



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: Análisis del programa sobre salud sexual y reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Autores (en el caso de tesis y directores):

Natalia Ximena Giordano

María Alicia Gutiérrez, tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2009

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN
TESINA DE GRADO

***Análisis del Programa sobre Salud Sexual y
Reproductiva de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires***

Autora: Natalia Ximena Giordano

Tutora: María Alicia Gutiérrez.

2008

<i>Introducción</i>		4
<i>Objetivos</i>		8
<i>Capítulo I</i>	<i>Marco Metodológico</i>	9
	<i>Etapas de la Investigación</i>	10
<i>Capítulo II</i>	<i>Marco Teórico</i>	13
	<i>Recorrido Histórico y Marco Legal</i>	15
	<i>Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos</i>	22
	<i>Derechos Sexuales de la mujer</i>	25
	<i>Una cuestión de género</i>	28
	<i>Descentralización de la Salud</i>	29
	<i>Adolescencia</i>	31
	<i>Embarazos no Planificados</i>	34
	<i>Acercamiento al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad</i>	35
	<i>La Acción del Gobierno de la Ciudad</i>	38
	<i>Estrategias Comunicacionales en Salud: Promoción y Prevención</i>	39
<i>Capítulo III</i>	<i>Estado del Arte</i>	44
<i>Capítulo IV</i>	<i>Análisis de Datos</i>	48
	<i>Consideraciones del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad</i>	48
	<i>A) Análisis del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad desde la Perspectiva de los efectores, coordinadores y Responsables.</i>	51
	<i>a) Características del Programa sobre Salud Sexual y Procreación Responsable en los CeSac</i>	51
	<i>b) Promoción y Prevención</i>	53
	<i>c) Estrategias Comunicacionales en salud</i>	58
	<i>d) Medios de Comunicación en los CeSac</i>	60
	<i>e) Planes Programas y Proyecto</i>	61

	<i>B) Análisis del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable</i>	63
	<i>a) Cómo llegaron a atenderse en un CeSac</i>	63
	<i>b) Calidad de la Información Brindada</i>	65
	<i>c) Calidad de Atención e Infraestructura</i>	66
<i>Capítulo V</i>	<i>Consideraciones Finales</i>	68
<i>Bibliografía</i>		71
<i>Anexo I</i>	<i>Consideraciones sobre la I</i>	75
<i>Anexo II</i>	<i>Modelos de Entrevistas</i>	79
<i>Anexo III</i>	<i>Folletos</i>	83

Introducción

Cada vez que accedo a mi casilla de correo lo hago sabiendo que hay más probabilidades de encontrarme con correos proveniente de cadenas de mail, que con mensajes personales. Desde hace un tiempo –tal vez desde que accedo al servicio, aunque no lo haya advertido de forma directa- el sistema funciona así: de cada diez mensajes, tres son personales –esto significa que ese alguien, a quien conozco, lo redactó y a la vez tenía en mente que lo que enviaba estaba dirigido a mi persona-, tres de remitentes desconocidos –promociones bancarias, invitaciones a bares o cualquier otro mailing de empresas que se manejan con bases de datos a las cuales, sin saber por qué ni cómo, pertenezco- y los restantes, provienen de emisarios conocidos, pero que reenvían algún tipo de información, fotografía, chiste, “moraleja para pensar y emocionarse” o simplemente recomiendan algún link para visitar.

A mediados de octubre de 2005 recibí uno que bien podría encasillar dentro del tercer grupo y que enuncia lo siguiente:

“Hola a todos/as: No se si estarán enterados pero a partir de la sanción de la Ley 25673, los anticonceptivos son Gratis Me llamó la atención que no hay mucha campaña para promover éste proyecto. Cualquier mujer puede solicitarlos sea de la clase social que sea. Obviamente el médico tiene que recetártelos. El sistema funciona bárbaro. Si necesitan más información pueden ingresar en la página del Ministerio de Salud http://www.msal.gov.ar/hm/site/salud_sexual/site/default.asp”.

Lo empecé a leer y casi sin terminar de hacerlo, pensé en borrarlo. Pero casi, porque mientras lo leía pensaba: “Tengo obra social, a veces consigo muestras obsequio o los compro con un cincuenta por ciento de descuento-; mis hermanas y amigas

también tienen obra social o prepaga... De última les llegó este mail, lo leerán... Así que lo borro”. Pero casi, porque si bien la información en sí no me interesaba demasiado en ese momento, me detuve a pensar en el tipo de mensaje y en cómo circulaba. Esto es, yo no iba a necesitar los anticonceptivos ni tenía pensado en recomendarle el sistema a nadie, porque al mismo tiempo sabía que a la gente que conozco le había llegado la misma información que a mí por el mismo medio y sabrían qué hacer con ella y sus respectivas vidas.

Es en ese punto en que me detuve, porque sentí que debía comprender –a partir de una mirada un poco más profunda- qué es lo que resulta de este tipo de cadenas de mensajes, una insoslayable doble desigualdad, tanto al acceso de los anticonceptivos – en este caso puntual- como de lo que implica la noticia misma de la existencia de la Ley. Quien se pierde de poder acceder a lo que se presenta como panacea de los gurúes de la sociedad del conocimiento, donde el ideal que media señala a la información como un insumo clave, como un componente esencial para el desarrollo de la economía, que indica que todo y todos estarán comunicados, que todos tendrán la posibilidad de acceder a los medios para hacerlo; termina quedando afuera tanto del bien que se ofrece como de esa misma información que circula.

De esta manera, tanto la posibilidad al acceso de Internet como la pertenencia a determinados grupos –cadenas- en los cuales circulan ciertos mensajes, condicionan el acceso mismo a la información y a los posibles usos que se puede hacer de la misma. La pregunta que surge es la siguiente, ¿Cómo llega este tipo de noticia a los posibles usuarios o demandantes del sistema sanitario en lo que respecta –puntualmente en lo que nos atañe- a la salud reproductiva? ¿De qué manera se abre la jugada de la promoción de estas leyes: encaradas desde una política de Estado o comentadas a la manera de un “boca en boca”, decantando en un “que lo utilice quien se anoticia”? Y de

alguna manera, ¿Existe algún tipo de discusión de fondo que se plantee como premisa la forma de abordar la promoción o esta queda librada al azar?

Con esta suma de interrogantes es que se propone como objetivo de este trabajo intentar desentrañar de qué manera se dan a conocer aquellas actividades de promoción y prevención sobre salud sexual y procreación responsable en los centros de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires¹, a fin de comprender cuáles son las estrategias comunicacionales y de atención utilizadas para disminuir los embarazos no planificados en las adolescentes.

Si bien hay una ley que respalda los derechos de los adolescentes, que exista no significa que todos la conozcan ni que todos sus destinatarios sepan los beneficios que esta ley conlleva. Bajo el lema que reivindica “todos tenemos derechos” subyace un sentido ¿común? que infiere que si no los conocemos resulta imposible que lo podamos utilizar.

A partir de lo hasta aquí manifestado se planteará una hipótesis que guiará el presente trabajo:

“La intervención del Gobierno de la Ciudad a través de los programas que se implementan en los Centros de Salud que funcionan bajo su órbita en materia de salud sexual y reproductiva deviene en un modo de operar asistencialista y contingente, en lugar de cumplir con las obligaciones de las legislaciones vigentes”

Para contestar las preguntas antes formuladas consideramos pertinente por un lado analizar la Ley y su marco regulatorio tomando en consideración los supuestos

¹ Hasta 1996 cuando se sancionó la Constitución de Buenos Aires, la Ciudad era gobernada, según lo establecía los términos que fijaba la ley de federalización de Buenos Aires, por un intendente designado por el Presidente de la Nación con acuerdo de la Cámara de Senadores. Actualmente el Poder Ejecutivo de la Ciudad de Buenos Aires es ejercido por un Jefe de Gobierno electo por el voto popular, cuya duración en el cargo es de cuatro años y con la posibilidad de reelección por un sólo período.

teóricos que la formulan. Por otro lado, abordaremos el análisis de nuestro tema relevando las percepciones y reflexiones de los responsables del programa de la Ciudad para entender, a partir de sus voces, cómo se llevan a cabo las estrategias de promoción y prevención en los centros de salud del Gobierno de la Ciudad.

En definitiva, el presente trabajo pretende aportar información útil para redefinir las estrategias comunicacionales apropiadas para facilitar el acceso de la población al programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y, de esta manera, contribuir a mejorar la calidad de la atención de los servicios y el cumplimiento de los derechos de las adolescentes.

Objetivos

➤ **Objetivo General**

- *Analizar las actividades de promoción y prevención sobre salud sexual y procreación responsable que se desarrollan en los centros de salud del gobierno de la ciudad, a fin de comprender cuáles son las estrategias comunicacionales y de atención utilizadas para disminuir los embarazos no planificados en los adolescentes.*

➤ **Objetivos Específicos**

- *Determinar cómo se planifican las diversas actividades que se implementan en los centros de salud con respecto a los embarazos no planificados.*
- *Analizar los materiales que le presentan a los/as adolescentes en los Centros de Salud sobre salud sexual.*
- *Conocer si la modalidad de atención e información suministrada en los Centros de salud son suficientes para la prevención de los embarazos no planificados.*
- *Relevar la opinión de los adolescentes sobre la información y las actividades que se llevan adelante en los centros de salud.*
- *Indagar cuál es la percepción de los coordinadores del programa sobre salud sexual y procreación responsable en los centros de salud.*
- *Analizar estos procesos dentro de un marco a nivel macro de descentralización de las instituciones*

Capítulo I Marco Metodológico

"No existe ni puede darse por válida una pretendida neutralidad frente a los acontecimientos sociales, toda intervención que pretende una transformación social implica asumir un punto de vista determinado frente a un objeto. En este sentido, elegir una herramienta metodológica es una toma de posición".

Washington Uranga²

La realidad no es algo establecido rígido, sino por el contrario, es dinámica y es posible abordarla “a partir de la elección de presupuestos teóricos y de los métodos y técnicas más adecuados para acceder a la información que permita responder a las preguntas y demandas que surgen de las prácticas en las organizaciones y en los espacios sociales”³.

En este capítulo se hace referencia a la metodología seleccionada en todo proceso de investigación. En esa dirección y en función de las características del problema investigado y de los objetivos propuestos, se expone el tipo y diseño de investigación, el universo de estudio, el instrumento para la recolección de la información y el análisis interpretativo de los datos obtenidos.

Cada una de las técnicas utilizadas fue la pertinente para recoger información sobre algunas dimensiones de los objetivos del estudio.

² Uranga, W, 1999.

³ Uranga, W; Bruno, D.; “Tres perspectivas para comprender/nos”; Mimeo. Buenos Aires, 2001.

Etapas de la investigación

Hablamos de fases del trabajo, en cuanto nos parece el mejor modo de estructurarlo a los fines de dejar en claro cuál es nuestra propuesta y cuál era la búsqueda y con ella los pasos elegidos a seguir.

El universo de estudio está constituido por dos centros de salud:

- CeSAC N° 1 - Domicilio: Directorio 4210

Barrio: Parque Avellaneda

Directora: Gladis Bianchi

- CeSAC N° 22 - Domicilio: Guzmán 90

Barrio: Villa Crespo

Directora: Liliana Wagner

La elección de estos centros no tiene como fin la comparación entre ambos, sino que la premisa es que puedan proporcionar más información a la temática abordada ya que dependen de dos hospitales diferentes, lo que implica dos propuestas de trabajo, que si bien funcionan dentro del mismo marco, pueden no coincidir en su totalidad ya que están llevadas a la práctica por sujetos sociales –quién si no- que no siempre se manejan con los mismos criterios en la contingencia. Al mismo tiempo, creemos que así se podrá examinar cómo se planea la promoción y la prevención teniendo presente que son dos barrios diferentes de la Capital Federal.

En segundo lugar se analizó el marco normativo conformado por el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del GCBA, la Ley C.A.B.A. N° 418 y la Ley Nacional N° 25.673. Esta información, más las preguntas mencionadas en la introducción, permitieron plantear el objetivo general y los objetivos específicos para una organización adecuada del trabajo.

En una tercera fase, y desde el punto de vista cualitativo, se concretaron entrevistas con informantes clave, con el objetivo de acercarnos más detenidamente al contexto en el que se lleva a cabo el programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. La entrevista a informantes clave se utiliza cuando la información necesaria requiere la opinión de pocas personas que pueden brindarla y que además tienen ciertas particularidades que no hacen recomendable o lógico incluirlas en grupos focales o reuniones grupales con otros actores tanto por razones metodológica-estratégica como políticas⁴.

Para este objetivo se buscó conseguir la palabra de las coordinadoras de los CeSac, y de la coordinadora del Programa a nivel gubernamental.

En esta misma fase se entrevistaron a ocho adolescentes, de entre 14 a 19 años, que concurren a los CeSac. Las entrevistas fueron realizadas en los mismos establecimientos y en su mayoría antes de ser atendidas.

En una cuarta fase se utilizó la observación participante. Esta última se caracteriza por la existencia de un conocimiento previo entre observador y observado y una permisividad en el intercambio, lo cual da lugar a una iniciativa por parte de cada uno de ellos en su interrelación con el otro. El observado puede dirigirse al observador, y el observador al observado en una posición de mayor cercanía psicológica pero con un nivel de participación bajo o nulo⁵. Nos permite describir la realidad social, las percepciones y vivencias de las personas implicadas y el significado de sus acciones, por lo que pensamos que es apropiada para la realización de nuestra investigación.

La observación participante nos permitió tomar conocimiento sobre los servicios que se prestan en los centros de salud, los días y horarios de atención y la modalidad

⁴ Niremborg, O. Et al. *Evaluar para la Transformación*. Ed. Paidós. Buenos Aires. (2000)

⁵ Aguirre Baztán, A.: "Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural" .Ed. Boixareu Universitaria. Barcelona, 1995. p. 73.

utilizada para el otorgamiento de turnos. Este punto resultó muy importante en nuestro trabajo, porque más allá de tener contacto con estas cuestiones operativas, pudimos dar cuenta de cómo se produce la transmisión de la información proporcionada en las carteleras como así también de los folletos que se entregan en los centros de salud sobre el tema que nos compete. Y hablamos de transmisión en tanto el proceso que nos interesa puntualmente indagar: el proceso comunicativo de la información acerca de la reproducción sexual; reconocer las vías, los modos, circuitos comunicativos que se generan, anulan, reproducen en este ámbito.

La quinta consistió en entrevistar a adolescentes que no concurren a los CeSac. Esta muestra fue seleccionada con el objetivo de responder a las preguntas que indagaban acerca de los conocimientos que tenían sobre el Programa y también sobre sus derechos.

La sexta fase analiza la información recolectada en las fases anteriores para relacionarlos con el marco teórico y las conclusiones.

Capítulo II Marco Teórico

***“Si bien toda ley puede ser un importante
instrumento jurídico en defensa de los derechos
de las personas deben concretarse en acciones y
estrategias efectivas”
CONDERS***

Presentación de la Problemática

El embarazo adolescente fue reconocido por primera vez como un problema social y de salud hace tres décadas. En 1974 la Organización Mundial de la Salud (OMS) comienza a prestarle especial atención dentro de la temática de la salubridad adolescente, planteándolo como un problema creciente y de capital importancia. La iniciativa de la OMS en el sentido de reconocer a los adolescentes como un grupo social con una problemática propia que requiere un tratamiento especializado en lo que respecta a salud, información, educación y comunicación encontró eco en la comunidad internacional.

