – 12/03/08

El ministro Sergio Saracco enviará el protocolo de aborto no punible a los hospitales públicos.

Así lo admitió el titular de esta cartera, Sergio Saracco. El funcionario se mostró crítico con la gestión anterior: "esta es una deuda pendiente que nos legó Caletti".

La resolución consiste en darle un marco operativo al cumplimiento de lo que marca el Código Penal y se busca que los casos que puedan ser resueltos en la institución sanitaria, no se judicialicen.

Uno de los temas más polémicos para la Salud Pública se concretará finalmente en estos días.

Se trata de la resolución por la cual el ministerio de Salud regula el aborto no punible en los hospitales públicos, un tema que se planteó en la anterior gestión, y que quedó stand by cuando asumió el actual titular de la cartera sanitaria, Sergio Saracco.

Según explicó el funcionario, el polémico protocolo hospitalario para que se cumpla efectivamente la letra del Código Penal, sin necesidad de judicializar los casos, estaba en estudio. Es que a la gente del equipo de Saracco se le plantearon algunas dudas ante la redacción de la resolución.

"Esta es una deuda pendiente que nos dejó la gestión de (Armando) Caletti. Nunca pensamos en no firmarlo, sólo queríamos reverlo, porque algunos puntos no estaban claros" manifestó el ministro, y agregó cuál era el aspecto conflictivo.

Según Saracco, la administración de Caletti había agregado entre los puntos del protocolo, cuestiones que excedían a las contempladas en la ley y por eso, querían afinar su diagramación.

El ministro advirtió que, en verdad, el protocolo no debe agregar ni quitar ni una letra a la legislación, y que este no hace más que formalizar lo que la ley avala.

Cuando la regulación del aborto no punible fue planteada por la gestión Caletti, la idea era proteger a los médicos de cualquier forma de presión y evitar que la objeción de conciencia que pueden anteponer los médicos para realizar este tipo de prácticas, sea una barrera para que la legislación se cumpla indefectiblemente.

Si bien el protocolo no fue redactado por el actual equipo de trabajo de Salud, Saracco fue tajante a la hora de manifestar su decisión de hacerlo cumplir.

Buenos Aires fue pionera

Si bien en Mendoza esta regulación servirá para evitar que se compliquen situaciones contempladas por la ley, como sucedió con el caso Claudia Araujo, la chica discapacitada que fue abusada sexualmente, y para la cual su madre pidió la interrupción legal del embarazo.

El caso Claudia despertó interminables polémicas entre la familia de la chica, el ministerio de Salud y las organizaciones ultracatólicas que buscaron quebrantar la voluntad oficial de hacer cumplir lo escrito en el Código Penal.

Sin embargo, Mendoza no es la primer provincia en la que este tipo de regulación se pone en marcha.

Es que, algunos meses atrás, comenzó a regir en Buenos Aires y Capital Federal, una ordenanza ministerial del mismo tenor.

Sin embargo, en estos lugares se tiene en cuenta que cualquier mujer que haya sido violada puede pedir la interrupción de su embarazo. En cambio, en la que se enviará en breve a los hospitales locales, sólo se contemplan las situaciones estipuladas en el Código Penal.

Esto es, que el aborto puede realizarse por motivos que atenten contra la salud de la madre, o si el embarazo se ha producido por una violación a una discapacitada mental.

Para practicar la intervención, un equipo interdisciplinario deberá estudiar cada caso en particular y tendrá un plazo de cinco días hábiles para expedirse.

Según la disposición porteña, los abortos de estas características que se pidan al hospital, deberán ser resueltos en una semana.

Se apunta, principalmente, a proteger a los médicos, que se niegan a realizar intervenciones de este tipo, porque temen ser blanco de demandas judiciales.

Anexo 6

13 de septiembre de 2008

Un debate que quedó interrumpido

El caso nunca debió judicializarse: una niña embarazada tras un abuso pidió abortar, pero los médicos se negaron, intervino un juez y grupos ultras la amedrentaron. La niña cambió de opinión. Y un comité de expertos decidió no pronunciarse.

