

Todo Bien

Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva



INSGENAR
Instituto de Género, Cerebro y Desarrollo



¿TODO BIEN?

Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Instituto de Género, Derecho y Desarrollo – INSGENAR

Tucumán 3950 – Rosario, Santa Fe, República Argentina

Telefax: 54-341-4373961

Email: info@insgenar.net

Web: www.insgenar.org

Equipo Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos

Equipo Investigación: Susana Arminchiardi, Susana Chiarotti, María Cruz Ciarnello, Viviana della Siega · **Coordinadora:** Gloria Schuster

Equipos locales:

Córdoba: Mariela Lario.

Formosa: Alejandra Carrizo, Ana Carola Mercado, Beatriz Cravero, Liliana Escobar, Susana Somoza.

Misiones: Silvana Martínez, Juan Agüero, Sergio Viudes, Daniela Mercol y colaboradora Nélica Duarte.

Santa Fe: Patricia Chialvo y Marcela Anaya.

Tucumán: Soledad Araoz, Lic. Verónica Mellace y Pierina Pignataro

Asesoría en el trabajo de investigación: Psic. Sandra Gerlero

El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos es una iniciativa de

INSGENAR y CLADEM que cuenta con el apoyo de

UNFPA – Fondo de Población de Naciones Unidas

IWHC – International Women Health Coalition

Arte de tapa y diagramación: Concepto 3. | www.concepto3.com.ar

Impresión: Acquatint. Alem 2254, Rosario, Argentina

Rosario, Argentina, 2010

1000 ejemplares

ISBN:

Hecho el Depósito que establece la Ley 11.723

ÍNDICE

Introducción	Pág. 5
Alcance de la Propuesta. Metodología	Pág. 8
Capítulo 1: Estrategias institucionales en salud para atención a la población adolescente	Pág. 11
Capítulo 2: Dificultades observadas en la atención a la población adolescente	Pág. 31
Capítulo 3: Las voces de las/los adolescentes desde sus experiencias en salud sexual y reproductiva	Pág. 41
Capítulo 4: La salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes: un asunto de derechos humanos	Pág. 53
Capítulo 5: Experiencias de Buenas Prácticas	Pág. 73
Bibliografía	Pág. 83
Anexo 1: Presentación de las Provincias	Pág. 87
Anexo 2: Legislación y Programas en materia salud sexual y reproductiva	Pág. 91
Anexo 3: Datos estadísticos de salud y población	Pág. 129

Introducción

Desde el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo venimos transitando un proceso que tiene como objetivo promover la construcción de una cultura de derechos humanos en el campo de la salud de las mujeres, haciendo foco en el trato que ellas reciben cuando acuden a servicios de salud sexual y reproductiva.

La publicación de “Con todo al Aire” Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos (Rosario, 2003)¹; la creación y desarrollo de la Cátedra de Salud y Derechos Humanos que se dicta en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario² desde el año 2004; la puesta en marcha del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos desde octubre del año 2006; la obra de teatro (y posterior video) y el Premio a las Buenas Prácticas Cecilia Grierson (2008-2009) constituyen mojones en este recorrido³.

Los mismos son el resultado de diferentes acciones emprendidas ante autoridades de salud pública, legisladores, académicos, organismos gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, como así también de los espacios de sensibilización y reflexión realizados a través de los seminarios provinciales en diferentes ciudades del país. Estas actividades nos han permitido reconocer la extensión, naturalización y gravedad de situaciones de vulneración de derechos humanos en el campo de la salud de las mujeres. Entre ellos la edad suele ser un factor de discriminación que aparece en

1. Disponible en: www.insgenar.org.ar/observatorio/documentos

2. Programa de la cátedra 2010 disponibles en: www.insgenar.org.ar/observatorio/documentos

3. Una sistematización de este proceso se encuentra en la reedición ampliada de Con todo al aire 2, disponible en la web: www.insgenar.org.ar/observatorio/documentos

diversas situaciones donde observamos violencia institucional y violencia de género.

Las alianzas que hemos ido tejiendo en estos años con diferentes actores y organizaciones de la sociedad civil nos animan a emprender hoy esta exploración acerca del trato que reciben las y los adolescentes, sus posibilidades (u obstáculos) para acceder a servicios de asesoramiento y atención en materia de salud sexual y reproductiva.

Se trata de indagar si los servicios de asesoramiento y atención para **adolescencias**⁴ en materia de sexualidad y reproducción, cumplen con los estándares internacionales; especialmente si son confidenciales, amigables y seguros. Y cuáles son las barreras (u obstáculos) para el acceso a los mismos.

Cuando hablamos de los estándares internacionales nos basamos en la Observación General Nro.14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: *“Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”*⁵.

Nuestro trabajo se propone analizar el trato que reciben las y los adolescentes desde los servicios de salud sexual y reproductiva, desde el marco de los derechos humanos.

4. Utilizamos el plural para hacer referencia a las diferencias, diversidades y desigualdades de oportunidades en las que se transita esta experiencia. Según Débora Kantor, “el plural (adolescencias, juventudes) significa también, o sobre todo, el cuestionamiento de visiones homogéneas y de la propia idea de diversidad entendida como abanico o constelación de diferencias a respetar o tolerar”. Kantor, Débora. Variaciones para educar adolescentes y jóvenes. Buenos Aires, Del Estante Editorial, 2008.

5. Observación General 14 sobre “El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud” (Art.12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Ginebra, 11/08/2000./E/C.12/2000/4.

Para realizar este estudio de carácter exploratorio y cualitativo se tomaron en cuenta aspectos que involucran a) el marco legal y normativo (nacionales y provincial); b) la caracterización de los servicios; c) la perspectiva de trabajadores de la salud y d) la población adolescente.

Se llevó adelante en cinco ciudades capitales de las provincias de Córdoba, Formosa, Misiones, Santa Fe y Tucumán⁶. Esta selección se vincula por un lado, a la existencia de programas en materia de salud sexual y reproductiva -sean éstos producto de legislaciones provinciales o simplemente la implementación del Programa Nacional-. Por otro lado, se relaciona con la experiencia previa que como Observatorio se ha obtenido de las presentaciones en estas ciudades; especialmente al trabajo compartido con equipos locales, con quienes hemos transitado un proceso de intercambio y experiencias de monitoreo social.

En esta presentación el trabajo realizado se organiza de la siguiente manera:

En el **Capítulo 1**, se expone una descripción de los servicios de salud sexual y reproductiva a partir de las estrategias y criterios institucionales en salud para la atención a la población adolescente. También se bosquejan las intervenciones que se realizan en prevención.

En el **Capítulo 2**, se analizan los obstáculos hallados en los servicios de salud, especialmente a partir de los prejuicios y supuestos existentes entre los y las trabajadores de la salud.

En el **Capítulo 3**, se incluye una aproximación a las voces de las/los adolescentes desde sus experiencias en salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta el marco de protección de los derechos y los estándares internacionales al respecto.

En el **Capítulo 4**, se incorporan los aportes desde el marco jurídico de los derechos humanos a la atención de la población adolescente.

6. Ver **Anexo 1**: Presentación de las provincias, en cuyas ciudades capitales se llevó adelante el estudio.

En el **Capítulo 5**, se considera prioritario referenciar algunas propuestas de buenas prácticas en atención para adolescentes y recomendaciones a tener en cuenta para que la atención respete los compromisos asumidos por el Estado argentino.

Por último, se incorporan diversos **Anexos**: presentación de las jurisdicciones en cuyas ciudades capitales se llevó a cabo la investigación (1); legislación y programas en materia salud sexual y reproductiva nacional (2); datos estadísticos vinculados a salud y población en las jurisdicciones analizadas (3).

ALCANCE DE LA PROPUESTA. METODOLOGÍA

El presente trabajo de carácter exploratorio y cualitativo se llevó adelante a partir de **equipos locales** situados en las ciudades capitales de las jurisdicciones seleccionadas. Estos equipos están vinculados de diferentes maneras a la temática, ya sea como profesionales de la salud o como integrantes de organizaciones de la sociedad civil que realizan actividades de seguimiento y vigilancia de las políticas públicas.

Para aproximarnos a un diagnóstico de la atención a la población adolescente se llevaron adelante entrevistas semi-estructuradas a **informantes claves vinculados a la salud sexual y reproductiva**, teniendo en cuenta hospitales, maternidades y centros de atención primaria de salud pública. Se priorizaron, **responsables de los Programas** de Salud sexual y Reproductiva locales, VIH Sida, **coordinadores o referentes** de salud que atienden a población adolescente (pediatría, obstetricia, trabajo social, tocoginecología, psicología, enfermería). Todas las entrevistas se realizaron entre los meses de abril y mayo del año 2010.

Para acercarnos a la perspectiva de la población adolescente usuaria de los servicios se realizaron grupos focales en cada ciudad, a fin de favorecer espacios de sensibilización y reflexión como marco para reconocer, recoger y analizar las experiencias en cuanto al trato recibido por parte de los servicios de salud sexual y reproductiva. Estos encuentros también tuvieron lugar en los meses de abril y mayo del año 2010.

Se trabajó con adolescentes entre 14 y 18 años de edad, que referenciaron haber concurrido al servicio de salud pública⁷. Se propone focalizar a partir de los 14 años, porque en la Ley Nacional 25.673 y su Decreto Reglamentario 1.282/2003 se establece que desde esta edad pueden concurrir solos/as a los centros de salud y recibir el asesoramiento requerido. Se fija el límite máximo a los 18 años porque a partir de la sanción de la ley nacional 26.579⁸ que modifica el Código Civil, se establece la mayoría de edad a los 18 años.

El acceso a las voces y miradas de las y los adolescentes usuarios de los servicios ha sido la tarea más dificultosa de este diagnóstico. Como lo expresa el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (2007), es necesario reconocer que la población adolescente es la que menos utilización suele hacer de los servicios de salud y, por tanto, se hace difícil registrar la dimensión de las diferentes barreras (económicas, legales, relacionadas con la organización de los servicios como por ejemplo: horarios, privacidad, recursos humanos, entre otros) que estarían impidiendo el acceso oportuno.

Entrecruzar y poner en diálogo las voces de las y los adolescentes con las perspectivas de quienes trabajan en los servicios de salud, nos aporta pistas para precisar estrategias y criterios a tener en cuenta, para hacer de los servicios de asesoramiento y atención, espacios confidenciales, amigables y seguros.

INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS LOCALES

Córdoba: Lic. Mariela Lario, Psicóloga, integrante de equipo de salud de atención primaria de la ciudad de Córdoba.

Formosa: Integrantes de la Asociación Civil "El Amanecer": Alejandra Carrizo, Ana Carola Mercado, Beatriz Cravero, Liliana Escobar, Susana Somoza, con amplia trayectoria en incidencia local en derechos sexuales y reproductivos.

7. La OMS desde el año 1979 a partir de la "necesidad de definir grupos de edad que permitan identificar los requisitos propios de toda investigación epidemiológica o de la programación de los servicios sociales o de salud", define la adolescencia como "la época de la vida formada por todos los individuos entre 10 y 19 años", ambos inclusive, considerándose 1era adolescencia de los 10 a los 14 y 2da. de los 15 a los 19. Condiciones de salud del niño en las Américas. Publicación Nro.381 OPS-OMS 1979.

8. Sancionada: Diciembre 2 de 2009. Promulgada: Diciembre 21 de 2009 B.O. 22/12/09.

Misiones: Magister en Trabajo Social Silvana Martínez y Magister en Trabajo Social Juan Agüero (docentes e investigadores de la Universidad Nacional de Misiones), Lic. en Psicología Sergio Viudes, Licenciada en Trabajo Social Daniela Mercol y colaboradora Nélida Duarte.

Santa Fe: Licenciadas en Trabajo Social Patricia Chialvo y Marcela Anaya.

Tucumán: Soledad Araoz y Lic. Verónica Mellace (Ciencias de la Educación), integrantes de CLADEM Tucumán -Comité de América Latina y el Caribe para defensa de los derechos de la mujer.

A todos agradecemos sus aportes y compromiso por el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Capítulo 1

Estrategias institucionales en salud para la atención a la población adolescente

DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS A PARTIR DE LAS ESTRATEGIAS Y CRITERIOS INSTITUCIONALES EN SALUD DE ATENCIÓN A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

Para el abordaje de este punto hemos tenido en cuenta la existencia de programas provinciales o municipales destinados directamente a la atención de la salud sexual y reproductiva, específicamente vinculados al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, que opera como marco de referencia para las diferentes jurisdicciones. Seguidamente analizamos:

- a) *Marco jurídico nacional y provincial - Referencia a los Programas Nacionales y Provinciales.*
- b) *Visibilización/invisibilización de la población adolescente en los servicios.*
- c) *Las estrategias de captación y receptividad de los servicios de salud para la población adolescente.*
- d) *Los motivos de concurrencia.*
- e) *Intervenciones en la prevención con adolescentes.*
- f) *Posiciones acerca de la necesidad de protocolos específicos.*

a) Marco jurídico nacional y provincial: Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable⁹

En Argentina el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable fue creado por la Ley Nacional N° 25.673, en el año 2003. "El mismo reconoce la

9. **Ver Anexo 2:** Legislación y Programas de Salud Sexual y Reproductiva, y Lineamiento del Programa Nacional en pág. 126.

salud sexual y reproductiva como parte del Derecho a la Salud, considerando que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción, así como prevenir embarazos no deseados. Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente, de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento, un método anticonceptivo adecuado, reversible, no abortivo y transitorio¹⁰, para poder definir la posibilidad de tener hijos, cuántos hijos tener, cuándo tenerlos y el intervalo entre ellos. Promueve la “consejería” en Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, favorece la detección oportuna de enfermedades genitales y mamarias, contribuyendo a la prevención y detección temprana de infecciones y VIH/sida”¹¹.

En el **Artículo 2º** la ley nacional plantea como objetivos de este programa:

- d) *Promover la salud sexual de los adolescentes; y (...)*
- f) *Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.*

Al reglamentarse la ley, con referencia a las y los adolescentes se establece:

Artículo 4º. - A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considérese al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

10. Se modifica a partir de la incorporación al Programa de la Ley 26130 de Anticoncepción Quirúrgica, publicada en el Boletín Oficial el 29 de agosto del 2006, entra en vigencia a partir del 07/09/2006.

11. Disponible: <http://www.msal.gov.ar/saludsexual/programa.asp>

En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. **En casos excepcionales y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.** (Decreto 1282/2003).

Las **jurisdicciones provinciales** además de adherir al programa nacional, pueden tener su propia legislación al respecto¹². En las provincias referidas encontramos diferentes situaciones:

Santa Fe

Esta provincia cuenta con la Ley 11.888 que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. En la ley provincial no se menciona a las y los adolescentes. Sin embargo, en el Decreto Reglamentario 2.442/2002 y su modificación a través del Decreto 3009/2002 (14/11/2002), se aclara que las prestaciones de este programa se brindarán sin discriminación de ningún tipo, a varones y mujeres. En relación a las y los adolescentes, en su artículo 7 plantea:

“En el caso de que el profesional o persona interviniente considere necesaria la presencia de padres o tutores, de **personas menores de edad**, se les transmitirá la solicitud a los mismos, dejando constancia de la invitación en

12. Ver **Anexo 2:** Legislaciones provinciales.

la historia clínica, que deberá ser firmada por el sujeto en cuestión preservando su intimidad”.

La norma santafecina deja a criterio del profesional requerir la presencia de los padres o tutores.

Misiones

EL Decreto Provincial N° 92/98 Crea el Programa Provincial de Planificación Familiar Integral 02/02/98. Esta provincia adhirió también a Ley Nacional N° 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, a través de la ley provincial N° 4494 sancionada en octubre 2009.

En la ley aparecen como principales beneficiarios las familias y parejas. También se expresa preocupación por el alto número de embarazos adolescentes. En relación a las y los adolescentes, el artículo 5 expresa:

“Cuando los servicios sanitarios específicos que establece el presente Programa sean prestados a menores y/o incapaces, los agentes y profesionales de la salud intervinientes propiciarán y favorecerán, toda vez que resultare posible y conveniente, la presencia y/o autorización de los padres, tutores curadores y/o quienes ejerzan el mencionado rol dentro de su grupo familiar”.

La salud se considera un derecho humano y parte de la responsabilidad social de la provincia, a la que suma también a las iglesias:

“**Artículo 10°.-** La instrumentación y desarrollo del Subprograma de Promoción Social tendrá como eje principal una permanente labor de promoción y concientización de los métodos naturales de regulación de la fertilidad, como una constante capacitación de equipos multidisciplinarios y el establecimiento de ámbitos y metodología de trabajo no agresivos y respetuosos de la naturaleza y dignidad de la mujer.

Para ello, solicitará la activa participación de la Iglesia Católica y demás congregaciones religiosas de nuestra provincia que deseen colaborar en esta tarea específica.”

Córdoba

Esta provincia cuenta con la Ley 9073/03, que crea el “Programa de Maternidad y Paternidad responsable”. Sancionada 13/01/2003¹³. El Municipio de la ciudad de Córdoba cuenta con una Ordenanza Municipal N° 9479 mediante la cual se crea el Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar¹⁴.

En la norma provincial no se menciona a las y los adolescentes. En el artículo 5 plantea que “Los profesionales médicos deberán brindar una completa información y asesoramiento personalizado acerca de métodos anticonceptivos no abortivos, su efectividad y contraindicaciones. Asimismo, previo consentimiento por escrito del paciente, podrán prescribir su utilización en cada caso en particular, resguardando la intimidad y dignidad de las personas asistidas. La prescripción de anticonceptivos no abortivos se efectuará de acuerdo a estudios y controles de salud pertinentes a cada solicitante”.

Formosa y Tucumán, pese a sus inquietantes indicadores de salud reproductiva no han sancionado leyes ni programas provinciales pero han adherido al Programa Nacional y cuentan con un referente (profesional de salud pública provincial) que realiza la articulación con el Ministerio de Salud de la Nación, especialmente en lo referido a la provisión de insumos.

Muchas de las trabas burocráticas que dificultan el acceso de los y las adolescentes a métodos de contracepción y al asesoramiento adecuado se encuentran plasmadas en la norma, como requisitos para la prestación.

El hecho que una jurisdicción cuente con un programa provincial de salud sexual y reproductiva no garantiza que el mismo tenga partidas presupuestarias asignadas para su desarrollo ni tampoco recursos humanos designados específicamente. Generalmente los profesionales que trabajan con el programa pertenecen todos a la planta de personal del Ministerio de Salud Pública. Lo mismo ocurre con el espacio físico.

13. En su Art. 11 deroga la ley 8535 que creaba el Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad (Vetada Parcialmente) Sancionada el 25/04/1996.

14. Sancionado el 6 de Agosto de 1996, reglamentada el 20 de noviembre de 1996 Decreto Nro. 117.

En el caso de Santa Fe, el presupuesto, los insumos y recursos no se definen por programa, sino que se comparten a partir de un proceso de reorganización general de los programas vinculados a la Dirección de Maternidad.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD INTEGRAL EN LA ADOLESCENCIA

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (año 2007), está disponible en la web dentro de los Programas del Ministerio de Salud de la Nación. Sin embargo, a partir de información remitida por integrantes del equipo actual, la versión disponible está desactualizada y la nueva en proceso de reelaboración, esto es así porque el Programa con sus lineamientos ha tenido un relanzamiento a finales del año 2009.

Entre sus prioridades para el presente año se destacó: Embarazo no planificado (mortalidad por aborto y egresos hospitalarios), suicidio en la adolescencia, consumo episódico de riesgo de alcohol. A partir de aquí se fija como objetivos para el primer problema: **disminuir los embarazos no planificados en la adolescencia, mejorar el cuidado de los embarazos y disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad por aborto inseguro.**

Para el abordaje de estos objetivos, se proponen: facilitar el acceso a la información para la toma de decisiones con mayor grado de autonomía; facilitar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, aumentar el período intergenésico en madres adolescentes, instalar consejerías integrales tempranas en embarazo adolescente, disminuir la concurrencia de abortos inseguros y sus complicaciones. Se destaca también intensificar el acceso a la población de adolescentes con riesgo de embarazo que se encuentran no escolarizada.

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, **establece criterios y estrategias que aún son de alcance limitado en las provincias.** En las jurisdicciones analizadas si bien se cuenta con un/a profesional recientemente designado/a, no en todas se conoce la existencia del programa¹⁵. Esto obedece en parte, a que es un programa que se ha ido refundando en varias instancias

15. **Formosa:** Dr. Rubén Vivas; **Misiones:** Dra. Alicia Díaz; **Santa Fe:** Alberto T. Simioni; **Tucumán:** Alicia M. Saad de Carrillo, Rosa Ceballos; **Córdoba:** Alba Weihmuller y Leticia Navarro (profesionales del Programa).

y que se articula en las provincias con experiencias de servicios puntuales que trabajan otras temáticas vinculadas a la salud adolescente (nutrición, acné, por ejemplo). Por esta razón, en el campo de la salud sexual y reproductiva, no siempre se visibiliza el programa ni los referentes. A partir de los nuevos lineamientos expuestos desde la coordinación nacional, esta situación podría cambiar.

En consecuencia, la indagación acerca de las estrategias y criterios institucionales de atención a la población adolescente ha sido difícil en todas las provincias seleccionadas. Hasta el momento, es muy difuso el conocimiento del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, prevaleciendo como marco de referencia el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Vale aclarar que nuestro foco de análisis es la atención de la salud sexual y reproductiva de allí el registro que las/los profesionales a este programa.

El Programa nacional creado a partir de la ley 25.673 se ha ido consolidando a nivel nacional -aunque con altibajos- y establece un marco de referencia para las jurisdicciones en la temática de los derechos sexuales y reproductivos. Tanto las organizaciones de mujeres como trabajadores de la salud reconocen y demandan al Programa el establecimiento de estrategias y criterios para el cumplimiento de los derechos que se desprenden del mismo.

El nuevo marco que instaló este programa ha ido generando cambios que son valorados por las personas entrevistadas, como así también se visualizan sus alcances, dificultades, y desafíos pendientes especialmente en la población adolescente donde estamos haciendo foco:

- El cambio más significativo es la oferta gratuita de anticonceptivos. En relación con el trato a los/las adolescentes, si bien hay algún avance en este sentido en lo que hace a la labor de los médicos, en general en el sistema de salud todavía no hay una clara visualización de los derechos que asisten a los/las adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva. Hay quienes plantean como un avance importante las consejerías de salud, aunque reconocen que no están orientadas específicamente a los/las adolescentes y no se implementan en todos los lugares.

Si bien hay posibilidad de mayor información o de contar con insumos gratuitos, no mejoró el trato hacia las/los adolescentes, particularmente hacia las mujeres, no se respeta la confidencialidad, faltan espacios físicos adecuados y protocolos de intervención (Equipo Misiones¹⁶).

b) La visibilización/invisibilización de la población adolescente en los servicios

Al intentar visibilizar a la población adolescente en los servicios, precisar qué tipo de atención reciben, registrar qué lugar se les da en el sistema de salud, constatamos una primera realidad: las adolescentes irrumpen en los servicios a partir del **embarazo**.

En las provincias referidas, las estrategias que se reconocen priorizan la situación del embarazo como hecho biológico más que la especificidad de la adolescencia. Se presentan dos polaridades o bien es concebido como una situación crítica “embarazo de riesgo” o bien se piensa en estrategias de carácter preventivo como es la atención de la psicoprofilaxis.

El equipo de Formosa es contundente al referenciar el lugar de las adolescentes en los servicios de salud, aunque se cuente con alguna experiencia:

- La adolescencia en Formosa es una etapa invisibilizada desde el sector salud¹⁷. Los adolescentes no consultan por su salud sexual y/o reproductiva en centros de salud ni en hospitales de manera espontánea. Cuando lo hacen, las chicas ya están embarazadas. La atención de las adolescentes embarazadas es la misma atención que la de una mujer adulta en situación de embarazo.

Una adolescente mamá, es una mamá joven. No hay atención diferencial, no se la prepara para el parto ni para la lactancia. Se realizan los controles de rutina y se advierte, cuando la adolescente tiene menos de 15 años:

“parto de riesgo”. Una vez que el parto ocurre, es una mamá joven. Nadie más recuerda que es una adolescente¹⁸ (Equipo Formosa).

El embarazo en las adolescentes (definido como aquel que se produce en mujeres menores de 19 años) es un tema de debate desde hace décadas. Si bien en un principio, numerosos estudios coincidieron en considerarlo “un riesgo” porque conllevaría problemas obstétricos o neonatales, actualmente se reconoce que cuando se recibe apoyo psicológico y social y los controles prenatales necesarios, se obtienen resultados comparables a los que se dan en edades más avanzadas, con una excepción: los embarazos entre los 11 y 14 años¹⁹. Cabe señalar, que el embarazo en menores de 15 años en la mayoría de los casos está vinculado a la violencia sexual, coerción y/o abuso, generalmente al interior de las familias.

En Córdoba, si bien existe en la Maternidad Nacional un Servicio de Adolescencia reconocido con profesional especializado que aborda el asesoramiento en salud sexual y reproductiva, con otras temáticas -referidas por ejemplo a trastornos alimentarios-, en general en las diferentes instituciones, el foco está en los controles de embarazo y en algunas instituciones, en actividades de preparación para el parto:

- Está el Programa de Psicoprofilaxis del parto, lo hacemos con Fisioterapia. La idea es que haya un grupo de adolescentes en este programa. Porque la situación es distinta. Las mujeres del grupo de adultas ya han tenido otros hijos. Vienen con sus parejas. A veces las jóvenes no tienen pareja o les da vergüenza. De por sí es complicado que hablen en los grupos. Con mujeres adultas por ahí menos. La idea es la atención diferenciada (Profesional de salud, Córdoba).