En septiembre de 1992, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud en su XXXVI reunión, aprobó una resolución donde insta a los gobiernos miembros a desarrollar o fortalecer las iniciativas nacionales para promover la salud integral de los/as adolescentes⁶. En la década del '90 se realizarán una serie de esfuerzos internacionales para el mejoramiento de la salud sexual reproductiva y la situación de las niñas, los niños y las mujeres con especial énfasis en los adolescentes.

El embarazo en la adolescencia en la Argentina continúa en ascenso. El 15.5 % de los nacidos vivos son hijos de madres menores de 20 años⁷. Como en otras

⁶ Argentina suscribió esa resolución en marzo de 1993

⁷ Instituto Social y Político de la mujer. Embarazo y maternidad adolescente, datos según el contrainforme CEDAW 2002.

dimensiones del tema, la proporción varía según las regiones del país y diversos estudios indican que el embarazo y maternidad adolescente afectan principalmente a niñas/jóvenes con menor nivel de instrucción⁸. Es decir, la situación socioeconómica condiciona el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes en nuestro país dado que uno de los factores que más incide en los embarazos adolescentes es la pobreza⁹. Los especialistas de UNICEF Argentina afirman que una de las causas más importantes es la falta de información adecuada sobre la sexualidad y el cuidado del cuerpo y la dificultad en el acceso a métodos de prevención¹⁰.

Durante 25 años, la tasa de fertilidad adolescente fue descendente, pero desde 2003 comenzó a subir. Ese índice en la Argentina es de 64 cada mil, superior al promedio que se da en países desarrollados, que es de 27 cada mil, e incluso más alto que el de los menos desarrollados, 54 cada mil¹¹. La persistencia de estas cifras indica que los servicios de salud y el sistema educativo no han implementado acciones ni brindado conocimientos y recursos para evitarlo. En el presente trabajo no se va a plantear una posición moral respecto al embarazo en el transcurso de la adolescencia, sino que se propone analizar el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad y plantear si su promoción y difusión es la adecuada para llegar a todos los destinatarios del Programa.

⁸ Gogna, Mónica, Llovet, Juan José, et. Al., “Los retos de la salud reproductiva : Derechos Humanos y Equidad Social”, en La Argentina que viene, Aldo Isuani, Daniel Filmus (comps.), Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1998, p.340

⁹ Correa Cecilia, Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). Buenos Aires 2003.

¹⁰ www.unicef.org/argentina.

¹¹ Fuente: Pagina 12, 13 de agosto de 2007.

Recorrido Histórico y Marco Legal

En Argentina la protección legal de los derechos sexuales y reproductivos tiene una historia difícil. Las dictaduras y los gobiernos autoritarios han sido sinónimo de restricciones al acceso a la educación sexual, la planificación familiar y el sexo seguro.

En 1974, el Estado¹² -en ese momento en manos de Isabel Perón bajo la influencia de José Lopez Rega- promulgó el Decreto N° 659 que impedía toda acción directa o indirecta de planificación familiar en hospitales públicos y obras sociales y planteaba la venta de anticonceptivos con receta triplicada. Como consecuencia de su aplicación se cerraron sesenta consultorios de planificación familiar, se prohibió la venta de anticonceptivos y todo tipo de actividad tendiente a desarrollar el control sobre la natalidad. Es que según se argumentaba, con ellos se "... estimula modos de vida antagónicos con los que corresponden al destino de un gran país desalentando la consolidación de la unidad familiar desnaturalizando la fundamental función materna y distrayendo nuestros jóvenes de su natural deber como protagonistas del futuro de la patria"¹³. Asimismo se planificó una campaña popular de educación sanitaria para subrayar los riesgos implícitos en las prácticas anticonceptivas, acción que nunca se efectivizó.

Para que quede explicito, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1979 definió la Planificación Familiar Natural como: "técnicas para buscar o evitar los embarazos mediante la observación de los signos y síntomas que, de manera natural, ocurren durante las fases fértiles e infértiles del ciclo menstrual".

¹² Un Estado es el conjunto de instituciones que poseen la autoridad para establecer las normas que regulan una sociedad, teniendo soberanía interna y externa sobre un territorio definido. En la definición de Max Weber el Estado es una organización que reclama para sí el "monopolio sobre la violencia legítima"; por ello, dentro del Estado se incluye a instituciones tales como las fuerzas armadas, la administración pública, los tribunales y la policía. Asimismo, se incluyen dentro de la organización estatal aquellas resultantes de la división de poderes, y otras más sutiles, pero propias del Estado, como la moneda.

¹³ Lubertino, María José, (1996) "Los Derechos Reproductivos en la Argentina" en Instituto Social y Político de la Mujer, www.ispm.org.ar, Buenos Aires.

Durante 1974, en la Conferencia de Bucarest, la delegación argentina apoyó los argumentos esgrimidos por los países menos desarrollados y se alineó en el bloque de aquellos que clamaban contra la ingerencia extranjera en los asuntos internos de cada nación y por el respeto a las identidades culturales. La finalidad principal de la Conferencia era la adopción de un Plan de Acción Mundial sobre este tema. En esta conferencia, la primera sobre población participaron 149 países y se realizó entre el 19 y el 30 de agosto de 1974. El objetivo de la misma era promover el bienestar y el desarrollo de la humanidad.

Durante la dictadura militar, el pretexto de que Argentina era un país con áreas despobladas fue el argumento más fuerte. El Decreto N° 3938 de 1977, promulgado durante la dictadura militar del Gral. Jorge R. Videla, denominado “Política de población”, ratificó el mencionado decreto de 1974 y fijó metas demográficas, señalando la necesidad de “... eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad”, para lograr una mejor “relación entre población y territorio”. Era legítimo, en esa época, el principio de intervención del Estado para actuar explícitamente sobre los comportamientos individuales con el objetivo de alcanzar ciertas metas poblacionales.

El objetivo de las políticas de población es incidir en la dinámica demográfica, es decir, en el tamaño, estructura y distribución de la población con el fin de maximizar las condiciones de vida de la misma. Durante este período se tomaron medidas gubernamentales con el propósito de influir directamente sobre la dinámica demográfica¹⁴.

El país se mantuvo durante estos años al margen de los estudios y mediciones demográficas, negándose a participar en la Encuesta Mundial de Fecundidad y en las Encuestas de Prevalencia de Uso de Anticonceptivos.

¹⁴ Torrado, Susana: Población y Desarrollo en la Argentina (En busca de la relación perdida), Publicación de la Comisión de Familia y Minoridad del H. Senado de la Nación, Buenos Aires, Abril de 1990.

Se reconoce universalmente la legitimidad del Estado para formular y ejecutar políticas implícitas de población, lo que a veces se cuestiona, por el contrario, es que el Estado pueda fijarse legítimamente metas explícitas en materia demográfica. Dicho cuestionamiento concierne casi exclusivamente a las políticas de fecundidad (sean éstas antinatalistas o pronatalistas), aduciéndose que las decisiones relativas al número y espaciamiento de los hijos pertenecen al ámbito de la vida privada del que el Estado debe estar sistemáticamente excluido, es decir, en el que su intervención es ilegítima¹⁵.

El clima ideológico en el período no favoreció iniciativas individuales o institucionales que tendieran a promover los derechos humanos básicos, entre ellos los reproductivos, ni a reformular normas legales autoritarias, ni a defender una bandera ética que supone una armoniosa coexistencia de los principios de justicia, beneficencia, no maleficencia y autonomía.

La segunda Conferencia Mundial de Población en México entre el 6 y el 13 de agosto de 1984 tenía como fin analizar el Plan de Acción Mundial sobre Población aprobado en Bucarest y presentar modificaciones de acuerdo a lo ocurrido en esa década, definir nuevos problemas y reiniciar o reprogramar los programas ya planteados. En la Conferencia se sostiene que “debe permitirse el ejercicio pleno del derecho humano básico de decidir responsablemente respecto de su reproducción”, constituyendo los servicios de salud el instrumento adecuado para orientar y asesorar a las familias en todo lo relativo a su reproducción.

Es por ello que la medida que impedía la libre comercialización de anticonceptivos se elimina durante el gobierno de Raúl Alfonsín, el 5 de diciembre de 1986, Decreto N° 2274. Conjuntamente con ello se autorizó a los servicios de salud estatales para proveer orientación y asistencia en asuntos de procreación -tópico

¹⁵ Torrado, Susana: Población y Desarrollo en la Argentina (En busca de la relación perdida), Publicación de la Comisión de Familia y Minoridad del H. Senado de la Nación, Buenos Aires, Abril de 1990.

ampliamente difundido en la práctica médica privada-, para promover acciones tendientes a mejorar la salud de la madre y el niño, y para fortalecer mediante ellas, los vínculos de libertad y responsabilidad de las familias. Además, se crea la Comisión Interministerial de Políticas de Población.

En 1986 se emitió otro Decreto N° 2298/86, reconociendo los derechos de las personas a decidir libremente la cantidad de hijos que desean tener y con que frecuencia. Pocos meses después de aprobada la normativa mencionada, la Secretaría de Salud y Acción Social de la Nación creó una comisión asesora para trazar los lineamientos de nuevos planes de salud reproductiva para servicios de salud. Paralelamente el Congreso Nacional recibió diez proyectos de ley, impulsados por distintos sectores políticos, en los cuales se reconocía el derecho de los ciudadanos a regular su fecundidad y la obligación del Estado de garantizar el acceso a servicios de salud con competencia en temas reproductivos.

Con la restauración de la democracia se crea la Comisión Nacional de Políticas Familiares y de Población, y en 1988 se disuelve la Comisión Nacional de Política Demográfica (CONAPODE). Esta oficina, creada por el gobierno peronista, en marzo de 1974, en el ámbito del Ministerio del Interior, tenía como misión “proyectar una política nacional de población e intensificar el crecimiento cuantitativo y cualitativo de la población argentina y su más adecuada distribución regional”, Decreto N° 980, 1974¹⁶. Para lograr tal fin se dieron incentivos para la protección de la familia y se eliminaron las barreras para el control de la natalidad. Esta oficina estaba integrada por representantes de todos los Ministerios involucrados en la temática y debía asesorar al Poder Ejecutivo y a las respectivas comisiones de las Cámaras del Congreso de la

¹⁶ 28/03/1974. boletín Oficial. 4/04/1974.

Nación en los asuntos de carácter demográfico o relacionados con las políticas de población¹⁷.

Estos aires de cambio, sumados a la presión que de manera sostenida provenía de los movimientos de mujeres, hicieron que el Instituto Nacional de Obras Sociales - dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social- mediante la Resolución N° 463/88 aceptara la implementación de la asistencia anticonceptiva dentro de los servicios de las obras sociales y de los efectores públicos de salud.

Durante 1988, en el ámbito de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se creó el Programa de Procreación Responsable, encuadrado dentro de los lineamientos del Decreto N° 2274/86. En el marco del Informe Nacional de 1980/90 del Consejo Nacional de la Mujer y la evaluación del Programa de Procreación Responsable realizada en 1993, se calcula que cerca de 22.300 mujeres acudieron anualmente al mismo.

Entre el 5 y el 13 de septiembre de 1994 se realizó la tercera conferencia sobre Población en El Cairo, en la cual se reunieron, luego de diez años, delegaciones del más alto nivel de más de ciento ochenta países de todo el mundo para debatir y consensuar ideas y acciones referidas a la población y el desarrollo. Fue convocada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y tuvo por objeto el examen y evaluación de los logros alcanzados en relación con el Plan de Acción Mundial, acordar acciones necesarias en el futuro y movilizar los recursos para poner en marcha las nuevas recomendaciones.

A nivel nacional parecía que las conferencias internacionales impactaban a nivel nacional, dado que en 1995 la Cámara de Diputados aprobó la Ley de Salud Reproductiva que garantizaba la información y educación sexual y el acceso gratuito a

¹⁷ Novick Susana "La posición Argentina en las tres conferencias mundiales de población. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA. 1999.

los anticonceptivos. Pero el senado no trató la ley, que caducó al vencerse el plazo para su tratamiento y la sanción de diputados se convirtió en un intento valioso que no culminó en el dictado de la ley.

Finalmente, la ley que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable fue aprobada el 30 de octubre de 2002 en el Senado. El Programa Nacional tiene como propósito promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social, así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades en el campo de la salud sexual. Esto implica un pensamiento colectivo que permita construir acciones transformadoras de la realidad, mejorando el acceso a los servicios de salud sexual. El objetivo era extender las conquistas en materia de derechos sexuales y reproductivos a todos los sectores sociales que habitan las diferentes regiones, territorios y barrios. Estos derechos implican: acceder a información basada en el conocimiento científico, acceder a atención de calidad con buen trato y continuidad, acceder de manera gratuita a métodos anticonceptivos y preservativos. Para esto también es necesario generar las condiciones para el ejercicio de estos derechos¹⁸.

La creación del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Procreación Responsable es un paso importante aunque no suficiente. El tiempo que se tardó en aprobar la ley que lo creó es una muestra de las presiones en contra que hay en el país para impedir que a los/as adolescentes se les garanticen sus derechos sexuales y reproductivos. Así por ejemplo, diferentes grupos, ligados a los sectores más conservadores de la Iglesia Católica, solicitaron que no se implemente el Programa y pidieron la inconstitucionalidad de la ley. Este sector siempre tuvo influencia... “en las políticas y estrategias en relación con la salud reproductiva y últimamente en la

¹⁸ www.buenosaires.gov.ar

implementación de campañas preventivas...”¹⁹. También, padres de adolescentes presentaron recursos de amparo para la prohibición de distribución de métodos anticonceptivos a menores, argumentando que vulnera la patria potestad. A pesar de estos pedidos, la justicia aún no ha dado lugar a ninguna petición.

Una vez aprobada la Ley, el ex Ministro de Salud, Ginés González García destacó: “El embarazo adolescente, sobre todo en menores de 18 años esta subiendo mucho, en especial en los sectores más populares. Cuando se tiene una bomba de estas características hay que actuar rápida y energéticamente. Por eso esta ley es muy justa ya que apunta a los sectores que no tienen información y que no pueden acceder por falta de dinero a estos métodos”²⁰.

Por otro lado la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires marcó un notable avance en el reconocimiento explícito de los derechos reproductivos y sexuales. La Ley N° 418, sancionada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el 22 de junio de 2000, fue discutida en un proceso muy ruidoso por la movilización de grupos a favor y en contra. La misma fue a su vez precedida por el Decreto N° 1772/92 del Poder Ejecutivo Nacional y la ordenanza N° 47.731, los cuales establecen la financiación específica para implementar en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el programa de procreación responsable. Desde 1988 ya existía el programa en esta ciudad y desde 1989 contaba con recursos económicos garantizados por una ordenanza municipal para comprar insumos.

El marco normativo a través de la ley sancionada le da un carácter más consistente al programa de la ciudad. Los objetivos de la misma son: garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos;

¹⁹ Gogna Mónica, Programas de salud reproductiva para adolescentes. “Los casos de Buenos Aires, México DF y San Pablo. (CEDES) 2001.

²⁰ Por “Una sexualidad responsable”, Página 12, 01 de noviembre de 2002, por Mariana Carvajal

garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio y disminuir la morbilidad materna e infantil. Son destinatarios de esta ley, la población en general, especialmente las personas en edad fértil.

Este Programa con sus objetivos manifiestos se implementó no sólo en los hospitales de la Ciudad de Buenos Aires, sino que también se instó a aplicarlo en aquellos servicios sanitarios como por ejemplo en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSaC), los cuales funcionan bajo la coordinación de la secretaria de salud correspondiente.