Por Mariana Carbajal

La presión de los grupos “pro vida” y de la posición de los médicos del Hospital Pediátrico Humberto Notti contraria al aborto dejó su huella: la nena de 12 años embarazada víctima de una violación desistió de interrumpir la gestación. Su abuela, una mujer de ferviente fe religiosa que tiene la guarda provisoria después de que la Justicia sorpresivamente se la quitara a la madre, apoyó esa decisión. Ante este panorama, el Comité de Bioética y los expertos independientes convocados por el juez para analizar el pedido de aborto no punible concluyeron que ya no tiene sentido dar su parecer y firmaron su dictamen sin pronunciarse sobre el fondo de la cuestión, es decir, si el caso encuadra o no en los supuestos de no punibilidad previstos en el Código Penal.

Entre los expertos independientes, la mayoría partidarios de que se autorice la interrupción del embarazo, quedó un sabor amargo. La sensación –según varios manifestaron a este diario– es que la posición en contra del aborto que dejó traslucir desde un primer momento el Hospital Notti y el Grupo de Alto Riesgo (GAR) que depende del gobierno mendocino y que asistió psicológicamente a la niña y le realizó gran parte de las pericias, interfirieron en la decisión de la niña. A eso se sumó la irrupción que hicieron en su habitación la semana pasada integrantes de organizaciones “pro vida”: según la misma nena le contó al juez de Familia Germán Ferrer, que entiende en el caso, le mostraron panfletos con fotos de fetos mutilados. También la habrían atemorizado diciéndole que su vida correría riesgo si recurría a un aborto.

Tampoco les quedaron muy claros a los expertos independientes los motivos por los cuales Ferrer le quitó la guarda a la madre. Ella, de 32 años, era quien había presentado el pedido de aborto. La abuela, en cambio, siempre expresó su negativa a esa intervención: mantiene un fuerte vínculo con una iglesia evangélica, adonde concurre habitualmente.

Otro aspecto que llamó la atención de los expertos independientes son los resultados de las pericias que le realizaron a la niña esta semana con una cámara Gesell. La conclusión de las profesionales del GAR es que la nena está muy bien de salud, a pesar de la violación y del embarazo en curso, que ya lleva unas diez semanas. En cambio, la conclusión de los profesionales del Juzgado de Familia y del Instituto de la Mujer del gobierno mendocino plantearon que está en riesgo psíquico, ya sea si sigue adelante la gestación como si la interrumpe, por el lavado de cerebro al que ha sido sometida en los últimos días.

“Las pericias son completamente opuestas”, comentó a este diario una persona que tuvo acceso al expediente, que se mantiene en estricto secreto de sumario.

Ayer el magistrado recibió el informe de la comisión ad hoc: con la decisión de la niña de continuar el embarazo producto de una violación presuntamente de su padrastro, los once miembros que deliberaron hasta la noche del jueves acordaron que no debían expedirse, aunque hubo posiciones encontradas en relación con lo que le haría menos daño a la nena: la mayoría de los expertos independientes pensaban que el aborto no punible era la salida menos dolorosa, mientras que la mayoría de los miembros del Comité de Bioética se oponían a la interrupción del embarazo.

Por parte del Comité de Bioética del Hospital Notti participaron de la discusión, entre otros, su presidenta, la pediatra y bioeticista Marta Fracapani, la médica Mariana Arragueni, la psicóloga Sonia González Herrera y el cura católico Ricardo Pobrete. Entre los expertos independientes estuvieron el camarista penal Horacio Báez, la filósofa Adriana Arpini, la socióloga Graciela Cousinet, el trabajador social del Juzgado de Familia Carlos Marchesky y el obstetra y director del Hospital Paroissien de la localidad mendocina de Maipú, Norberto Doti.

El caso se cerraría en las próximas horas. Como un procedimiento de rigor el juez le envió el “no dictamen” a la asesora de Menores e Incapaces, Silvia Ortiz, representante legal de la niña, quien deberá expedirse. Aunque su opinión no es vinculante, Ferrer lo esperaría para archivar finalmente la causa:

sin pedido de aborto no punible, ya no tiene que autorizar ninguna práctica médica. Vale recordar que el Código Penal no exige autorización para la realización de un aborto no punible. El Estado argentino enfrenta en el Comité de Derechos Humanos de la ONU una demanda por otro caso, el de LMR, en el que una adolescente con discapacidad mental sufrió en 2006 en la provincia de Buenos Aires interferencias de la Justicia y no pudo acceder en un hospital público a la interrupción legal de un embarazo, que había sido producto de un abuso sexual. Esta semana, tal como reveló Página12, el gobierno nacional reconoció ante el CDH que la judicialización innecesaria de este tipo de casos y la consecuente obstrucción al aborto no punible constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres en la Argentina.