En Tucumán, la maternidad adolescente triplica su presencia en comparación con las mujeres que viven en la Ciudad Autónoma de Buenos

16. Síntesis a partir de diversas entrevistas a profesionales de la salud y funcionarios/as del Ministerio de Salud provincial.

17. El consultorio de adolescencia del hospital de la Madre y el Niño, funciona por compromiso personal de la psicóloga a cargo desde hace 15 años.

18. Cuando hay equipos de apoyo las obstétricas derivan a las adolescentes con la idea de indagar posibles abusos sexuales. Existe un equipo de Prevención y asistencia de la Violencia Familiar “promoción de vínculos saludables”.

19. Gogna, Mónica (coord.), Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. Unicef; Cedes; Argentina Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2005.

Aires y supera en un 10% los niveles de maternidad adolescente del país, según el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La falta de marco normativo provincial atomiza las iniciativas locales que suele depender de la “buena predisposición de las/las profesionales” para abordar los temas vinculados a derechos sexuales y reproductivos, aunque cuenta con un Programa Adolescente desde el año 2005. Las prácticas se circunscriben al trabajo en el consultorio, o talleres para la preparación de parto, pero sin que formen parte de ningún programa ni plan que aborde la prevención de embarazos adolescentes. Aunque se reconocen experiencias puntuales:

- En la Maternidad de Avellaneda se cuenta con espacio de talleres para mamás adolescentes²⁰. Este servicio a pesar de tener una trayectoria reconocida en la línea de parto humanizado, hoy se encuentra limitado y a disposición de la buena voluntad de los profesionales, por no contar con recursos humanos ni de infraestructura que le permitan sostener el trabajo. Existen experiencias anteriores de convocatoria a jóvenes varones para la realización de talleres pero la participación ha sido muy reducida, por lo tanto, no se sostuvo en el tiempo.

La población que llega al servicio está compuesta en su totalidad por mujeres que ya están embarazadas y se destaca que el primer control natal es generalmente tardío, lo realizan al quinto mes de gestación. Las entrevistadas sostienen que esto se debe, en general, a un ocultamiento del embarazo a sus familias, pero a partir de esta primera consulta realizan un excelente seguimiento del embarazo. Desde el servicio no se están realizando estrategias de capacitación de la población extra hospitalaria por no contar con los recursos humanos y económicos necesarios para el sostenimiento del programa, ya que existe una sobre demanda en lo cotidiano del servicio (Equipo Tucumán).

El abordaje del embarazo en las adolescencias, teniendo en cuenta las cifras que existen en las regiones seleccionadas, es prioritario.

Las cifras de maternidad adolescente²¹ ilustran el contraste entre las diferentes regiones del país. Desde el Ministerio de Salud de Nación se informó que en las provincias de Chaco y Formosa, los embarazos adolescentes constituyen más del 25% del total, mientras en que gran parte del país alcanza entre un 16 y un 17%.

En Misiones, el 21% de las madres que dan a luz tienen entre 15 y 19 años. Según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, este porcentaje permanece estable en los últimos años, dando cuenta de que se trata de un problema estructural. Según estudios difundidos por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el Ministerio de Salud de la Nación, la provincia de Misiones se encuentra entre las provincias donde predomina el sexo inseguro. Los estudios dan cuenta de que el 10 % de las adolescentes se inician sexualmente entre los 12 y los 13 años de edad, el 47,5% entre los 14 y los 15 años y el 35,8% lo hace entre los 16 y los 17 años. Según estadísticas difundidas por el Plan Provincial Mamá, hay una prevalencia de adolescentes en los casos de embarazos atendidos por el Plan (*Equipo Misiones*)²².

La complejidad de la problemática de los embarazos en las adolescencias requiere de miradas que contemplen la multiplicidad de dimensiones que se entrecruzan. No pretendemos acá dar cuenta de este análisis. Para nuestro propósito vale tener presente que el embarazo constituye el motivo de mayor visibilización y atención por parte de salud pública, sin que esto signifique, generalmente, una atención diferencial.

Sin embargo, las respuestas sanitarias que se brindan -aunque sean insuficientes y precarias- dejan huellas en la historia de cada adolescente. En la publicación de Con Todo al aire 2, hemos recogido cómo las experiencias durante el control del embarazo y parto, aún después de muchos años, aparecen en la memoria y siguen impactando cuando han estado atravesadas por malos tratos:

- “Tenía 14 años, sin experiencia, sin mamá ni nadie que me acompañaba,

20. En el presente año, no se están realizando por razones de conflictos laborales. Mayo 2010.

21. Ver Anexo 3 Datos Estadísticos.

22. Ver Anexo 3 Datos Estadísticos.

me retaban y trataban muy mal: gorda sentate!, andá para allá, todo eran retos” (lágrimas)²³.

La edad significa -en ocasiones- que haya situaciones de discriminación. Las/los adolescentes pueden ver restringidos sus derechos no sólo en el acceso a la información y en la toma de decisiones. También existen experiencias donde la “infantilización” con que son tratadas muchas veces las mujeres habilita el paso al reto y la recriminación, especialmente cuando son más jóvenes²⁴.

c) Estrategias de captación y receptividad en los servicios de salud para la población adolescente

Las estrategias de captación no están basadas en criterios institucionales y por tanto dependen de decisiones personales o de cada servicio particular. Las modalidades de captación estarían instaladas en las acciones que realiza diariamente un determinado centro de salud, con una interrelación entre los servicios médicos, sin normativas al respecto.

- “Está instalado en la vida cotidiana de la Sala, aunque sin sistematizar, y sin hacer una campaña explícita, todos hablamos, preguntamos y derivamos, es decir, esto de la captación y la derivación está instalado en todos/las nosotras/las” (Profesional de salud, Formosa).

- “Hay centros de Salud que tienen actividades de captación de adolescentes, que trabajan con adolescentes, pero esto no es institucional” (Profesional de salud, Córdoba).

- “La predisposición individual del personal de salud. Lamentablemente queda en manos de una cuestión personal. No tendría que ser así pero es así. Lo peor es que la gente que tiene buena onda y buena predisposición y le abre las puertas al adolescente está recargada de trabajo. Porque son unos pocos que hacen el trabajo de muchos” (Profesional de salud, Córdoba).

23. Testimonio - Posadas 2008 - en Con todo al Aire 2 Insgenar, 2009: 53.

24. Con todo al Aire 2 Insgenar, 2009.

En Misiones, todos los entrevistados coinciden en señalar que no hay estrategias destinadas a la captación de la población adolescente en relación con la aplicación de la Ley Nacional 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable. **Existen multiplicidad de Programas pero no hay integralidad, ni articulación entre ellos.** Se aplican los programas de sensibilización y educación en sexualidad, destinados a las y los adolescentes²⁵, que consisten especialmente en talleres-debates, invitaciones, promoción de los servicios de salud para que se acerquen. Pero **se reconoce que aún está pendiente la recepción de esta población cuando requieren de servicios que hacen a su salud sexual fundamentalmente** (Equipo Misiones).

Por otra parte, en las estrategias, se reitera la invisibilización de la población adolescente como hiciéramos referencia al inicio, que queda subsumida en el colectivo “mujeres”. Esto se expresa en “acá se atiende sólo a mujeres, entre ellas adolescentes”. Pero también se manifiesta la sobredemanda como factor que incide en la búsqueda de alternativas y se evidencian concepciones que hacen una lectura sesgada de las adolescentes, como trabajaremos en el próximo punto.

- “Este consultorio atiende sólo mujeres, entre ellas adolescentes. No existe un espacio solo para ellas/los. Se trabaja con demanda espontánea y una vez que inician la consulta se programa el próximo encuentro. No se realiza captación de adolescentes, no hay posibilidades de hacer cursos en las escuelas, porque nos supera la asistencia” (Profesional de salud, Santa Fe).

Se acuerda a partir de las entrevistas que no existen estrategias claras para la captación de las/os adolescentes, por lo menos planificadas para poder medir impacto. Sí se realizan en las ciudades que cuentan con servicios de atención a la población adolescente -Córdoba, Tucumán y Santa Fe- estrategias acotadas, como espacios diferenciados y horarios.

A manera de ejemplo traemos la experiencia que se relata -para este punto- desde Córdoba, especialmente porque expresa la necesidad de multiplicar estos espacios:

25. Este año, por ejemplo, se focaliza en los adolescentes que concurren a las escuelas nocturnas.

- “Desde el Programa Provincial se ha comenzado a trabajar con adolescentes, en una experiencia puntual donde se ha abierto en un colegio²⁶ un consultorio como un espacio privado, abierto a los adolescentes. A donde pueden ir a hablar de sexualidad. El resultado fue increíble, **el primer día que se abrió el consultorio no se dio abasto. De hecho nunca se da abasto** porque hay un grupo de chicos en la puerta del consultorio esperando para entrar. A veces entran solos, a veces entre amigos. De a 5 o 10. Lo que nos está mostrando la necesidad de este tipo de espacios para jóvenes. Es como una primera aproximación a lo que es el trabajo concreto en terreno con el adolescente. Me parece que es positiva, pero quizás que esta misma experiencia se pueda replicar en otros ámbitos. Hospitales, centros de salud, otras escuelas, otros ámbitos que tengan un espacio mínimo” (Funcionaria Córdoba).

d) Los motivos de concurrencia.

Registrar los motivos de concurrencia constituye un desafío aún para quienes están preparados para abordar la salud sexual y reproductiva:

En las cinco jurisdicciones hay coincidencias sobre el hecho de que los motivos de concurrencia más frecuentes en las adolescentes se relacionan con causas vinculadas a posibilidades de embarazo o directamente a la gestación, como ya se ha dicho:

- La mayoría de las consultas de adolescentes son porque algunas “**vienen con atraso**” y otras “**ya están de 4 o 5 meses**”. Entre los 14 y 16 años vienen las chicas a pedir métodos anticonceptivos -MAC-. Vienen de a 2. Una vez eran 4 juntas. Son casos excepcionales. Aparecen adolescentes que consultan “porque se quieren cuidar” y dicen: “quiero la pastilla”. La profesional entrevistada no recuerda haber atendido adolescentes (mujeres) que hayan solicitado preservativos. O sea que las consultas son por atraso. Si no ya con 4 o 5 meses de gestación. Muy pocas por anticoncepción (Profesional de salud, Formosa).

26. Se trata del Programa Provincial de Maternidad y Paternidad Responsable que desarrolla esta experiencia en el Centro educativo Lelikelén, un centro socioeducativo laboral, con una población de 900 jóvenes de 14 a 21 años.

En un sondeo previo, realizado en un centro de atención primaria de la salud, en la ciudad de Formosa²⁷ -a través de un CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO, se indagó sobre los MOTIVOS por los que las/os adolescentes concurren. El mayor porcentaje de respuestas se referían a la Obtención del Certificado de Buena Salud (Aptitud Psicofísica), o bien, a instancias de una derivación de la Escuela (por dificultades en aprendizaje y/o trastornos de la conducta) o del Poder Judicial (por Violencia Familiar, Maltrato o situaciones de Abuso o Fugas del hogar). [...] sólo un mínimo porcentaje manifestó asistir para orientación, previo al inicio de relaciones sexuales. Fue significativo como, la mayoría de los adolescentes que respondieron el CUESTIONARIO, manifestaron que, aunque fueron bien atendidos, no concurren al CAPS en busca de orientación o consejería, para ello buscan la ayuda de un amigo/a o bien de algún profesor/a del establecimiento educativo al que concurren (*Equipo, Formosa*).

Desde los equipos de salud se registran **otros motivos** de concurrencia, que aparecen en diferentes servicios como la **guardia**, son los casos de violencia y abuso, enfermedades de transmisión sexual, anorexia y bulimia, incluso tuberculosis, además de los embarazos. Tener en cuenta la gravedad de los casos que se registran desde estos espacios, constituye otro importante desafío para las estrategias de captación de la población adolescente.

- “Desde la admisión poder nosotros valorar y ponderar qué es por lo que más consultan los adolescentes. Yo puedo decir porque hago la admisión que hay **muchas de violencia** y conflictos con sus parejas, de adicción, bulimia y anorexia” (Profesional de salud, Córdoba).

- “Hay mucho abuso (se refiere a niñas menores) acá no hay un sistema que funcione bien, acá hubo casos en que el abusador vuelve a la misma casa, después de haber estado preso, no hay ningún control. [...] En los casos de adolescentes que sufren violación, nosotros no intervenimos, es el forense y el hospital” (Profesional de salud, Formosa).

27. Trabajo en el marco de un Posgrado en Salud Comunitaria que dicta la Universidad Nacional del Nordeste, realizado por Lic. Alejandra Carrizo y Dra. Graciela Viera, 2009.

En Tucumán se reconoce también un vacío en cuanto a la atención de abusos sexuales, la información y el acceso a la anticoncepción de emergencia no está disponible.

Cabe mencionar que en el primer informe de atención a través de la línea gratuita recientemente lanzada (mayo 2010) del Programa de Salud sexual y reproductiva: 0800-222-3444 “Línea Salud Sexual”, se reconoce un importante número de llamadas referidas a situaciones de violencia y abuso, incluso a aquellas que ya fueron denunciadas en reiteradas oportunidades y se encuentran judicializadas.

En la medida que los servicios sean amigables con las y los adolescentes podrán desarrollarse diversas acciones para el abordaje de estas situaciones de violencia.

Desde los Programas de VIH/sida e ITS -Infecciones de transmisión sexual-, se reconoce que las y los adolescentes que concurren a los servicios es porque tienen dudas o sospechan de una situación de riesgo, en la mayoría de los casos llegan cuando presentan síntomas de ITS. Estas consultas provienen por consejo de sus pares o por derivación del banco de sangre o de otros servicios.

- *“Hay muchos jóvenes con ITS, y ellos recién vienen cuando no pueden orinar, muchos de ellos están en el colegio, son adolescentes, y este mes tuvimos como 5 casos” (Profesional de salud, Formosa).*

e) Intervenciones de Prevención con Adolescentes:

A partir, de las entrevistas realizadas a los responsables de los programas y a los profesionales de la salud referentes locales en la temática, se reconoce que las intervenciones para la prevención con adolescentes son aisladas, parciales y aún no presentan continuidad en el tiempo. Diversas experiencias de talleres, encuentros, consejerías, algunas a partir de las demandas de las escuelas se desarrollan todavía de manera fragmentada, según la buena disponibilidad de las personas a cargo. En consecuencia, los alcances de estas intervenciones son limitadas y no pocas veces genera frustración como se advierte en los siguientes comentarios:

- *“A veces la gente cree que porque se hizo un taller de 8 horas, es decir de una jornada completa, se cree que se incorporó información y que esa información le sirve para después levantar las barreras del cuidado y eso no sirve. Es decir, sirve solamente para que la gente crea que está haciendo algo pero nosotros sentimos que no es la manera de hacer prevención, la prevención se hace desde distintos ámbitos. Cuando se hace desde un área sola como puede ser salud es desgastante, cansa, frustra, la gente se frustra se siente mal y generalmente esto hace que desista y desaparezca la intención de promocionar cosas. La escuela no puede estar ausente” (Profesional de salud, Córdoba).*

- *“Además, reconocen que no hay acciones de difusión sostenidas en el tiempo, sólo algunas acciones puntuales, como charlas, talleres con adolescentes en las escuelas, pero por espacios de dos o tres horas, con algunos afiches y dinámicas participativas, pero luego no hay continuidad ni seguimiento” (Equipo, Misiones).*

- *“La gente no conoce que existe este Programa (a nivel nacional y provincial), no está visibilizado por la ciudadanía que esto es un derecho, que esto les pertenece, que pueden reclamar....Solamente hay algunas actividades, yo diría medio espasmódicas, para el 21 de septiembre, por ejemplo. Si desde VIH-Sida es donde más se desarrollan” (Profesional de salud, Córdoba).*

A partir de la Ley 26150 de Educación Sexual Integral se establece la necesidad de trabajar de manera interministerial especialmente con el Ministerio de Educación, para garantizar el derecho de todo educando a recibir educación sexual de manera integral en todo su trayecto escolar. Este nuevo escenario posibilita la creación de nuevas estrategias que superen la clásica invitación al profesional de salud “para que de una charla de educación sexual”²⁸.

28. Además de la ley se cuenta con Los Lineamientos Curriculares para la educación sexual integral, Ley Nacional 26150. Aprobados por el Consejo Federal de Educación -Resolución CFE Nro.45/08, en mayo 2008. En documento establece los contenidos básicos para todos los niveles educativos (inicial, primario, secundario, formación docente). Disponible en versión electrónica: www.me.gov.ar/consejo/resoluciones/08/45-08-anexo.pdf

En las entrevistas a referentes de programas y profesionales de la salud se explicita la importancia de diseñar estrategias para la **difusión** en la población adolescente. Se identifica como una deuda pendiente la realización de campañas o acciones masivas en todos los niveles, locales, provinciales y nacionales:

- *“Todos los entrevistados reconocieron unánimemente la inexistencia de campañas de difusión en materia de salud sexual y salud reproductiva destinadas a adolescentes. La causa principal a que atribuyen este problema es que no se dispone de fondos para realizar campañas masivas de difusión y sólo se distribuyen folletos, afiches y se hacen algunos programas radiales y televisivos” (Equipo, Misiones).*

Este es un déficit a nivel nacional con el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. El lanzamiento de la línea gratuita Línea Salud Sexual no cuenta con una masiva difusión por razones presupuestarias. La folletería que se dispone para dar a conocer la Línea telefónica, es presentada principalmente en los espacios de capacitación donde participa el Programa. Las razones expuestas para que la difusión no se haga a través de los medios masivos de comunicación son presupuestarias. Para el presente año, desde el Ministerio de Salud de la Nación, dos temas se han priorizado para la difusión en estos medios: las enfermedades de Dengue y Gripe.

En relación a las campañas de difusión se considera fundamental el acceso a la información de la **Anticoncepción de Emergencia**:

- *“Otra cosa que promocionamos mucho es la píldora del día después, porque nadie sabe que se entrega por guardia, ¡que se tiene que entregar! Acá está bajo veinte llaves pero hay que entregarla cuando una paciente viene. Esto también se lo informamos a la adolescente. Nadie sabe de eso” (Profesional de salud, Córdoba).*

Las campañas con más presencia son las vinculadas al **Programa VIH/SIDA**, provenientes del Ministerio de Salud de la Nación y consisten especialmente en materiales impresos. Aún éstas parecieran ser escasos o insuficientes. Desde el equipo de Formosa, destacan que los entrevistados advirtieron que: “es difícil encontrar folletos que hablen de sífilis, que es lo que más encuentran

en la zona y que hay una **ausencia de relación entre el uso del preservativo y la prevención del cáncer de cuello de útero “no hay folletos que promuevan el uso del preservativo para prevenir el HPV”.**

Otro aspecto fundamental a tener presente en el diseño de campañas masivas es la interpelación a los **varones** de todas sus edades, en especial a los jóvenes.

f) Protocolos, guías, pautas específicas para el trabajo con la población adolescentes

Si bien no existen en las provincias analizadas protocolos de atención para adolescentes, los/las profesionales de la salud tienen diferentes posiciones sobre su necesidad y alcance.

- *“No hay protocolo y lo vemos como una barrera. Pero, más que protocolo, lo que está faltando simplemente es darse la posibilidad de recibir un adolescente para su atención. Está bien que los protocolos son importantes, que enmarcan nuestro trabajo y nos hacen sentir más seguros en lo que implican las prácticas. Pero digo, tenemos leyes, un montón de leyes, que están amparando la atención al adolescente. ¡Si en medio de todas esas leyes se siguen negando a atenderlos, siguen cerrándoles las puertas! O sea, digo vamos a seguir avanzando en protocolos -que está bien-, pero no me parece que el protocolo sea la condición última y necesaria para avanzar en atención al adolescente” (Funcionariola, Córdoba).*

-*“No existe protocolo de atención a los/las adolescentes. Todos los entrevistados coinciden en que deberían existir en Misiones procedimientos escritos que estipulen la forma de atención que deberían recibir no sólo los/las adolescentes, sino la población en general, cuando acceden a los servicios de salud. Como ejemplo de la falta de un protocolo y, lo que es peor aún, la falta de conocimiento de las normativas vigentes, los entrevistados manifestaron que son frecuentes las situaciones de negativa de atención a los/las adolescentes que no concurren con algún adulto” (Equipo, Misiones).*

Para construir servicios amigables, confiables y accesibles se necesita tener en cuenta determinados criterios. Pero entendemos -como se advierte en el primer registro- que previo a contar con guía, protocolo, hay obstáculos, barreras, que desandar para que las adolescencias tengan acceso a los servicios de la salud pública.

Capítulo 2

Dificultades observadas en la atención a la población adolescente

PREJUICIOS Y BARRERAS QUE SE ENCUENTRAN EN LAS CONCEPCIONES DEL PERSONAL DE SALUD

En el cuidado de la población adolescente sobre aspectos referidos a su salud sexual y reproductiva se manifiestan de diversas maneras prejuicios, mitos, concepciones acerca de la sexualidad, la edad y también la clase, entre otros. De esta manera se constituyen barreras u obstáculos que no siempre son advertidos por los equipos de salud.

Su reconocimiento es un primer paso para desnaturalizar la premisa que se escucha frecuentemente: “los jóvenes no concurren a los centros de salud”. La misma parece depositar en “otros” la responsabilidad de concurrir o no a los servicios de salud y clausura la posibilidad de preguntarse acerca de cómo se los recibe y qué se les ofrece. Proponemos escuchar a profesionales de salud que expresan la existencia de barreras u obstáculos -a veces casi invisibles- que de diferentes maneras impiden o por lo menos, no facilitan, el acceso de esta población.

- *“Me parece que falta mucho camino por recorrer, porque en el tema sexualidad por ahí creemos que ya sabemos mucho o todo, pero todavía existen muchos prejuicios y muchos tabúes y más que nada en la gente grande, por ejemplo los docentes mismos, los profesionales de salud mismos, que a veces se resisten a hablar con los adolescentes, por vergüenza o porque de este tema no se habla y eso que ahora se están creando espacios de consejerías, pero todavía falta mucho por hacer, ya se está comenzando, pero todavía falta” (Profesional de salud, Misiones).*

La EDAD como primera barrera de acceso a los cuidados de la salud

Podríamos decir que hay un primer nivel de barrera, más visible, que se relaciona en algunos casos con el escaso conocimiento del marco jurídico con que se cuenta y en otras, con la ambigüedad de las regulaciones provinciales. Los/las profesionales de la salud remiten (en mayor o menor medida) a la ley 25.673, que establece la edad de 14 años para concurrir solos a los servicios de salud sexual en busca de asesoramiento y provisión de métodos anticonceptivos (MAC). Esta posibilidad es constantemente reafirmada desde el equipo del programa nacional y de las personas que son referentes provinciales. Sin embargo aún persisten criterios de solicitar el acompañamiento de una persona adulta, aunque esta situación se va modificando con respecto a años anteriores.

- *“La mayoría de los centros de salud trabajan creyendo que deben venir acompañados, aunque un 30% ya no” (Funcionariola, Córdoba).*

- *“La Ley Nacional, es clara, actualmente la mayoría se maneja de acuerdo a Ley. A partir de los 14 años si un adolescente va a pedir pastillas en la mayoría de los Centros de Salud creo que se las dan. No se maneja desde nivel central pero creo que lo de la Ley lo tienen presente en la mayoría de los Centros. Hay algunos profesionales que tiene ciertos resguardos con los adolescentes en la entrega de anticonceptivos pero creo que son los menos a esta altura. Hay algunos profesionales –sobre todo ginecólogos- que suelen tener requisitos, se resisten a entregar métodos a los adolescentes, les cuesta reconocer que por la Ley un adolescente puede ir solo y no necesita de un adulto, creen que ellos pueden tener problemas” (Funcionariola, Córdoba).*

Se evidencia a partir de las entrevistas a referentes de los equipos de la salud que desde los programas nacionales (especialmente de Salud Sexual y Procreación Responsable en articulación con los referentes locales), existe un trabajo sostenido en el tiempo para el cumplimiento de la atención a adolescentes a partir de los 14 años, sin la necesidad de estar acompañado por un adulto. Esto constituye un avance con respecto a los años anteriores, aunque sabemos que todavía no es homogéneo al interior de cada jurisdicción.

Queda pendiente que se modifiquen aquellas normativas provinciales que constituyen contradicciones con la normativa nacional.