Derechos Humanos, Sexuales y Reproductivos

En el año 1948 la Asamblea General de Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La Carta de Naciones Unidas declara el respeto por los derechos humanos como el principal objetivo de la Organización de las Naciones Unidas, institución que se ha constituido en el foro principal de desarrollo de las normas que regulan los derechos humanos. Cuando hablamos de derechos humanos nos referimos a un marco ético que reconoce que todas las personas poseen dignidad y derechos básicos por el simple hecho de ser seres humanos, por lo tanto, deben ser garantizados. El derecho a la salud es un derecho humano que se encuentra reconocido por numerosos tratados internacionales²¹ y por la Constitución Nacional.

La historia de los derechos reproductivos en nuestro país ha estado signada por políticas sanitarias y políticas demográficas, salud y control poblacional. Desde Alberdi con su “gobernar es poblar” hasta la frase popular “hay que poblar la patagonia”, las ideas pronatalistas, sumamente arraigadas, se han defendido como estrategias para el

²¹ La Declaración Universal de Derechos Humanos; Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, Convención Americana sobre Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales; Convención sobre Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la mujer; Convención sobre los derechos del niño.

control sobre las decisiones de las personas en relación a la procreación para evitar reconocer el derecho de las personas a decidir sobre la reproducción²².

A partir del advenimiento del gobierno democrático en 1983 comenzó a revertirse esta tendencia. Los derechos reproductivos aparecieron como un tema de derechos humanos y de política de salud. El Estado nacional ha suscripto al "Plan Mundial de Acción sobre Población" (México, 1984), a la "Convención sobre la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer" (1979) por Ley N° 23.179 en el año 1985, a las "Estrategias de Nairobi para el avance de la mujer" (1985). Ese mismo año se sancionó la "ley antidiscriminatoria" (N° 23.592) y en 1986, el Decreto N° 2274 del Ministerio de Salud derogó los nefastos decretos de 1974 y 1977²³.

Los derechos del cuerpo están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos y abarcan dos principios: el derecho a la atención a la salud sexual y reproductiva, y el derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva. En primer lugar el resguardo de la salud puede definirse como el derecho que tiene todo individuo a requerir una respuesta sanitaria tanto en el aspecto preventivo como en el asistencial, cuando pueda hallarse en peligro o se encuentre afectada la salud de las personas. En segundo lugar, en términos de Correa,²⁴ los derechos sexuales y los derechos reproductivos son una invención reciente, un concepto en construcción y reconstrucción, que ha alcanzado un status político poderoso en potencia.

La Declaración Universal de los Derechos Sexuales fue aprobada por la Asamblea General de la Asociación Municipal de Sexología el 26 de agosto de 2000, en

²² Las políticas de control de la natalidad se encuentran enumeradas en el apartado Recorrido Histórico y Marco Legal.

²³ José Lopez Rega promulgó el Decreto N° 659, en 1974, que impedía toda acción directa o indirecta de planificación familiar en hospitales públicos y obras sociales y planteaba la venta de anticonceptivos con receta triplicada. El Decreto N° 3938, de 1977, denominado "Política de población", fue promulgado durante la dictadura militar del Gral Jorge R. Videla.

²⁴ Correa Sonia, "Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política", Serie aportes al debate N° 1, MYSU, Montevideo, 2003.

el 14º Congreso Mundial de Sexología realizada en Hong Kong. Entre otros, promueve los siguientes derechos:

- Derecho a la libertad sexual. Excluye todas las formas de coerción sexual.
- Derecho a la privacidad sexual. Involucra el derecho a tomar decisiones individuales y conductas sobre la intimidad.
- Derecho a tener opciones reproductivas libres y responsables. Abarca el derecho a decidir sobre tener hijos o no, cuántos y el tiempo entre uno y otro. También se relaciona con el derecho a acceder a los métodos de regulación de la fertilidad.
- Derecho al placer sexual.
- Derecho a la educación sexual comprensiva.
- Derecho a la información basada en el conocimiento científico.
- Derecho al cuidado de la salud sexual.

Los derechos sexuales y reproductivos se refieren a la esfera de la sexualidad y de la reproducción pero no la agotan: sólo establecen un piso para facilitar su ejercicio en el marco igualitario del respeto por la diversidad humana. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2002²⁵ define a la salud sexual y reproductiva como una condición de bienestar físico, mental y social de la persona en todo lo relativo al aparato genital y sus funciones. Va mucho más allá de la ausencia de enfermedades; consiste en la posibilidad de llevar una vida sexual placentera. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener

²⁵ www.ops.gov.ar

hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres a estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia, que sean seguros, aceptables y eficaces; y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz sin riesgos.

Derechos sexuales de la mujer

En la historia de la humanidad, hasta no hace mucho tiempo, se pensaba y ubicaba a la mujer en las actividades tradicionales, destinadas casi exclusivamente a su función reproductiva²⁶. Las luchas igualitarias de género fueron aportando valiosas conquistas como por ejemplo los derechos civiles, sociales y políticos, no así la importante asignatura pendiente que son los derechos sexuales.

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), aprobada por Asamblea General de la ONU en 1979, es el primer documento que reconoce explícitamente los derechos humanos relativos a los servicios de planificación familiar, nutrición durante el embarazo, e información y educación para poder decidir el número y espaciamiento de sus hijos.

Históricamente, las mujeres argentinas han visto muy afectado su derecho a decidir libre y responsablemente si tener o no hijos, cuántos, cuándo y cómo tenerlos, y a pesar de las recomendaciones de la CEDAW y otros instrumentos internacionales de derechos humanos, la situación no se ha modificado demasiado. Argentina suscribió a la Convención en 1980, a través de la Ley N° 23.179.

²⁶ Zothner Caivano Elsa, Apfelbaum Leticia, (2001), "Salud Sexual y Reproductiva", Temas de Actualización Legislativa, Dirección General de la Mujer, Secretaría de Promoción Social, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Cedes/Salud N° de inventario 129117.

El Protocolo Facultativo, aprobado por Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1999, es en realidad, como su nombre lo indica, un instrumento asociado a la Convención²⁷. El Protocolo Facultativo es opcional, eso significa que no hay ninguna obligación por parte de los Estados partes de la Convención de adherir a él. El proceso de ratificación del protocolo de CEDAW en Argentina se efectivizó en noviembre de 2006. La aprobación debió enfrentar las resistencias sistemáticas de sectores conservadores de la sociedad, pero bien valió la pena dado que de ahora en adelante, aquellas mujeres víctimas de discriminación o violencia de género podrán recurrir, una vez agotadas las instancias jurisdiccionales internas del Estado, al Comité de la CEDAW, compuesto por expertas independientes.

En la Convención se reconoce la necesidad de examinar las normas y prácticas sociales relativas al género para asegurar que no debiliten las garantías de vigencia de los derechos, que aseguren la igualdad de ambos sexos en todos los aspectos de sus vidas. La CEDAW adquiere carácter constitucional, así fue asumido el compromiso del Estado para adoptar medidas que eliminan la discriminación en el acceso a los servicios de atención médica, incluyendo la planificación familiar (art. 12), el compromiso para asegurar a hombres y mujeres “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos, el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a información, educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (art.16).

A partir de la CEDAW consagrada como la Convención de los Derechos Fundamentales de la Mujer, la condición de las mismas comienza a ser considerada más profundamente en la planificación de políticas públicas.

²⁷ Libertino, Maria José. “El proceso de ratificación del Protocolo Facultativo de la CEDAW en Argentina. En www.inadi.gov.ar Buenos Aires, 15 de marzo de 2007

Se entiende por política pública el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran como prioritario²⁸.

En la Convención se trata de abordar la discriminación generalizada de índole social, cultural y económico contra la mujer y se declara que los Estados deben esforzarse por modificar las pautas sociales y culturales de conducta que crean estereotipos para uno y otro sexo o colocan a las mujeres en posición de inferioridad. También se declara que los Estados deben velar porque las mujeres tengan igualdad de derechos en materia de educación e igual acceso a la información; eliminar la discriminación contra la mujer en cuanto al acceso a los servicios de salud y en cuestiones relativas al matrimonio y relaciones familiares. Declara que los Estados deben actuar para eliminar toda violación de los derechos de la mujer, sea ésta cometida por personas privadas, grupos u organizaciones.

Al ser un Estado parte de la Convención, nuestro país debe adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención sanitaria inclusive los que se refieren a la “planificación de la familia”. También señala que “los estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.

El Estado argentino, con una tradición persistentemente pronatalista y sensible a las presiones de sectores conservadores dentro y fuera de la Iglesia Católica, no logró establecer políticas públicas suficientemente abarcadoras y persistentes para garantizar

²⁸ Tamayo Saez Manuel, “El análisis de las políticas públicas” en Baños Rafael y Carrillo, Ernesto (comp.) La nueva administración pública, Alianza Universidad, Madrid, 1997.

los derechos sexuales y reproductivos²⁹. Las políticas públicas encaradas por el Estado han apuntado fundamentalmente al aspecto asistencial, brindando asesoramiento psicológico y jurídico en sus dependencias o a través del subsidio a ONG's de mujeres, para la prestación de estos servicios.

Una cuestión de género

Uno de los aspectos importantes para abordar la temática de la salud sexual adolescente es la conceptualización de género. Entendemos el género como conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características femeninas y masculinas a cada sexo, a sus actividades y conductas y a las esferas de la vida. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica formula que un conjunto de prácticas, ideas, discursos y representaciones sociales dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad reproduce las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es propio de cada género³⁰.

Esto último es lo que para cada sociedad significa ser hombre o ser mujer, cómo deben relacionarse entre sí y entre ellos y ellas. El género es una construcción social que establece lo que se espera de cada uno de los sexos, es decir, cuáles son los diferentes comportamientos que se esperan por el hecho de tener un determinado sexo biológico. Se expresa en actitudes, comportamientos y representaciones sociales acerca de lo femenino y lo masculino como atributos naturalizados en las relaciones sociales, así como en las relaciones de poder y subordinación entre varones y mujeres. A diferencia del sexo, el género no es natural y, por lo tanto, puede cambiar; esto es lo que determina

²⁹ ZURUTUZA "El Derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: ¿utopía o estrategia?". en Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres, Edición CLADEM - FEIM - FORO DDSSRR-UNFPA, Buenos Aires, 1998, p. 45.

³⁰ Lamas, M. Cuerpo: diferencia sexual y género, en Cuerpo diferencia sexual y genero editorial Taurus, México 2002.

la "identidad de género o identidad sexual", que es el reconocimiento y aceptación de sí mismo como varón o mujer, o la elección de una identidad sexual diferente del sexo biológico.

Si bien en los primeros años de vida tanto varones como mujeres, niños y niñas son semejantes, en lo que se refiere a los riesgos de vida y enfermedades, es a partir de la adolescencia, en que las necesidades de salud de las mujeres – niñas se diferencian de los varones, principalmente por los problemas asociados a su desarrollo sexual y al comienzo de la maternidad.

En la mujer las expectativas se centran en una sexualidad deserotizada y organizada para la procreación. Desde chicas las mujeres están prefiguradas para la fecundación, los cuidados maternales y la satisfacción de los deseos y requerimientos sexuales masculinos³¹. Hablar de salud de la mujer es cuidarla como sujeto activo y brindarle información y asesoramiento sobre sus derechos sexuales, para el goce y la reproducción; la maternidad responsable; espaciamiento de los hijos; información sobre métodos anticonceptivos y planificación familiar, entre otros.

Descentralización de la Salud

El subsector de salud pública, cuyos recursos provienen del sistema impositivo, provee servicios de manera gratuita a través de una red de hospitales públicos y centros de salud a toda la población. En su mayoría abarca a los sectores de menores recursos³².

Los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSac) no tratan solamente cuestiones médicas. La salud vista desde un marco más amplio requiere de la

³¹ Checa, Susana: "Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente" Artículo en "Anales de Educación Común / Tercer Siglo/ Año 1 /Nº 1-2/ Adolescencia y Juventud/ Septiembre de 2005. Publicación de Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Dirección Provincial de Planeamiento.

³² Acuña Carlos y Chudnovsky Mariana. El sistema de salud en Argentina. Universidad de San Andrés. Marzo de 2002

implementación de acciones territoriales a nivel social, ambiental, psicológico y demás dimensiones que se deseen alcanzar.

Los Centros de Salud de Buenos Aires están regulados por la Ley Básica de Salud N° 153, promulgada el 25 de febrero de 1999, así como los programas de Médicos de Cabecera y los Consultorios Barriales.

La acción que el Gobierno de la Ciudad desearía llevar adelante implica políticas participativas, estimulando la gestión comunitaria y barrial de los vecinos y los usuarios de salud. Los centros de salud intentan implementar programas municipales y nacionales de gran impacto.

Es relevante analizar la noción de descentralización de la salud a partir de la implementación de este tipo de asistencia sanitaria. La descentralización es la capacidad de decisión desde un nivel jerárquico dado a otro inferior dentro del mismo organismo³³. En el artículo 15 del Capítulo 2 de la Ley Básica de Salud³⁴, se indica y proyecta como objetivo la progresiva descentralización del sistema de salud, según el cual se propicia que la población asista a un CeSac –en vez de al hospital- para recibir atención médica. Podemos afirmar que el concepto de descentralización de los servicios de salud representa una estrategia política para reformar este tipo de sistema. En el artículo 26 de la misma ley se plantea que “la autoridad de aplicación debe desarrollar la descentralización administrativa de los efectores dirigida al incremento de sus competencias institucionales en la gestión operativa, administrativo-financiera y del personal, manteniendo y fortaleciendo la integridad del sistema a través de las redes dispuestas”.

³³ Manzanal Mabel. “Descentralización, transformación del régimen político y cambio en el modelo de desarrollo. El caso Argentino”. Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia y Programa de apoyo a la descentralización y el Desarrollo local para la paz. Bogotá 2005.

³⁴ Ley N° 153, promulgada el 25 de febrero de 1999

Lo que se pretende con la idea de la descentralización es la solidaridad, la búsqueda de la equidad, el acceso universal a la salud y estos principios son los que guían las reformas que incluyen las ideas de descentralización. Esta última en sistemas locales de salud se vincula con programas de participación social. La descentralización supone la creación de un ente distinto de aquel del cual se transfiere capacidad decisoria, supone concesión de personería jurídica propia, tener recursos y normas propias de funcionamiento.

Los defensores de la descentralización, consideran que la misma mejora la calidad de la atención y aumenta la cobertura de los servicios, hace más eficaz la provisión de los mismos, aumenta la equidad en la distribución de los recursos a los barrios más carenciadas, favorece la participación de la comunidad y disminuye los gastos del nivel central.

Por lo tanto, el objetivo de la descentralización es obtener una mayor eficiencia y efectividad en la prestación de los servicios públicos, que se fundamente en una mayor participación ciudadana, fortaleciendo así la democratización de la función pública y fomentando una cultura de responsabilidades compartidas.

Consecuentemente, la descentralización posibilita aplicar los programas hospitalarios a un nivel más cercano de los ciudadanos como son los CeSac. Esta aproximación entre los profesionales y los pacientes proporciona cierta intimidad e interrelación que muchas veces es difícil conseguirla en un hospital.

Adolescencia

La Organización Mundial de la Salud define a la adolescencia como la época comprendida entre los 10 y 19 años. Desde el punto de vista de la salud reproductiva se trata de una etapa esencial. Aparecen cambios radicales en el cuerpo, surgen nuevas

sensaciones, aunque al mismo tiempo los adolescentes sienten en forma singular las presiones del medio. Es por esta razón, que la falta de información en esta etapa afecta más que en ninguna otra.

Kant³⁵ sostuvo que la autonomía de un sujeto es la condición necesaria de su consideración como sujeto moral. Negarles a los adolescentes su autonomía bajo el supuesto de tener mejores razones que ellos para tomar decisiones morales no solo es jurídicamente violatorio de sus derechos sino moralmente aberrante.