<http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-111513-2008-09-13.html>

Anexo 7

Diario Los Andes

miércoles, 17 de septiembre de 2008

Los hijos que el Estado supo concebir

Por Lorena Villafañe - Periodista de Sociedad

Con sus 12 años, la niña tomó la decisión de tener un bebé, un bebé que es del Estado. Es el hijo o la hija que el Estado supo concebir. Y lo fue gestando de a poco, a partir de los abandonos, desde los golpes, desde las desatenciones, las necesidades no satisfechas, los derechos no respetados y, finalmente, por una violación a su cuerpo, a su psiquis y a su espíritu.

La falta de solución a la pobreza no es lo único en lo que falló el Estado, ya que por allí se empieza: a una familia con dinero y educación no se la hubiera atropellado de la misma manera a la hora de exigir (no de pedir) un aborto no punible. Y hay fallos como prueba.

Por otro lado, hay normativas vigentes que el gobierno mendocino debe implementar (y que en su lugar cajonea) que garantizan a las mujeres y las niñas el acceso al aborto no punible sin necesidad de judicializarlo. Pero este gobierno, a pesar de la gravedad de este hecho, guarda absoluto silencio. Como también lo ha guardado a lo largo de todo el proceso judicial. El juez quedó solo dando explicaciones.

La niña entró al hospital ultrajada y pidiendo no seguir con el embarazo y salió de allí convencida de que no quería hacerle daño al feto. Esto, fruto de un comando que llegó armado de fotos e información que logró imponer el terror en la pequeña. Y de pronto se sintió una asesina. ¿Qué fue entonces lo que eligió la niña? ¿Elegió por su vida, eligió por ella?

Según el juez, la decisión la venía amasando desde antes pero la terminó de tomar luego de la intervención de los grupos antiaborto al hospital. El caso de Ana Gazzolli pidiendo por un aborto para su hija discapacitada dio sobradas muestras del coraje de los grupos antiaborto. Y todavía sorprenden.

Ahora, con este hijo o hija que el Estado le delegó, ¿qué hará la niña y su familia? ¿Cuándo se hará cargo este padre abandonico de todos los hijos e hijas que ha sabido concebir?

Anexo 8

Diario Los Andes

Nota publicada el 21 de septiembre de 2008

Aldo Sergio Saracco: **"El aborto no es un tema ideológico ni político"**

El funcionario consideró que el caso de la niña violada no era de aborto no punible.

En Mendoza ya hay dos casos testigo sobre el tratamiento que se da a los pedidos de aborto desde el Poder Ejecutivo y la Justicia.

También ha quedado en claro la incidencia que tiene el tema a nivel social, ideológico y político. En el caso particular de la nena de 12 años que fue violada y resultó embarazada (y cuyo pedido fue rechazado por el juez de Familia interviniente), a diferencia del de Ana Gazzoli, el gobierno provincial tomó poca participación en los medios.

El ministro de Salud, Aldo Sergio Saracco, habla sobre algunos aspectos técnicos que deberían garantizar el acceso al aborto no punible, confirma que no se aplicará la guía técnica para la atención de estos casos y asegura que el de esta niña no se encuadraba en el marco de la ley.

-¿Qué planes tiene este gobierno para evitar que situaciones de este tipo se repitan?

-Los procedimientos que aplicamos se sujetan a la ley vigente. Sabemos que en el Código Penal, en el artículo 86, se habla sobre los derechos y las obligaciones que tienen los médicos. Hay una parte que nunca se menciona en el inciso 1 que dice: "Si este peligro no puede ser evitado por otros medios". Siempre tenemos que trabajar para producir el menor daño posible. En el segundo inciso, en la violación de mujer idiota o demente, se procede sin dar participación a la Justicia porque está dentro del aborto no punible.

-¿En qué instancia está el Protocolo de Aborto No Punible que dejó la gestión anterior?

-Lo que había era un expediente en archivo sobre el proyecto del protocolo. A través del pedido que hicieron desde el Instituto de la Mujer lo desarchivamos y empezamos a trabajarlo. Para que este protocolo tenga una aplicabilidad con todo el respaldo legal necesario tanto para el paciente como para los profesionales actuantes, se puso a trabajar en comisiones con referentes legistas y médicos para que sea lo más claro posible, pues existe una extensa bibliografía que interpreta el artículo 86. En algunos puntos no hay decisiones concretas tomadas.