- *“Se entregan anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos (DIU) sin autorización de los padres. Tanto los orales o los inyectables. Desde el año pasado no se rinden más condones y pastillas del día después, se dan a demanda, el que necesita lo pide en el servicio de obstetricia, de ginecología o la guardia, se entrega se explica cómo tomar, que síntomas puede tener después. En general explica la obstétrica pero también una enfermera capacitada por ella, cuando hace guardia a la noche...Hasta el 2003 eran experiencias pilotos, en 2004 se implementa el programa en la provincia con entrega gratuita de anticonceptivos, pero había restricciones en la entrega de anticonceptivos y el DIU (dispositivo intrauterino) que se ponía solo a las que tenían un hijo, ahora no hay estas restricciones. En esa época el adolescente tenía que venir acompañado por los padres, debido al incremento del embarazo adolescente, **hay entrega directa a los adolescentes, previa información**” (Profesional de salud, Formosa).*

- *“La mayoría de las adolescentes que concurren al servicio son mujeres y tienen entre 10 y 15 años. “Hace sólo dos años que entregan anticonceptivos en forma gratuita a las adolescentes en el hospital de niños, ya que no contaban con el recurso (a pesar de contar con un espacio específico), a raíz de una presentación que se hizo desde el servicio. Antes si querían anticonceptivos tenían que ir a los servicios de ginecología en general. Varias concurren solas no es requisito que vengan acompañados” (Profesional de salud, Santa Fe).*

- *“Se registra que aunque desde el programa provincial se insiste en llamar la atención para modificar la negativa de atender y proveer métodos anticonceptivos a adolescentes que no se encuentren acompañados por un adulto, esto todavía necesita profundizarse dado que desde otras áreas de salud pública (atención Primaria de la Salud) se mantiene el criterio de que los menores de 18 años deben concurrir acompañados de sus padres” (Equipo, Misiones).*

En cuanto al acompañamiento del adulto, una situación diferente es la que se trae desde el programa de HIV-Sida:

- *“No exigimos que los menores sean acompañados con adultos, salvo por una cuestión de contención familiar ‘porque sino no vuelven’. Trabajan con quien los acompañe, quien sea y que pueda brindar alguna contención al joven cuando se les diagnostica HIV. En general, casi ninguno sabe que es exactamente hasta que se les explica” (Profesional de salud, Santa Fe).*

En síntesis, podemos decir que la EDAD constituye aún una barrera. En la práctica se va implementando de manera discontinua la atención sin la necesidad de contar con la presencia de una persona mayor. Si bien hay desconocimiento de la normativa vigente, existe además una mirada restringida del marco de los derechos en algunos integrantes de los equipos de salud, como se advierte en el siguiente aporte:

- *Hay mucho desconocimiento del tema leyes: la principal barrera es que lo hacen ir acompañado por un adulto, por ejemplo, para recibir un anticonceptivo. La ley dice que los adolescentes mayores de 14 años pueden elegir un método sin estar acompañados de sus padres, bárbaro, yo siempre me pregunto: **Si tengo una chica de 13 años que se anima a pasar la puerta, se anima a sentarse frente a un adulto profesional porque necesita un método, y le decimos que “no” la expulsamos para siempre. No vuelve más. Esa es la realidad.***

*Entonces digo, a la ley parece que la usamos siempre desde lo negativo **“NO SE PUEDE”** y no tomamos otros aspectos. Porque la Convención Internacional por los Derechos del Niño dice claro que todos los niños tienen derecho a recibir atención y la mejor atención.*

Entonces, nos vamos a lo negativo: la ley de Salud Sexual y Reproductiva dice 14 años. Nos estamos olvidando de todo el otro marco de convenciones, la Convención por la Eliminación de todas las formas de Discriminación, la Convención Internacional por los Derechos del Niño, el marco de Derechos Humanos en general. Hay montón de otras cosas que nos están avalando por el SI! (Profesional de salud, Córdoba).

- *“Hay desconocimiento de las leyes por parte de los profesionales. Una sensación como de apatía, un desinterés al momento de informarse” (Profesional de salud, Santa Fe).*

Coincidimos que **“hay un montón de otras cosas que te están avalando por el SÍ”**, además de los fundamentos que provienen del marco internacional de Derechos Humanos, desde el Programa Integral en Adolescencia, expresaron la preocupación para que **“no se pierda la oportunidad de atender a menores de 14 años”**, cuando éstos acuden a solicitar información, asesoramiento, recursos. Desde este programa -que sabemos tiene todavía un alcance limitado en la provincias- se está trabajando en esta línea, a través de instancias de capacitación para los equipos que lo solicitan.

Compartimos que la materia pendiente es que los equipos de salud respeten el marco legal existente, y que por otro lado, la sociedad comience a exigir este derecho, así lo advierte, el referente de Santa Fe:

- *“Lo que hay que hacer ahora es generar los convencimientos a los equipos de salud y un alerta también porque al estar vigente la ley cualquier ciudadano puede ampararse cuando tenga un bloqueo en el acceso a determinado derecho” (Funcionario/a, Santa Fe).*

Los requisitos burocráticos y administrativos como barrera de acceso.

Es prioritario revisar determinados procedimientos como por ejemplo la elaboración de recetas para la administración de los métodos anticonceptivos, que en algunos lugares se hace extensivo a los preservativos, porque constituyen barreras concretas. Este requisito administrativo no facilita la concurrencia de las y los jóvenes a los servicios. En palabras de una profesional de la salud: **“hasta para un preservativo se necesita tener una receta dada por el médico”**.

- *“En general se intenta favorecer la entrega de anticonceptivos sin limitación alguna por minoría de edad o falta de acompañamiento de un adulto, aunque, todavía subsiste la exigencia de este acompañamiento. **El problema es que para entregar anticonceptivos se pide receta médica, para poder rendir cuentas a la Nación, también sobre los preservativos distribuidos, se rinde cuenta con las recetas. Los anticonceptivos son entregados por el Programa Nacional Remediar, para lo cual se exige este tipo de rendición de cuentas” (Profesional de salud, Misiones).***

La entrega de los PRESERVATIVOS ponen en evidencia las relaciones de poder con respecto a la población usuaria pero también al interior de las/las profesionales de la salud y la necesidad de revisar criterios y metodologías de funcionamiento, como dan cuenta las siguientes situaciones:

- *“El otro día yo fui a la farmacia y tuve que dar una severa discusión y aclarar que yo iba a ir a los estamentos que corresponde porque **el preservativo lo entregan con receta médica en la farmacia.** Yo lo necesitaba porque cada vez que hago un grupo les entrego preservativos, entonces **me encuentro primero con la resistencia de la farmacéutica** diciendo que no podían poner preservativos en todos lados porque se los iban a llevar los empleados. Segundo, **el médico se ofendió, dijo: bueno, si los van a dar ellos yo no quiero más un preservativo en el consultorio. Se ofendió porque le sacaron la práctica de recetar. Había que ir a la farmacia con una receta del médico que decía ‘diez preservativos’ o ‘veinte’ firmado por la doctora y nosotros a eso dijimos que no. Yo dije que esto no lo voy a permitir. El preservativo se debe entregar en el área peatonal no tiene por qué necesitarse receta médica. La gente de Adolescencia me decía que el adolescente es muy difícil que vaya a la farmacia, le da vergüenza pedir preservativos”** (Profesional de salud, Córdoba).*

- *“Yo les dije que si tenía que hacer firmar planillas por los preservativos, que se los lleven, hay un registro para los otros MAC. En este momento hay todos, salvo los DIU, los preservativos los damos así, como caramelos, yo cuando regalo caramelos no lo registro, sí los otros porque son asistenciales”* (Profesional de salud, Formosa).

En estas situaciones se juega la hegemonía del poder médico como la autoridad que decide, frente a otras posiciones que intentan mejorar las condiciones para hacer efectivo el derecho de las personas a elegir y acceder a los recursos disponibles. Desde esto último, las posibilidades de pensar estrategias para el acceso se multiplican y se corren de todo lugar de vigilancia o control. Por eso, esta profesional propone que los preservativos puedan traspasar los espacios de salud y estar en otros ámbitos públicos:

- *“Nosotros hemos conseguido tener un dispenser en el servicio con*

*preservativos, se pueden llevar los que quieran, si se los quieren llevar completos que los lleven, nosotros no estamos pensando si los venden, hemos luchado contra eso: ‘no los vamos a dejar en lugares públicos se los vamos a dar por receta’ entonces tenían que ir a la farmacia a buscar los preservativos y nosotros no estamos de acuerdo con eso porque creemos que la gente puede tomar la cantidad que quiera y **sin prejuicios pensamos que el que los quiera vender que los venda, otro lo va a usar;** en realidad dice Ministerio de Salud, hay una inscripción, pero supongamos que lo quiere vender, no interesa, lo importante es que alguien se lo lleve para usarlo. Sin embargo, yo te digo que **estas son pequeñas trabitas que se van poniendo [...]** Si vos crees que se debe usar, a mí no me molestaría de que esté en **un dispenser en una plaza**, que se yo... ¿por qué no? Si está puesto para que lo use la gente... en un hospital, porque uno piensa que puede ser en un hospital pero puede ser en la Municipalidad de Córdoba, en un CPC²⁹, en cualquier lugar puede haber **preservativos gratis**, porque en realidad están gratis, es así hay un presupuesto destinado a eso”* (Profesional de la salud, Córdoba).

Estas trabas administrativas, algunas veces esconden prejuicios de más difícil remoción.

Prejuicios, concepciones, creencias de los profesionales de la salud

Un tercer tipo de barreras, más difíciles de reconocer y revertir lo constituyen las ideas, concepciones, ideologías, creencias religiosas de los profesionales de la salud. Los cambios legales instalaron un nuevo marco para el abordaje de la salud sexual y reproductiva. La perspectiva de derechos que instituye no siempre genera adhesión inmediata en los equipos de salud, lo que constituye un desafío para la implementación de las leyes, tal como lo expresan referentes de salud de las provincias:

- *“Es decir la Salud sexual y reproductiva no puede ya dejar de ser relegada a otro ámbito porque 10 años atrás en todos los centros de salud se*

29. C.P.C.: Centro de Participación Comunal.

discutía esto cuando no existía la ley, parece que desde que existe la ley está todo hecho, cuando no es así, o sea, está todo hecho desde el punto de vista de lo legal, que inclusive se puede discutir eso, lo que hay que hacer ahora es generar los convencimientos a los equipos de salud y un alerta también porque al estar vigente la ley, cualquier ciudadano puede ampararse en esta ley cuando tenga algún bloqueo hacia el acceso a determinado método, por ejemplo en los llamados métodos irreversibles. Existen determinadas situaciones en la cual los prejuicios nuestros hacen que pongamos nuestra decisión por delante de la decisión de la persona” (Funcionariola, Santa Fe).

Anteponer nuestras visiones, creencias y valores a las políticas de salud, significa levantar barreras que obstaculizan el ejercicio de los derechos. Si bien siempre está en juego la subjetividad del profesional, cuando operan limitando el acceso a la información y a la toma de decisiones por ejemplo, constituyen una vulneración de derechos. Esta situación se advierte en la siguiente entrevista en Santa Fe:

- “Las principales dificultades se encuentran en los conceptos de los profesionales de la salud desde lo religioso, moral o desde sus convicciones personales” (Funcionariola, Santa Fe).

Además del análisis con las propias creencias y prejuicios, es necesario reconocer que la inserción en el espacio de salud pública implica determinados compromisos, como se expone claramente a continuación:

- “No cualquiera está preparado para trabajar con lo público, para trabajar con gente que tiene otro tipo de necesidades, respetar a la persona que es diferente a uno, que tiene una cultura diferente, costumbres distintas de las mías... me parece que no cualquiera. El desprecio por la gente humilde a veces se nota y se nota mucho; entonces si le proveemos de menos es lo mismo, las camas del hospital no tiene sábanas, si no tienen fundas es lo mismo, si no hay almohada es lo mismo. Me parece que hay una parte que hace que una persona se sienta digna, dignamente atendida y es una parte fundamental, es parte del respeto que nos debemos todos, ¿no?” (Profesional de salud, Córdoba).

Para recibir una atención digna, además de contar con los recursos necesarios como da cuenta la intervención anterior, es fundamental brindar un trato digno. El mismo se expresa de diversas maneras, en especial cuando no se juzga y no se antepone los criterios personales que buscan aprobar o no determinado comportamiento:

-“Acá también tenés que tener gente que trabaje en salud sexual y reproductiva, no sólo con adolescentes, libre de prejuicios sino te dicen ‘para qué querés el DIU si te has separado’ o ‘si esta mujer es prostituta no puede usar el DIU’, entonces separar el criterio médico de lo valorativo cuesta mucho en la institución, vivimos diciendo ‘¿y si cambias de marido? ¿Estás segura de lo que estás por hacer? ¿Y si se te muere este chico?’ se llegan a escuchar cosas terribles desde un lugar bastante desastroso en cuanto a lo que es la concepción del otro” (Profesional de salud, Córdoba).

Las concepciones que tenemos del “otro”, en este caso “adolescentes” van a estar atravesadas por el género, la clase y la edad principalmente.

Considerar a las mujeres como “olvidadizas”, “desboladas” muestra como desde los equipos de salud imponen sus propias visiones tanto como no tienen en cuenta las heterogéneas condiciones de vida de la población usuaria con la que trabajan:

- “Sólo mencionó como única captación al grupo de mujeres embarazadas, manifestando que se las capta cuando llegan al control de embarazo, también en el parto y alta, a través del consultorio de alta conjunta, se le brinda una charla antes de retirarse del hospital. Agrega un comentario sobre la irresponsabilidad de las mujeres en la toma de los anticonceptivos, “porque yo sé que los médicos les dicen a ellas usted debe poner sus anticonceptivos en la mesita de luz para evitar el olvido” (Funcionariola, Formosa).

-Se ofrecen medidas anticonceptivas, hay tendencia hacia el inyectable, porque “se corre la bolilla” entre ellas, son “desboladas” y esto les permite mejor administración”. [...] (Profesional de la salud, Santa Fe).

Otro aspecto a trabajar es la dimensión del placer en las concepciones de la sexualidad que atraviesa tanto a quienes concurren a los efectores de salud

como a los prestadores. El disfrute de la sexualidad, el cuidado de la salud y el derecho de poder decidir, son concepciones que se tienen que profundizar en espacios colectivos entre los equipos de salud y la población usuaria. Porque son pilares importantes en la construcción del vínculo horizontal entre población y los servicios.

- *“Esa concepción de patologizar la sexualidad de la gente [...] estaría muy contenta cuando me vengan a decir que quieren la pastilla porque quieren gozar sexualmente, porque es un derecho como el de programar los hijos pero no viene la demanda así porque la oferta tampoco viene así: ellos patologizan, piden HIV, análisis de sangre, papanicolaou, colposcopia, para ponerle el DIU, para darle las pastillas, para todo. No es un criterio médico, científico. Teníamos una subdirectora que decía: ¡solamente hace falta pedirles un exudado!” (Profesional de salud, Córdoba).*

La imagen del adolescente con autonomía, que se reconoce como sujeto con derecho a la información al acceso a la prevención no forma parte de nuestro imaginario compartido. De alguna manera no tenemos incorporado a ese adolescente que sabe y quiere cuidarse, entonces cuando consultan no siempre se valoriza esta presencia, no festejamos con bombos y platillos como señala esta profesional:

- *“Trabajar con adolescentes es más complejo, todo esto se podría hacer con adolescentes, a excepción de la ligadura, pero todos los métodos anticonceptivos se pueden trabajar maravillosamente, sabiendo que el adolescente es inestable, que es posible que si uno programa muchas actividades asisten a la mitad o a una, después... ellos no se enganchan mucho en estas cuestiones de la prevención. Pero si llega algún adolescente que está concientizado que sé debe prevenir lo tenemos que recibir con bombos y platillos y hacerlo sentir muy bien y esto no siempre ocurre” (Profesional de salud, Córdoba).*

Capítulo 3

Las voces de las/los adolescentes desde sus experiencias en salud sexual y reproductiva.

Este primer acercamiento a las voces de adolescentes acerca de sus experiencias en la concurrencia a los centros de salud, ha sido un desafío principalmente en dos aspectos.

Por un lado, el arduo trabajo que significó el acceso a sus relatos, palabras, vivencias que se expresó en las dificultades para llevar adelante los grupos focales. No sólo porque se asiste poco a los servicios (excepto por embarazo) sino también porque se necesita un proceso para profundizar la temática. Sin embargo, las voces recogidas, son elocuentes.

Vinculado con lo anterior, para las y los adolescentes resulta difícil reconocer que se han vivido situaciones de vulneración de derechos, cuando no se tiene registro del ejercicio de los mismos. En otras palabras, diversas situaciones en donde se los priva de la posibilidad de elegir, de intimidad, de respeto, de acceso a la información, entre otros, no siempre son reconocidos como la privación de un derecho.

Esta realidad no nos resulta nueva. La naturalización de ciertas prácticas y los malos tratos es un problema que observamos cuando escuchamos a trabajadores de la salud pero también está presente en las personas usuarias de los servicios, quienes consideran que no tienen posibilidades de exigir o elegir otro tipo de atención. Las mujeres que compartieron sus testimonios en la publicación de Con todo al aire -tanto en su primera edición como en la ampliada- han transitado un proceso de sensibilización que les permitió releer lo vivenciado desde el marco de los derechos.

El “todo bien” se escucha inmediatamente en las y los adolescentes para hacer referencia a experiencias de un parto, de un control, de una consulta.

Pero también y como al pasar se dice “me da vergüenza”, “puso mala cara”, “te retan”. Y entonces el “todo bien” tendrá que ser puesto en clave de pregunta, para escuchar e interrogar una y otra vez desarrollando contextos que nos permitan desnaturalizar algunas situaciones.

A continuación, en este capítulo, proponemos analizar los registros de las/los adolescentes organizados a partir de vulneración de determinados derechos, teniendo en cuenta que existen múltiples entrecruzamientos donde se expresa la interdependencia e indivisibilidad de los derechos. Asimismo, para una puesta en tensión con el marco propositivo vigente, en el capítulo que sigue, se explicitan las normativas internacionales y nacionales que circunscriben los derechos sexuales y reproductivos de las y los jóvenes argentinas/os.

- *Derecho a recibir un trato amigable y respetuoso*
- *Derecho a la intimidad y a la confidencialidad*
- *Derecho a la información y toma de decisiones*

Derecho a recibir un trato amigable y respetuoso

El registro de las condiciones en las que se desarrollaron las consultas, especialmente si se ha tenido oportunidad de abordar los motivos de la misma, si han podido contar con el tiempo necesario para ser escuchados, para contar con un espacio oportuno que posibilite expresar temores, dudas, interrogantes, nos acerca a las dificultades que hacíamos referencia al inicio:

- En este punto, la mayoría de los/las adolescentes con quienes se relevó la información manifestó que tuvo oportunidad de expresar los motivos de la consulta. Sin embargo, reconocen que en muchos casos no lo hicieron, según sus propias palabras textuales, “por vergüenza”, “por nervios”, “por temor a no ser escuchado” o “por temor a no ser comprendido”. Otros manifestaron que no lo hicieron, según sus propias palabras, “porque el personal que los atendió no tenía mucha paciencia” o “porque eran brutos” (Equipo, Misiones).

Profundizando en las situaciones en la que se hayan sentido “incomodados”, no tenidos en cuenta, respetados, comienzan aparecer otras dimensiones,

registros que nos permiten vislumbrar el impacto que estas situaciones pueden tener en la autoestima, por ejemplo:

*- “Además de hablar en presencia de sus familiares, registraron que **decir su edad o decir que está embarazada les ha resultado muy incómodo. Además, que los traten con lástima, que les digan que hay que estudiar, que son muy chicas para ser mamás, que los médicos o enfermeras pongan cara fea!” (Equipo Misiones).***

El siguiente diálogo, establecido en el grupo focal de Córdoba nos acerca a la dimensión que la “vergüenza” es vivida por algunas jóvenes y cómo ésta impacta en su acceso a los métodos anticonceptivos:

E³⁰: *-¿El doctor no te recomendó otro método para que te cuidaras?*
Azul³¹: *-Sí, me dijo que viniera a pedir las pastillas*
E: *-¿Y por qué no has venido?*
Azul: *-Porque me da vergüenza*
E: *-¿Querés que veamos por qué te da vergüenza? ¿A lo mejor por cómo es el lugar donde te entregan las pastillas? ¿Por quién te las entrega?*
Azul: *-Será por quien las entrega*
E: *-¿Vos conocés a quien las entrega?*
Azul: *-No, no vine nunca*
E: *-¿El doctor te explicó cómo tenías que hacer? ¿A quién se las tenías que pedir?*
Azul: *-Sí, me explicó: al enfermero*
E: *-¿Te da vergüenza pedírselas al enfermero?*
Azul: *-Sí, por eso no vengo*
E: *-Vos decías que preferías doctora en vez de doctor ¿preferirás pedirle a una enfermera en lugar de a un enfermero?*
Azul: *-Sí, y también le digo que me diga bien ella, que me dé un consejo (Córdoba, 16 años)*

30. E: entrevistadora. Utilizamos esta letra para referenciar a la persona que coordinó el grupo focal. Todos los grupos focales se realizaron en los meses de abril y mayo 2010.

31. Los nombres están cambiados, no corresponden a las personas que asistieron a los grupos focales para evitar su exposición.

Diferentes testimonios dan cuenta las barreras que enfrentan las adolescentes cuando se acercan a un centro de salud. Las mismas impactan en las decisiones que se toman y en consecuencia, comprometen la propia salud:

Abril (16 años): *“Un día acompañé a una amiga que quería tener relaciones a hablar con la psicopedagoga de la escuela. Ella nos dijo que fuéramos a hablar al dispensario y nos escribió en un papel dos nombres, nos dijo que eran rebuenos, que nos iban a atender bien. Nos atendió la enfermera y había bastantes, como 4 enfermeros. Y ella se nos reía y nos preguntaba, delante de todos, qué queríamos saber. **No le preguntamos nada.** Nos atendió así nomás. Le preguntó a mi amiga si quería retirar las pastillas. Vino, la anotó en una ficha a la chica y eso fue todo. Nosotras dijimos ‘Ve, ¿No era que nos iban a atender bien?’ **Sentíamos que se nos habían burlado, si supuestamente tienen que enseñar y no reírse**” (Córdoba).*

Ayelén (17 años): *“Fui a pedir métodos al dispensario. Me dijeron que tenía que sacar turno, dije que era para pedir método anticonceptivo a la ginecóloga y me dijeron que tenía que ir con un mayor. **No saqué turno y no volví más. No quería que se enterara mi mamá**” (Córdoba).*

Morena (16 años): *“Me da cosa ir al dispensario, estar pidiendo. Me da vergüenza, una porque soy vergonzosa y otra porque no me gusta pedirle nada a nadie. Al dispensario va mucha gente y se meten, te dicen **¡mirá tan chica!** Allá en el barrio si te ven dicen **¡mirá, anda pidiendo anticonceptivos!**” (Córdoba).*

Estas voces traen en pocas palabras vivencias de vulneración del derecho a ser respetado y dan cuenta de la otra cara del porque las/los adolescentes no llegan -o no vuelven- a los servicios de salud sexual y reproductiva.

Desde los profesionales de la salud, se reconoce la importancia de tomar en consideración las actitudes del personal a cargo:

“Hay que preguntarse si realmente las personas que trabajan con adolescentes son las indicadas, adecuadas, tiene que haber hasta cuestiones de personalidad para quien atiende a adolescentes, no cualquiera está

en condiciones, no a todo el mundo le cae bien el adolescente. ¡Ver las aptitudes! que no fuesen personas autoritarias, tampoco permisivas porque un adolescente no necesita a alguien que sea el amiguito y que lo deje hacer todo; entonces una persona con pensamiento claro, con buena disposición al diálogo, que sabe escuchar; en general eso debiera ser para todos los pacientes (Funcionario/a programa, Córdoba).

Según las voces de adolescentes embarazadas en Formosa, el personal de salud más apropiado para acompañar este proceso son **las obstétricas, porque tienen más tiempo y más paciencia** mayor disposición al diálogo y están insertas en todos los centros de salud de la capital. Este registro no es casual se relaciona con la metodología de trabajo basadas en las consejerías.

Otra dimensión del DERECHO a recibir un trato amigable y respetuoso, se expresa en la infantilización con que se trata a las mujeres embarazadas, como se expone en los testimonios de Con todo al aire 2. Aniñarlas en algunos casos es la antesala que habilita el reto que se agrava cuando son adolescentes. Los siguientes relatos dan cuenta cómo este trato genera diversas sensaciones:

Lucía: *“Lo único que yo decía que iba a ser la última vez cuando estaba ahí con los dolores (se refiere al parto), estaban los doctores, los enfermeros, todos y dijeron: trae un cuaderno, vamos a anotar el nombre y el apellido para ver si va a ser la primera vez que va a venir. **¡Sentí odio!**” (Córdoba).*

Carolina: *“Yo cuando fui a tener **no me gustó, me gritaban.** Porque... o sea, uno que es madre siente cosas: que se va a orinar encima, todo eso. Y me decían: ¡dale, dale! ¡Hacelo si tenés ganas! Ahí fue cuando me rompieron la bolsa, al rato me vinieron más dolores y me hacían tacto a cada rato. Te atan los pies. Yo no sabía. Yo pensé que iba a ser así los pies (señala para abajo), no así (señala para arriba) como me pusieron. No sé en qué momento me subieron a la camilla, me ataron...la doctora que me atendió en el parto bien, me trató bien. **Me acuerdo de la enfermera que estaba al lado, me dio la mano y me habló, no me gritó**” (Córdoba).*

El equipo de Misiones recupera distintas situaciones de insultos, gritos, retos, comentarios humillantes, con doble sentido, chistes. Las/os adolescentes

entrevistados/as manifestaron que son frecuentes escuchar frases como **“a tu edad tendrías que dedicarte a estudiar”, “tendrías que haber aprendido a cuidarte”, “no tendrías que andar por ahí”**. A una adolescente entrevistada una enfermera la dejó sola en la sala estando ya con fuertes dolores de parto y el comentario de la médica fue **“no sé para qué tienen hijos si después no los saben cuidar”**.