La Convención Internacional por los Derechos del Niño protege el derecho a la vida y la salud, lo que incluye el derecho a una atención médica adecuada, confidencial y segura.

Investigaciones desarrolladas en América Latina revelan que una proporción considerable de jóvenes sabe poco o nada sobre sexualidad y reproducción³⁶, es decir, carecen de información suficiente sobre anticoncepción, tropieza con graves obstáculos cuando intenta acceder a los métodos y tiene grandes dificultades para adoptar medidas de protección en sus prácticas sexuales, quedando expuestos al riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual o a embarazarse sin quererlo³⁷.

Las adolescentes comienzan su vida sexual a edades muy tempranas, careciendo en la mayoría de los casos de información y conocimientos adecuados, e incluso con información distorsionada o tan excesiva, que no pueden utilizarla adecuadamente. Cabe destacar que no es un problema propio y privativo de las clases pobres³⁸. La información inadecuada atrapa a todos los sectores de la sociedad, lo que sucede es que los embarazos no planificados en las adolescentes puede tener distintos finales, dado

³⁵ Kant, Immanuel, "Crítica de la Razón Pura". Editorial Losada. Abril de 2003.

³⁶ Gogna, Mónica Embarazo y Maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, CEDES, Buenos Aires, 2005.

³⁷ Gogna, Mónica Embarazo y Maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas, CEDES, Buenos Aires, 2005.

³⁸ Zothner Caivano Elsa, Apfelbaum Leticia, (2001), "Salud Sexual y Reproductiva", Temas de Actualización Legislativa, Dirección General de la Mujer, Secretaría de Promoción Social, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Cedes/Salud N° de inventario 129117.

que son más las mujeres pobres que mueren por causa de la ilegalidad del aborto. No les ocurre lo mismo a las mujeres de los sectores socio-económicos medios y altos dado que cuentan con el dinero suficiente para recurrir al costoso circuito clandestino.

El cuidado, la atención de la salud reproductiva y el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos están fuera del alcance de muchas mujeres a causa de factores diversos tales como los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad y el cuerpo, los servicios educativos y de salud inadecuados. En particular, las adolescentes son especialmente vulnerables como consecuencia de la falta de información apropiada y de acceso a servicios de salud adecuados.

El comienzo de las relaciones sexuales durante la adolescencia debe ser una decisión autónoma y libre pero así también deben los adolescentes contar con la información adecuada. Más allá de ser un derecho básico de todo adolescente es imperiosa para no correr riesgos innecesarios para la salud de los mismos. Es muy conocida la idea errónea entre los jóvenes que en la primera relación sexual se verían imposibilitados de producir una fecundación. Estas ideas por falta de información adecuada, como otras relacionadas, por ejemplo, con el uso de preservativos y la disminución del placer en la relación sexual perjudican la salud de los adolescentes, quienes por desconocimiento están más expuestos a embarazos no planificados como así también a infecciones de transmisión sexual. Hay muchos mitos que giran alrededor de las relaciones sexuales, sobre todo de la primera. Es necesario esclarecer y poner en evidencia la falsedad de estas afirmaciones comunes y corrientes³⁹ que circulan entre los jóvenes.

Durante la adolescencia sería necesario que estos puedan aprender a conocer y querer sus cuerpos, para ello también es preciso contar con los conocimientos

³⁹ Coordinación académica Eleonor Faur Autoras Cecilia Correa Eleonor Faur María Inés Re Laura Pagani Sexualidad y Salud en la Adolescencia. Feim. Marzo De 2003.

adecuados sobre los cambios que va sufriendo su anatomía y las nuevas sensaciones que él mismo comienza a experimentar.

Contar con las nociones adecuadas les permitiría elegir dentro de un contexto de conocimiento y concientización sobre los riesgos de llevar adelante, por ejemplo, una relación sexual sin protección.

Embarazos no Planificados

En muchos sectores de la población, las adolescentes que quieren ser madres quizás saben que no tienen las condiciones pero tienen el deseo. El deseo es muy complejo, ya que no tiene que ver con la planificación. Para muchas jóvenes la maternidad es un medio para reafirmar un proyecto futuro, continuar estudiando, o una marca de transición hacia otro status⁴⁰.

Este trabajo hace hincapié en los embarazos no planificados, entendiendo que estos últimos son aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno o se dan en una persona que ya no quiere reproducirse. Un embarazo no buscado, no planificado en la adolescencia provoca una ruptura interior y significa asumir un nuevo rol, la maternidad, para la cual difícilmente las niñas/jóvenes estén capacitadas desde el punto de vista psicológico y social⁴¹.

La mayoría de los embarazos adolescentes no son deseados ni buscados por ninguno de los integrantes de la pareja, al menos conscientemente. La ocurrencia del mismo puede deberse a múltiples factores entre los que se encuentran una baja autoestima, la falta de proyectos personales, las malas relaciones familiares, una historia familiar de violencia y el abuso sexual y físico.

⁴⁰ Nahuar Pantoja, A. L. "Ser alguém na vida" : uma análise socio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, en Belem do Para Brasil", en Cadernos de Saude Pública, vol 19, supl 2, pags 335-343, 2003.

⁴¹ Palma, M Irma. "El embarazo adolescente un problema social" Seminario en la adolescencia. Sernam – UNICEF. Chile 1995.

No obstante, uno de los factores importantes es la excesiva información que circula sobre los temas de sexualidad y sobre los métodos de anticoncepción. Esto último determina que haya muchos conceptos mal interpretados en torno a las relaciones sexuales y su inicio.

Un embarazo no deseado o no planificado en la adolescencia determina tomar decisiones y responsabilidades de personas adultas para las que muchas veces no están preparados. Tener un bebé sin planificación en la adolescencia plantea cambios sustanciales de vida, muchos jóvenes deben interrumpir sus estudios⁴² o salir a trabajar antes de lo pensado.

El embarazo en la adolescencia tiene consecuencias psicosociales tanto para la mujer como para el varón. Quizás el efecto sobre los varones este menos estudiado dado que muchas veces no se hacen cargo del bebé. Las mujeres suelen ser las más perjudicadas dado que deben ocuparse de la crianza del niño, como así también preocuparse por poder alimentarlo.

Acercamiento al Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Hablamos del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad que se aplica en los sectores de ginecología, obstetricia y gabinetes de adolescencia infanto-juvenil de los hospitales de la ciudad de Buenos Aires. Se incluyen como prestadores del servicio, los médicos de cabecera y todos los centros de salud barriales en los cuales trabajan de manera interdisciplinaria ginecólogos, trabajadores sociales, psicólogos y médicos, como base de la atención del servicio y que son, a su vez, promotores del programa. A partir de los apelativos

⁴² Las adolescentes deben tener en claro que uno de los derechos básicos de los niños, las niñas y los adolescentes es la educación. Por lo tanto es ilegal que sean expulsadas de las instituciones de enseñanza.

oficiales de estas entidades, ahondaremos en clasificaciones más precisas para comprenderlos.

Para garantizar los beneficios que trae consigo la Ley N° 418 los responsables del Programa sobre Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad pensaron acciones tendientes a acercar a los ciudadanos. Gabriela Perrota⁴³, al explayarse sobre el programa, manifiesta lo siguiente “se propone facilitar el acceso libre y gratuito de la población a la información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado y el cuidado de su salud sexual y reproductiva”.

En líneas generales el programa plantea:

- Llevar adelante actividades de promoción de la salud, prevención, asistenciales y de consejería.
- Destinatarios: Toda la población sin ningún tipo de discriminación y especialmente quienes se encuentren en edad fértil.

Si un programa establece “facilitar el acceso libre y gratuito de la población a la información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado y al cuidado de la salud sexual y reproductiva”, es necesaria una planificación de comunicación para que los destinatarios de estos objetivos tengan a bien anoticiarse de estos beneficios.

Se entiende por planificación a la acción que consiste en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización en un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí que, previstas

⁴³ Gabriela Perrota fue durante 2005 coordinadora junto a Eugenia Trumper del programa del Gobierno de la Ciudad. 10/2005

adecuadamente, tienen el propósito de influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida como deseable, mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos o limitados⁴⁴.

La idea de la planificación es la búsqueda de un pensamiento y de una acción organizada en función de producir cambios en la sociedad, en este sentido, la comunicación es utilizada como una herramienta de interacción y vínculo entre dos o más personas. Se le otorga una importancia fundamental al destinatario, cuya participación en los procesos deja de ser pasiva. Desde esta concepción se intenta guiar a los receptores activos para que se transformen en protagonistas de sus propios cambios y para que elijan con libertad el tipo de sociedad que desean producir⁴⁵.

Para Ander Egg⁴⁶ la planificación trata ni más ni menos de "crear alternativas, allí donde antes no había nada". Se planifica para reducir las incertidumbres sobre la base de un mejor conocimiento de la realidad y la previsión de situaciones. La racionalidad que se utiliza para llevar adelante este objetivo se basa en un procedimiento de selección de alternativas, que se traducen en políticas tendientes al logro de finalidades. La planificación tiene carácter ambivalente; por ser instrumento puede ser utilizado para mantener el *status quo* o para impulsar reformas y cambios estructurales.

El término “planificación” está directamente relacionado con las nociones de planes, programas y proyectos.

El plan hace referencia a las decisiones de carácter general que expresan los lineamientos políticos fundamentales y las prioridades que se derivan de esas formulaciones. Un plan engloba programas y proyectos; de su enunciación derivan propósitos y objetivos más amplios que la suma de los programas y proyectos.

⁴⁴ Zuccchelli, Martín, Metodología del Planeamiento en Comunicación, Teóricos de clase N° 2. Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales. UBA

⁴⁵ Uranga, Washington (2000). "Prólogo". En Comunicación, universidad y desarrollo. Investigaciones de la Plangesco. La Plata

⁴⁶ Ander – Egg, Ezequiel. “Introducción a la planificación”. Ed. Lumen. 1995. Bs As, 1995.

Un programa, hace referencia al conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí. Un programa operacionaliza un plan mediante la realización de acciones orientadas a alcanzar las metas y objetivos propuestos de un período determinado. Siguiendo a Ander Egg⁴⁷, un proyecto, tiene un mayor grado de concreción, hace referencia a un conjunto concreto de actividades interrelacionadas y coordinadas entre sí, que se realizan con el fin de producir determinados bienes y servicios capaces de satisfacer necesidades o resolver problemas.

Tanto los programas como los proyectos se concretan a través de un conjunto de actividades organizadas y articuladas entre sí, para alcanzar determinadas metas y objetivos específicos.

La Acción del Gobierno de la Ciudad

La responsabilidad del Gobierno de la Ciudad en materia de salud sexual y reproducción responsable consiste en promover actividades tendientes a alcanzar la salud y el bienestar de cada persona y familiar en particular de aquellos que se encuentran en condiciones de mayor riesgo bio-psico-social. En el ejercicio de su misión, no puede hacer exclusiones de ningún tipo: étnicas, socioeconómicas, de genero, ideológicas, (políticas religiosas).

Un estudio realizado por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes)⁴⁸ indica que los agentes de salud encuentran dificultades para informar acerca de sus derechos a las usuarias. En la medida en que las diferencias socioculturales y económicas operan como barreras en la comunicación médico-paciente se hace difícil

⁴⁷ Ander Egg, Ezequiel. Métodos y Técnicas DE LA Investigación social. Lumen, Bs As. 1997

⁴⁸ Ramos Silvina, Gogna Mónica,, Petracci Mónica, Romero Mariana. "Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?. CEDES. Buenos Aires. 2001.

pensar la posibilidad del consentimiento informado. “La mitad de los especialistas aseguró que existe "alguna dificultad" para informar sobre los derechos que reconoce la Ley 418. Los motivos son: falta de comprensión de las usuarias (83,1%), problemas de comunicación con ellas por su nivel sociocultural y económico (27,7%) y la falta de tiempo durante la consulta (16,9%), que también fue evaluado”⁴⁹.

Se reclama, por un lado, el reconocimiento de los sectores pobres como sujetos de derechos sexuales, para legitimar que el Gobierno de la Ciudad garantice el acceso a la información y los métodos. Pero, por otro lado, no se los reconoce como sujetos con capacidad para comprender cuestiones decisivas en la adquisición de pautas y comportamientos saludables. Controversias presentes que se presentan y deben ser resueltas antes de la planificación estratégica de cualquier programa.

Estrategias Comunicacionales en salud: Promoción y Prevención

Ocuparnos del estudio de las estrategias comunicacionales en salud, nos lleva a reflexionar sobre la comunicación como una dimensión social. Esto requiere alejarnos de la concepción tradicional de los estudios comunicacionales vinculados al desarrollo tecnológico de los medios. Y nos ubica frente a la comunicación concebida como un proceso de prácticas sociales / culturales. Entendemos que la comunicación para la salud “es el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la misma, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente la

⁴⁹ La Nación: 7/11/05

oportunidad de ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar”⁵⁰.

Actualmente las estrategias comunicacionales en salud pública, en relación a lo preventivo, tienden a ver a las instituciones o grupos, como destinatarios a quienes enviar un mensaje unidireccional, produciendo una disociación entre información y comunicación. La comunicación para la salud como aspecto interviniente en las estrategias de promoción de salud, tiende a establecer –según Larrauri- una *ganancia de bienestar* en el colectivo social. Siendo este estado de bienestar un concepto holístico, es decir, integrador de los distintos sectores e instituciones que cohesionan a la comunidad (instituciones escolares, del estado, instituciones culturales y de la sociedad civil). Entendemos entonces estrategia en salud, a la forma de relacionar las necesidades de una comunidad con los recursos institucionales y comunitarios para definir prioridades, considerar alternativas de acción y conducir el proceso elegido. La comunicación para la salud se basa en la aplicación planificada y sistemática de herramientas comunicacionales a los procesos que involucran a las políticas, los planes, las estrategias y las acciones relacionados con la salud pública.

La comunicación en salud contempla formatos participativos y democratizantes y se concibe como un proceso estratégico para optimizar las acciones encaminadas a lograr una utilización racional de la oferta de servicios de salud mejorar la eficiencia y efectividad de los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud que abarca conceptos provenientes de constructos teóricos y que también puede incluir varias áreas tales como la educación, el periodismo sanitario, la comunicación

⁵⁰Larrauri, Raúl (2003). Comunicación para la salud. En la siguiente dirección electrónica URL: <http://www.comminit.com>

interpersonal, la abogacía por la salud en los medios de comunicación, la comunicación dentro de las organizaciones, la comunicación sobre riesgos y el marketing social.

Los programas de comunicación en salud en cuanto a las nociones de prevención y promoción, deben estar basados en la comprensión de las necesidades y las percepciones de las audiencias seleccionadas, sino se vuelven obsoletos y no terminan por cumplir con los objetivos para los que fueron creados.

En la Primera Conferencia Internacional de Promoción de Salud, realizada en Ottawa en 1986 con el patrocinio de la OMS se señala que es necesario facilitar el proceso según el cual se puede movilizar "a la gente para aumentar su control sobre la salud y mejorarla...para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social... ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente". La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma⁵¹.

La promoción de la salud se incorpora como estrategia para lograr un avance integral y responder a los actuales perfiles epidemiológicos y se concibe como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, en búsqueda de mejores condiciones de salud individual y colectiva. Como elemento central considera la participación de la comunidad en el reconocimiento de sus problemas sentidos, en el diseño y evaluación de acciones, planes y programas destinados a su solución.

La Organización Panamericana de la Salud⁵² ha definido la promoción de la salud como el resultado de todas las acciones emprendidas por los diferentes sectores sociales

⁵¹ Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud, 1986.