-Ese protocolo ya estaba trabajado...

-No. Estaba en archivo. Lo único que había era un proyecto de protocolo archivado elaborado por el Instituto de la Mujer.

-¿Cuándo va a estar listo?

-Antes de fin de año. Pero el protocolo lo que hace es decir cómo aplicar la ley vigente y es lo que estamos haciendo.

-Y que no se judicialicen los casos no penalizados...

-Cuando son casos típicos de aborto no punible no son judicializados. Durante este año hemos tenido varios casos. Éste es un procedimiento habitual. El tema es cuando se trata de encuadrar dentro de un aborto no punible hechos que no lo son. El caso de esta nena no era de un aborto no punible.

-¿Por qué no se está aplicando la Guía Integral para la Atención de Abortos No Punibles que distribuyó a las provincias el ex ministro de Salud de la Nación, Ginés González García?

-Eso es nacional.

-Pero se debería aplicar en las provincias.

-Las provincias tienen la libertad de adherir o no.

-Entonces no se va a aplicar...

-Específicamente se está trabajando el protocolo para aplicar en la provincia en situaciones que sean claras. Cuando una situación no encuadra es cuando tiene que dirimir la Justicia. En el caso que tomó estado público no entraba en una situación de aborto no punible.

-A pesar de que corría riesgo su salud psíquica...

-No corre riesgo. El riesgo de salud psíquica puede ser evitado por otros medios.

-¿Qué ha sucedido con el protocolo que se elaboró para reglamentar un registro de objetores de conciencia?

-Eso estaba dentro del proyecto de protocolo. Es vulnerar un derecho del profesional poner en una lista pública cuál es su pensar.

-Pero también es un derecho del paciente saber qué piensa ese médico y si le va a dar acceso a lo que pide.

-Por eso es importante saber que el médico lo va a atender con todas las condiciones médicas, técnicas y científicas para la salud del paciente. Y si hay un procedimiento que indique que corresponde un aborto, se va a hacer porque es su obligación.

-¿Cómo se garantiza desde el Estado que esto se cumpla?

-Se cumple. Tiene una obligación legal para hacerlo. Si no está de acuerdo, da paso a otro profesional del equipo. Si no, también tendríamos que hacer un listado que diga de qué religión es, qué condición social tiene, etc. Es discriminatorio.

-Pero en el caso del aborto se trata de un tema ideológico y político...

-Eso no es así. Es una indicación médica- sentenció, aunque luego admitió que hay "intereses" que hacen que las legislaciones sobre aborto estén frenadas en el Congreso.

-Pero usted tiene que saber que éste es un tema más complejo que un tema médico.

-Hay una legislación y hay una indicación médica. Si es así, se hace y no toma estado público, como corresponde. Se hace. Pero hay ciertos grupos que tienen un interés particular que situaciones de instancia privada tomen estado público para dar legitimidad al pedido de que se trate la ley (para legalizar el aborto) en el Congreso.

-¿Cuál es la concepción de este gobierno sobre el aborto?

-Cuando se habla de aborto, se habla de la interrupción de un embarazo. Esto sucede naturalmente en 20% y se llaman abortos espontáneos. En lo que va de este año hemos tenido un solo caso de muerte por un aborto provocado. El concepto que tenemos es que tenemos que dar cumplimiento a la ley vigente. Es una ley antigua, que está en debate, pero es lo que hay.

-¿Este Ministerio ha recibido asesoramiento de la Iglesia Católica en materia de salud sexual y reproductiva y educación sexual?

-No, porque esto es técnico médico. Éstas son políticas de Estado y no tiene que ver con credos ni religión ni color político. El gobierno viene llevando toda una política en lo que hace a la salud sexual y reproductiva. Casi 67,4% de las mujeres que llegan a las maternidades provinciales no había planificado ese embarazo. Esto tiene que ver con el aumento del riesgo de mortalidad infantil porque más riesgo hay de abortos espontáneos o de nacimientos prematuros.

Para eso la provincia facilita la planificación familiar.

-¿Y si decide no seguir teniendo hijos y hace un pedido de ligadura tubaria?

-Si hay una indicación médica el procedimiento se aplica.

-¿Y si sólo quiere dejar de tener hijos?

-Eso no basta. Tiene que haber un apoyo porque son métodos irreversibles. Hay un equipo que evalúa el caso. Uno, a veces, toma una decisión en un momento particular de la vida y después se arrepiente.