El poder de las palabras no radica en aquello que se dice sino en el poder de quien lo dice, así el reto, el silencio, la mirada que descalifica, juzga, no es la misma si se trata de profesionales de la salud, familiares, pares. Pero tampoco es la misma en el contexto de escuela que en una sala emergencias, o en la experiencia de un parto. Desde aquí podemos dimensionar el impacto de estas situaciones en la vida de las/los adolescentes, que constituyen sin duda, **experiencias de malos tratos**.

Derecho a la intimidad y a la confidencialidad

Comprende el derecho a mantener los sentimientos, comportamientos, datos personales, libre de injerencias extrañas, con el mayor grado de privacidad visual y auditiva posible. Quienes participaron de los grupos focales reconocieron que no siempre tuvieron posibilidad de hablar y/o ser revisados/as en un ámbito de privacidad. Según sus propias palabras:

- **“Siempre había mucha gente dando vuelta por los alrededores y escuchando lo que uno dice”** (Misiones).

- **“No, no me preguntaban. Por ahí te hacían mal, porque como no saben ellos. Igual que cuando yo entré con 5 de dilatación, cuando estaba por tener a mi hijo, me hacían muchas veces tacto y creo que no se puede hacer eso. Había como 3 o 4 estudiantes varones y no me gustaba, no me preguntaron. Ellos cuentan como que vos no estás, ellos hablan entre ellos: ‘mirá, se hace así, tenés que poner así’. Hacen de cuenta que vos no estás”** (Córdoba).

Desde Santa Fe se reconoce a partir del análisis de los relatos que, la exposición del cuerpo, en particular de los órganos genitales, por parte de las/os médicas/os,

residentes, pasantes y otras personas, es una situación que se repite en diversas intervenciones, especialmente en el parto y en la consulta ginecológica. Se observa un avasallamiento del derecho a la intimidad de las mujeres, quienes no recibieron ninguna explicación ni fueron consultadas sobre si estaban de acuerdo con ser revisadas por otras o varias personas. Esto sucede sobre todo en los hospitales escuelas, donde está absolutamente arraigado, establecido que no hay otra manera de aprender que haciendo pases de sala multitudinarios e invasivos. En pocas palabras, esta situación se relata en la experiencia de una adolescente:

- **“Me daba un poco de vergüenza cuando me miraban la herida de la cesárea, eran seis profesionales pero te tenés que acostumbrar”** (Equipo, Santa fe).

Otra dimensión de la vulneración a este derecho es violar el ámbito de confidencialidad de la consulta y se plasma en el **“contar”** a los familiares conocidos los motivos de una consulta:

- **“Entonces ella fue, sacó turno y le dieron los anticonceptivos, todo pero cuando fue la mamá, que era conocida del dispensario, le comentaron que la hija había tenido su primera vez y que había venido a pedir anticonceptivos. Entonces fue una situación horrible para ella, que después tuvo que dar cuenta y contar todo en su casa... y a ella le afectó, ella no confía más en ir al médico, o sea después cualquier consulta que quería ir a hacer, no la quería porque ya se iban a enterar los padres. Ella tiene 16 años y no volvió más, así que cada vez que tiene que comprar algún anticonceptivo va a la farmacia y se lo automédica ella. No fue a retirar más al dispensario”** (Córdoba).

En las situaciones en que los profesionales condicionan la atención a la participación de un adulto -justificada en la edad-, se limita la posibilidad de una consulta de carácter personal en un marco de intimidad. Considerando la edad no sólo como la barrera significativa frente al cuidado en salud sexual y reproductiva en la población joven sino además como vulnerabilización del respeto al derecho a la intimidad y a la confidencialidad.

A partir de la EDAD se puede vulnerar el derecho a recibir un trato respetuoso, a la intimidad y también en el acceso a la información y toma de decisiones. Aunque reconocemos que se está trabajando para eliminar este tipo de obstáculos, aún la población adolescente se enfrenta a situaciones donde la edad vulnera sus derechos sexuales y reproductivos, como se da cuenta en los siguientes testimonios de los grupos focales en Córdoba:

Bianca: *-Yo tengo una hija. Y fui al dispensario para ver si me podían atender y no me querían atender. Fui a pedir anticonceptivos cuando ya la tuve y no me querían atender: Tenés que venir con un mayor me dijo. ¿Y qué hice?, ¡No fui más! Ahora me cuido con preservativos. ¡Los consigo por mi cuenta!*

Julieta: *-Yo me quise hacer el análisis del Sida, en el dispensario, y no me lo quisieron hacer, me decían que tenía que ir con un mayor. Fue el año pasado, tenía 16. ¿Y qué hice?, No, **no fui más** y...nada. Porque yo me los quería hacer sin que supiera mi mamá ¡No le voy a decir a mi mamá que me los quiero hacer! Va a decir '¡qué estuviste haciendo! También fui a pedir anticonceptivos y no me quisieron dar porque era menor.*

Paula: *-¡Yo digo que están locos, no le pueden prohibir a una poder cuidarse!*

No fui más, es la respuesta que generalmente acompaña las primeras experiencias que transitan algunas jóvenes en su acercamiento al sistema de salud. Las situaciones halladas afirman que el no respeto por el derecho a la intimidad genera un conjunto de **oportunidades perdidas** para su cuidado de salud, con las consecuencias que esto tiene especialmente en la prevención y cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Derecho a la información y la toma de decisiones

La primera respuesta que escuchamos ha sido **"todo bien"** pero cuando se profundiza aparecen otras experiencias. El equipo de Misiones, por ejemplo, recoge que si bien en un primer momento, se dice que la búsqueda de información en los centros de salud fue buena, estos mismos adolescentes

manifestaron también que en general los atendieron muy rápido por la cantidad de gente y no les dieron muchas explicaciones.

Recuperando sus propias palabras, los agentes de salud que los atendieron **"pusieron caras feas ante las preguntas que queríamos hacer"**, **"es como si quisieran despacharte cuanto antes"**, **"la peor parte es cuando te quieren dar consejos sobre lo que tenías que haber hecho y no lo hiciste, por ejemplo estudiar o ser más grande para tener un hijo"**.

A partir de la información obtenida de las entrevistas, **muy pocos adolescentes toman decisiones sobre anticonceptivos utilizando la información recibida en los centros de salud**, la mayoría actúa por su cuenta decidiendo solos o con sus parejas o asesorados por sus familiares o amigos/as. Otros directamente no usan anticonceptivos, por desconocimiento o por algún otro motivo (Equipo, Misiones).

En **Formosa**, en relación con este aspecto y a partir de las manifestaciones de las/los adolescentes, esta inquietud no está vislumbrada como una necesidad que deba ser canalizada o abordada por los centros de salud, de ahí que para llenar los baches respecto al conocimiento de la salud sexual y reproductiva no concurren a estos servicios y sí apelan a las amistades, o algún docente.

En cuanto a los tiempos para recibir **información clara, precisa, oportuna**, con el espacio necesario para verificar que la misma se haya comprendido, los relatos que trae el equipo de **Santa Fe**, dan cuenta que de cómo se restringe este derecho:

- *Una adolescente de 16 años que fue sola a la consulta, mencionó su atraso y el médico le preguntó el nombre y apellido le hizo la receta y lo único que le dijo que vuelva cuando tenga la ecografía: **"No me preguntó nada más, ni me dio tiempo para que pregunte"**.*

- *Otra adolescente, "vengo a la doctora y ella me atiende sola. **Ahora me animo a preguntarle..."***

- ***"No habla mucho pero entiendo (hace referencia a su médico que es 'medio serio') y aclara: pero me atiende él solo"***

- *“Me voy a otro centro aunque me queda lejos, porque el que me toca, hay un médico que **no se le puede preguntar nada**, es muy cortante.*

El equipo de Tucumán también recupera voces que dicen que son atendidos de manera **“apurados y enojados”**, haciendo comentarios como *“te hubieses levantado más temprano”*. En este contexto no hay lugar para las preguntas e inquietudes ni para que la información se pueda desarrollar de manera amigable y respetuosa.

Desde el equipo de Formosa, se reconoce que *“la vergüenza”* es la principal dificultad que escucharon en las jóvenes a la hora de abrir interrogantes hacia el profesional de salud.

La vergüenza, en un punto se relaciona con la intimidad, con la información, con el respeto. Cuando la consulta se da en un ambiente *“amigable”*, donde puedo hablar sin interrupciones, donde mi pregunta siempre es bien recibida, donde el otro me devuelve una mirada de respeto, de reconocimiento ésta (vergüenza) pierde fuerza y se diluye.

El derecho a la información tiene que estar acompañado del derecho a la toma de decisiones, tarea compleja que no siempre se advierte y respeta desde el personal de salud, especialmente cuando se trata de mujeres y más aún jóvenes.

La autonomía se construye progresivamente a partir de la posibilidad de formarse un juicio propio y poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión. La falta de consideración de esta perspectiva se hace visible en el acceso a la información. Se presupone que las causas de todas las acciones que llevan adelante las y los jóvenes son la consecuencia solo de *“falta de información y acceso a los recursos”*. Si bien esto es clave, es necesario tener en cuenta -también- que las decisiones que se pueden tomar responden a multiplicidad de factores, entre ellos la propia historia personal. Al derecho de recibir información, veraz, oportuna, precisa, actualizada, completa y tener acceso a los recursos, le sigue el derecho a decidir y que se respete esta elección aunque puede que no se comparta.

Como señala Ana Musid, en el libro *Cuadernos de la Semilla. Historias de madres adolescentes, es necesario interrogarse: si cuando hablamos de derechos, ¿nos referimos también al derecho de las y los jóvenes a elegir? ¿Pueden hacerlo? ¿Podremos respetar sus elecciones? ¿Tienen derecho a equivocarse cuando eligen, igual que los adultos?*³².

¿Informar o retar?: ¿Cómo construir canales de información tendientes a una asunción responsable del cuidado de la salud?

Las expresiones que hemos escuchado como: *“a tu edad tendrías que dedicarte a estudiar”*, *“tendrías que haber aprendido a cuidarte”*, ponen de manifiesto que aún está pendiente el acceso a la información y a toma de decisiones, en términos de reconocimiento de otros y otras como sujeto de derecho en los servicios de salud.

Cuando consideramos que *“no saben nada”*, o *“no les interesa nada”*, o más aún *“que son unos irresponsables e inconscientes”* clausuramos la posibilidad de construir un espacio para la escucha y el diálogo. Desde este lugar, no resulta extraño que en los grupos focales se haya registrado que la búsqueda de información se realiza frecuentemente en Internet.

La preocupación constante sobre la situación de la adolescencia no sólo desde el ámbito de la salud, sino también presente en educación y en la sociedad en general, debería ser problematizada a partir de estas voces que expresan los derechos que se vulneran.

Es fundamental preguntar qué saben, cómo quieren cuidarse porque en realidad nadie se los consulta. El desafío entonces es seguir escuchando, repreguntar una y otra vez: **¿todo bien?**

32. Ana Jusid, Cuadernos de la semilla. Historias de madres adolescentes, Marea Editorial, 2009.

Capítulo 4

La salud sexual y reproductiva de las/los adolescentes: un asunto de derechos humanos

El derecho de las y los adolescentes a la información, atención y suministros de los medios requeridos para vivir su sexualidad y acceder a sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente en lo relacionado con el cuidado en materia de salud sexual y reproductiva, está basado en normas nacionales e internacionales suscriptas por Argentina. En esas mismas normas se ha llegado a consensos sobre qué se entiende por niño-a y por adolescente, así como los parámetros requeridos para los servicios de salud sexual y reproductiva destinados a satisfacer sus requerimientos.

En relación al término “adolescentes”, en una declaración conjunta entre la Organización Mundial de la Salud, (OMS) el Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, (UNFPA) redactada en 1988, se acordó que ese término comprendería a personas entre 10 y 19 años.

Por su parte, la Convención de los Derechos del Niño (CDN), que tiene la misma jerarquía que nuestra Constitución Nacional establece que:

“Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad” (art. 1).

Es decir, que en los términos de la CDN la mayor parte de los-las adolescentes son niños-as y gozan de todos los derechos allí reconocidos. O sea, son **sujetos de derechos** y como tales gozan de los mismos derechos que los adultos y de algunos derechos específicos, toda vez que se trata de personas que están creciendo.

Para adolescentes que están por debajo de los 18 años, rige la **doctrina de la protección integral**, que promueve una nueva concepción del niño, la niña y los/las adolescentes y de sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado. Esta concepción se basa en el reconocimiento expreso de ellos y ellas como sujetos de derecho, condición que se desprende de su carácter de persona humana, en oposición a la idea de ser definidos a partir de la incapacidad jurídica que estaba ligada a la denominación de “menor”.

En relación al goce de los derechos humanos por parte de niñas-os y adolescentes, Morlachetti³³ sugiere tener en cuenta 4 principios:

- a) *Niños, niñas y adolescentes son personas titulares de derechos y obligaciones, igual que los adultos y, por tanto, sujeto de derechos. No pueden ser considerados objetos pasivos de protección del Estado y de los padres.*
- b) *Los derechos humanos, reconocidos en las convenciones internacionales de derechos humanos también se aplican a la niñez y la adolescencia.*
- c) *Más allá del respeto a los derechos y deberes de los progenitores y representantes, es de destacar el artículo 5 de la Convención de los Derechos del Niño, cuando aclara que las facultades otorgadas a los padres son conferidas con el objetivo de impartirlas en consonancia con la evolución de sus facultades para que los niños, niñas y adolescentes ejerzan los derechos reconocidos en ese instrumento internacional.*
- d) *Del juego armónico de los art. 12 y 24 de la Convención de los Derechos del Niño, se desprende que niños, niñas y adolescentes, en cuanto titulares del derecho a las prestaciones de salud, tienen que ser oídos y sus opiniones deben ser tomadas en cuenta en función de su edad y madurez.*

Impedir, limitar u obstaculizar de manera injustificada el acceso a la atención de la salud, incluyendo la información y orientación en salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, constituye discriminación sobre la base de la edad y por lo tanto una violación al Art. 2 de la Convención de los Derechos del Niño/a.

33. Morlachetti Alejandro: Políticas de Salud Sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: un enfoque desde los derechos humanos. CEPAL, Santiago de Chile, 2006.

MARCO JURÍDICO NACIONAL

El derecho de los y las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva está protegido por nuestra Constitución Nacional (art. 19 y 33) y los tratados internacionales que la integran:

- *la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (art. 10, 12, 14, 16 y 24),*
- *el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (art. 2, 3, 7, 9, 17, 18, 19, 26),*
- *el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (art. 2, 3, 12 y 13),*
- *la Convención Americana de Derechos Humanos (art. 5, 7, 11, 12, 13),*
- *la Convención de los Derechos del Niño/a (art. 2, 3, 12, 13, 14, 16, 19, 24 y 28),*
- *la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, (art. XI) y*
- *Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25.1).*

Asimismo, existen **leyes nacionales y provinciales** vinculadas, especialmente:

- **La Ley 23.798 de Sida**, fue sancionada en 1990 y reglamentada a través del decreto 1244/91. Esta norma tiene como fin garantizar el respeto de los derechos individuales de las personas viviendo con VIH.
- **Ley Nacional N° 25.673**, sancionada en 2002, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y el sistema que forma con las leyes propias o de adhesión de casi todas las jurisdicciones provinciales en materia de salud sexual y reproductiva. Este programa, basado en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, contempla la provisión de información y asesoramiento sobre anticonceptivos y su entrega gratuita en todos los servicios públicos de salud, así como por la seguridad social y los seguros de salud privados; atención y prevención de cáncer génito-mamario, atención de la violencia y prevención y atención de VIH/Sida e ITS. Abarca a la población en general, sin discriminación alguna, por lo que incluye a adolescentes, así como a mujeres y varones.

- **Ley nacional 25.584**, de 2002, por la que se prohíbe toda acción institucional en los establecimientos de educación pública del país, de cualquier nivel, ciclo y modalidad, que impida el inicio o continuidad del ciclo escolar a cualquier alumna embarazada. Así también, prohíbe que las alumnas embarazadas sean marginadas, estigmatizadas o humilladas.

- **Ley nacional 25.808, de 2003**, que amplía lo dispuesto por la ley 25.584 al incluir a los establecimientos privados de educación pública de todo el país.

- **La ley nacional 25.929 de 2004**, de Parto Humanizado, establece los derechos de las mujeres de todas las edades en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

- **Ley nacional N° 26.061/2005 de Protección integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes**, de adecuación de la normativa nacional a los postulados de la CDN. Esta norma rige en todo el territorio nacional e impone la obligación de respetar la condición de sujeto de derecho de las niñas, niños y adolescentes, tener en cuenta siempre su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales (art. 3 incisos a y d). También garantiza en su artículo 14° el derecho a la salud integral de las niñas, niños y adolescentes, mientras que el decreto reglamentario nos indica que “El derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley N° 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (art. 14 Decreto N° 415/06).”

- **Ley N° 26.150, sancionada en 2006**, crea el Programa Nacional de Educación Sexual. Es importante notar también que, hacia mediados del 2008, en el marco del Consejo Federal de Educación se aprobaron los Lineamientos Curriculares relativos a la educación sexual. La norma reconoce el derecho a recibir educación sexual integral de los educandos desde el nivel inicial hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria.

MARCO INTERNACIONAL

Las obligaciones del Estado Argentino, vinculantes para todos sus niveles

(nacional, provincial y municipal) y todas las ramas del gobierno (legislativo, ejecutivo, judicial), se derivan de los siguientes tratados internacionales:

- *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado en 1966 en donde se establece por primera vez en un tratado con carácter vinculante el derecho a la salud.*
- *Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer.*
- *Convención de los Derechos del Niño.*
- *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer o Convención de Belém do Pará, (art. 3, 4, 6, 7, 8).*

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, sociales y culturales

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de monitorear el cumplimiento del Pacto, ha elaborado la Observación general N° 14 donde indica las líneas rectoras en salud adolescente:

“Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud.

El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”.

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, señala:

“12.1: Los Estados Partes adoptarán 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 médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.”

“14.2: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres (...) y en particular le asegurarán el derecho a (...) (b) tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia.”

En su Recomendación General 24³⁴, El Comité plantea:

“23. En sus informes, los Estados Partes deben indicar qué medidas han adoptado para garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual y genésica en general. Se debe prestar atención especial a la educación sanitaria de los adolescentes, incluso proporcionarles información y asesoramiento sobre todos los métodos de planificación de la familia”.

“28. Se insta a los Estados Partes a que, cuando informen sobre las medidas adoptadas en cumplimiento del artículo 12, reconozcan su vinculación con otros artículos de la Convención relativos a la salud de la mujer. Entre esos otros artículos figuran el apartado b) del artículo 5, que exige que los Estados Partes garanticen que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social; el artículo 10, en el que se exige que los Estados Partes aseguren las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación, los cuales permitirán que la mujer tenga un acceso más fácil a la atención médica, reduzcan la tasa de abandono femenino de los estudios, que frecuentemente obedece a embarazos prematuros; el apartado h) del párrafo 10, que exige que los Estados Partes faciliten a mujeres y niñas acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia; el artículo 11, que se ocupa en parte de la protección de la salud

y la seguridad de la mujer en las condiciones de trabajo, lo que incluye la salvaguardia de la función de reproducción, la protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajo que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella y la implantación de la licencia de maternidad; el apartado b) del párrafo 2 del artículo 14, que exige que los Estados Partes aseguren a la mujer de las zonas rurales el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; y el apartado h) del párrafo 2 del artículo 14, que obliga a los Estados Partes a adoptar todas las medidas apropiadas para garantizar condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad y el abastecimiento de agua, el transporte y las comunicaciones, sectores todos ellos primordiales para prevenir las enfermedades y fomentar una buena atención médica; y el apartado e) del párrafo 1 del artículo 16, que exige que los Estados Partes aseguren que la mujer tenga los mismos derechos que el hombre a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos. Además, en el párrafo 2 del artículo 16 se prohíben los esponsales y el matrimonio de niños, lo que tiene importancia para impedir el daño físico y emocional que causan a la mujer los partos a edad temprana.”

“31. Los Estados Partes también deberían, en particular:

b) (...) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA);

c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos; (...)

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

e) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa;”

La Convención de los Derechos del niño y la niña

El Comité de los Derechos del Niño/niña en la Observación General Nro. 4 establece que para promover la salud y el desarrollo de los/las adolescentes, los Estados Partes deben respetar en forma estricta el derecho a la privacidad y la confidencialidad, incluyendo la consulta y consejos en temas de salud. Los profesionales de la salud tienen la obligación de observar la confidencialidad de la información médica en lo que concierne a los/las adolescentes. Esa información sólo puede ser revelada con el consentimiento del adolescente o en las mismas situaciones que se permite la excepción a la confidencialidad para los adultos. Los y las adolescentes que puedan considerarse con suficiente madurez podrán requerir tratamiento, además de servicios confidenciales³⁵.

El Comité de los Derechos del Niño/Niña es muy enfático en lo relacionado con la confidencialidad. Lo podemos advertir en otros párrafos del mismo Comentario General:

“11. Al objeto de promover la salud y el desarrollo de las adolescentes, se alienta asimismo a los Estados Partes a respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad incluso en lo que hace al asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud (art. 16). Los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos. Los adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial”.

35. Comité de los Derechos del Niño, Observación General N 4 (2003) Salud adolescente y desarrollo en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño. 19 de mayo – 6 de Junio 2003 - CRC/GC/2003/4.

“28. A la luz de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención, los Estados Partes deberían facilitar a los adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). **Además, los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores.** Es fundamental encontrar los medios y métodos adecuados de facilitar información apropiada que tenga en cuenta las particularidades y los derechos específicos de las chicas y chicos adolescentes. Para ello se alienta a los Estados Partes a que consigan la participación activa de los adolescentes en la preparación y difusión de información a través de una diversidad de canales fuera de la escuela, con inclusión de las organizaciones juveniles, los grupos religiosos, comunitarios y de otra índole y los medios de comunicación”.

“30. Los adolescentes, ya sean niñas o niños, corren el peligro de sufrir el contagio y las consiguientes consecuencias de ETS, como es por ejemplo el VIH/SIDA. Los Estados deberían garantizar la existencia y fácil acceso a los bienes, servicios e información adecuados para prevenir y tratar estas infecciones, incluido el VIH/SIDA. Con este fin, se insta a los Estados Partes a: a) elaborar programas de prevención efectiva, entre ellas medidas encaminadas a cambiar las actitudes culturales sobre las necesidades de los adolescentes en materia de contracepción y de prevención de estas infecciones y abordar tabúes culturales y de otra índole que rodean la sexualidad de los adolescentes; b) adoptar normas legislativas para luchar contra las prácticas que o bien aumentan el riesgo de infección de los adolescentes o contribuyen a la marginalización de los adolescentes que tienen ya una ETS, con inclusión del VIH; y c) adoptar medidas para eliminar todas los obstáculos que impiden el acceso de los adolescentes a la información y a las medidas preventivas, como los preservativos y la adopción de precauciones”.

“31. Los niños y adolescentes deben tener acceso a la información sobre el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces y las que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares. Los Estados Partes deben

adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes. Las jóvenes madres, especialmente cuando no disponen de apoyo, pueden ser propensas a la depresión y a la ansiedad, poniendo en peligro su capacidad para cuidar de su hijo. El Comité insta a los Estados Partes a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley, y a cuidados y asesoramiento generales y adecuados en materia de obstetricia; b) promover las actitudes positivas y de apoyo a la maternidad de las adolescentes por parte de sus madres y padres; y c) elaborar políticas que permitan continuar su educación”.

“33. Por lo que respecta a la intimidad y a la confidencialidad y a la cuestión conexa del consentimiento fundamentado al tratamiento, los Estados Partes deben: a) promulgar leyes o dictar reglamentos para que se proporcione a los adolescentes asesoramiento confidencial sobre el tratamiento, al objeto de que puedan prestar el consentimiento con conocimiento de causa”.

En dichas leyes o reglamentos deberá figurar la edad requerida para ello o hacer referencia a la evolución de las facultades del niño; y b) proporcionar capacitación al personal de salud sobre los derechos de los adolescentes a la intimidad y la confidencialidad y a ser informados sobre el tratamiento previsto y a prestar su consentimiento fundamentado al tratamiento.

En relación a los servicios propone:

“c) Garantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva de calidad apropiada y adaptados a los problemas de los adolescentes;

d) Garantizar que todas las niñas y niños adolescentes tienen la oportunidad de participar activamente en la planificación y programación de su propia salud y desarrollo”

En el año 2009 el Comité de los Derechos del Niño-a emitió su OBSERVACIÓN GENERAL N° 12 (2009): El derecho del niño a ser escuchado. En relación con la salud plantea:

“101. Es necesario que los Estados partes introduzcan leyes o reglamentos para garantizar el acceso de los niños al asesoramiento y consejo médico confidencial sin el consentimiento de los padres, independientemente de la edad del niño, en los casos que sea necesario para la protección de la seguridad o el bienestar del niño. Es necesario que los niños tengan ese tipo de acceso, por ejemplo, en los casos en que estén experimentando violencia o maltrato en el hogar o necesiten educación o servicios de salud reproductiva, o en caso de que haya conflictos entre los padres y el niño con respecto al acceso a los servicios de salud. El derecho al asesoramiento y consejo es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no se debe someter a ninguna limitación de edad”³⁶.