⁵² OPS, "Libro de lecturas: Manual de Comunicación para Programas de Prevención del uso de Drogas", Reproducción de Documentos Serie No. 12. HPP/ HPL/ 95.8 www.ops.gov.ar, 1995.

para el desarrollo de mejores condiciones de salud personal y colectiva para toda la población, en el contexto de la vida cotidiana. La promoción de la salud consiste en proveer a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y adoptar un estilo de vida sano.

El énfasis sobre la noción de prevención esta puesto dado que no hay suficientes programas de prevención que lleguen de manera directa a las destinatarias; en particular, prácticamente no existen recursos institucionales específicos para los casos de extremo riesgo de vida⁵³. En los últimos años las definiciones de las Políticas de Salud han pasado a considerar especialmente el valor de las prácticas de prevención. Estas han sido definidas sobre todo "como aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad⁵⁴".

Los esfuerzos realizados para "anticipar" eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables, son conocidos con el nombre de prevención⁵⁵. "Trabajar en prevención es trabajar con las causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora para tratarlo después significaría un gran costo en dinero, en sufrimiento, en expectativas de vida"⁵⁶.

La prevención en el campo de salud implica una concepción científica de trabajo, no es sólo un modo de hacer, es un modo de pensar. Es también un modo de organizar y de actuar, un organizador imprescindible en la concepción de un sistema de

⁵³ Derechos Humanos de las mujeres: asignaturas pendientes del Estado Argentino. Contrainforme presentado por un grupo de ONG al comité de la CEDAW para la sesión de agosto de 2002

⁵⁴ OPS, 1995

⁵⁵ OPS, 1995.

⁵⁶ Topf J, 1996, "La Prevención en Salud. Algunos referentes conceptuales". Centro de Investigaciones Sociológicas y Psicológicas. 2000.

salud. Un sistema de salud es más eficaz en la medida que prevenga más que cure. Por eso es muy real el dicho popular que plantea *es mejor prevenir que curar*.

Capítulo III Estado del Arte

***“... los hallazgos de la investigación sugieren que se ha progresado desde mediados de la década del 70, cuando algunos pioneros imaginaron programas y servicios que pudieran satisfacer las necesidades de los adolescentes, especialmente las de aquellos provenientes de los grupos más vulnerables”⁵⁷.
Gogna, Mónica***

Si bien este trabajo partió de un correo electrónico que contenía información sobre servicios de salud que se supone deberían ser conocidos los cuestionamientos que a partir de éste surgieron llenaban páginas de documentos e informes desde hace bastante tiempo atrás. Muchas investigadoras de renombre las venían planteando en sus investigaciones, tratando de reflexionar sobre las cuestiones que hemos expresado, pertinentes a la prevención del embarazo adolescente y a la promoción del Programa sobre Salud Sexual y Procreación Responsable.

Las autoras, cuyas obras han sido utilizadas en el presente trabajo, pertenecen a distintas organizaciones, como el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), donde se desempeña Mónica Gogna, como coordinadora de numerosas investigaciones; el Centro de Estudios de Población (CENEP), con Edith Pantelides entre otras; y la investigadora Susana Checa, integrante del Foro por los Derechos Reproductivos y coordinadora del Consorcio Nacional de Derechos Reproductivos y Sexuales.

Esta tesis plantea puntos de identificación con algunas de las ideas desarrolladas en las investigaciones de Mónica Gogna, cuyos trabajos no solo se han centrado en los sistemas de salud en la Argentina, sino que ha coordinado investigaciones⁵⁸ en varios

⁵⁷ Gogna, Mónica

⁵⁸ Programa de Salud Reproductiva para adolescentes. Los casos de México, Buenos Aires, México D.F. y San Pablo. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. CEDES. 2001. Feminidades y masculinidades: estudios sobre la salud reproductiva y sexualidades en Argentina, Chile y Colombia. Buenos Aires: CEDES, 2000. Experiencia innovadora en la salud reproductiva. La complementación de las Ciencias Médicas y Sociales CEDES, 2002.

países de Latinoamérica. Sus investigaciones, no sólo en términos de contenido, sino de estructura han contribuido de manera especial en el desarrollo de este trabajo.

Su interés la ha llevado a coordinar investigaciones para analizar programas y servicios de salud específicamente dirigidos a los adolescentes. Se resalta dentro de sus investigaciones una intensa reflexión sobre las cuestiones aún deficitarias del sector salud pero también aporta estrategias y alternativas para mejorar el funcionamiento de los programas y reorientar las políticas y programas de salud. Este es el caso de *Embarazo y Maternidad en la Adolescencia. Estereotipos, evidencia y propuestas para políticas públicas*, en donde a partir de un trabajo exhaustivo propone, junto con otras investigadoras, analizar distintos programas en diferentes provincias de Argentina. Otro trabajo relevante, dado que no solo se acerca a la problemática nacional, es *Programas de Salud Reproductiva para adolescentes en donde se plantean los casos de Mexico D.F, San Pablo y Buenos Aires* donde se analiza el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad cuyas dimensiones de análisis son similares a las que ella plantea en gran parte de sus obras: prevención, promoción, acceso, calidad de atención entre otras. Su línea de investigación parte de la idea que la existencia de programas y servicios de salud específicamente dirigidos a los adolescentes resulta importante para que mujeres y varones puedan protegerse de los embarazos no planificados, acceder a los servicios que les corresponden por tener derechos propios pero, para que estos programas funcionen de manera eficiente es necesario reorientar las políticas, escuchar más a los adolescentes e investigar cuales son las vías estratégicas de comunicación para poder llegar a ellos con un mensaje que resulte claro. Es importante destacar una de las conclusiones que se extraen de estas

Embarazo y maternidad en la adolescencia: Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires, CEDES/UNICEF, 2005.

investigaciones y es que los programas deben encuadrarse dentro de las circunstancias que vive cada provincia. Dado que cada una va a priorizar algunas cuestiones que en otras quizás están mejor organizadas.

Por otro lado, Edith Pantelides nos permite a través de sus investigaciones⁵⁹ actualizar los conocimientos acerca de la salud reproductiva de los adolescentes. Como en el caso de Gogna, las investigaciones de Pantelides plantean las problemáticas no solo de Argentina sino también de Latinoamérica. Esta socióloga en muchas de sus investigaciones trabaja con estadísticas y censos que le permiten poner en evidencia ciertas deficiencias de los programas.

Su interés está puesto, como en el presente trabajo, en las siguientes dimensiones: fecundidad adolescente, los problemas que tienen los jóvenes en el acceso a la información, los conocimientos que poseen acerca de los métodos anticonceptivos que pueden utilizar para protegerse no solo para evitar embarazos no planificados sino para evitar contraer enfermedades de transmisión sexual y la relación directa entre maternidad y escolaridad.

La presencia de esta autora en el presente trabajo está relacionado con las problemáticas que aborda en sus estudios. Las investigaciones de Pantelides permitieron poner en evidencia que los adolescentes tienen conocimientos acerca de los distintos métodos anticonceptivos pero los mitos que giran alrededor de los mismos no les permiten utilizarlos.

⁵⁹La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires: CEDES-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-UNICEF Argentina (capítulo 4). 2005.
Fecundidad adolescente: informe final de investigación. Buenos Aires: CENEP Mimeo. Disponible en el website del Ministerio de Salud. También publicado como un Documento de Trabajo de CENEP (N°4). 2004
Salud sexual y reproductiva adolescente en América latina y el Caribe. CENEP. Buenos Aires 2005.

Si bien las investigaciones planteadas enfocan la problemática desde un nivel macro, desarrollo imposible en la presente tesis, la lógica de investigación y las dimensiones que utilizan fueron de gran utilidad para el desarrollo del presente trabajo.

Las investigaciones de Susana Checa⁶⁰ reflexionan sobre los derechos de los adolescentes. Plantea en sus investigaciones que si bien pueden existir tratados, leyes y pactos ellas son condiciones necesarias pero no suficientes para que los adolescentes puedan acceder a dichos derechos. Este enfoque fue tomado para el desarrollo de la presente tesis, entendiendo que la existencia de un exhaustivo marco legal no se expresa, necesariamente, en la vida cotidiana de los adolescentes.

Las investigaciones de Checa afirman que la escuela debe ser un medio para el acceso de los adolescentes a una información adecuada que es fundamental para prevenir casos de embarazos, enfermedades de transmisión sexual y promover el uso de anticonceptivos. La autora plantea que los resultados de las investigaciones permitirán orientar acciones y programas de prevención y atención integral en materia de salud sexual y reproductiva. En coincidencia con el pensamiento de esta autora podemos afirmar que cuando realizamos el análisis de los datos se comprobó que es necesario el rediseño del Programa a partir de un diagnóstico de situación, dado que sin el mismo es imposible llevar adelante ninguna práctica.

⁶⁰ Checa, Susana: "Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente" Artículo en "Anales de Educación Común / Tercer Siglo/ Año 1 /Nº 1-2/ Adolescencia y Juventud/ Septiembre de 2005. Publicación de Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires. Dirección Provincial de Planeamiento. Checa Susana-: Género, Sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia". Paidós. Buenos Aires. Agosto de 2003.

Susana Checa. "Realidades y Coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad" Paidós. Marzo de 2006.

Capítulo IV Análisis de Datos

“Persisten, y en ocasiones se profundizan, las brechas que existen entre las obligaciones de los estados hacia el derecho a la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la equidad de género, y lo que finalmente se traduce en legislación, entre la legislación y las políticas (...), y finalmente entre estas y lo que se concreta en la realidad”

Ana Guezmes⁶¹

Consideraciones del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Gobierno de la Ciudad

El análisis de datos se propone una elaboración del material recolectado de las entrevistas y encuestas junto a la observación participante enmarcándolo en los presupuestos teóricos que guían la investigación.

Parte de la información fue provista por la Dra Margarita Berkenwald, quien fuera coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires hasta fines de mayo. Ocupó el cargo desde la gestión de Jorge Telerman⁶² y fue ratificada por el ministro de Salud de la administración de Mauricio Macri, Jorge Lemus. La Dra Berkenwald fue entrevistada en el mes de marzo de 2008 en el pabellón del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable del Hospital Rivadavia. El objetivo de esta entrevista fue poner de manifiesto la visión oficial del Programa, se profundizó en la difusión del mismo y en los mecanismos de prevención y promoción.

⁶¹ “Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género”. Capítulos III Y IV, OPS, Marzo de 2004.

⁶² Dicha gestión comienza en marzo de 2006.

Se abordó a través de entrevistas pautadas a la Dra. Perla Kot, responsable del programa en el CeSac N° 13 de Parque Avellaneda, dependiente del Hospital Piñero. La entrevista fue realizada en el mes de febrero de 2008. Por el lado del CeSac N° 22 de Villa Crespo, la palabra la tuvo la coordinadora del programa la Dra Lía Goldenberg. En estas entrevistas las coordinadoras ahondaron en las virtudes y las dificultades del Programa, quienes dieron sus opiniones acerca de los conocimientos que poseen los adolescentes con respecto a sus derechos sexuales.

Además para el presente trabajo fueron entrevistados adolescentes que se atendieron en los servicios que se prestan en los CeSac 13 y 22, y en el centro comunitario de Villa Luro. La franja etarea fue desde los 13 a los 19 años. En estas entrevistas se recabaron sus opiniones acerca del conocimiento del programa y las modalidades de atención en los CeSac. Sin llegar a ser entrevistas se conversó entre consulta y consulta con distintas profesionales que prestan sus servicios en los CeSac.

Es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones con respecto a los centros de salud y al Programa sobre Salud Sexual y Procreación Responsable que se lleva adelante en los mismos:

La Dra Perla Kot⁶³, quien se desempeña en el CeSac número 13, ubicado en el Parque Avellaneda, define claramente por qué los servicios que se ofrecen en los centros de salud son importantes: *“La idea de un centro de salud es la atención primaria de la salud, es la puerta de entrada al sistema. En los países desarrollados cada vez se le da más importancia a la atención primaria que a la de alta complejidad porque la base es la atención primaria de la salud, que en nuestro país estuvo muy ignorada en cierto nivel. La detección de las enfermedades básicas se hacen acá, en los CeSac”*. Es por esta razón que sería importante en primer lugar promover los servicios

⁶³ Entrevista realizada a la Dra Perla Kot, en el Cesac 13 de Parque Avellaneda, marzo de 2008

que ofrecen los CeSac no solo a nivel de Procreación Responsable sino en un nivel más general en donde los vecinos conozcan que pueden consultar sobre diversos servicios de manera gratuita y con una atención más personalizada que la de un hospital dado que la envergadura de un CeSac, a nivel de profesionales e infraestructura, es menos compleja que la de un hospital. La burocracia es menos tediosa, los profesionales serán los mismos cada vez que uno vaya a atenderse, los estudios y la atención personalizada merecen un reconocimiento importante dada la dedicación que las profesionales dedican en cada una de las áreas.

Un punto que Kot resalta –y que presupone como un contrapunto con la política de salud de la intendencia macrista- radica en que el Centro en el que trabaja recibe en sus consultas no sólo a personas del barrio en el que está situado, sino que a él llegan personas de la provincia de Buenos Aires. *“Se acercan para atenderse una población importante del bajo Flores, Floresta, pero también viene gente de Haedo, Morón y González Catán. Hay un área programática determinada que le corresponde a cada centro de salud”*⁶⁴. En tanto, distingue que el nivel de escolaridad alcanzado por los jóvenes es bajo, puesto que en su mayoría no finalizan el ciclo primario al tiempo que muy pocos integran o forman parte del mercado de trabajo. El derecho a la educación, a la salud, a una vivienda digna son derechos plasmados en papeles pero aun no se implementan en los verdaderos destinatarios.

La Dra. Lía Goldenberg⁶⁵, quien cumple sus funciones en el CeSac N° 22 de Villa Crespo, amplió el concepto de lo que significan los espacios sanitarios comunitarios. *“Un centro de salud, es un centro de salud y acción comunitaria. No sólo se atiende en los consultorios propios –entendida ésta como atención primaria- sino que además se hace prevención a nivel intra y extramural. Es decir, se sale a la comunidad para llevar*

⁶⁴ Entrevista realizada a la Dra. Perla Kot, en el Cesac 13 de Parque Avellaneda, marzo de 2008.

⁶⁵ Entrevista realizada a la Dra. Lía Goldenberg, en el Cesac 22, Villa Crespo.

información acerca de lo que hacemos al tiempo que se hacen campañas de vacunación o prevención de un determinado tema, que según la época del año lo determinamos nosotros en función de pesquisas realizadas. O bien por campañas a nivel nacional o de la ciudad con directivas, en este caso, de la Secretaría de Salud”. Goldenberg amplía que todos los CeSac dependen de un hospital, al cual referencia a los pacientes que requieren un segundo nivel de atención, según el área de influencia asignada. Es por esto que un mismo hospital puede tener varios centros de salud dependientes

El programa tiene un presupuesto de un millón de pesos, destinado a la compra de insumos para el año de trabajo, explica la Dra Berkenwald. En lo que se refiere a métodos anticonceptivos, los pedidos se realizan bimensualmente a través de los encargados que son quienes confeccionan una planilla con el detalle de los insumos faltantes. Los materiales son entregados en la farmacia de cada centro de salud y son recibidos por una coordinadora, en ninguno de los CeSac hay falta de insumos. Este es un elemento que merece importancia porque si la promoción fuera la adecuada se facilitaría el acceso. Cada uno de los CeSac saca el promedio de los insumos que probablemente utilice hasta la próxima entrega, la coordinadora del programa realiza el pedido y este es entregado.

A) Análisis del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable desde la perspectiva de los efectores, coordinadores y Responsables-

a) Características del Programa sobre Salud Sexual y Procreación Responsable en los CeSac.

El equipo de recursos humanos que participa del programa en los CeSac es heterogéneo: dos toco ginecólogas, una de ellas es la Coordinadora del programa, que concurre mensualmente a las reuniones de la Coordinación a nivel central (Secretaría de Salud- GCBA). Esta última entrega métodos anticonceptivos, confecciona el Carnet de

Salud de la Mujer y realiza controles ginecológicos. También actúa una Obstétrica, quien ejecuta la misma labor y además cumple controles de embarazo y puerperio. La trabajadora social es quien hace la articulación y el seguimiento en los casos que así lo requieran. Una psicóloga realiza evaluaciones de las problemáticas personales en cada caso. Una médica pediatra (Becaria) es la encargada de la difusión del programa a través de la cartelera y folletería al tiempo que realiza controles clínicos de los adolescentes. Todos los profesionales mencionados son capacitados de manera constante. La capacitación se realiza en el Hospital Rivadavia mensualmente y esta destinada a las coordinadoras que serán las encargadas de transmitir la información brindada a los demás efectores del Programa del CeSac correspondiente.

Las profesionales que participan en el programa coinciden en que concebir a los adolescentes como sujetos de derechos implica respetar y garantizar también sus derechos sexuales y reproductivos. Esto significa asegurarles el acceso a la educación sexual, a la información adecuada para evitar embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA y a los servicios de salud, que deben garantizar un clima de confianza, privacidad y confidencialidad. Las coordinadoras de los CeSac coinciden en que los adolescentes no tienen ningún conocimiento acerca de sus derechos. Como se afirmó en el marco teórico existe una proporción considerable de jóvenes que sabe poco o nada sobre sexualidad y reproducción, sobre sus derechos y sobre los beneficios que tendrían al conocer los programas que están destinados a esta población.

b) Promoción y Prevención

En el marco teórico se afirmó que la prevención hace referencia a actuar antes de que se presenten problemas o enfermedades, y la promoción es el proceso por el cual los individuos están en condiciones de ejercer un mayor control sobre el cuidado de su salud⁶⁶. No es común que se actúe antes de que se presenten los problemas por el contrario una vía de llegada entre los jóvenes para atraerlos es solucionar sus problemas, sus urgencias, una vez que estos ya han sucedido. Este es el ejemplo de Yesica quien afirma que la Doctora que la asiste le va a informar sobre los métodos anticonceptivos una vez que tenga a su primer bebe. Yesica no había elegido quedar embarazada prefería estudiar o trabajar. En estos momentos se encuentra contenida en el CeSac y a partir de ahora tendrá la posibilidad de elegir con información cuando querrá tener a su próximo hijo.

Las actividades de promoción y prevención del Programa dependen de cada CeSac. En el caso del CeSac N° 13 la vía de acción son los programas que se realizan en el Centro. *“Son como planes que se hacen para determinados sistemas, algunos son bajados del nivel central, como el programa de procreación, el programa de salud escolar, el programa SIDA y el programa hablando de salud. Y después hay programas propios del centro de salud que tienen que ver con las necesidades del barrio, como por ejemplo con el programa SIDA”*, afirma la Dra Kot, coordinadora del CeSac 13 de Parque Avellaneda.

Puntualmente, los ejecutantes del Programa de Salud Sexual y Procreación responsable del CeSac 13 de Parque Avellaneda afirman: *“damos charlas en los colegios secundarios del barrio. Eso lo hacemos habitualmente y depende de cada centro de salud. Eso depende de nuestras propias programaciones y de la aceptación*

⁶⁶ (AAVV: 2003)

de las autoridades de los mismos. Por ahora sólo eso, no hay actividades concretas para este programa, se puede decir que hay falta de promoción adecuada del programa para que su alcance permita lograr una mayor cobertura”, precisa la Dra Kot. Se encuentra una falta adecuada de promoción del programa dado que se limita el acceso al programa a los adolescentes que concurren a establecimientos educativos.

A estas charlas con adolescentes en las escuelas es variado el personal especializado que concurre: una trabajadora social, una psicóloga, una obstétrica, una pediatra y la coordinadora del programa. Kot relata que se formulan muchas preguntas: *“Un 50% de las preguntas son sobre sexualidad y el 50% sobre anticoncepción. Esa es nuestra mayor llegada a los adolescentes. Lo que nosotros notamos cuando vamos a dar una charla es que muchos adolescentes, que van a la escuela de los alrededores, no todos son de la zona. Muchos chicos no tienen acceso al centro de salud, hay muchos chicos excluidos”*⁶⁷.

En el CeSac 22, a los días de atención de cada ginecólogo, se suman los talleres miércoles por la tarde y jueves por la mañana. Son talleres abiertos que involucran a las adolescentes, sus padres y a todas aquellas personas interesadas en la temática. Como nos indica la profesional, *“El efecto es importante, sumamos usuarias al programa”,* pero siempre a través del “boca a boca”. Este es otro indicador de que no hay una estrategia pensada para acercar a los adolescentes.

Los talleres que se realizan en el CeSac 13 se van programando mes a mes. Se realizan talleres para adolescentes donde se profundiza sobre el tema de anticoncepción, se habla sobre los distintos métodos que los adolescentes pueden elegir por ejemplo métodos de barrera, preservativos, métodos hormonales, dispositivos intrauterinos, métodos de abstinencia periódica, anticoncepción de emergencia, coitos interruptus,

⁶⁷ Entrevista realizada a la Dra. Perla Kot, en el CeSac 13 de Parque Avellaneda, marzo de 2008.

también se charla sobre las infecciones de transmisión sexual y las profesionales tratan de generar en las adolescentes respeto por ellas mismas. Esto se da cuando se plantea el tema sobre la preferencia de los varones por no cuidarse y las mujeres muchas veces acceden a este pedido. Aquí se observa la importancia de atender a la dimensión de género. Hay otros talleres donde se encuentran adolescentes mamás para charlar sobre sus experiencias, como hicieron para llevar adelante los nueve meses de embarazo, como las encuentra ahora la maternidad y que es lo que quieren para sus vidas. La mayoría de las chicas que se juntan a charlar, tienen entre 15 y 20 años y prefieren esperar un tiempo para tener otro bebe con la convicción de que darle una buena atención al primero las va a encontrar más fuerte para tener el segundo. Generalmente son menos de diez las que comparten el espacio todos los viernes por la tarde, cuatro de ellas están conviviendo con los padres de sus bebes pero el denominador común de estas experiencias es que ninguna planifico tener un bebe.

De estos talleres puede participar toda la población en general pero mayoritariamente son adolescentes más que personas adultas. La información y las actividades de reflexión que se realizan están en manos de dos profesionales las cuales no solo brindan información sobre salud sexual y procreación sino que es común que hagan foco en el tema de los derechos de los adolescentes. El trato es amable y tiene como característica la buena predisposición y un lenguaje claro para ofrecer la información a los adolescentes que concurren. Estos últimos realizan algunas consultas, con dificultades para preguntar al principio pero luego se van animando con los cuestionamientos.

La promoción de estos talleres se encuentra en las carteleras de los centros de salud y si bien no todas las adolescentes entrevistadas concurrieron a los mismos las que si lo hicieron recomendaron el servicio a otras amigas.

De acuerdo con las palabras de la Dra Margarita Berkenwald, el derecho al cuidado de la salud sexual y reproductiva está *instalado* en la Ciudad, pero al mismo tiempo señala que “*todavía tenemos el gran desafío de extender el Programa, y conseguir que todos los adolescentes, jóvenes, y adultos tengan acceso a los servicios de salud, y a los beneficios que garantiza la ley*”⁶⁸.

Se observa que este programa tiene deficiencias en la prevención. En este sentido no cumple con los objetivos específicos de la Ley 418 que refiere: *Contribuir a la prevención del embarazo no deseado, prestando especial énfasis en los adolescentes*. En el marco teórico se afirmó que no hay suficientes programas de prevención que lleguen de manera directa a las destinatarias y este es el caso. La prevención se puede interpretar como una mera noción teórica dentro de la Ley. Por fuera de ella a nivel del Programa no existen acciones planificadas tendientes a actuar para prevenir los embarazos no planificados.

Las adolescentes que fueron entrevistadas no gozan de estos derechos dado que muchas desconocen el Programa y por otro lado no poseen información adecuada de cómo cuidarse. Y la promoción y la prevención implican como mínimo las consideraciones recién mencionadas. En este sentido no hay un conocimiento exhaustivo de la realidad ni proyectos que permitan prever la aproximación de las usuarias de manera preventiva y no solo en situación de emergencia.

Ninguna de las diez jóvenes entrevistados del centro comunitario Villa Luro conocía el Programa. Por lo que concluyen, las profesionales de los CeSac, que para prevenir embarazos no planificados, es necesaria la difusión y promoción del Programa. Esta deficiencia se nota cuando las adolescentes entrevistadas en los CeSac respondían

⁶⁸ Entrevista realizada a la Dra Margarita Berkenwald en el Hospital Rivadavia, marzo de 2008.

que habían acudido a los servicios porque una amiga o algún familiar se habían atendido. Ninguna nombro otra manera de conocer el Programa.

Es por la ausencia de promoción de este Programa lo que facilita que los adolescentes sigan pensando el tan mentado cliché “*A mi no me va a pasar*”. Muchos adolescentes argentinos, de hecho, tienen poco o ningún acceso a la educación sexual y a la información, conocimiento y reflexión sobre la diversidad de métodos anticonceptivos. Las adolescentes de sectores de menores recursos llevan la peor parte, según Correa⁶⁹: “*No tienen garantizado el acceso a la información, ni a los anticonceptivos, ni a los servicios de salud, porque sin recursos económicos no pueden comprar métodos anticonceptivos ni costearse el viaje a un centro de salud o a un hospital*”.

El lugar clave para hacerles llegar la información necesaria debería ser el ámbito escolar, pero muchos de ellos se encuentran excluidos del mismo o bien las escuelas hacen “oídos sordos” a la ley que establece la educación sexual en los establecimientos. El objetivo de la ley⁷⁰ es asegurar la transmisión de conocimientos sobre la sexualidad a niños y jóvenes, promover actitudes responsables, prevenir problemas vinculados con la salud general, sexual y reproductiva, y procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres. La norma establece que cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad socio-cultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.

La principal falencia que advierten las profesionales es la discontinuidad de las pacientes en el Programa donde prevalece la búsqueda de ayuda en casos de emergencia donde el Centro se transforma en una única consulta de pacientes apremiadas por

⁶⁹ Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) Lic. Cecilia Correa.

⁷⁰ Ley 26153, sancionada el 6/10/2006.

determinadas situaciones. La consulta y el posterior seguimiento son factores importantes a la hora de cumplir con los objetivos del programa. Sin continuidad se hace muy difícil promover el programa, ofrecer los servicios y no menos importante es la realización de estudios ginecológicos a determinadas edades.

c) Estrategias Comunicacionales en salud

Para la Dra Margarita Berkenwald la meta es que los objetivos del programa se cumplan dado que no creen que sea imposible poder concretarlos. La problemática se sitúa en otro lugar dado que entienden que es muy difícil plantear estrategias para atraer a los adolescentes al Programa. La ley está, el programa existe se encuentra plasmado en hojas pero sus objetivos no se están cumpliendo.

Por otro lado y con respecto a la llegada del Programa a los jóvenes la Dra Kot afirma *“lo que sí hacemos es tratar de captarlos cuando vienen a atenderse, tratamos que a los adolescentes se los atienda en el momento para atraerlos, pero generalmente es por turno. Eso también lleva problemas con las administrativas: algunas lo entienden otras no. Los adolescentes perciben entonces estas diferencias y se terminan alejando. Para que quede claro: cuando nosotros vemos un adolescente, cuando vemos un adolescente con problemas lo atendemos en el momento”*⁷¹. Esto podría considerarse como una buena predisposición de la profesional actuante, pero deja afuera la idea de una estrategia de acción. Al actuar aleatoriamente dependiendo de la voluntad del “administrativo de turno”, se pierde una acción integral e integradora que mantenga cierta coherencia.

⁷¹ Entrevista realizada a la Dra. Perla Kot, en el CeSac 13 de Parque Avellaneda, marzo de 2008.

La Dra. Kot y la Dra. Goldemberg, como el plantel que con ellas trabajan en el Programa coinciden en que el “boca a boca” es la mejor manera de promocionar el programa, dado que no se ha planificado un programa especializado para los jóvenes. Entonces la atención personalizada, la calidad y contención de las profesionales actuantes promueven la publicidad del programa entre las mismas jóvenes que vienen a atenderse. Ejemplo de estas afirmaciones son los talleres de carácter preventivo que se dictan en el CeSac 22 en donde se busca ofrecer herramientas que posibiliten a los adolescentes apropiarse de información importante para su vida sexual.

Hay un común denominar que funciona como eje en la relación de estos adolescentes y los Centros: la inmediatez que implica la urgencia. Como enuncia la Dra. Goldemberg, las adolescentes concurren de manera urgente a los CeSac cuando presentan atrasos menstruales, errores en la ingesta de los métodos anticonceptivos, dudas sobre embarazo y tras la búsqueda de anticoncepción de emergencia. Es en estos casos de apremio donde buscan ayuda. Y si bien lo importante es que su urgencia pueda ser solucionada con calidez y profesionalidad y, fundamentalmente, sin descalificar el motivo de la consulta como afirma la doctora *“la idea es que no se sientan excluidos y que en este espacio se le puedan brindar las soluciones que necesitan”*. Entonces la urgencia debe volverse una variable estratégica a considerar desde el propio diseño de las acciones para poder en primer lugar resolver el problema al joven que se acerca. Y en segundo lugar que decida volver a atenderse y divulgue esa atención entre sus pares⁷².

Si bien se describió que las pacientes promedio son adolescentes, es interesante conocer la palabra de la Dra. Kot al respecto, *“no tenemos un programa para*

⁷² En este sentido, una buena iniciativa es la que se está realizando con el personal del SAME. Se está capacitando al personal sobre el programa para que ninguna pregunta sea tomada a la ligera, “porque la persona que se comunica es porque tiene un problema y debe ser solucionado”. La respuesta a la rotura de un preservativo debe ser tan eficaz como frente a una situación dramática de violencia. Los operadores y médicos del SAME han sido entrenados para

adolescentes, pero atendemos muchos”. Y prosigue, “en general lo que tratamos es que cuando viene un adolescente pase por servicio social, la función de este servicio es hacerle preguntas porque a veces están excluidos de la escuela o tienen muchos problemas familiares entonces ahí sale un poco el tema de la violencia. Tenemos un programa general de Procreación Responsable pero no un programa particular para adolescentes ni estrategias para que estos se acerquen”. No estamos implementando un programa para jóvenes y es una deuda que tiene el Gobierno de la Ciudad, dado que sí hay un programa donde uno de los objetivos es disminuir los embarazos no planificados en los adolescentes, que no haya estrategias para acercarlos es una deuda grande no sólo a nivel centro de salud sino a un nivel mucho mas alto”.

Este tema es discutido todos los primeros jueves de cada mes, que es cuando se realiza una reunión con los efectores con el objeto de evaluar la marcha del programa en cada área.

d) Medios de Comunicación en los CeSac

Un instrumento que resulta importante analizar, en tanto conformaría el *medio* de comunicación más explícito y tangible, es el material que le presentan a los adolescentes en los Centros sobre salud sexual.