Esta jurisprudencia de los Comités constituye la interpretación autorizada de los tratados firmados por nuestros países. El cumplimiento de buena fe de las convenciones internacionales exige que la implementación de los tratados en el plano local, siga las directrices emitidas de los órganos de seguimiento de los tratados.

COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN CONFERENCIAS INTERNACIONALES

Además de los tratados de derechos humanos que tienen efecto vinculante, se han firmado compromisos en el marco de Conferencias Internacionales:

- *Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, Viena 1993*
- *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, el Cairo 1994.*
- *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.*
- *Cumbre Social sobre Desarrollo Social, 1995.*
- *Cumbre del Milenio del año 2005, “la salud sexual y reproductiva es clave*

36. CRC/C/GC/12- 20 de julio de 2009.

en la reducción de la pobreza y el logro del desarrollo humano.”

- *XI Conferencia de la CEPAL sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Brasilia, 2010.*

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD)

Esta conferencia marcó un hito importante en el desarrollo conceptual de los derechos reproductivos y los derechos sexuales. Entre otros, consagró el derecho de hombres y mujeres, jóvenes o adultos a estar informados, a acceder a métodos de regulación de la fecundidad seguros, efectivos, aceptables y sostenibles, y a contar con formas efectivas de prevención de ETS³⁷.

La CIPD fijó como objetivo asegurar el acceso voluntario y universal a una gama completa de servicios de salud reproductiva e información al respecto, antes de 2015.

El Programa de Acción de la CIPD reconoce que los servicios de salud reproductiva existentes han pasado por alto las necesidades de las y los adolescentes y plantea que el embarazo a edad temprana sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de las adolescentes en todas partes del mundo, situación que entraña un riesgo de muerte materna muy superior a la media mientras que también los hijos/as de madres jóvenes tienen niveles más elevados de morbilidad y mortalidad.

La CIPD se planteó: “proteger y propiciar los derechos de las/os adolescentes a la información y los servicios de salud reproductiva.” Se acordó que los países deben: “asegurar que los programas y las actitudes de los prestadores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios y a la información que necesitan.” Asimismo, se estableció que: “se deben salvaguardar los derechos de las y los adolescentes a la **intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta.**

37. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, UN Doc. A/CONF.17/1/13/Rev.1.

También asegura que se deben facilitar a los/las adolescentes la información y los servicios que les ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad. (Párrafo 7.4; 7.5.) Constata que en la mayoría de los países, los/las adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. (Párrafo 7.3).

“Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes.” (Párrafo 7.46) “Los programas deberían llegar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información y los grupos de la misma edad e intereses. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres a fin de mejorar la interacción de estos con sus hijos y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva” (Párrafo 7.48).

En el Programa de Acción de El Cairo se sugiere prestar particular atención “a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”, con lo que se reconoce el derecho de este grupo etario a servicios de salud reproductiva (Párrafo 7.3).

También se afirma la importancia de establecer programas de educación de la salud con base en la escuela o la comunidad para niños, adolescentes y adultos, con especial atención en las niñas y las mujeres (Compromiso 6.1), y se establece que “se debe satisfacer las necesidades especiales de los adolescentes y los jóvenes, especialmente las jóvenes, en materia de apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, oportunidades económicas, participación en el

proceso político y acceso a la educación, la salud, la orientación y servicios de salud reproductiva de alta calidad, teniendo presente la propia capacidad creativa de los adolescentes y jóvenes.”

Para dar seguimiento al avance del Programa de Acción de la CIPD y monitorear el cumplimiento de los compromisos allí signados, se convino llevar a cabo reuniones regionales e internacionales, denominadas en su conjunto como “Cairo +5” y “Cairo +10”.

Cairo +5

En la reunión celebrada para verificar los avances realizados desde el lanzamiento del Plan de El Cairo, se menciona que: “se debe hacer todo lo posible para aplicar el Programa de Acción en lo relativo a la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes” con el objeto de “proteger y promover el derecho de éstos al disfrute de los más altos niveles de salud, proporcionar **servicios adecuados, concretos, comprensibles y de fácil acceso**, para atender de manera eficaz sus necesidades de salud reproductiva y sexual, incluyendo educación, información y asesoramiento sobre estos rubros y estrategias de promoción de la salud”³⁸.

El informe destaca también la protección de los derechos de las y los adolescentes como un elemento indispensable en la prestación de los servicios de atención a la salud de esta población, así como procurar su **confidencialidad**.

Cairo +10

En Santiago, Chile, la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, se reunió el 10 y 11 de marzo de 2004 para revisar los acuerdos de la CIPD al cabo de 10 años de haberse adoptado el Programa de Acción³⁹. Representantes de 40 países de América Latina y del Caribe afirmaron que

38. UN, Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, U.N. GAOR, 21st Special Session, New York, United States, June 30- July 2, 1999, UN Doc. A/S-21/5/Add.1 New York, 1999.

es necesario: “promover y proteger el derecho de adolescentes y jóvenes al acceso a información, educación y **servicios de salud sexual y reproductiva amigables**, salvaguardando el derecho de adolescentes y jóvenes a la **privacidad, confidencialidad y consentimiento informado e involucrarlos en el diseño, ejecución y evaluación de estos programas**”.

Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995)

En la Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), se reiteran los conceptos generales vertidos en Cumbres anteriores sobre la necesidad del pleno respeto de todos y cada uno de los derechos humanos de las mujeres y que los derechos reproductivos son derechos humanos (Párrafo 216).⁴⁰

La Plataforma de la IV Conferencia Mundial de la Mujer surgida de esa Conferencia, afirmó el concepto de **derechos reproductivos como derechos humanos**, pero además añadió el **reconocimiento explícito del derecho de las mujeres a decidir y controlar su sexualidad**, además de considerar la necesidad de revisión por parte de los países de las leyes que criminalizan el aborto.

En la Conferencia de Beijing se afirmó que en “el acceso a los servicios de nutrición y atención a la salud, la discriminación contra las niñas pone en peligro su salud y bienestar, tanto presente como futuro. Las adolescentes carecen de adecuado acceso a servicios de salud y nutrición y sufren una insuficiente o inexistente información y asesoramiento en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva, ignorando el derecho de las adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento fundamentado” (Párrafo 93).

Cumbre del Milenio (2005):

En la Cumbre Mundial de septiembre de 2005, 170 Jefes de Estado y de

39. CEPAL, 2004d. Reunión de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del Período de Sesiones de la CEPAL. Santiago de Chile, 10 y 11 de marzo de 2004 (ratificado en la reunión de mayo en Puerto Rico).

40. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995, UN Doc. A/CONF.177/20 (17 de octubre de 1995).

Gobierno se comprometieron a: “mejorar los sistemas de salud de los países en desarrollo y de los países de economía en transición a fin de que haya suficiente personal sanitario, así como la infraestructura, los sistemas de gestión y los suministros de salud necesarios para que se puedan alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio relativos a la salud a más tardar en 2015”.

“Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza.” Párrafo 57(g). Así también se afirmó la importancia de “asegurar la igualdad de acceso a la salud reproductiva, para lograr la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer. Párrafo 58(c) y “Aumentar la capacidad de adultos y jóvenes para protegerse del riesgo de infección por el VIH” Párrafo 57(b).

Comisión de Población y Desarrollo de Naciones Unidas, Sesión 42:

La Comisión de Población y Desarrollo, reunida en marzo 2009 en su sede de Nueva York, abordó el tema del aporte del Plan de Acción de El Cairo al logro de los objetivos del Milenio. En su resolución⁴¹ final, recomienda que:

“Se debe prestar mucha atención a la promoción del respeto mutuo y relaciones de género equitativas y, sobre todo, a satisfacer las necesidades educativas y de servicio de los adolescentes para que puedan vivir su sexualidad de manera positiva y responsable”,

“que los adolescentes son particularmente vulnerables debido a su falta de información y el acceso a los servicios pertinentes en la mayoría de países”,

“15. Reconoce que la mayor generación de adolescentes en toda la historia

41. E/2009/25- E/CN.9/2009/10 - Resolución 2009/1 - La contribución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo a los Objetivos de Desarrollo Internacionalmente acordados, incluidos los objetivos de Desarrollo del Milenio.

está comenzando su vida sexual y reproductiva y que su acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, la educación y la atención y los servicios de planificación familiar y los productos básicos, incluidos los preservativos masculinos y femeninos, así como la abstinencia voluntaria y la fidelidad son esenciales para lograr los objetivos establecidos en El Cairo hace 15 años;

16. Exhorta a los gobiernos, con la plena participación de los jóvenes y con el apoyo de la comunidad internacional, a prestar plena atención al cumplimiento de los servicios de salud reproductiva, la información y las necesidades de educación de los adolescentes para que puedan vivir su sexualidad de manera positiva y responsable”.

CEPAL - XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de Brasilia — 13 al 16 de julio 2010.

En esta conferencia se reunieron los gobiernos de América Latina y el Caribe, representados por ministras, delegadas y delegados del más alto nivel dedicados a la promoción y defensa de los derechos de las mujeres, para discutir el tema de los logros y desafíos para alcanzar la igualdad de género con énfasis en la autonomía y el empoderamiento económico de las mujeres. Allí ratificaron el Consenso de Quito y su plena vigencia, además de los consensos regionales adoptados en las anteriores conferencias sobre la mujer de América Latina y el Caribe. Asimismo reafirmaron su compromiso con los tratados internacionales sobre la mujer, principalmente la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y su Protocolo Facultativo, la Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, la Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994), el Programa de Acción de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Durban, 2001) y los convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), y reafirmaron también el compromiso con los demás instrumentos y resoluciones en materia de igualdad de género, empoderamiento y progreso de las mujeres. En el Consenso de Brasilia, en relación a las y los adolescentes

plantean la necesidad de “Fortalecer y ampliar los planes y programas que promuevan la maternidad saludable y prevengan la mortalidad materna, asegurando el acceso universal a los servicios de salud”⁴².

En esa Conferencia se discutió un documento de la CEPAL, que, en relación a maternidad de adolescentes indica:

“En los últimos 15 años, la maternidad en adolescentes se ha considerado uno de los problemas más críticos de la región. Pese al descenso de la fecundidad en gran parte de los países de la región, el embarazo no planeado de las adolescentes (de entre 10 y 19 años) e incluso de las niñas muestra las limitaciones que existen para prevenirlo: falta de acceso a los métodos anticonceptivos, falta de acceso a servicios adecuados, incapacidad legal para tomar decisiones sobre la prevención, dependencia de los padres para el acceso a los servicios, falta de educación sexual y falta de poder para negociar la protección anticonceptiva con la pareja, los padres o los servicios de salud”⁴³.

Procedimientos Especiales de Naciones Unidas

En relación a los requisitos que deben cumplir los servicios de salud, Paul Hunt, Reportero Especial sobre el Derecho al más alto nivel de Salud, expresó que un servicio de salud debe reunir los siguientes requisitos:

Disponibles, accesibles, aceptables y de buena calidad: Un marco especialmente útil para la adopción de políticas es el constituido por la condición de que los servicios, bienes e instalaciones sanitarios, incluidos los factores determinantes de la salud, estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad. Por ejemplo, los servicios, bienes e instalaciones para la salud sexual y reproductiva han de estar disponibles en número suficiente dentro de la jurisdicción de un Estado, han de ser accesibles geográfica y económicamente y no ser discriminatorios; además, estos servicios han de ser culturalmente aceptables, por ejemplo, para las minorías y los pueblos indígenas, sensibles a

42. CEPAL, XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de Brasilia: Consenso de Brasilia-16 de julio de 2010.

43. CEPAL, Qué Estado para Qué Igualdad, Santiago de Chile, 2010, página 36.

las necesidades de género y del ciclo vital y respetuosos de la confidencialidad. Asimismo, han de ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y de buena calidad⁴⁴.

44. A/59/422 El Derecho De Toda Persona Al Disfrute Del Más Alto Nivel Posible De Salud Física Y Mental. Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental Distr. General 8 de octubre de 2004.

Capítulo 5

Experiencias de buenas prácticas

Cuando diseñamos este trabajo, nos propusimos tener un acercamiento a la temática para analizar el trato que reciben los y las adolescentes por parte de los integrantes de los servicios de salud sexual y reproductiva, desde el marco de los derechos humanos.

En nuestro país se vienen desarrollando, desde hace varios años, experiencias positivas en la construcción de espacios amigables y confidenciales para adolescentes. Este documento de trabajo es un vehículo más para su difusión entre personas que componen los equipos de salud y aquellos-as interesadas en los derechos sexuales y reproductivos.

1. PROPUESTAS HACIA LA CONSTRUCCIÓN DE EXPERIENCIAS FACILITADORAS PARA LA PROTECCIÓN Y ASUNCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Cabe destacar que, a pesar que el derecho a la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes está siendo gradualmente reconocido, existen barreras etáreas, de género, socio-culturales y religiosas que aún afectan la promoción de una vida sexual autónoma y responsable en este grupo poblacional.

Por ello se presentan aquí un conjunto de aportes y puntos de llegada provisorios que, producto del relevamiento realizado, orientan nuestra reflexión sobre algunos nudos problemáticos y vacancias sobre los que sería imprescindible avanzar en tanto políticas públicas sobre la salud sexual y reproductiva “para y con” los y las adolescentes.

a) Derecho a acceder a información:

- Una herramienta importante es la **Línea salud sexual 0800-222-3444**

del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la misma podría ser utilizada más ampliamente si fuera difundida de manera masiva a nivel nacional, de modo que amplios sectores de la población de distintos lugares del país la conozcan.

- Existen varias páginas web con información interesante para jóvenes y adolescentes:

Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes para la Salud Sexual y Reproductiva

www.rednacadol.org.ar

La Red Nacional nace en 1998, a partir de un encuentro que la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) organizó, reuniendo a adolescentes y jóvenes capacitados por la Fundación, para informarles a otros jóvenes sobre los cuidados que hay que tener para ejercer una sexualidad sana y sin riesgos. Desde la Red se conectan con otros grupos del país que también trabajan la temática.

Artemisa Jóvenes

<http://www.artemisanoticias.com.ar/jovenes/>

Artemisa Jóvenes es el espacio ofrecido por la Asociación Civil Artemisa Comunicación para abordar todo lo relativo a Género y Juventud. En Artemisa Jóvenes se puede encontrar notas de actualidad, propuestas, reflexiones y documentación sobre género y juventud, con una principal atención a los medios de comunicación.

Colectivo de Derechos de Infancia y Adolescencia

<http://www.colectivoinfancia.org.ar>

El Colectivo de Derechos de Infancia y Adolescencia es una coalición de organizaciones de todo el país, que trabaja para:

- Incidir en las prácticas sociales y las políticas en materia de infancia y adolescencia.
- Lograr que niños, niñas y adolescentes ejerzan protagónicamente su ciudadanía y gocen con plenitud de sus derechos humanos.

Coalición de Jóvenes

<http://www.youthcoalition.org/>

Coalición de Jóvenes es una organización internacional de los jóvenes (edades 15-29 años) que se comprometió a promover los derechos de los adolescentes y jóvenes sexual y reproductiva en los planos nacional, regional e internacional. Tiene por objeto garantizar que los derechos sexuales y reproductivos de todos los jóvenes sean respetados, promovidos y garantizados, y se esfuerza por asegurar la participación significativa de los jóvenes en la toma de decisiones que afectan sus vidas, mediante la promoción, la generación de conocimientos, el intercambio de información, la creación de asociaciones y la formación a jóvenes activistas con un enfoque en los planos regional e internacional.

Coalición global de jóvenes sobre el VIH / Sida

<http://gyca.tigweb.org/>

GYCA es una red mundial dirigida por jóvenes de más de 4.500 líderes y aliados adultos trabajando en los jóvenes y el VIH / SIDA en 150 países en todo el mundo. La misión de GYCA es capacitar a jóvenes líderes con las habilidades, conocimientos, recursos y oportunidades que necesitan para ampliar el VIH / SIDA entre sus pares. GYCA aboga por un enfoque basado en derechos humanos ante el VIH / SIDA

b) Derecho a acceder a los métodos anticonceptivos

- Imaginar otras propuestas para el acceso a los **métodos anticonceptivos**, por ejemplo, la provisión de los preservativos en lugares públicos, escuelas, hospitales, centros de salud, plazas, otros, acorde a un reconocimiento del otro como sujeto de derecho.
- Implementar **Consejerías**, como una herramienta fundamental para promover la salud sexual y reproductiva de la población. En distintos contextos se puede enmarcar la consejería, un espacio de encuentro, por medio de la oferta de información, asesoramiento, acompañamiento, que busca dar respuestas a través de la escucha y el entendimiento. Es un proceso de comunicación en dos direcciones, en el cual una persona ayuda a otra a

identificar sus necesidades en relación con su salud sexual y reproductiva.

La efectiva implementación de las Consejerías en salud sexual y reproductiva, que si bien han sido anunciadas deben ser permanentes, estables, y estar instaladas en todo el país. Cualquiera sea la modalidad que el dispositivo adopte entre las variantes posibles, requiere ser definida como un proceso y acción educativa contenidos en un amplio proyecto de promoción de la salud sexual (OPS/OMS, 2000)

Los y las referentes de las Consejerías tienen la responsabilidad de generar ambientes y procesos de comunicación interpersonal que permitan que las personas puedan no sólo consultar sino abrir y hablar de sus conductas, elecciones, miedos, desafíos y oportunidades, considerando el marco específico y los obstáculos y desigualdades que deben enfrentar.

Desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se impulsa una propuesta de diseño, organización e implementación de un sistema de Consejerías en salud sexual y reproductiva de enfoque integral y estratégico en los territorios provinciales. Sin embargo, aún no se ha implementado plenamente en todas las provincias.

La generación de redes para articular esfuerzos, recursos, actores sociales y estrategias para el derecho a la salud de los y las adolescentes

- Cabe destacar la importancia de la **Articulación de los programas nacionales, provinciales y municipales**, referidos a la temática, puntualmente Educación Sexual, marcan una tendencia y sientan bases para un trabajo organizado sumando y potenciando esfuerzos.

Para requerir respuestas claras de parte del personal de salud, y la implementación homogénea de programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, se requieren marcos jurídicos nacionales y provinciales claros, coherentes, concordantes.

El COFESA (Consejo Federal de Salud) debería considerar prioritario el establecimiento de políticas que impulsen la creación de servicios amigables, confidenciales y de alta calidad en salud sexual y reproductiva para adolescentes

en todas las provincias. Armonizar los criterios de recepción y captación de la consulta adolescente; los límites de edad; el tipo de insumos a distribuir; el tipo y metodología de asesoramiento, y otros de igual importancia podrían constituir ejes prioritarios para universalizar las estrategias de cuidado en la población referente.

Es muy difícil para el personal de salud atender las demandas de la población adolescente que requieren de urgente atención sin una línea política clara por parte de las autoridades, con recomendaciones contradictorias y presiones diversas. Por tanto, es urgente que tanto desde el Programa Nacional pertinente, como desde sus instancias provinciales de implementación, se plasmen herramientas legales que permitan un marco coherente, así como políticas claras y firmes en ese aspecto en los distintos escenarios regionales. Esta recomendación facilitaría el trabajo del conjunto de actores sociales involucrados.

2. RECUPERANDO ALGUNAS EXPERIENCIAS DE BUENAS PRÁCTICAS VINCULADAS A LAS ADOLESCENCIAS

Desde el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos se impulsó el Premio a las Buenas Prácticas “Cecilia Grierson”, que en sus dos ediciones recogió ejemplos de buenas prácticas con adolescentes en todo el país y en Latinoamérica.

El Premio a las Buenas Prácticas “Cecilia Grierson”, fue propuesto como estímulo y apoyo a determinadas prácticas, desarrolladas en distintos escenarios, donde trabajadores y trabajadoras comprometidos con la salud apuestan a la erradicación de una cultura de la violencia desde otra perspectiva. De esta manera hemos conocido, trabajos que dan cuenta de actitudes, prácticas y metodologías cuyo objetivo es garantizar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de la población que concurren a efectores públicos de salud. Esta estrategia, permitió al Observatorio posicionarse desde otro ángulo, no sólo como un espacio de interpelación o denuncia al personal de salud que maltrata, sino también como un espacio desde donde se promueven cambios efectivos.

Consideramos importante aclarar que de la amplia gama de trabajos recibidos, compartimos aquí los que focalizan en población adolescente o joven. Estos dan cuenta de prácticas innovadoras, como estímulo y apoyo a esas experiencias positivas.

Las experiencias presentadas han sido nucleadas en torno a distintos ejes organizadores:

a) Trabajos que fortalecen procesos educativos y de capacitación: Estos trabajos, ponen énfasis en capacitar a la población para que puedan tomar decisiones responsables, en ámbitos académicos y espacios comunitarios

- Programas “Equidad Educativa para alumnas Madres y Embarazadas” (2005-2008), “Derechos Sexuales” 2006-2008), “Noviazgos Sin Violencias” (2008). Los programas están articulados entre sí y organizados en función de los siguientes ejes: atención, seguimiento y monitoreo, prevención, promoción. *(Área Mujer - Políticas de Género para Adolescentes - Municipalidad de Rosario - Argentina)*

- En ámbitos académicos, la conformación de una Red de Gestión Preventiva Itinerante que permita intercambiar experiencias así como delimitar de manera compartida, enfoques y metodologías para promover el uso del preservativo en cada institución participante. *(Red Interuniversitaria de Autocuidado en Sexualidad - Universidades de Chile)*

- El proyecto de Entre Ríos, se destaca por la participación de distintas instituciones de la comunidad, demandó el despliegue de estrategias relacionadas al cuidado de la salud, la toma de decisiones y el disfrute de la sexualidad. La participación activa y la apertura, posibilitó construir un espacio adecuado para informar, difundir y reflexionar con los/as adolescentes y sus familias sobre sexualidad y los proyectos de vida. *(Alumnas y docentes de la Facultad de Trabajo Social - UNER - Entre Ríos - Argentina)*

b) Trabajos que enfatizan la relación entre el equipo de salud y la comunidad: para favorecer espacios de reflexión sobre educación sexual desde un abordaje integral, para adolescentes y sus familias, tratando de apuntar a

la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

- La metodología utilizada fue principalmente charlas-talleres en casas de familia, el objetivo era brindar la mayor información posible sobre el cuidado del cuerpo, el embarazo responsable, métodos anticonceptivos, mitos y prejuicios. *(Equipo del Centro de Salud Monseñor Zaspé de Rafaela - Argentina)*

- La propuesta, esta sustentada en el convencimiento de que los espacios se conviertan en promocionar la salud sexual y reproductiva formando agentes multiplicadores/as y acciones anticipadas en todos los grupos erarios. *(Servicio de Adolescencia del Hospital Andrés Isola - Puerto Madryn - Argentina)*

- A través de la construcción de las Consejerías, sostenida por consejero del Equipo de Adolescencia y docente rotante, promover y convocar el acercamiento de los jóvenes, priorizando su atención sobre los derechos sexuales y reproductivos. *(Equipo de Adolescencia de la ciudad de General Roca - Argentina)*

c) Trabajos con eje en el impacto sobre la salud sexual y reproductiva: Estas propuestas abren puertas y suman condiciones efectivas y eficaces en la salud sexual y reproductiva de la población contemplando distintos ángulos de mirada del problema.

- El proyecto hace foco en la relación que existe y la influencia entre los programas de Salud Reproductiva y de la Embarazada. El trabajo expone el valor protagónico de las mujeres participantes, el compromiso que asumen y como se cubren sus necesidades en lo referente a su salud sexual y reproductiva. *(Instituto Rómulo Echeverri de Maternidad e Infancia - Mar del Plata)*

- Anticoncepción de Emergencia, se analiza la oferta, demanda, el perfil de las usuarias y el funcionamiento del programa que prescribe anticoncepción de emergencia, en los servicios sanitarios estatales. El proyecto, contribuyó a mejorar los servicios, estableciendo protocolos para su prescripción, realizando seguimiento en los casos de mayor riesgo. *(Comuna del Bosque - Chile)*

- Un grupo de instituciones, -teniendo como referencia el marco teórico del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable- diseñan

una capacitación para adolescentes extracurricular no obligatoria. Las jóvenes participantes propusieron la continuidad de las capacitaciones y la creación de Jardines Maternales en los barrios para que las adolescentes madres puedan seguir estudiando y o trabajando. *(Subsecretaria de Salud - Comodoro Rivadavia - Chubut - Argentina)*

- Violencia de Género, ante la magnitud de este problema, se conformó un Comité para asistir a mujeres mayores de 14 años víctimas de violencia sexual. En este marco se confeccionó un Manual de Estrategias de Atención y Prevención y un algoritmo a seguir por las diferentes instituciones, de manera de generar un modelo de atención, desde un enfoque de género e interdisciplinario, apuntando a una atención integral. *(Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara" Mar del Plata - Argentina)*

Una mención especial queremos hacer al trabajo "De la boca para afuera" que da cuenta de lo transitado por el Servicio de Adolescencia del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Invitamos a dirigir las miradas a un **Servicio Amigable para la Atención Integral de la Salud** donde se atiende a personas de entre 10 y 21 años. Un equipo interdisciplinario, con capacidades y motivaciones que llevan adelante acciones innovadoras, que tiene como finalidad la reconstrucción, el análisis e interpretación de una experiencia en un contexto determinado (Suárez 2008) con trabajo con adolescencias y juventudes que puede dar cuenta de los procesos y resultados alcanzados. Sus prestaciones y dispositivos se organizan en áreas de asistencia, docencia e investigación.

El Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich, se apoya en un marco legal pero además descansa en una serie de principios rectores realizados por IPPF/RHO (IPPF/RHO2008) que orientan el proyecto para servicios amigables destinados a adolescentes y jóvenes; favorabilidad, confidencialidad, privacidad, integralidad, oportunidad, celeridad, continuidad, seguridad.

Los integrantes de este Servicio acuerdan también "los y las adolescentes consultan poco al sistema de salud, entre otras razones porque el modelo de atención no reconoce sus necesidades y/o sus demandas. Con el fin de mejorar

su acceso a la prevención y atención en salud, el Comité sobre Programación en Salud de Adolescentes, formando entre las agencias internacionales de cooperación técnica OPS/OMS, UNICEF y FNUAP, recomienda la organización de servicios amigos de los/as adolescentes, con énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva".

UN SERVICIO DE SALUD AMIGO DE LOS/AS ADOLESCENTES

Brinda atención integral de la salud en los aspectos bio-psicosociales y de aprendizaje para el autocuidado/cuidado mutuo de la salud.

Está organizado cubriendo las áreas de Admisión, Enfermería, Medicina, Salud Mental, Trabajo Social, Ginecología, acorde a sus posibilidades de espacio físico y recursos humanos.

Respeta el motivo de consulta por el que el/la adolescente concurrió al servicio, ofreciéndole alternativas para su resolución integral con la participación de las otras disciplinas y/o servicios de salud.

Desde el Observatorio, a partir de la investigación realizada apostamos a la necesidad de seguir profundizando especialmente en las voces de los adolescentes, dado que estamos convencidas que el desafío pasa por continuar escuchando. El *¿todo bien?*, se deberá preguntar una y otra vez, para que se transforme en **TODO BIEN**.

Bibliografía

BIANCO M. et. Alt. (2003). *La Adolescencia en la Argentina: Sexualidad y Pobreza*. FEIM. UNFPA. Buenos Aires.

COMITÉ de los DERECHOS DEL NIÑO, OBSERVACIÓN GENERAL N 4 (2003) Salud adolescente y desarrollo en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño. 19 de mayo – 6 de Junio 2003 - CRC/GC/2003/4.

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

CHECA S. (comp.) (2003) *Género, Sexualidad y Derechos Reproductivos en la Adolescencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.

CEPAL (2010) XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe de Brasilia: Consenso de Brasilia.

CEPAL (2010) *¿Qué Estado para Qué Igualdad?* Santiago de Chile.

CoNDeRS (2008) Informe “La Adolescencia: sus derechos y sus prácticas de sexualidad saludable”. Autoras: Lic. Alejandra Brener y la Lic. Gabriela A. Ramos.

INSGENAR – CLADEM (2009) *Con todo al aire 2. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. Instituto de Género, Derecho y Desarrollo. Rosario.

IPPF/RHO Jóvenes (2004). *Estrategias para ampliar el acceso a los servicios*

Amigables para jóvenes en Brasil, Ecuador y Perú.

FAUR E. (2003) *¿Escrito en el Cuerpo? Género y derechos humanos en la Adolescencia*. Checa S. Compiladora. Editorial Paidós. Buenos Aires.

GOGNA M. (coord.) (2005) *Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Unicef; Cedes; Argentina Salud, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Buenos Aires.

GOGNA M.(coord.) (2001). *Programas de Salud Reproductiva para Adolescentes*. Consorcio Latinoamericano en Programas de Salud Reproductiva y Sexualidad. CEDES.

JUSID A. (2009). *Cuadernos de la semilla. Historias de madres adolescentes*. Marea Editorial.

KANTOR D. (2008). *Variaciones para educar adolescentes y jóvenes*. Buenos Aires, Del Estante Editorial.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2010) Boletín bimensual de Salud sexual y reproductiva Nro.1 "Métodos Anticonceptivos. Guía para un acceso sin barrera". Mayo 2010.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2010) Boletín bimensual de Salud sexual y reproductiva Nro.3 "Jovenes y Adolescentes". Septiembre 2010.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2009) *Jóvenes y Sexualidad. Una mirada sociocultural. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable*, Secretaría de Programas Sanitarios. Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2007/2009) Boletín sobre VIH/Sida año, Dirección de Sida y ITS.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2009) *Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva*. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION (2006) *Guía para el uso de métodos anticonceptivos*. Dirección Nacional de Salud Materno-Infantil. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 3er. edición.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACION (2009) *Educación sexual integral para la Educación Secundaria: contenidos y propuestas para el aula*. Marina M. (coord.) Buenos Aires.

MORLACHETTI A. (2006) *Políticas de Salud Sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes: un enfoque desde los derechos humanos*. CEPAL, Santiago de Chile.

NACIONES UNIDAS, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, China, Doc. A/CONF.177/20 (17 de octubre de 1995).

UNITED NATIONS (1999) Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, U.N. GAOR, 21st Special Session, New York, United States, June 30- July 2, 1999, UN Doc. A/S-21/5/Add.1 New York, 1999.

NACIONES UNIDAS (1994) Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, Doc. A/CONF.17/1/13/Rev.1.

OMS-OPS-UNICEF-FUNAP. *Normas-Servicios de salud para los/as adolescentes*.

PETRACCHI M.; PECHENY M. (2007) *Derechos Humanos y Sexualidades*. Buenos Aires CEDES.

PNUD -UNPFA (2009) *Situación de la Población en la Argentina, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo*.

ROSTAGNOL S. (2003). *La denuncia en la atención de complicaciones postaborto*. Trabajo presentado en el Seminario Monitoreo de las Complicaciones Postaborto organizado por el Foro por los Derechos Reproductivos. Buenos Aires.

VILLA A. (comp.) (2009) *Sexualidad, relaciones de género y de generación. Perspectivas histórico-culturales en educación*. Editorial Novedades Educativas. Buenos Aires.

VILLA A. (2008) *Cuerpo, sexualidad y socialización. Intervenciones e investigaciones en salud y educación*. Editorial Novedades Educativas. Buenos Aires.

ZAMBERLIN N ; PORTNOY F. (2007) *Tu cuerpo, tu salud, tus derechos. Guía sobre salud sexual y reproductiva*. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Buenos Aires.

Estadísticas Vitales Información Básica, año 2007 y 2008. Secretaria de Políticas, Regulación e Institutos, Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Sistema Estadístico de Salud.

Anexo 1

Presentación de las Provincias

CÓRDOBA

Límites: Córdoba es una de las 23 provincias que componen la república Argentina. Situada en la Región Centro (Argentina), limita al norte con la provincia de Catamarca y Santiago del Estero, al este con Santa Fe, al sureste con Buenos Aires, al sur con La Pampa, y al oeste con San Luis y La Rioja. **Su capital** es la ciudad homónima.

Población: Según el último censo provincial de agosto de 2008 la población fue de 3.243.621 habitantes, con lo cual es la segunda provincia más poblada de la República Argentina. Casi el 41% de la población está aglomerada en la capital provincial, con 1.309.536 de habitantes, convirtiéndola en la segunda aglomeración urbana del país después del Gran Buenos Aires.



Superficie: 165.321 km² de extensión

TUCUMÁN

Límites: Tucumán es la provincia más pequeña de la Argentina. Situada en la Región del Norte Grande Argentino, limita al norte con la provincia de Salta, al este y sur con Santiago del Estero y al oeste y sur con Catamarca. Su capital es la ciudad de San Miguel de Tucumán.

Población: La provincia de Tucumán se encuentra ubicada en el noroeste

de la República Argentina, con una superficie de 22.524 Km² y una población de aproximadamente 1.300.000 habitantes. Su ciudad capital es San Miguel de Tucumán (550.000 habitantes), fundada en 1565.

La **población** de la provincia es de 1.336.664 habitantes, lo que representa una densidad de 59.3 habitantes por km². La población urbana representa el 76.63% de la población total. Los habitantes menores de 14 años representan el 30.6% del total de la población argentina, este valor es del 34.8% en Tucumán. Para la población potencialmente activa (entre 15 y 64 años) los valores son 60.5% y 58.9 respectivamente, y de 8.9% y 6.3% para la población mayor de 65 años.

Superficie: 22.524 km²

FORMOSA

Límites: La provincia limita al norte y al este con la República del Paraguay, al oeste con la provincia de Salta y al sur con la provincia del Chaco. Ubicada en la Zona Nordeste de la República Argentina, ocupa íntegramente el área del Chaco Central y define con sus características de sabana parque el gran ecosistema de la llanura chaqueña, conformado también por el Chaco boreal (Paraguay) y el Chaco austral (Argentina).

Población: Según estimaciones del INDEC para 2010 la población alcanza 555.694 habitantes. Censo 2001: 485.700 habitantes (INDEC, 2001), población urbana: 375.153 habitantes (INDEC, 2001), población rural: 110.547 habitantes (INDEC, 2001).

Superficie: 72.066 km²



SANTA FE

Límites: La Provincia de Santa Fe es una provincia situada en la Región Centro de la Argentina. Su capital es la Ciudad de Santa Fe de la Vera Cruz. Se halla en una zona agrícola-ganadera por excelencia, concentrándose la mayoría de sus industrias en el sur de la provincia. Sus principales centros urbanos son Santa Fe y Rosario. Santa Fe limita al norte con la Provincia del Chaco, al este con las de Corrientes y Entre Ríos, al sur con la Provincia de Buenos Aires y al oeste con las de Santiago del Estero y Córdoba.

Población: Total de la provincia según las proyecciones del Censo 2001 – Indec es 3.285.170. Total varones: 1.602.510. Total mujeres: 1.682.660. La ciudad de Santa Fe de la Vera Cruz es la capital de la provincia de Santa Fe, está ubicada en el sector centro-este de Argentina, a orillas de la laguna Setúbal. Es la cabecera del departamento La Capital y en el (censo 2001) contaba con una población de 369.589 hab. Según la Encuesta Permanente de Hogares de 2008, actualmente la población supera los 382.977.

Superficie: 133.007 km²

MISIONES

Límites: La provincia de Misiones está ubicada en el extremo Nordeste Argentino, como cuña entre Paraguay (al Oeste) y Brasil (al Noreste), limitando al Sudoeste con la provincia de Corrientes (Argentina).

Superficie: La provincia tiene 350 km de frontera con Paraguay y 750 km con Brasil, toda fluvial, salvo 22 km de frontera seca a la altura de Bernardo de Irigoyen. De esto resulta que un 90% (1.080 Km.) de sus fronteras son internacionales. Junto a las provincias de



Chaco, Formosa y Corrientes, conforman la Región Nordeste Argentina (NEA) y, pese a su reducida superficie (30.719 km², escasamente el 1,1% del territorio nacional), su ubicación geográfica la sitúa en el centro de una gran región –la Cuenca del Plata– con una especial significación geopolítica y comercial.

Población: Población de Misiones estimada para el año 2010: 1.158.033 habitantes.

Porcentaje de población urbana: 74%

Porcentaje de población rural: 26%

Anexo 2

Legislación y Programas en materia de salud sexual y reproductiva

NACIÓN

Ley 25.673 y decreto reglamentario 1282/2003 concordados
SALUD SEXUAL

Salud Pública. Crease el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Objetivos.

Sancionada: 30/10/2002

Promulgada de Hecho: 21/11/2002

Publicada: B. O. 22/11/2002

REGLAMENTACIÓN: Decreto 1282/2003 (B. O. 26/05/2003)

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1° - Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 1° - El MINISTERIO DE SALUD será la autoridad de aplicación de la Ley N° 25.673 y de la presente reglamentación. (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 2° - Serán objetivos de este programa:

- a) *Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;*
- b) *Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;*

- c) *Prevenir embarazos no deseados;*
- d) *Promover la salud sexual de los adolescentes;*
- e) *Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/SIDA y patologías genital y mamarias;*
- f) *Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;*
- g) *Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.*

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 2º. - A los fines de alcanzar los objetivos descriptos en la Ley que se reglamenta el MINISTERIO DE SALUD deberá orientar y asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación.

Asimismo, se deberán implementar acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda.

La ejecución de las actividades deberá realizarse con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de los destinatarios del Programa, en coordinación con otras acciones de salud orientadas a tutelar a sus beneficiarios y familias.

Las acciones deberán ser ejecutadas desde una visión tanto individual como comunitaria. (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 3º - El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 3º - SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 4º - La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 4º - A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades.

En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años.

Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA. **En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.** (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 5º - El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) *Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y*

agentes de salud;

b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;

c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;

d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 5° - Los organismos involucrados deberán proyectar un plan de acción conjunta para el desarrollo de las actividades previstas en la ley, el que deberá ser aprobado por las máximas autoridades de cada organismo. (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 6° - La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;

b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción; (Párrafo incorporado por art. 8° de la Ley N° 26.130 B.O. 29/8/2006)

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 6° - En todos los casos, el método y/o elemento anticonceptivo prescripto, una vez que la persona ha sido suficientemente informada sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, será el elegido con el consentimiento del interesado, en un todo de acuerdo con sus convicciones y creencias y en ejercicio de su derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas, derecho que es innato, vitalicio, privado e intransferible, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 4° del presente, sobre las personas menores de edad.

Entiéndase por métodos naturales, los vinculados a la abstinencia periódica, los cuales deberán ser especialmente informados.

La ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA (ANMAT) deberá comunicar al MINISTERIO DE SALUD cada SEIS (6) meses la aprobación y baja de los métodos y productos anticonceptivos que reúnan el carácter de reversibles, no abortivos y transitorios. (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 7° - Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 7 - La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en el plazo de DIEZ (10) días contados a partir de la publicación del presente Decreto, deberá elevar para aprobación por Resolución del MINISTERIO DE SALUD, una propuesta de modificación de la Resolución Ministerial N° 201/02 que incorpore las previsiones de la Ley N° 25.673 y de esta Reglamentación. (Decreto 1282/2003). (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 8° - Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 8° - Los Ministerios de SALUD, de EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (1) vez al año, para la difusión periódica del Programa. (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 9° - Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 9° - El MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA adoptará los recaudos necesarios a fin de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 9° de la Ley N° 25.673. (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 10 - Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 10 - Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción.

Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada.

Los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros Centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b) de la ley que se reglamenta, a cuyo fin deberán efectuar la presentación pertinente por ante las autoridades

sanitarias locales, de conformidad a lo indicado en el primer párrafo de este artículo cuando corresponda. (Decreto 1282/2003).

ARTICULO 11 - La autoridad de aplicación deberá:

- a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;
- b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 11 - SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 12 - El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 12 - SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 13 - Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

REGLAMENTACIÓN ARTICULO 13 - SIN REGLAMENTAR.

ARTICULO 14 - Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

— REGISTRADA BAJO EL N° 25.673 —

EDUARDO CAMAÑO. — JUAN C. MAQUEDA. — Eduardo Rollano. — Juan C. Oyarzún.

MISIONES

DECRETO 92/98

CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR INTEGRAL

VISTO

El Expte. N° 5000-40-1998, registro del Ministerio de Bienestar Social, de la Mujer y la Juventud E/Proy. de Dcto s/creación del Programa Provincial de Planificación Familiar Integral para la Provincia de Misiones, y

CONSIDERANDO

Que la humanidad avanza en forma progresiva hacia profundos y continuos cambios, propios de la permanente y espontánea acción de fenómenos cotidianos de singulares características que transcurren sobre la Tierra, y que analizados a la luz de su incidencia sobre la vida humana y su futuro, obligan a examinar cuidadosamente su evolución aspirando garantizar de esta manera una constante optimización de la calidad de esta vida, y al mismo tiempo, permitiendo a los hombres el ejercicio del derecho humano más genuino, cual es el de vivir en forma digna, con salud y en perfecta armonía con su hábitat;

Que, del innegable estado de crisis mundial de índole socioeconómica actual, resulta un preocupante deterioro de la calidad de vida de las personas, con un alarmante deterioro del medio ambiente, universalizándose la problemática inherente a la supervivencia humana y constituyéndose esta situación, en un fundamental escollo a sortear en un futuro inmediato;

Que, en directa y excluyente vinculación con este estado de situación, surge, imprescindible e inherente a la responsabilidad del Estado, abordar la problemática de la planificación familiar o procreación o paternidad responsable;

Que, ratificando a la familia como soporte de toda sociedad con profundos y arraigados valores espirituales y democráticos, comprometida asimismo con un equilibrado ejercicio de la libertad, la misión fundamental del Estado es producir hechos de relevancia que fortalezcan y reaseguren en forma

permanente el gozo pleno de aquellos derechos humanos que son privativos de las comunidades más evolucionadas del planeta;

Que el acto de la procreación se erige en uno de los más íntimos, responsables, conscientes y libres de los seres humanos;

Que el derecho a la decisión personal acerca de las pautas reproductivas, en uso pleno de los valores intrínsecos de orden moral, filosófico, religioso y/o político, sin presiones de ninguna naturaleza, constituye, sin lugar a dudas el más genuino que se debe garantizar, dignificar y hacer respetar desde el Estado;

Que en ese contexto los gobiernos y las distintas instituciones internacionales deben procurar ante todo la creación de condiciones económicas, sociales, médico sanitarias y culturales que permitan a los esposos tomar sus opciones procreativas con plena libertad y con verdadera responsabilidad;

Que, precisamente, cada familia debe tener la posibilidad de ejercer ese derecho, al planificar su futuro, acordando responsablemente el número de los hijos, así como el espaciamiento entre cada nacimiento y, fundamentalmente, el acceso a información, concientización y pleno conocimiento de los métodos de planificación familiar disponible para de esta manera posibilitar el ejercicio pleno de su vida en total libertad;

Que es responsabilidad social del Estado, sus instituciones intermedias y miembros de la comunidad el disminuir y erradicar las consecuencias de la imprevisión por ausencia de educación y asistencia eficaz, puestas en evidencia por la realidad observada en la mayoría de los países en vías de desarrollo, que involucran a enormidad de vidas humanas: madres y niños, familias destruidas, niñas asumiendo el rol de madres, miles de abortos producto de embarazos no deseados, entre otras circunstancias y hechos que producen un agravado y permanente deterioro del entorno familiar y su consecuencias sociales;

Que las estadísticas provistas por los centros de salud y reparticiones estatales que realizan promoción social en todo el país trasuntan claramente la

gravedad de la situación existente y permiten apreciar, trasladando sus datos a nuestra provincia, la imperiosa necesidad de ejecutar perentoriamente, acciones integrales dirigidas en forma específica a abordar decididamente esta problemática, para procurar una solución de fondo al respecto:

- a) En el país se producen aproximadamente entre 350.000 y 500.000 abortos por año;*
- b) El índice de mortalidad perinatal, esto es, las defunciones fetales ocurridas a partir de las 28 semanas de gestación en adelante y hasta siete (7) días posteriores al nacimiento, se eleva al 23%;*
- c) Por abortos y/o mala atención del embarazo o parto, fallece diariamente una mujer en la Argentina;*
- d) El 30% de hogares argentinos tiene por jefe de familia a mujeres cuya edad oscila entre 25 y 30 años. De ellas, un altísimo porcentaje muere por embarazos no tratados por desinformación y/o falta de medios y por abortos, dejando generalmente huérfanos entre dos y tres hijos;*
- e) El 30% de las camas ocupadas por los servicios de obstetricia, lo son por complicaciones de abortos, y un tercio de las cirugías realizadas se deben a la misma causa;*
- f) Entre un 19 y un 25 % de las madres de nuestro país son menores de 19 años, abarcando edades que llegan a 9, 11 o 12 años;*
- g) Por año, nacen en nuestro país alrededor de 120.000 niños, hijos de mujeres menores de 19 años;*
- h) Aproximadamente, el 50 % de las mujeres en nuestro país que accede a algún método de planificación familiar, lo hace sin prescripción médica, por falta de información y/o por pautas culturales;*

Que es justamente esta destrucción silenciosa y progresiva de la sociedad, la que debe impulsar a las áreas estatales específicas a pronunciarse en absoluta y excluyente defensa de la vida;

Que canalizando institucionalmente acciones que posibiliten a las familias y/o individuos - fundamentalmente los más vulnerables -, el acceso al conocimiento de nociones elementales sobre salud reproductiva y/o

educación sexual, se estará protegiendo certera y eficazmente la vida y con el protagonismo comunitario indispensable, para posibilitar que muchos grupos humanos sin cobertura social, tengan la oportunidad de obtener determinados servicios por parte del Estado que les otorguen igualdad de oportunidades y el ejercicio libre y responsable de sus decisiones;

Que a través de programas como el presente se procura desarrollar por parte del Estado provincial, una clara y decidida política de índole social, a fin de brindar una eficaz respuesta a la necesidad de la comunidad de acceder a la información, capacitación y orientación permanente y su atención sanitaria imprescindible;

Que en este marco se implementa el "Programa Provincial de Planificación Familiar Integral", mediante el cual se persiguen los siguientes objetivos primordiales:

- a) Promover los cambios sociales y/o políticos que posibiliten crear en la comunidad una clara conciencia sobre salud reproductiva, sobre la base de una libre elección de los métodos, de acuerdo con las pautas culturales de cada ciudadano;*
- b) Disminuir el índice de morbimortalidad materno-infantil;*
- c) Institucionalizar el acceso a servicios de salud permanentes relacionados con la salud reproductiva;*
- d) Asegurar la información, capacitación, orientación y libre discernimiento que permita la elección del método de regulación de fertilidad más adecuado;*
- e) Prevenir a través del asesoramiento y difusión, la proliferación de enfermedades venéreas y S.I.D.A.;*
- f) Contribuir a la formación de una verdadera cultura sobre la Planificación Familiar, mediante la capacitación permanente;*
- g) Desarrollar un plan de acción social específico, que le permita al Estado conocer en forma cuali-cuantitativa las características de los grupos poblacionales más vulnerables y en condiciones de ser principales beneficiarios del Programa que se crea;*

Que este Programa, formulado con el convencimiento de su necesidad y utilidad como herramienta institucional a favor de una imprescindible equidad social en nuestra provincia; ha tomado como antecedentes para su elaboración y lineamientos básicos las siguientes acciones, tanto de orden legislativo, como originadas en el Poder Ejecutivo, sean éstas nacionales y/o provinciales:

a) Ley Nacional N° 23.179 del 8 de Mayo de 1985, "Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer" y Art. 75 -inc. 22 de la Constitución Nacional Reformada de 1994.

b) Decreto Nacional N° 2.274/86, que estableció el derecho humano básico de decidir libre y responsablemente sobre la reproducción, fijando la responsabilidad del Estado de brindar los servicios necesarios.

c) Programa de Procreación Responsable de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, creado en el año 1987.

d) Acuerdo Mundial de Protección a la Infancia suscripto en las Naciones Unidas el 30 de Setiembre de 1990, por 80 a 90 Naciones, constituyéndose en una declaración universal para la protección el desarrollo y la sobrevivencia del niño.

e) Plan Nacional de Acción a favor de la Madre y el Niño de 1991, propuesta básica de salud, generada desde el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, los Ministerios de Salud Provinciales, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires y UNICEF, con objetivos primordiales, entre los que se destacan:

- I) "Desarrollar programas de procreación responsable en todas las jurisdicciones"
- II) "Proteger la salud integral del adolescente"
- III) "Privilegiar el enfoque preventivo en todas sus formas"
- IV) "Considerar las características regionales en cuanto a las necesidades de los adolescentes y su medio, promoviendo y desarrollando programas jurisdiccionales"
- V) "Focalizar este Plan en las áreas donde haya predominio de pobreza estructural"
- VI) "Promover en la población, a través de los medios masivos de

comunicación, la importancia de una plena salud reproductiva"

f) Programa Provincial de Procreación Responsable de la Provincia de La Pampa, g) aprobado por la Legislatura de esa Provincia en 1991.

g) Consejo Nacional del Menor y la Familia: "Veinte metas para el año 1992".

h) "Propuesta Normativa Perinatal" -Año 1994-, Tomo IV: "Procreación Responsable", realizada por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Secretaría de Salud - Subsecretaría de Salud Comunitaria - Dirección Nacional de Atención Médica - Dirección de Salud Materno Infantil. Colaboradores: Consultores de las Naciones Unidas en el PROMIN; Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología; Asociación Argentina de Perinatología; Sociedad Argentina de Ginecología Infanto-Juvenil; Facultad de Medicina de la UBA; Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires; etc.

i) Cuarta Conferencia Internacional de la Mujer-Pekín, 1995. "Plataforma de Acción de Beijing" - Párrafos 94, 111 y 232.

j) Proyecto de Ley de creación del Programa Nacional de Procreación Responsable, con media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación desde el 1 de Noviembre de 1995, fundamentalmente en lo expresado en sus Artículo 7° -inc. b), y 10"

k) Declaración aprobada por el Plenario Académico de la Academia Nacional de Medicina, en su Sesión privada del 28 de Julio de 1994;

l) Módulos de capacitación para promotoras/es comunitarias/os de Salud, pertenecientes al Programa "Salud Integral de la Mujer y su Familia", implementados por el Ministerio de Bienestar Social, de la Mujer y de la Juventud de la Provincia de Misiones, que benefició a aproximadamente a 4.300 personas, desarrollándose, entre otras, en la siguientes localidades: Posadas, Profundidad, Bonpland, Azara, San Javier, Cerro Azul, Concepción de la Sierra, Campo Ramón, Villa Bonita, Los Helechos, Paraje El Progreso, Alba Posse, Colonia Aurora, 25 de Mayo, Puerto Leoni, Eldorado y Garupá;