A modo descriptivo, se advirtió que hay una gran variedad de folletos que se le provee a los adolescentes, en los que básicamente se refuerzan las ideas de los afiches colocados en las paredes de los CeSac. De colores, con lenguaje coloquial y pedagógico los folletos tienen la intención de brindar información que muchos jóvenes desconocen. La inquietud que surge es dónde y por qué vías se reparte. La respuesta no trasciende los sitios que se visitaron: los mismos CeSac y en los hospitales municipales. Los

mismos folletos que se encontraban en el Centro de Salud 13 estaban en el 22 y en el Hospital Rivadavia sede de la coordinación central del programa. Esto significa que quedan circunscriptos al microclima en el que son producidos, exceptuando las ocasiones en que se reparten en las charlas en los colegios. Se visualiza nuevamente la problemática del acceso a una información de real importancia para los adolescentes.

La entrega de los folletos es en mano después de las explicaciones pertinentes y se convierte en un recordatorio de las mismas. En dos de los CeSac consultados encontramos pilas de éstos diseminados en varios escritorios.

Los soportes que contiene esta información son variados. Por ejemplo, en el CeSac 13 apenas uno ingresa se encuentra con gran cantidad de carteles pegados en las paredes donde se enuncia: *“El programa de salud sexual y procreación responsable te ayuda a evitar embarazos no buscados, a decidir cuando y cuantos hijos tener y evitar enfermedades de transmisión sexual”*. En otro cartel de manera colorida y por ítems se enumeran los servicios que brinda el CeSac de manera gratuita: *“Controles ginecológicos, preservativos, pastillas anticonceptivas, anticonceptivos inyectables y anticoncepción de emergencia, Diu (T. de cobre) y su colocación, charlas sobre tu sexualidad”*. Por último, invita a los jóvenes a ejercer sus derechos. En el CeSac 22 la información y los soportes son los mismos, aunque se advierte una mayor prolijidad en la exposición, los colores son más uniformes y están mejor distribuidos en carteleras.

e) Planes Programas y Proyecto

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene como principal objetivo facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y reproductiva, y

brindar información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado.

La noción de Programa aparece implícitamente ligada a la idea de salud reproductiva, pero encontramos que no hay un lineamiento que los transite en su integridad y que los conforme como un todo a medida que se iban recorriendo los diferentes CeSac. Y mucho más confusa aparece esta idea si intentamos distinguirla de la noción de proyecto. Esto se evidencia en que, por ejemplo, las actividades de promoción y prevención pueden variar según cada centro, debido a que no hay un manual instructivo que guíe la manera de hacerlo. Como se afirmó las actividades que cada CeSac realiza quedan en manos de las profesionales que participan del Programa.

A partir del análisis de las entrevistas podemos afirmar que no hay una planificación específica para el objetivo de la Ley 418⁷³. En este sentido, la planificación debería trabajar con un horizonte orientador que predetermine las acciones venideras y los criterios a adoptar, por lo que sostenemos que planificar es en sí mismo una acción política: es “ver más allá” a los fines de producir un cambio. Y aquí nos surge un nuevo cuestionamiento con nuestro trabajo. ¿Tienen estos programas una planificación sustentable? ¿Están compuestos por acciones articuladas? El Programa busca favorecer el acceso a la información a la población destinataria pero la misma Coordinadora del Programa reconoce una falla importante en ese sentido. Son por estas preguntas sin respuestas por estas falencias que se plantea al programa como un programa asistencial y contingente por lo menos en este punto del trabajo que es la disminución de los embarazos no planificados en los adolescentes. Ninguna de las personas entrevistadas conoció el Programa por un afiche o un aviso. Fueron todas

⁷³ Ver Marco Teórico.

recomendadas al servicio en su mayoría por amigas o por algún pariente. Entonces repreguntamos: ¿Producen un cambio? ¿Son parte de una acción política?

Y aquí surge una manera de respondernos en tanto y en cuanto la ambivalencia misma del concepto de planificación: al ser instrumento puede ser utilizado para mantener el *status quo* o para impulsar reformas y cambios estructurales.

B) Análisis del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable desde la perspectiva de los/as adolescentes.

a) Cómo llegaron a atenderse en un CeSac

De acuerdo al análisis de las entrevistas las jóvenes que asistieron a consultas ginecológicas lo hicieron porque se enteraron por casualidad de los beneficios que conllevaba ser atendidas en el centro, puntualmente en la facilitación de métodos anticonceptivos de manera gratuita. Todas le dieron importancia a este servicio.

Bárbara tiene 17 años y se enteró de los servicios por casualidad “*una amiga vino y me dijo que daban anticonceptivos de manera gratuita*”⁷⁴. Bárbara aseguro que recomendaría el servicio a otras adolescentes.

En otra de las entrevistas realizadas la adolescente conoció el Programa por otro servicio dentro del CeSac. Yesica de 18 años se enteró del programa cuando comenzó a atenderse con una obstétrica por su embarazo de cinco meses. “*Este embarazo no estaba en mis planes, quería terminar la secundaria, y después seguir estudiando o trabajar, pero bueno se dio así, ahora la Dra. me dijo que luego de tener el bebé me va a explicar como me puedo cuidar*”⁷⁵. Esto se relaciona con la idea de continuar con la atención y realizar un seguimiento una vez resuelta la demanda que llevo a la

⁷⁴ Bárbara, paciente del CeSac 22 de Villa Crespo, Febrero de 2008.

⁷⁵ Yesica, paciente del CeSac 13 de Parque Avellaneda, Febrero de 2008.

adolescente a concurrir al programa. Yesica conoció el programa por su embarazo pero esta segura de continuar atendiéndose en el centro con una ginecóloga luego de tener a su bebe para poder cuidarse y no quedar nuevamente embarazada dado que esa no era su idea ni su proyecto de vida. Yesica tenia planeado otros propósitos para su vida pero por ignorancia como lo reconoce ella quedó embarazada.

Melina⁷⁶ tiene 18 años y acompaña a una amiga a una consulta ginecológica en el CeSac 22 y la doctora que la asistió a su amiga le aconsejó sacar un turno para atenderse. En ese momento Melina no le dio importancia pero a los tres meses se puso de novia y ante la proximidad de un encuentro sexual decidió sacar un turno. Afirma que como era virgen necesitaba conocer como cuidarse. En realidad sabia de la existencia de los anticonceptivos y los preservativos pero no sabia cual le convenía para su cuerpo y además afirma que no tiene el dinero como para comprarse anticonceptivos todos los meses y sabía que en el Centro se los daban de manera gratuita.

En otra de las entrevistas realizadas se encontró un testimonio en donde las charlas que se dan en las escuelas dan buenos resultados. Laura⁷⁷, de 16 años, no sabia de la existencia de los CeSac ni de los servicios que en el se brindaban hasta que en su escuela se dio una charla del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsables. Afirma que más allá de los servicios que se ofrecen en el servicio de adolescencia ella prefirió empezar con una psicóloga porque necesitaba tratar ciertos temas personales. No es casualidad que Laura se haya enterado del programa por una charla en su escuela dado que este plan de promoción esta organizado por las profesionales del CeSaC 13 quienes entienden que es una manera de acercarse a los adolescentes. Laura opto por el servicio de psicología primero pero después comenzó a atenderse con una ginecóloga.

⁷⁶ Melina, paciente del CeSac 22 de Villa Crespo, Febrero de 2008.

⁷⁷ Laura, paciente del CeSac 13 de Parque Avellaneda, Febrero de 2008.

Analia⁷⁸ tiene 18 años concurrió al CeSac 22 para atender a su hijo con la pediatra. Luego de revisar a su hijo la profesional le sugirió que se atendiera ella también, que se hiciera estudios dados que hacia un tiempo largo que no se realizaba controles ginecológicos. Así es como sacó el primer turno.

b) Calidad de la Información Brindada

La mayoría de las adolescentes entrevistadas se encuentran satisfechas con el nivel y la calidad de la información brindada en los CeSac. La manera de manejarse de los efectores se vuelve una estrategia comunicacional en salud importante dado que favorece el “boca a boca” ya que son muchas las adolescentes que llegan a los CeSac a través de esta promoción.

Ante la pregunta sobre la calidad y la diversidad de la información brindada Bárbara respondió que fue buena, pudo realizar preguntas y las respuestas que se le ofrecieron le clarificaron muchas dudas que tenía.

La modalidad de atención es similar en los dos CeSac: al momento que ingresa una adolescente -ya sea para ser atendida por una ginecóloga, por una obstetra o para el área de psicología- se la invita a conocer el programa. Se le realizan preguntas para conocer su intimidad, se la invita a los talleres y se le ofrecen los diversos folletos que se encuentran en los consultorios.

Las adolescentes que concurren a los CeSac se encuentran conformes con la información brindada. La explicación acerca de la importancia de hacerse controles médicos sumados a la información con respecto a los métodos anticonceptivos resultan

⁷⁸ Analia paciente del CeSac 22 de Villa Crespo, Febrero de 2008.

una puerta de entrada para que el objetivo de difundir el programa se cumpla, como venimos notando, parcialmente.

Bárbara nos cuenta, a través de una entrevista, que concurrió al CeSac 22 para un control ginecológico y está satisfecha con la atención brindada, asegura que recomendaría el servicio a amigas y como obstáculo para su atención se refirió a los horarios restringidos. Tendrían que extender las agendas de los profesionales que atienden. Bárbara trabaja y le es complicado que la dejen retirarse para atenderse. Ella entiende que si tuviese obra social todo sería más fácil dado que los horarios son más extensos para la atención.

Ante la pregunta de si era buena la información brindada Melina afirmó que si, las doctoras que la asisten han sido amables con ella. Le han explicado porque no puede tomar anticonceptivos los beneficios del uso de preservativos. Melina afirma que: *“es bueno usar este método porque no voy a quedar embarazada y además me cuido de las enfermedades sexuales”*. Según Melina la profesional que la atendió la hizo sentir cómoda lo que favoreció un dialogo abierto, expuso sus preguntas y estuvo satisfecha con las explicaciones brindadas.

Analia se asiste en el CeSac 22. Si bien tenía información desconocía muchas cosas. Y ahora que tiene una pareja estable *“Mi deseo es colocarme un DIU porque por ahora no quiero quedar embarazada nuevamente”*. Primero se tiene que hacer unos estudios y después va a conversar con la doctora sobre su elección.

c) Calidad de Atención e Infraestructura

Laura afirma que no le resultó difícil ubicarse dentro del CeSac 13 pues afirma que todo esta señalizado. Quizás la primera vez estuvo confundida pero enseguida una

doctora la ayudo. *“En las siguientes visitas me di cuenta que estaba todo señalizado y eso es importante porque te sentís más segura lo que hay es muchos carteles que hablan sobre todo lo que podes hacer en el centro”*. Refiere que como los consultorios son un poco chicos a veces se escucha más lo que dicen al lado que lo que le hablan a ella.

Melina no tuvo problemas en desenvolverse dentro del CeSac dado que había acompañado a su amiga y conocía el establecimiento. Manifiesta que las administrativas fueron amables y le consiguieron un turno dentro bastante rápido para su primera consulta. Para Melina esta bien que haya tantos carteles en las paredes porque mientras espera que la atiendan puede leer todo lo que puede hacer en el CeSac.

“Las administrativas me conocían por mi bebe- cuenta Analía- y de tantas veces de traerlo conozco como es el funcionamiento de los turnos, pensé que iban a tardar mas en darme el turno con la ginecóloga pero no. Vine a los talleres que se realizan están buenos y aparte me hice una amiga que esta en la misma situación que yo. El lugar es limpio siempre ves que están limpiando”.

Yesica conoce muy bien el CeSac 13 dado que hace algunos meses que se asiste en el mismo. Igualmente afirma: *“la primera vez que vine fue para sacar turno, cuando ingrese había muchísimos carteles colgando por todos lados, pero no me fue difícil ubicarme. Lo que me sorprendió era lo limpio que estaba todo”*.

Dadas las respuestas de las entrevistadas se puede afirmar que tanto la información como la calidad de atención que se brindan en los CeSac es buena y que son muchas las posibles usuarias de este servicio que se están perdiendo los beneficios que otorga el Programa.

Consideraciones Finales

***“Sería uno de los más grandes triunfos de la humanidad
el hacer posible elevar la responsabilidad del acto
de la reproducción al nivel de una acción voluntaria e intencional”
Sigmund Freud, 1898***

Por las entrevistas realizadas y por la observación del funcionamiento de los CeSac se puede concluir que todo invita a que los jóvenes se informen, ejerzan sus derechos y tengan acceso a los servicios que el Programa brinda., pero si la promoción de este último no se hace extensiva a toda la población, si como se comprobó no hay una planificación diseñada para poder llevar adelante los objetivos que establece la Ley 418 es muy difícil entonces hablar de estrategias comunicacionales en salud para este Programa. En palabras de la Dra. Margarita Berkenwald la respuesta es tajante *“no hay estrategias comunicacionales de prevención y promoción, no hay estrategias pautadas. Los afiches no aseguran una campaña comunicacional”*⁷⁹.

No se pudieron analizar las actividades de promoción y prevención sobre salud sexual y procreación responsable, que se llevan adelante en los centros de salud del gobierno de la ciudad, para comprender cuáles son las estrategias comunicacionales y de atención utilizadas para disminuir los embarazos no planificados en los adolescentes porque no hay, y las pocas que se pueden encuadrar en lo que se estableció dentro del objetivo general dependen de las necesidades barriales, de la participación de las usuarias pero no hay una acción estratégica planificada. La Dra Margarita Berkenwald afirma *“la mejor difusión en este momento del Programa es el boca a boca, no porque yo crea que es la única manera, pero es lo único eficaz en este tiempo”*.

Este tipo de acciones como es la sanción de la Ley 418 devienen en propuestas asistencialistas enmascaradas en políticas democráticas y participativas constituyen una respuesta que el poder político ofrece a las demandas sociales sin proponerse un auténtico cambio en la constitución política, económica y social del país. El asistencialismo es considerado un simple paliativo que, en la mayoría de los casos, no lleva a la solución de los problemas sociales de los individuos o grupos más necesitados de la sociedad. La necesidad de terminar con el asistencialismo requiere la satisfacción de los derechos económicos sociales y culturales al conjunto de los seres humanos por el sólo hecho de serlo y no por integrar una red partidaria.

Es importante señalar que en muchos servicios de salud los discursos plantean que el embarazo en la adolescencia debería prevenirse, pero son estas mismas instituciones las que no son capaces de articular estrategias efectivas para que los adolescentes que deseen postergar la maternidad/paternidad cuenten con los recursos para hacerlo. Si este programa se transforma en un derecho independiente, en un mecanismo independiente, automático, permanente, va a dejar de ser pensado como un programa asistencialista.

En el país existen un conjunto de normativas legales orientadas a atender la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población adolescente. Sin embargo hay una disociación en lo expresado en dichas normativas y su aplicación⁸⁰. Que haya una ley que desarrolle ciertos objetivos que involucre de manera enfática a un grupo de la población es importante e interesante para cualquier Nación. Pero más interesante e importante sería que esta ley además de estar plasmada en papeles se traslade con todos sus derechos a la ciudadanía. Hoy día sería fundamental que los

80 Susana Checa. Embarazo y maternidad en la adolescencia: Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Buenos Aires, CEDES/UNICEF, 2005.

2 Entrevista realizada a la Dra. Margarita Berkenwald en el Hospital Rivadavia, marzo de 2008.

derechos que se promueven en numerosos documentos normativos se hagan realidad en la vida cotidiana y para todas las personas. La población a la que esta dirigida la Ley no tiene conocimiento sobre sus derechos y se pierden la posibilidad de elegir.

El rol de la salud pública, debería dejar de ser de mero receptor y salir de los hospitales, de los CeSac e ir a visitar los barrios y hacer prevención, opción que sin duda es mucho más económica. Por algo un CeSac también significa hacer acción comunitaria por fuera del centro de salud. Entonces si los adolescentes no llegan hasta el espacio físico, porque desconocen los servicios, porque no pueden pagarse un boleto, se debería conformar un equipo interdisciplinario de profesionales que se acerque no solo a las escuelas sino también a las plazas de los barrios, a los comedores comunitarios para realizar talleres, juegos en donde se exponga de manera clara el por qué es conveniente saber de que hablamos cuando nos referimos a la salud sexual y a la procreación responsable.

Bibliografía

- **AAVV**, Manual de capacitación. Sexualidad y Salud en la adolescencia, UNIFEM y FEIM, 2003-
- **Acuña Carlos y Chudnovsky Mariana**, “El sistema de salud en Argentina”, Universidad de San Andrés, Marzo de 2002.
- **Aguirre, Baztán, A.**, “Etnografía. Metodología cualitativa en la investigación sociocultural”, Ed. Boixareu Universitaria. Barcelona, 1995.
- **Ander Egg, Ezequiel**, “Introducción a la planificación”, Ed. Lumen, Buenos Aires, 1995.
- **Ander Egg, Ezequiel**, “Métodos y Técnicas de la Investigación social”, Ed. Lumen, Buenos Aires, 1997
- **Correa, Sonia**, “Los derechos sexuales y reproductivos en la arena política”, Serie aportes al debate N° 1, MYSU, Montevideo, 2003.
- **Checa, Susana**, “Implicancias del género en la construcción de la sexualidad adolescente”, Artículo publicado en “Anales de Educación Común / Tercer Siglo / Año 1 /N° 1-2/ Adolescencia y Juventud/ Septiembre de 2005. Publicación de Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, Dirección Provincial de Planeamiento.
- **Checa, Susana**, “Genero, Sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia”, Ed. Paidos, Buenos Aires, Agosto de 2003.
- **Checa, Susana**, “Realidades y Coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad” Ed. Paidos, Marzo de 2006.
- **Gogna, Mónica**, “Embarazo y Maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”. CEDES, Buenos Aires, 2005.
- **Gogna, Mónica**, “Programas de salud reproductiva para adolescentes. Los casos de Buenos Aires, México DF y San Pablo”. CEDES, 2001
- **Gogna, Mónica, Llovet, Juan José, et. al.**, “Los retos de la salud reproductiva: Derechos Humanos y Equidad Social”, en La Argentina que viene, Aldo Isuani, Daniel Filmus (comps.). Grupo Editorial Norma, Buenos Aires, 1998.
- **Gogna, Mónica**, “Feminidades y masculinidades: estudios sobre la salud reproductiva y sexualidades en Argentina, Chile y Colombia”, Buenos Aires: CEDES, 2000.

- **Gogna, Mónica**, “Experiencia innovadora en la salud reproductiva. La complementación de las Ciencias Médicas y Sociales”, CEDES, 2002.
- **Gogna, Mónica**, “Embarazo y maternidad en la adolescencia: Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”, CEDES/UNICEF, Buenos Aires, 2005
- **Guezmes, Ana**, “Reforma del sector salud y derechos sexuales y reproductivos. Un enfoque integrado de derechos humanos, salud pública y género”, Capítulos III Y IV, OPS. Marzo, 2004.
- **Kant, Immanuel**, “Critica de la Razón Pura”, Editorial Losada, Abril de 2003.
- **Lamas, M.** “Cuerpo: diferencia sexual y genero, en Cuerpo diferencia sexual y genero”, Editorial Taurus, México, 2002.
- **Larrauri, Raúl** (2003). “Comunicación para la salud”. En la siguiente dirección electrónica URL: <http://www.comminit.com>
- **Libertino, María José**, (1996) “Los Derechos Reproductivos en la Argentina” en Instituto Social y Político de la Mujer, www.ispm.org.ar, Buenos Aires.
- **Libertino, Maria José**, “El proceso de ratificación del Protocolo Facultativo de la CEDAW en Argentina. En www.inadi.gov.ar Buenos Aires, 15 de marzo de 2007
- **Manzanal, Mabel**, “Descentralización, transformación del régimen político y cambio en el modelo de desarrollo. El caso Argentino”, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Colombia y Programa de apoyo a la descentralización y el Desarrollo local para la paz, Bogota, 2005.
- **Nahuar, Pantoja, A. L.**, “Ser alguien na vida”: uma analise socio-antropológica da gravidez/maternidad na adolescencia, en Belem do Para Brasil”, en Cadernos de Saude Pública, vol 19, supl 2, 2003.
- **Niremberg, O. Et al**, “Evaluar para la Transformación”, Editorial Paidos, Buenos Aires, 2000.
- **Novick, Susana**, “La posición Argentina en las tres conferencias mundiales de población”, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, 1999.
- **Palma, M. Irma**, “El embarazo adolescente un problema social” Seminario en la adolescencia. Sernam – UNICEF, Chile, 1995.

- **Pantelides, Edith**, “La fecundidad adolescente hoy: diagnóstico sociodemográfico. Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas”. CEDES-Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación-UNICEF, Argentina, 2005.
- **Pantelides, Edith**, “Fecundidad adolescente: informe final de investigación”. CENEP Mimeo, Disponible en el website del Ministerio de Salud. También publicado como un Documento de trabajo de CENEP N° 4, 2004.
- Ramos Silvina, Gogna Mónica, Petracci Mónica, Romero Mariana. “Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica? CEDES. Buenos Aires. 2001.
- **Pantelides, Edith**, “Salud sexual y reproductiva adolescente en América latina y el Caribe”, CENEP, Buenos Aires, 2005.
- **OPS**, “Libro de lecturas: Manual de Comunicación para Programas de Prevención del uso de Drogas”, Reproducción de Documentos Serie No. 12. HPP/ HPL/ 95.8 www.ops.gov.ar, 1995.
- **Tamayo Saez, Manuel**, “El análisis de las políticas públicas” en Baños Rafael y Carrillo, Ernesto (comp.) “La nueva administración pública”, Alianza Universidad, Madrid, 1997.
- **Topf J**, “La Prevención en Salud. Algunos referentes conceptuales”, Centro de Investigaciones Sociológicas y Psicológicas, 2000.
- **Torrado, Susana**, “Población y Desarrollo en la Argentina (En busca de la relación perdida)”, Publicación de la Comisión de Familia y Minoridad del H. Senado de la Nación, Buenos Aires, Abril de 1990.
- **UNICEF**, www.unicef.org/argentina
- **Uranga, Washigton**, “Introducción a la planificación de procesos comunicacionales”, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, UNLP, Mimeo, 1999.
- **Uranga, W; Bruno, D.**, “Tres perspectivas para comprender/nos”, Mimeo, Buenos Aires, 2001.
- **Uranga, Washington**, "Prólogo", en Comunicación, universidad y desarrollo. Investigaciones de la Plangesco, La Plata, 2000.
- **Zothner Caivano Elsa, Apfelbaum Leticia**, "Salud Sexual y Reproductiva", Temas de Actualización Legislativa, Dirección General de la Mujer, Secretaría de Promoción Social, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Cedes/Salud N° de inventario 129117, 2001.

- **Zuccchelli, Martín**, Metodología del Planeamiento en Comunicación, Teóricos de clase N° 2. Carrera de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- **Zurutuza**, “El Derecho como garantía de los derechos sexuales y reproductivos: ¿utopía o estrategia?” en Mujeres Sanas, Ciudadanas Libres, Edición CLADEM - FEIM - FORO DDSSRR-UNFPA, Buenos Aires, 1998.

Anexo I

Comentarios sobre la Ley N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

La Ley N° 418 regula las políticas de Salud Sexual y Reproductiva en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, siguiendo las pautas constitucionales. Fija una serie de objetivos que deben contemplar los programas públicos para garantizar los derechos definidos.

La Ley de Salud Reproductiva fue sancionada en el año 2000 por la Legislatura porteña con el propósito de garantizar a las personas sus derechos sexuales y reproductivos

Los derechos fundamentales que promueve la ley son:

- Acceso a la información y prestaciones de anticoncepción adecuada para disfrutar de una sexualidad plena.
- Derecho de la mujer a recibir el método anticonceptivo más adecuado.
- Atención integral durante el embarazo y atención ginecológica en forma gratuita.
- Información, asesoramiento y atención adecuada para adolescentes.

La ley garantiza el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a todas las personas en edad fértil. Además promueve las siguientes acciones:

- Educación e información para prevenir embarazos no buscados.
- Promoción de la maternidad y paternidad responsable.
- Prevención de VIH/SIDA.

La Ciudad de Buenos Aires garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable, y regula por la presente ley las acciones destinadas a tal fin.

Objetivos Generales

Garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.

Objetivos Específicos

- Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieran para promover su libre elección. Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las/os adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.
- Garantizar la existencia en los distintos servicios y centros de salud, de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género.
- Contribuir a la prevención del embarazo no deseado, prestando especial énfasis en los adolescentes.

La información como bien social no está igualmente disponible para todos los miembros de la sociedad, esta condicionada por factores socio-culturales (baja escolaridad, accesibilidad a diarios, libros, etc) y también atravesada por otras dificultades entre ellas las de hablar abiertamente sobre determinados temas. Se presume que todo adolescente que requiere atención en un servicio de salud está en

condiciones de formar un juicio propio y tiene suficiente razón y madurez para ello; en especial tratándose del ejercicio de derechos personalísimos (tales como requerir información, solicitar la provisión de anticonceptivos). El artículo 39 de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos activos de sus derechos les garantiza su protección integral y deben ser informados consultados y escuchados. También se afirma que deben respetarse su intimidad y su privacidad. Para que la ley cumpla con sus objetivos es necesario que los profesionales de los centros de salud estén capacitados de manera constante para poder brindarle a la persona que se acerque a realizar una consulta una respuesta certera pero que a su vez estos mismos profesionales puedan brindar la contención y la reserva que esperan las adolescentes.

Anexo II - Modelos de entrevistas

Entrevista a la Dra. Margarita Berkenwald

Breve recorrido sobre las distintas transiciones de autoridades del programa

1- ¿Cuáles son los objetivos del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable?

2- ¿En que establecimientos se lleva adelante el Programa?

3-¿Cuál es el cuerpo de recursos humanos que participa del programa?

4-¿Qué tipo de capacitación recibe el equipo de trabajo del programa?

5- ¿Qué es lo que pretende en cuanto a aspiraciones?

6- ¿Qué es un Centro de Salud? ¿De quién depende?

7-¿Cómo se lleva adelante el objetivo específico del programa que pretende disminuir los embarazos no planificados de los adolescentes?

8¿Cómo se facilita el acceso a la información y el asesoramiento profesional a los adolescentes?

9-¿Cómo se realizan las actividades de promoción y prevención en los centro de salud con respecto al programa?

10-¿Hay promoción del programa para disminuir los embarazos no planificados en los adolescentes?

11-¿Hay actividades, campañas, por fuera del los CESAC para dar a conocer los beneficios que el programa pregona?

12- ¿Los derechos que el Programa pregona incluye a varones y a mujeres por igual?

13-¿Cuáles son las estrategias comunicacionales y de atención, si es que las hay, utilizadas para disminuir los embarazos no planificados en los adolescentes? ¿Usted cree que son las adecuadas para llegar a los adolescentes?

14-¿Son conscientes los adolescentes de sus derechos?

- 15-¿En las escuelas se informa sobre la posibilidad de control ginecológico y métodos anticonceptivos gratuitos que se brindan en los CESAC?
- 16-¿Hay stock suficiente de métodos anticonceptivos en los CESAC?
- 17- ¿A partir de la aplicación del programa se puede hablar de una disminución de los embarazos no planificados en los adolescentes?
- 18- ¿Son distintas las actividades de prevención y promoción del programa en cada CESAC?
- 19- ¿Hay folletería para darles a los jóvenes?
- 20-¿Se puede medir la eficacia del programa?
- 21- ¿Cuál es la influencia, si es que la hay, por parte del Gobierno de la Ciudad?
- 22- ¿Cómo es la relación entre los CESAC y la coordinación del programa, se realizan reuniones? ¿Si es así con que frecuencia?
- 23- ¿Cuáles son, si es que las hay, las diferencias entre el órgano central y los CESAC en cuanto a la forma de llevar adelante el Programa?

Entrevistas Coordinadoras de los CESAC

- 1-¿Qué es un centro de salud?
- 2-¿Cómo se realizan las actividades de promoción y prevención en los centros de salud?
- 3-¿Qué tipo de promoción desarrolla el programa de salud sexual y procreación responsable?
- 4-¿El servicio que se presta incluye a varones y a mujeres?
- Si la respuesta es Si: ¿Cómo se realiza la inclusión al programa de cada grupo?
- Si la respuesta es No: ¿Por qué?
- 5-¿Cuáles son las áreas de influencia que cubre el CESAC en cuestión?

6-¿Cuáles son los días y horarios de atención del programa?

7-¿Cuál es el cuerpo de recursos humanos que participa del programa?

8-¿Cuáles son las problemáticas por las que los adolescentes concurren más?

9-¿Existen estrategias comunicacionales en relación al programa?

Si la respuesta es Si: ¿Cuáles son las estrategias comunicacionales y de atención utilizadas para disminuir los embarazos no planificados en los adolescentes?

Si la respuesta es No: ¿Por qué?

10-¿Qué nivel de escolaridad poseen los adolescentes que se acercan?

11-¿Son conscientes los adolescentes de sus derechos?

12-¿En las escuelas se informa sobre la posibilidad de control ginecológico y métodos anticonceptivos gratuitos que se brindan en los CESAC?

13-¿Hay stock suficiente de métodos anticonceptivos?

14-¿A partir de la aplicación del programa se puede hablar de una disminución de los embarazos no planificados en los adolescentes?

15-Son distintas las actividades de prevención y promoción del programa en cada CESAC?

Entrevista a los jóvenes que concurren a los centros de salud.

1-¿Cómo te acercaste al CESAC y por qué?

2-¿Te resulta fácil ubicarte dentro del CESAC?

Si la repuesta es Si: ¿Por qué?

Si la repuesta es No: ¿Por qué? ¿Pudiste observar los carteles?

3-¿Hay un lugar especial para la atención de los chicas de tú edad?

Si la respuesta es NO: ¿Qué pensas sobre esto?

4-¿Cómo te comunicaste para obtener tú turno?

- 5-¿Sabes como manejarte en caso de tener una urgencia?
- 6-¿Tuviste que esperar para hacer atendida?
- 7-¿Qué te pareció el lugar en cuanto a estructura?
- 8- ¿Cómo es el trato con las personas que trabajan en el CESAC más allá de los médicos?
- 9-¿Cómo te sentiste con el profesional que te asistió?
- 10-¿Te proporcionó toda la información que necesitabas?
- 11-¿Te quedaron dudas con respecto a la información que te brindo?
- 12-¿Te informaron sobre los métodos anticonceptivos que podías elegir para cuidarte y evitar embarazos no planificados?
- 13-¿Te ofreció la posibilidad de elegir el método anticonceptivo’
- 14-¿Recomendarías el servicio a otros jóvenes?

Entrevista a los jóvenes del centro comunitario

- 1-¿Sabias que existía un programa que te permitía acceder de manera gratuita al método anticonceptivo que vos y tu médico crean conveniente para tú cuerpo?
- Si la respuesta es afirmativa la siguiente pregunta seria: ¿Por qué medios fue que te enteraste, quién te lo contó?
- ¿Utilizaste los servicios que ofrecen los CESAC?
- Si la respuesta es afirmativa la pregunta siguiente seria:
- ¿Cómo te pareció que fue la atención que te brindaron?
- ¿Recomendarías a un amigo este servicio?

Anexo III -Folletos

En el presente apartado se encuentran los folletos que son entregados en los CeSac, en las escuelas y en los hospitales.