Que la pluralidad de proyectos y/o planes de acción impulsados tanto

desde la órbita nacional como provincial, denotan el amplio y participativo debate producido en torno de los mismo, demostrando la madurez de los dirigentes y de la comunidad toda al abordar sin perjuicios un temática de la complejidad como la que nos ocupa;

Que, entre otras iniciativas, han tomado también estado parlamentario en la Honorable Cámara de Representantes de la provincia, dos propuestas legislativas relacionadas con la cuestión objeto del presente, elaboradas por el Dr. Raúl Hugo Humada, actual Subsecretario de Salud Pública y Ramón Agustín Alegre;

Que el marco institucional a instaurar debe estar cimentado fundamentalmente en un enérgica política de promoción social destinada a los sectores más desprotegidos de la comunidad, complementada con el desarrollo de campañas de concientización y educación formativa en el área específica a ejecutarse en subprogramas de promoción social y educativos;

Que, en concordancia con los objetivos propuestos, el Subprograma de Promoción Social se apoyará fundamentalmente en la promoción y concientización del uso de los métodos naturales de regulación de la fertilidad, por ser éstos los únicos, que además de respetar la dignidad, integridad moral y naturaleza de la mujer, garantizan su equilibrio físico y psicológico, y contribuyen a exaltar su rol de compañera, respetada y amada en la pareja;

Que, por lo expresado en estos últimos párrafos resulta prudente, oportuno y necesario que este marco institucional y las políticas a implementarse desde el mismo, resulte ejecutado y supervisado mancomunadamente por las áreas estatales con características multidisciplinarias, a saber:

- Ministerio de Bienestar Social, de la Mujer y de la Juventud
- Ministerio de Salud Pública
- Ministerio de Cultura y Educación

Que, para una eficaz y cabal ejecución de las pautas institucionales mencionadas, resulta conveniente asignar a la conducción de la Comisión Interministerial para la Planificación Familiar, al Ministerio de Bienestar Social,

de la Mujer y de la Juventud, en tanto cuenta para tal fin con un departamento con responsabilidades y funciones específicas: "Mujer y Salud";

Que la ejecución, puesta en marcha y continuidad del Programa, encuentra sentido tanto desde el punto de vista estructural, es decir, la planificación y desarrollo propiamente dicho de las políticas propuestas, como el referente a la disponibilidad permanente de recurso humano y/o presupuestario, al prever la unificación de los recursos mencionados, relacionados directamente con este temática, asignados actualmente a cada una de las áreas involucradas -Bienestar Social, Salud y Educación- reordenando criteriosamente la distribución de los mismos y canalizándolos en la forma más conveniente;

Que, asimismo, al contar con un marco legal provincial, reclamado desde el orden nacional, se estará en inmejorable posición para recepcionar las partidas presupuestarias que estén previstas para programas de planificación familiar impulsados desde el Poder Ejecutivo Nacional, así como también, aquéllas que pudieran provenir de organizaciones internacionales;

Que, como una directa consecuencia de lo expresado, resultará un perfeccionamiento y capacitación permanente de todo el personal especializado perteneciente a los ministerios participantes, sin que ello signifique erogación adicional para el Estado provincial;

Que, complementando lo previsto, se autorizará la incorporación de todos los servicios del Programa al Nomenclador del Instituto de Previsión Social, requiriéndose la adhesión de las entidades privadas prestadoras de salud, como condición necesaria para posibilitar el acceso a estas prestaciones, a fin de avanzar hacia un estado de verdadera equidad social en la materia;

Que la formulación, por parte del Estado, de este Programa Integral, no ha sido concebido como una barrera contra la natalidad ni contra la decisión totalmente libre, y de profundo respeto a los valores de las personas, acerca de la forma, tiempo y método de planificar su futuro familiar;

Que este Poder Ejecutivo provincial, al dictar un acto administrativo de esta naturaleza, con el criterio y espíritu expresados en estos considerandos pondrá

en marcha definitivamente los mecanismos institucionales que posibiliten a un gran número de conprovincianos acceder a servicios indispensables que protejan el don tan preciado de la vida humana, por constituir ésta el paradigma de la obra creadora de Dios;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DE MISIONES

DECRETA:

Artículo 1° - Créase el Programa Provincial de Planificación Familiar Integral, que tiene por objeto brindar a la población de la provincia, la posibilidad de acceder a una atención especializada y completa referente a la planificación libre y responsable de su familia, dotándola de todos los medios idóneos de que el Estado provincial disponga.

Artículo 2° - El Programa Provincial de Planificación Familiar Integral se implementa con las siguientes pautas:

a) Información, asesoramiento y/o capacitación integral y permanente referida a salud reproductiva;

b) Prestaciones de servicio de orden institucional que permitan a la población, conocer el o los métodos de regulación de la fertilidad para cada familia y/o pareja, teniendo en cuenta que éstos no sean abortivos ni provoquen esterilidad permanente;

c) Asistencia sanitaria de neto corte social que posibilite la realización de controles de salud previos y posteriores a la elección, prescripción y eventual utilización de los métodos citados;

d) Asesoramiento, detección precoz y seguimiento permanente de enfermedades de transmisión sexual, complementando esta tarea con acciones intensivas de prevención sobre cáncer génito-mamario y SIDA;

e) Prescripción, orientación y/o adiestramiento sobre el uso, y/o eventual suministro de título gratuito de métodos de regulación de fertilidad, que reúnan las condiciones estipuladas en el inciso b);

f) Realización de exámenes especializados relacionados con el estudio y tratamiento de la infertilidad femenina y/o masculina;

g) Implementación de sistemas de capacitación permanente, especializada y selectiva sobre salud reproductiva, incluyendo conceptos fundamentales de ética biomédica, dirigida a profesionales de la salud, personal paramédico auxiliar, agentes educativos, trabajadores sociales y a la comunidad en su conjunto;

h) Relevamiento, evaluación y seguimiento permanentes sobre los grupos poblacionales con menores ingresos, para una óptima canalización de los recursos, tanto humanos como materiales, asignados al Programa, para concretar un acceso real y efectivo de los mismo a los servicios de índole sanitario-social-educativa, previstos en el presente decreto.

Artículo 3° - Los métodos de regulación de la fertilidad previstos en el Programa creado por el presente decreto, y que cumplan con los requisitos estipulados en el Art. 2°, inciso b), deben ser elegidos libre y voluntariamente por los beneficiarios, salvo contraindicación médica específica.

Los profesionales médicos actuantes pueden prescribir todos los métodos de regulación de la fertilidad que se hallen autorizados por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Artículo 4° - En cumplimiento de los objetivos básicos previstos en la instrumentación del Programa Provincial de Planificación Familiar Integral, los agentes actuantes de los Ministerios de Salud Pública; Bienestar Social, de la Mujer y de la Juventud y/o Cultura y Educación, deben posibilitar en todo momento la libre y responsable elección del método de planificación familiar a adoptar por los solicitantes.

Artículo 5° - Cuando los servicios sanitarios específicos que establece el presente Programa sean prestados a menores y/o incapaces, los agentes y profesionales de la salud intervinientes propiciarán y favorecerán, toda vez que resultare posible y conveniente, la presencia y/o autorización de los padres, tutores curadores y/o quienes ejerzan el mencionado rol dentro de su grupo familiar.

Artículo 6° - Créase la Comisión Interministerial Permanente para la Planificación Familiar, integrada por los titulares de los Ministerios de

Bienestar Social, de la instrumentación, puesta en marcha, desarrollo armónico y coordinación del Programa Provincial de Planificación Familiar Integral, correspondiendo la conducción ejecutiva al primero.

A estos fines esta Comisión instrumentará de inmediato las acciones administrativas más idóneas para una óptima ejecución de los objetivos propuestos.

Artículo 7° - Corresponden a la Comisión Interministerial Permanente para la Planificación Familiar, las siguientes funciones:

a) Coordinar las acciones pertinentes a efectos de cumplimentar las tareas institucionales a desarrollarse, para una permanente atención comunitaria en el Área de la Planificación Familiar, centralizando las mismas en los sectores más vulnerables de la sociedad.

b) Estudiar, evaluar, proponer y eventualmente ejecutar las modificaciones necesarias para optimizar la implementación del Programa, supervisando en forma constante los cambios introducidos.

c) Centralizar y ordenar sistemáticamente todos los datos disponibles acerca de la realidad provincial en materia de salud reproductiva, procurando registrar estadísticamente los niveles de salud, desarrollo social y cultural y/o de información específica de la población beneficiaria, monitoreando permanentemente su evolución.

d) Arbitrar los medios idóneos para asegurar una eficaz canalización de los recursos a asignarse al presente Programa.

A tales fines deberán priorizarse las acciones emergentes del cumplimiento de planes específicos emanados de la Nación y/o internacionales.

e) Desarrollar una decidida y permanente acción de concientización de los agentes afectados en la aplicación del Programa acerca de los objetivos y mecanismos del mismo, facilitando su constante capacitación, actualización y/o especialización.

f) Proponer y ejecutar eventos provinciales de actualización interdiscipli-

naria en materia de procreación responsable y temas análogos, con participación amplia de la comunidad.

Artículo 8° - Cada ministerio integrante de la comisión mencionada en los artículos precedentes, adecuará sus áreas específicas con el objeto de lograr una eficiente coordinación en la implementación del Programa.

Artículo 9° - El Ministerio de Bienestar Social, de la Mujer y de la Juventud tiene por misión ejecutar las siguientes acciones relacionadas con la problemática social de la Planificación Familiar:

a) Relevamiento integral y permanente de los grupos poblacionales más carenciados y hacia los cuales deben dirigirse especialmente las tareas específicas de concientización y aplicación directa del Programa de Planificación Familiar.

b) Tareas de promoción social relacionadas con la problemática de la procreación responsable, incluyendo: educación sexual dirigidas a parejas, higiene de la sexualidad, criterios para la elección del método de planificación familiar más adecuado, etc.

c) Formación y promoción de Líderes Barriales en Planificación Familiar, que incluyen la capacitación y selección de padres y madres de familia, actuando éstos de agentes multiplicadores para llegar a todos los sectores con la información esencial en la materia.

d) Concreción de encuentros comunitarios de carácter multidisciplinario para impulsar el desarrollo de una verdadera cultura de pleno respeto al derecho de una elección libre y personal del sistema de planificación familiar.

e) Planificación y desarrollo de una campaña de amplia convocatoria a la totalidad de la comunidad de la Provincia, a través de sus entidades intermedias de distinta naturaleza a intervenir y participar en la ejecución de las acciones del presente Programa.

f) Diagramación y puesta en marcha de programas de difusión masiva en los principales medios de comunicación de la provincia, acerca de las pautas fundamentales del Programa Provincial de Planificación Familiar Integral.

Artículo 10° - La instrumentación y desarrollo del Subprograma de Promoción Social tendrá como eje principal una permanente labor de promoción y concientización de los métodos naturales de regulación de la fertilidad, como una constante capacitación de equipos multidisciplinarios y el establecimiento de ámbitos y metodología de trabajo no agresivos y respetuosos de la naturaleza y dignidad de la mujer.

Para ello, solicitará la activa participación de la Iglesia Católica y demás congregaciones religiosas de nuestra provincia que deseen colaborar en esta tarea específica.

Artículo 11 - Son funcionarios del Ministerio de Salud Pública, en lo atinente a la Salud Reproductiva:

a) Controles de salud para la prescripción de métodos de regulación de la fertilidad como Papanicolau, examen mamario, examen de flujo vaginal, colposcopia, etc.

b) Acciones de prevención de cáncer genital, enfermedades de transmisión sexual y SIDA.

c) Coordinación, supervisión y evaluación permanente de la marcha de los sistemas de actualización y/o capacitación de los agentes efectores de los subprogramas instituidos, proponiendo las pautas que eventualmente se consideren necesarias para optimizar el desarrollo del Programa que se crea por el presente decreto.

d) Información y asesoramiento sobre los métodos de regulación de la fertilidad disponibles: eficacia, efectos indeseables, incompatibilidades, ventajas y desventajas, correcto uso, dentro del marco de las pautas elementales de educación para la salud.

e) Prescripción y/o suministros de los métodos de regulación de la fertilidad disponibles.

El conjunto de servicios sanitarios mencionados se brindará en forma simultánea en los centros asistenciales de toda la provincia, a través de los servicios de tocoginecología y obstetricia, y en las Unidades de Atención de

Salud, a través de los cuales se brindarán las prestaciones citadas sin cargo directo para la población careciente de cobertura social.

Artículo 12° - Las funciones encomendadas al Ministerio de Cultura y Educación, son las siguientes:

a) Formulación, diagramación y promoción de las estrategias de orden pedagógico educativas indispensables para concretar los objetivos propuestos en el desarrollo del Programa creado por el presente decreto.

b) Desarrollo de acciones de capacitación de los docentes en servicio, a fin de lograr una formación integral del cuerpo docente en la materia, posibilitando futuras acciones educativas con alcance comunitario.

c) Análisis e investigación de los contenidos de la currícula escolar relacionados con la temática del presente decreto, a efectos de evaluar la incorporación de temas como salud reproductiva y/o planificación familiar en la formación de los educandos.

d) Incorporación de la temática sobre planificación familiar a los contenidos básicos del Sistema Provincial de Teleeducación y Desarrollo.

Artículo 13 - Las acciones detalladas en los artículos precedentes deberán ser ejecutados de acuerdo con la planificación y metodología de trabajo que disponga la Comisión Interministerial Permanente para la Planificación Familiar, en su carácter de autoridad de aplicación, procurando especialmente no superponer tareas, y ejerciendo en todo momento una acción perfectamente coordinada que posibilite la óptima y más criteriosa disponibilidad de recursos, tanto humanos como de índole presupuestaria que se asignen a este Programa.

A tales efectos, dicha autoridad debe evaluar la marcha de los mismos en forma mensual, sin perjuicio de que circunstancias especiales justifiquen un análisis en distinto tiempo.

Artículo 14 - La autoridad de aplicación convocará a entidades intermedias comprometidas con la promoción social a participar en calidad de consultores permanentes en la evaluación constante de la marcha del Programa.

Artículo 15 - Las erogaciones que resulten de la aplicación del Programa Provincial de Planificación Familiar Integral deben surgir de:

a) Las partidas presupuestarias del Estado Provincial que resulten de reasignaciones de fondos que, hasta la fecha de promulgación del presente decreto, se imputaban a acciones individuales de cada repartición dirigidas a la planificación familiar, en las áreas respectivas de Salud Pública, Bienestar Social, de la Mujer y de la Juventud y/o Educación, así como las partidas específicas a asignarse al Programa en el presupuesto provincial.

b) Los fondos provenientes de la privatización de Papel Misionero que le corresponda administrar al Ministerio de Bienestar Social, de la Mujer y de la Juventud.

c) El cumplimiento de los convenios que la Provincia de Misiones haya suscrito o suscriba en el futuro con la Nación, en cumplimiento de programas nacionales que guarden directa o indirecta relación con la problemática del presente decreto.

d) Los recursos provenientes de organismos internacionales que ejecuten en la provincia algún tipo de acción de prevención, investigación o programa relacionados con la salud reproductiva o procreación responsable, ya sea que los mismos sean espontáneos o producto de negociaciones propias y/o directas del Estado provincial.

Artículo 16 - La autoridad de aplicación invitará al Instituto de Previsión Social de la Provincia de Misiones -I.P.S.M., y a las demás obras sociales que funcionen en el territorio provincial, a incorporar a sus prestaciones los servicios mencionados en el Subprograma de Salud Reproductiva, especialmente en lo atinente a la consulta, prescripción, suministro y/o eventual dispensación del método de regulación de la fertilidad por el que hayan optado libremente los beneficiarios del Programa instituido por el presente decreto.

Artículo 17 - Refrendarán el presente decreto los señores ministros de Bienestar Social, de la Mujer y de la Juventud, de Salud Pública y de Cultura y Educación.

Artículo 18 - Comuníquese, publíquese, remítase copias a los Ministerios de Bienestar Social, de la Mujer y de la Juventud; Salud Pública y Cultura y Educación. Cumplido, archívese.

Posadas, 2 de Febrero de 1998

SANTA FE

LEY 11.888

CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE

La Legislatura de la Provincia sanciona con fuerza de ley:

Artículo 1º - Créase un programa con el alcance y las finalidades establecidos en la presente ley, que pasará a formar parte de la estructura de programas provinciales existentes en la órbita del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Artículo 2º - Son objetivos principales del programa:

a) Promover la maternidad y paternidad responsables, a través de la planificación de los nacimientos, favoreciendo espacios intergenésicos adecuados, en el marco del reconocimiento del derecho a la vida desde el momento de la concepción.

b) Garantizar a la población el acceso a información completa y veraz sobre los métodos de control de la fertilidad existentes, naturales o artificiales, asegurando la igualdad de oportunidades en el ejercicio de la libertad personal.

c) Capacitar al personal directa o indirectamente vinculado con el programa. El Programa orientará sus acciones a los grupos sociales más desprotegidos y de riesgo.

Artículo 3º - La autoridad de aplicación normatizará a través del programa

todos los servicios que se deriven de los objetivos de la presente, incluido la realización de análisis, exámenes complementarios, prácticas médicas, información, asesoramiento, registro de historias clínicas, prescripción y provisión de fármacos y todo otro elemento necesario para el cumplimiento de las disposiciones de esta ley.

Artículo 4° - El programa será ejecutado en los establecimientos asistenciales del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia. La ley reconoce el derecho a formular objeción de conciencia por parte de los profesionales o agentes afectados al mismo. El Estado provincial garantiza la accesibilidad y gratuidad de las prestaciones.

Artículo 5° - Los métodos anticonceptivos, naturales o artificiales, que los profesionales pueden prescribir, deben encontrarse autorizados por el Ministerio de Salud de la Nación, y ser de carácter transitorio, reversible y no abortivo.

Artículo 6° - En todos los casos el método prescrito - salvo contraindicación médica expresa -, será seleccionado con el consentimiento responsable, voluntario y fundado del beneficiario, a cuyo fin deberá previamente brindársele información y asesoramiento sobre la efectividad, contraindicaciones, ventajas y desventajas de su utilización.

Artículo 7° - Cuando el servicio sea prestado a menores, se propiciará y favorecerá la participación de los padres, tutores o quienes estén a cargo de sus cuidados cuando a juicio de los profesionales o agentes intervinientes sea considerado conveniente. En caso de los declarados incapaces, la intervención del representante legal será requisito imprescindible.

Artículo 8° - El órgano de aplicación coordinará con el Ministerio de Educación y la Secretaría de Promoción Comunitaria, actividades de difusión del contenido y alcances del programa.

Artículo 9° - La autoridad de aplicación realizará cursos de capacitación de los profesionales y agentes vinculados al programa, por sí o a través de convenios con otras instituciones con competencia en la materia.

Artículo 10° - Créase el Consejo Asesor del Programa de Procreación Responsable, para cuya conformación la autoridad de aplicación convocará a entidades científicas y universitarias del arte de curar, a efectores de las especialidades médicas competentes, a colegios profesionales del área, a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a organizaciones no gubernamentales con experiencia y trayectoria en la materia. La participación en el Consejo revestirá carácter de "ad honorem", y su función será el de asesora de la autoridad de aplicación en los temas que ésta requiera, y vinculados al Programa. El Consejo podrá solicitar la colaboración solidaria de expertos en comunicación pública y de los medios de comunicación social que cuentan con licencias concedidas por el Estado y deban realizar, además de la actividad comercial, acciones de bien público.

Artículo 11° - Las erogaciones que irrogue la aplicación del programa, provendrán de:

a) Las partidas presupuestarias correspondientes al Ministerio de Salud y Medio Ambiente, autorizándose al mismo a aplicar las modificaciones pertinentes y hasta la provisión de recursos específicos a través de la Ley de Presupuesto.

b) El cumplimiento de los convenios que la Provincia de Santa Fe haya suscrito o suscriba con la Nación, en cumplimiento de planes nacionales vinculados con la presente ley.

c) Los fondos provenientes de organismos internacionales que se ejecuten en la provincia, relacionados con fines del programa.

Artículo 12° - La autoridad de aplicación de la presente es el Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia.

Artículo 13° - El Poder Ejecutivo reglamentará esta ley dentro del plazo de 120 días a partir de su promulgación. En igual plazo, la autoridad de aplicación conformará el Consejo Asesor.

Artículo 14° - El INSTITUTO AUTARQUICO PROVINCIAL de OBRA SOCIAL (IAPOS) incluirá en su vademécum farmacológico y de prestaciones los

métodos y fármacos que la reglamentación de esta ley disponga.

Artículo 15° - El Poder Ejecutivo provincial invita a los municipios y comunas a adherir a la presente ley.

Artículo 16° - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Santa Fe, 20 de mayo de 2001

DECRETO 2.442/2002

REGLAMENTACION DE LA LEY 11.888 DE CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE

VISTO

El expediente N° 00501-0040.570-2 del S.I.E., mediante el cual se gestiona la reglamentación de la Ley N° 11.888 de creación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; y

CONSIDERANDO

Que la necesidad de reducir las actuales tasas de morbilidad materna y perinatal – infante – juvenil, prevenir el aborto y enfermedades de transmisión sexual a nivel provincial, según contempla el Plan Nacional de Acción a favor de la Madre y el Niño, convalidado por los señores gobernadores en el Pacto General del 9 de marzo de 1994, es un hecho de una magnitud y trascendencia social muy importante y las causas que la condicionan son reducibles con los actuales conocimientos científicos;

Que se ha considerado la necesidad de brindar respuesta a todos los aspectos vinculados al desarrollo de una sexualidad saludable por parte de la población en todos sus ciclos de vida, toda vez que la misma constituye un aspecto de la salud de trascendencia social por su impacto en la calidad de vida de las personas;

Que a tal fin se hace necesario coordinar acciones entre diferentes programas preventivos y asistenciales, además de proveer medidas de anticoncepción en los servicios de salud, fortaleciendo la calidad de atención

con prescripciones oportunas e indicaciones adecuadas en tiempo y forma;

Que contar con el referido Programa posibilita la implementación de actividades y la organización adecuada de los recursos, facilitando la unificación de pautas y respuestas más adecuadas para disminuir las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en base a los conocimientos científicos y avances tecnológicos;

Que de conformidad a las previsiones del art. 72° inciso 4 de la Constitución Provincial y 13° de la precitada ley, es facultad de este Poder Ejecutivo la aprobación del texto reglamentario, elaborado en base a la propuesta elevada por dicho Ministerio, con las recomendaciones formuladas por la Dirección General de Asuntos Jurídicos jurisdiccional y Fiscalía de Estado mediante dictámenes Nros. 59.926/01 y 622/02, respectivamente;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DECRETA:

Artículo 1° - Apruébase el reglamento de la Ley N° 11888 de creación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, el que como anexo único, compuesto por catorce (14) artículos en cuatro (4) folios, integra el presente decreto.

Artículo 2° - Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.

Sanción.- 18 de octubre de 2002

REGLAMENTO DE LA LEY N° 11.888

Artículo 1° - El PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE dependerá de la Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud de la Subsecretaría de Salud del Ministerio de Salud y Medio Ambiente y estará sujeto a todas las normativas emanadas por el titular de la citada jurisdicción, con respecto al diseño, elaboración de metas, formulación de estrategias, implementación y seguimiento de los programas provinciales de ese Ministerio.

Artículo 2° - Son objetivos principales del Programa:

a) Garantizar el acceso a mujeres y varones a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos, promoviendo cambios de actitud en la sociedad;

b) El acceso se brindará a través de la información completa y veraz de todos los métodos de regulación de la fertilidad, ya sean naturales o artificiales, asegurando la equidad y autodeterminación en la elección del mismo en el ejercicio de la libertad personal, sin ninguna clase de discriminación;

c) Realizar las actividades destinadas a la capacitación continua y actualizada de los efectores de salud provinciales.

Artículo 3° - El Ministerio de Salud y Medio Ambiente a través de la Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud desarrollará protocolos que incluirán indicaciones y contraindicaciones para cada método que adopte el Programa. Asimismo establecerá los estudios, exámenes y prácticas que se requieran previo a la adopción e implementación del método y el correspondiente seguimiento de las/os usuarias/os. Además se diseñarán historias clínicas y métodos de registro necesarios y suficientes para el desarrollo del mismo.

Artículo 4° - El Programa deberá coordinar con las zonas de salud de la provincia la implementación de las acciones, garantizando el acceso y la cobertura en todos los efectores de salud pública en forma gratuita, orientada a los grupos sociales de mayor riesgo. Para quienes se hallen amparados por cobertura médica o social (obras sociales, servicios prepagos, etc.), o por cualquier otro sistema emergente que con posterioridad a los actuales pudiera crearse con semejante fin, la provisión de insumos será financiada por las vías correspondientes. Llevará un registro de los agentes de salud que expresen objeción de conciencia; la misma deberá realizarse en forma escrita y ante la autoridad inmediata superior, a fin de facilitar la organización de las actividades que permitan implementar las estrategias del Programa.

Artículo 5° - Los métodos anticonceptivos utilizados por el Programa, que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio y no abortivo y elegidos voluntariamente por las/os beneficiarias/os luego de recibir información completa y adecuada por parte del profesional interviniente, serán definidos por el Ministerio de Salud y Medio Ambiente y deberán estar autorizados por los organismos responsables a nivel nacional.

Artículo 6° - Previo a la implementación del método elegido, las/os beneficiarias/os recibirán la información y asesoramiento sobre la opción, que quedará registrada mediante el consentimiento informado. En todos los casos se respetará la autodeterminación.

Artículo 7° - En el caso de que el profesional o persona interviniente considere necesaria la presencia de padres o tutores, de personas menores de edad, se les transmitirá la solicitud a los mismos, dejando constancia de la invitación en la historia clínica, que deberá ser firmada por el sujeto en cuestión preservando su intimidad. La atención en el Programa de personas declaradas judicialmente incapaces deberá estar siempre acompañada de su representante legal, cuya acreditación deberá ser archivada en la historia clínica.

Artículo 8° - La comunicación social se desarrollará a través de actividades de promoción y prevención dirigidas a la ciudadanía. Se articulará con la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria y el Ministerio de Educación, conforme a lo previsto en la Ley N° 10.947.

Artículo 9° - El Programa contemplará la interdisciplinariedad y la intersectorialidad en todas las acciones de capacitación de los profesionales y agentes vinculados al mismo, que a su vez deberán tener proyección en el medio en que se desenvuelven. La jefatura del Programa llevará registro de las instituciones interesadas en participar en las actividades antes mencionadas.

Artículo 10° - El Consejo Asesor del Programa estará integrado por los organismos e instituciones que a continuación se mencionan, cuya representación será ejercida como seguidamente se indica:

a) Un representante por cada una de las circunscripciones de las siguientes entidades profesionales:

- Colegio de Médicos 1era y 2da circunscripción
- Colegio de Obstétricas 1era y 2da circunscripción
- Colegio de Psicólogos 1era y 2da circunscripción
- Colegio de Profesionales en Enfermería 1era y 2da circunscripción
- Colegio de Trabajadores Sociales 1era y 2da circunscripción
- Colegio de Psicopedagogos 1era y 2da circunscripción

b) Un representante por cada una de las siguientes instituciones y reparticiones públicas:

- Universidad Nacional de Rosario
- Universidad Nacional del Litoral
- Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria
- Ministerio de Educación
- Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS)

c) Dos representantes de la Iglesia Católica, uno por el Arzobispado de Santa Fe y otro por el de Rosario.

d) Dos representantes de la Zona Norte y dos de la Zona Sur, de las entidades civiles con trayectoria en este tema.

El Consejo Asesor no deberá exceder de veinticinco (25) miembros. El modo de funcionamiento se dispondrá a través de resolución ministerial. Las reuniones serán convocadas y presididas por el Señor Subsecretario de Salud del Ministerio de Salud y Medio Ambiente con un temario preestablecido.

El Consejo podrá solicitar la colaboración solidaria a los expertos en comunicación pública y comunicación social con licencias concedidas por el Estado (emisoras de radio, canales de televisión, etc.) para desarrollar actividades de difusión.

Artículo 11° - El Programa elaborará anualmente un presupuesto de las actividades específicas a realizar para el diseño de las acciones de capacitación, provisión de insumos, seguimiento y evaluación, para la implementación de las mismas en el ámbito de la provincia, el que será incorporado dentro del

presupuesto anual del Ministerio de Salud y Medio Ambiente.

Esta tarea la realizará en concordancia con las directivas administrativas que sean dictadas por la Subsecretaría de Logística y la Dirección Provincial de Administración Contable de la citada jurisdicción. En la elaboración del mismo deberán tenerse en cuenta los fondos provenientes de convenios con organismos nacionales e internacionales.

Artículo 12° - Sin reglamentar.

Artículo 13° - Sin reglamentar.

Artículo 14° - Sin reglamentar.

DECRETO 3.009/2002

MODIFICACIÓN DEL DECRETO 2.442/2002, REGLAMENTARIO DE LA LEY 11.888 DE CREACION DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE

VISTO

El Expediente N° 00101-0117725-7 del registro del Sistema de Información de Expedientes -GOBERNACIÓN- relacionado con la modificación del Decreto N° 2442/02, reglamentario de la Ley N° 11.888 de "Creación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable"; y

CONSIDERANDO

Que la ley aludida prevé en su artículo 10° la creación de un denominado "Consejo Asesor del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable", con funciones de asesoramiento a la autoridad de aplicación de la ley, es decir, al Ministerio de Salud y Medio Ambiente;

Que el referido Consejo se debe integrar según la letra de la norma legal, entre otros, con "Organizaciones No Gubernamentales", con experiencia y trayectoria en la materia;

Que el término O.N.Gs., en cuanto categoría conceptual, no posee un carácter unívoco, tanto en lo que refiere a su denominación - también se las

llama "Organizaciones de la Sociedad Civil" (Acuerdo Marco celebrado por el Ministerio del Interior el 18.04.02) o "Tercer Sector" ("El Perfil de las O.N.Gs. en la Argentina", FLACSO, La Plata, 1977, pág. 25) -, como en lo que refiere a los sujetos que la integran;

Que de las controversias conceptuales que la categoría genera es posible deducir que existen diferentes posiciones al respecto. Y según sea la que se adopte, es posible considerar a las iglesias - no sólo la católica - incluidas o excluidas dentro de la idea de O.N.Gs.;

Que dentro del concepto tradicional, "...de origen más lejano en el tiempo y de perfil muy específico" (Arroyo, Daniel: "El Perfil de las O.N.Gs. en la Argentina", FLACSO, La Plata, 1977, pág. 26) se encuentran las "...asociaciones gremiales (sindicatos, asociaciones profesionales, empresarias y profesionales), iglesias, clubes de barrio, instituciones de colectividades extranjeras, cooperadoras escolares, partidos políticos..." (idem, pág. 26);

Que según el concepto "moderno", O.N.Gs. son aquellas que, "...aún manteniendo las características de un conjunto diverso...", "...pueden ser descritas bajo propiedades comunes: - son organizaciones de la sociedad civil, -sin fines de lucro, - no dependen institucionalmente ni del Estado ni de empresas, corresponden a nuevas formas de acción colectiva que se desarrollan por fuera del espacio político y que responden a la nueva relación que se establece entre Estado y sociedad en las últimas décadas, procuran tanto la satisfacción de necesidades sociales básicas, como la promoción de valores y actitudes dirigidas al campo social y basadas en criterio de equidad, solidaridad y democracia" (ob.cit.pag.27);

Que en el Decreto N° 2442/02 y en los consejos y pareceres que precedieron se ponderó esa diversidad de opiniones que tienen los especialistas en la materia y se entendió que no aparecía cuestionable legalmente la inclusión de la Iglesia Católica, sobre todo teniendo en cuenta la experiencia que tiene esa institución en materia de métodos naturales de control de natalidad;

Que si bien la cuestión atinente al carácter equívoco aludido no se despeja expresamente con la lectura de los debates parlamentario de la ley, la falta

de concreta mención de la Iglesia Católica en las enumeraciones de entidades, realizadas en esos debates, puede ser interpretada como una voluntad contraria del legislador a su inclusión en el Consejo, lo que justificaría la modificación que se propone, en aras de evitar cuestionamientos futuros por falta de adherencia de la norma reglamentaria a una voluntad legislativa;

Que ha tomado intervención la Fiscalía de Estado mediante Dictamen N° 000950 del 13/11/02;

Por ello,

EL GOBERNADOR DE LA PROVINCIA DECRETA:

Artículo 1° - Déjase sin efecto el inciso c) del Artículo 10° del Anexo Único del Decreto N° 2442 de fecha 18 de octubre de 2002.

Artículo 2° - Regístrese, comuníquese, publíquese y archívese.-

Santa Fe, 14 de noviembre de 2002

CÓRDOBA

Ley N° 9073

Programa de maternidad y paternidad responsables

La Legislatura de la provincia de Córdoba sanciona con fuerza de ley:

ARTÍCULO 1: Créase en el ámbito del Ministerio de Salud de la provincia de Córdoba, el Programa de Maternidad y Paternidad Responsables. Son beneficiarios de las acciones de la presente ley, la familia en especial y la sociedad en general, conforme las disposiciones legales que rigen en la materia.

ARTÍCULO 2: El presente programa tiene como objetivos fundamentales:

Contribuir a la prevención y promoción de la salud, disminuir la mortalidad materno infantil y garantizar a todas las personas la decisión de sus pautas procreativas en forma libre y responsable, y su órgano de aplicación es el Ministerio de Salud de la Provincia.

ARTÍCULO 3: Se establecen como actividades prioritarias para la obtención de los objetivos del presente programa:

Capacitar a los profesionales de la salud sobre temáticas relacionadas con procreación y sexualidad a fin que los mismos informen, eduquen y asesoren sobre dichos temas a quienes lo soliciten.

Propiciar la realización de campañas de difusión sobre temas relacionados con maternidad y paternidad responsable, procreación, sexualidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual, especialmente el sida.

Implementar acciones comunes con organismos públicos nacionales, provinciales y/o municipales, privados y organizaciones no gubernamentales (O.N.G.), reconocidos oficialmente, que posean temáticas afines, siempre que dichas acciones tiendan a colaborar con la consecución de los objetivos de la presente ley.

ARTÍCULO 4: Los profesionales y demás integrantes del equipo de salud de los establecimientos sanitarios dependientes del sistema público de salud de la provincia de Córdoba, a fin de colaborar con la consecución de los objetivos principales establecidos por la presente, brindarán información sobre sexualidad y procreación; concepción y anticoncepción; y enfermedades de transmisión sexual, especialmente el sida.

ARTÍCULO 5: Los profesionales médicos deberán brindar una completa información y asesoramiento personalizado acerca de métodos anticonceptivos no abortivos, su efectividad y contraindicaciones. Asimismo, previo consentimiento por escrito del paciente, podrán prescribir su utilización en cada caso en particular, resguardando la intimidad y dignidad de las personas asistidas.

La prescripción de anticonceptivos no abortivos se efectuará de acuerdo a estudios y controles de salud pertinentes a cada solicitante.

ARTÍCULO 6: En todos los casos los anticonceptivos prescritos serán de carácter reversible, transitorio no abortivo y aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación, siempre que se encuentren dentro de los siguientes métodos:

- *Naturales.*

- *De barrera*, que comprenden el preservativo masculino, femenino y el diafragma.

- *Químicos*, que comprenden cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales y esponjas.

- *Hormonales*, que inhiben la ovulación.

ARTÍCULO 7: Se faculta a la autoridad de aplicación de la presente ley a incorporar nuevos métodos de anticoncepción debidamente investigados y aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación.

ARTÍCULO 8: El Ministerio de Salud de la Provincia, a través de sus efectores, receptorá las derivaciones para estudios previos, controles periódicos y prescripción pertinente, de pacientes derivados por profesionales de Organizaciones No Gubernamentales (O.N.G.), previo estudio socioeconómico de la Institución.

ARTÍCULO 9: La autoridad de aplicación implementará con los organismos públicos nacionales y municipales, sistema de la seguridad social, y los efectores de salud privados, reconocidos oficialmente, que adhieran a esta ley, acciones coordinadas comunes tendientes a optimizar los objetivos que establece el Art. 2.

ARTÍCULO 10: El Poder Ejecutivo provincial deberá garantizar las partidas presupuestarias necesarias para la ejecución del presente programa.

ARTÍCULO 11: Deróguese la ley 8535 y toda otra disposición que se oponga a la presente.

ARTÍCULO 12: Comuníquese al Poder Ejecutivo provincial.

Farre – Fortuna

Sancionada: 18/12/2002

Promulgada: 06/01/2003

Publicada: 13/01/2003

LINEAMIENTOS ESPECÍFICOS PARA LA ATENCIÓN DE POBLACIÓN ADOLESCENTE

Existen lineamientos específicos para la atención a la población adolescente. Estos pueden leerse en el cuadernillo: “Métodos Anticonceptivos. Guía para un acceso sin barrera”, en la “Guía Técnica de Atención Integral de los Abortos No Punibles” y en los materiales de distribución masiva que forman parte de la Campaña Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos:

La Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable Nro. 25.673 garantiza el acceso a todo método anticonceptivo a las y los adolescentes, aún a las personas menores de 14 años. En este caso, se requiere la asistencia de sus padres o de un adulto responsable. Como agentes del Estado, nuestro deber es poner en primer lugar, siempre y sobre todas las cosas, la protección de las niñas y niños, lo que en derecho se conoce como “interés superior del niño”.

- A partir de los 14 años las y los adolescentes deben ser atendidos por los servicios de salud y se les debe proveer del método anticonceptivo que elijan.
- Las y los adolescentes a partir de los 14 años no necesitan acompañamiento de sus padres ni de otro adulto para que se les provean ACO, ACOLAC, ACI, DIU, AHE o preservativos.
- No hace falta autorización ni consentimiento de padres o tutores para la colocación de DIUs en adolescentes a partir de los 14 años de edad.
- Las personas menores de 14 años deben tener acceso sin restricciones a la información sobre los métodos anticonceptivos.
- Las personas menores de 14 años tienen derecho a que se les prescriba preferentemente métodos de barrera, en particular el uso del preservativo. En casos excepcionales, tienen derecho a que se les prescriban otros métodos autorizados por el ANMAT, debiendo en este caso asistir con sus padres o un adulto responsable.

- No se requiere autorización de los padres para acceder a la Consejería Integral de Salud Sexual por parte de adolescentes, niños y niñas.

Las adolescentes pueden no disponer de toda la información y conocimientos necesarios sobre la prevención de embarazos, los métodos anticonceptivos disponibles, cuáles son los signos de un embarazo y de las infecciones de transmisión sexual. Pueden tener escasa experiencia en hablar de estos temas con adultos y en acceder y utilizar los servicios de salud para encarar sus necesidades de salud sexual y reproductiva. Las adolescentes necesitan un ambiente de empatía, donde puedan expresar sus necesidades, temores y vergüenzas sin ser juzgadas ni acalladas.

Los proveedores de servicios de salud deben procurar desarrollar habilidades para el abordaje integral de la sexualidad adolescente y el respeto de sus derechos. Esto incluye una habilidad especial para recabar los datos de la historia. Por ejemplo, deben ser amables y formular preguntas simples en un lenguaje entendible. Pueden necesitar repetir las preguntas y sondear con cuidado y consideración. Dado que las adolescentes por lo general necesitan tiempo para revelar sus problemas, se podrán sugerir distintas respuestas para estimular a la adolescente a hablar. Es esencial que los proveedores de los servicios garanticen claramente la confidencialidad, asegurándoles a las adolescentes que no compartirán la información de la consulta con nadie.

Es importante conformar servicios de salud “amigables para adolescentes”, para asegurar que éstas tengan acceso a los servicios necesarios. Frecuentemente esto se puede lograr mediante una reorientación de los servicios ya existentes, asegurando que los servicios estén abiertos en el momento y lugar donde las adolescentes puedan utilizarlos y que los mismos sean gratuitos. Las adolescentes y sus familias deben ser informadas de la existencia de estos servicios y, para ello, es importante contar con el apoyo de la comunidad.

Ningún servicio puede negarte la atención por tu edad, preferencia sexual, país de origen, por tu aspecto físico o por no tener DNI. Información, atención, contención y métodos gratuitos son tus derechos. Lo garantiza la ley 23.673. Es una Ley de la Nación. 0800 222 3444. www.msal.gov.ar/saludsexual

Anexo 3

Datos estadísticos de salud y población

POBLACIÓN ADOLESCENTE

La población adolescente comprendida entre los 15 y 19 años, según datos de las proyecciones para el año 2010, establecidas por el Censo 2001 – INDEC para las cinco provincias estudiadas son:

Provincia	Varones 15-19 años	Mujeres 15-19 años
Córdoba	140.988	137.049
Formosa	32.169	30.947
Misiones	59.605	57.545
Santa Fe	135.926	132.005
Tucumán	71.983	69.952

SITUACIÓN DE SALUD

Embarazo Adolescente

En el 2005, el porcentaje de recién nacidos vivos de madres **menores de 20 años** fue del **15,04%** y, en los últimos 10 años, **osciló entre el 13% y el 16%**. La contribución de las mamás menores de 15 años estuvo entre el 0,42% y el 0,51%. La tasa de fecundidad adolescente en el año 2005, de 10 a 19 años, fue del **31,92 por mil**. En el año 2007 ascendió a **32,47 por mil**, mientras que la razón de embarazo adolescente registrado en el 2007 fue de **15,63%**.¹

Estadísticas por provincias al año 2007, en mujeres menores a 20 años según Estadísticas Vitales Información Básica, diciembre de 2008.

1. Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Ministerio de Salud de La Nación, año 2007.

Provincia	Tasa fecundidad adolescente	Razón embarazo adolescente
Córdoba	29,38 por mil	14,80%
Formosa	41,49 por mil	22,28%
Misiones	40,64 por mil	21,48%
Santa Fe	35,68 por mil	18,63%
Tucumán	35,41 por mil	16,93%

Tasa de fecundidad: Total de nacidos vivos de mujeres menores de 20 años/Total de mujeres menores 20 años, multiplicado por 1000. Razón de Embarazo Adolescente: Total de nacidos vivos de mujeres menores de 20 años/Total de nacidos vivos multiplicado por 100.

Según datos recogidos por la Red Nacional de Adolescentes en Salud Sexual y Reproductiva de los aproximadamente **700.000 nacimientos que ocurren en la Argentina, algo más de 100.000 corresponden a mujeres menores de 20 años**. De cada 100 bebés que nacen, más de 15 son hijos o hijas de adolescentes, es decir un **15.6 %**. La cifra es mucho mayor en las provincias del norte, donde queda en evidencia que el embarazo prematuro está íntimamente ligado a la baja escolaridad de las madres y a sus carencias económicas.

Según estadísticas vitales correspondientes al año 2007, en Argentina se registraron 109.561 nacidos vivos de mujeres menores a 20 años.

Según la **Organización Panamericana de la Salud**, la mortalidad de la madre y de su bebe se cuadruplica cuando la mujer es menor de 16 años y se quintuplica cuando la madre tiene menos de 15, por el riesgo de sufrir anemias, hemorragias o infecciones uterinas.

Las cifras de la maternidad adolescente ilustran el contraste entre las diferentes regiones del país. Desde el Ministerio de Salud de Nación se informó que en las Provincias de **Chaco y Formosa**, los embarazos adolescentes constituyen más del 25% del total, mientras que el resto del país alcanza entre un 16 y un 17 %.²

2. CoNDeRS. Informe "La Adolescencia: sus derechos y sus prácticas de sexualidad saludable". Año 2008. Lic. Alejandra Brener y la Lic. Gabriela A. Ramos.

En **Misiones**, el 21% de las madres que dan a luz tienen entre 15 y 19 años. Según las estadísticas del Ministerio de Salud Pública de la Provincia, este porcentaje permanece estable en los últimos años, dando cuenta de que se trata de un problema estructural. Según estudios difundidos por el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y el Ministerio de Salud de la Nación, la provincia de Misiones se encuentra entre las provincias donde predomina el sexo inseguro. Los estudios dan cuenta de que el 10 % de las adolescentes se inician sexualmente entre los 12 y los 13 años de edad, el 47,5% entre los 14 y los 15 años y el 35,8 % lo hace entre los 16 y los 17 años. Según estadísticas difundidas por el Plan Provincial Mamá, hay una prevalencia de adolescentes en los casos de embarazos atendidos por el Plan.

MORTALIDAD MATERNA Y MORTALIDAD MATERNA ADOLESCENTE

La Mortalidad Materna es la defunción de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales.

La Tasa de Mortalidad Materna refleja el riesgo de morir de las mujeres durante la gestación y el parto.

La tasa de Mortalidad Materna en el año 2007 fue del 4.4 por 10.000 nacidos vivos, en toda la República Argentina. **En el año 2008, la tasa descendió a 4.0.**

TASA MORTALIDAD MATERNA, AÑO 2007/8 POR PROVINCIA

Provincia	Tasa mortalidad materna 2007	Tasa mortalidad materna 2008
Córdoba	1,5	3,4
Formosa	13,3	11,5
Misiones	8,3	7,6
Santa Fe	3,2	3,3
Tucumán	6,6	4,1

Según datos extraídos de las Estadísticas Vitales correspondientes al año 2008, **el total oficial de muertes maternas registradas fue de 296. 43 defunciones maternas en mujeres menores a 20 años se registraron en la República Argentina. Las muertes por embarazo terminado en aborto constituye la principal causa de mortalidad materna en Argentina con un 20,9%, registrado en el 2008.** Las causas obstétricas indirectas representan el 19,9% según datos de la Estadísticas Vitales Información Básica año 2008.

El drama de la mortalidad materna adquiere su real dimensión cuando se advierte que es en su mayor parte evitable. En el caso argentino, la razón de mortalidad materna tuvo un comportamiento general descendente, aunque con oscilaciones. De un nivel de 7,0 muertes por cada 10.000 nacidos vivos (1980) llegó a un mínimo de 3,8 en 1997 y 1998 y 3,5 en 2000, para luego ascender y mantenerse en valores nunca inferiores a 4.0 hasta el presente.³

VIH - SIDA

Las estimaciones **durante el año 2008 de la Dirección de Sida y ETS**, en relación con la cantidad de personas infectadas, **se estima que ascienden a 120.000.** De acuerdo con las estadísticas, la pandemia afecta fundamentalmente a la franja de edad de población económicamente activa y se concentra mayoritariamente en ambos sexos entre 25 y 39 años si se tiene en cuenta que el acumulado de casos es entre 25 y 34 años.

La tasa de casos de Sida fue aumentando hasta el año 1997 (9,2 por 100 mil habitantes) y, a partir de ese momento, comenzó a disminuir por la introducción de las terapias antirretrovirales de alta eficacia, hasta ubicarse en alrededor de **4 por 100 mil habitantes en los últimos años.** Desde que se inició el reporte obligatorio de infecciones por VIH en 2001, las principales jurisdicciones notificantes fueron la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) ; la provincia de Buenos Aires (29%); Córdoba (6%) y Santa Fe (4%). La tasa de infección por VIH por 100.000 habitantes según año 2008 en Argentina fue de 10,2, mientras que la tasa de casos de Sida se registró en 3,5. Las tasas de infección por VIH y Sida en el año 2008, en las cinco provincias estudiadas son las siguientes:

Provincia	VIH	SIDA
Córdoba	10,2	3,9
Formosa	3,7	0,9
Misiones	9,4	1,4
Santa Fe	5,0	1,4
Tucumán	9,8	2,6

En el nivel nacional, la razón hombre/mujer se mantiene estable desde hace varios años en alrededor de 1,6 hombres por cada mujer diagnosticada con VIH. En la población de sexo femenino se puede apreciar que la distribución por edad de la enfermedad presenta el mayor pico en el rango entre 30 y 34 años, aunque podría decirse que el período de mayor frecuencia es de 30 y 39 años. En la población de sexo masculino la mayor concentración en la distribución por edad en los enfermos de sida es entre 30 y 39 años, aunque el mayor peso persiste igual que en el 2005, en la franja de varones entre los 30 y 34 años.

Aún hoy la distribución por edad de los casos de sida arroja evidencias significativas. En este sentido, un grupo de alta vulnerabilidad son los adolescentes debido a que si la edad de desarrollo de la enfermedad se da en el rango que comprende a los adultos jóvenes, esto significa que hubo muchas posibilidades de contraer la infección durante la etapa de la adolescencia.

La edad de mayor diagnóstico de VIH tanto en el año 2006 como en el 2007, es la comprendida entre los 25 y los 40 años con un 75% en edades económicamente activas; además, el 13% entre los 15 y 25 años, con mayor accesibilidad de la mujer en este período de la vida y un 3% de los nuevos diagnósticos en adultos mayores.⁴

Según el **Programa Nacional de Salud de la Adolescencia**, en el mundo más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen afectan a jóvenes de 15 a 24 años de edad y existe una estimación de 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH/SIDA. Cada día, alrededor de

3. Situación de la Población en la Argentina, UNPFA, año 2009.

4. Boletín sobre VIH/Sida año 2007, año 2009, Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

6000 jóvenes de esas edades se infectan con el VIH. Pero tan sólo una parte de ellos saben que lo están. Se estima que la tasa de incidencia de VIH en la población adolescente estaría alrededor de 0,15%. Los últimos datos con referencia a la relación por sexo estarían indicando una incidencia de 1,12 mujeres por cada varón.

En Santa Fe, a marzo del año 2010, el Ministerio de Salud de la Provincia ha reportado 5.581 casos diagnosticados de VIH-Sida, desde el año 1988 al 2009. Un 4,7% son menores de 15 años de edad. Según el **Programa Provincial de ETS y Sida**, 5.046 personas son mayores de 18 años y 3.140 registros indican las relaciones sexuales como vía de transmisión.

¿Todo Bien?

Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva

UNA INICIATIVA DE:



Instituto de Género, Derecho y Desarrollo - INSGENAR
Tucumán 3950 - Rosario, Santa Fe, República Argentina
Telefax: 54-341-4373961 - info@insgenar.net - www.insgenar.org

CON EL APOYO DE:



INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION

**International Women's
Health Coalition**



**Fondo de Población
de Naciones Unidas**