

# **TESIS DE GRADO**

**Carrera:** Licenciatura en Comunicación Social, Orientación Planificación Comunicacional

**Título:** “Implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), creado por la Ley 25673, en el Hospital Horacio Cestino de Ensenada”.

**Nombre del tesista:**

Ferrer, Gabriela Yanina

Legajo: 8856/4

Dirección: 50 e/ 127 y 128 N° 787

Tel.: 4896943 /0221-156269263

Mail: gyferrer@hotmail.com

**Nombre del director:** Dra. María Eugenia Rosboch

**-Año 2010-**

## **Introducción:**

Esta tesis satisface, en primer lugar, mis inquietudes personales y se inscribe en el marco de aquellas realidades que constituyen temáticas de gran preocupación en toda sociedad. Me refiero a la salud sexual y los derechos reproductivos; problemática difícil de abordar por sus connotaciones éticas y los continuos debates a favor y en contra que suscita.

La salud sexual y reproductiva es un tema que no puede ser tratado a la ligera y mucho menos ignorado. Incluye cuestiones tan complejas como el aborto, la anticoncepción, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), la mortalidad materno-infantil, la fecundidad adolescente y el cáncer gínito-mamario, entre otras.

La falta de información en materia de salud sexual y reproductiva así como el escaso acceso a los servicios de planificación familiar deriva en embarazos no deseados que suelen terminar en abortos clandestinos. Por lo mismo resulta muy difícil saber con certeza el número de tales prácticas. Las cifras con que se cuenta son estimativas y la falta de estadísticas al respecto impide llegar a un conocimiento real de esta temática.

Fueron, y aún siguen siendo, arduos los debates en torno a esta problemática. Se necesitaron muchos años de lucha en el plano internacional llevado a cabo por diversos organismos de derechos humanos y feministas, ONG's y asociaciones de todo tipo que planteaban en foros, convenciones y conferencias mundiales la necesidad de una legislación acorde con los nuevos tiempos.

Finalmente, en el año 2002, y luego de varios intentos fallidos se aprobó la Ley 25673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSS y PR) con el propósito de brindar las condiciones necesarias para alcanzar una conducta reproductiva y sexual responsable y sana.

La presente tesis se propone conocer las formas de gestión del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, creado por dicha Ley, en el Hospital Horacio Cestino de Ensenada. Examinar las acciones implementadas por el mismo para cumplir con los objetivos propuestos por el Programa; así como también las formas de relación y comunicación con las/los

usuarias/os del servicio de ginecología, que es el área encargada de gestionar todo lo relativo a salud sexual y reproductiva. También pretende investigar los conocimientos que los involucrados poseen acerca de esta Ley y del Programa en general, y analizar el rol de la comunicación en todo el proceso.

El objetivo general que guía este trabajo de investigación consiste en indagar de qué manera el Hospital Cestino de Ensenada gestiona el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable creado por la Ley 25673 para saber con certeza si están dadas las condiciones –desde el Estado, desde el Hospital y desde la comunidad- para que tal programa cumpla con los objetivos para los cuales fue creado.

Se pretende llegar a un conocimiento en profundidad de la realidad que vive el Hospital Horacio Cestino en materia de salud sexual y reproductiva. Saber si hay discrepancia entre la opinión de los profesionales médicos y las/los usuarias/os de los servicios de ginecología en cuanto a la aplicación del Programa de Salud Sexual.

A su vez, no podemos dejar de considerar el hecho de que este proceso se encuentra inserto en un contexto social, político, material y simbólico que le da sentido y a partir del cual se constituye. El mismo no puede ser ignorado en la configuración del presente trabajo. Sobre todo teniendo en cuenta que las políticas públicas sufren avances y retrocesos significativos acompañando el clima político de los gobiernos de turno. Y el Programa Nacional de Salud Sexual no constituye una excepción. En el camino se suscitaron acuerdos, desacuerdos, avances, retrocesos y numerosas negociaciones para llegar a un consenso definitivo en una política sanitaria de suma relevancia.

En la presente investigación se dará cuenta de este arduo recorrido que comenzó en los años 70 con una visión conservadora de la salud sexual, para finalizar en la actualidad con la implementación del Programa creado por la Ley 25673. Para ello, se cumplirán los siguientes objetivos:

- 1- Determinar el contexto histórico y socioeconómico en el que se desarrolla el Programa.
- 2- Analizar las estrategias implementadas por el Hospital Cestino para cumplir con cada uno de los objetivos propuestos en el Programa de Salud Sexual.

- 3- Estudiar las percepciones de las/los usuarias/os del Hospital Cestino respecto de la gestión del mismo en materia de salud sexual y reproducción, así como la de sus profesionales médicos.
- 4- Establecer la importancia que tiene la comunicación en la implementación del Programa y ver si existe una estrategia de medios y de mensajes que la sustenten.

En resumen, lo que se busca con este trabajo es indagar en una problemática sanitaria cuya implementación fue dificultosa desde sus inicios por las posturas contrarias y conservadoras que suscita en diversos ámbitos sociales, políticos y religiosos

Si bien la salud sexual y reproductiva es un derecho de todo ser humano reconocido en las Conferencias Internacionales desde el año 1968, sus derivaciones en la práctica son dificultosas debido a la fuerte oposición de sectores que adhieren a la postura de la Iglesia Católica. Los mismos se oponen a los servicios de planificación familiar que establecen la necesidad de brindar información y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos y suministrarlos para prevenir no sólo embarazos sino también enfermedades de transmisión sexual.

Estas posturas conservadoras en materia de salud sexual defendidas por la Iglesia fueron incluso apoyadas por sectores políticos que se manifestaron a favor de concepciones pronatalistas en detrimento de políticas de salud reproductiva. No resulta un dato menor el hecho de que la Ley 25673 atravesara todo tipo de obstáculos y fuese retrasada su aprobación en diversas ocasiones. Incluso una vez aprobada, distintos sectores sociales nucleados en diversas organizaciones presentaron recursos de amparo ante la Justicia para frenar su implementación.

Este trabajo permite observar el escenario actual de la problemática sexual y reproductiva a través de la gestión que realiza un hospital público del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

## **Estado del Arte en materia de Salud Sexual y Procreación:**

Para el presente trabajo de investigación fue intensa la búsqueda de material informativo que tratase el tema de salud sexual y reproducción. Al respecto resultó valioso el aporte de la socióloga e investigadora Mónica Petracci a través de la lectura de su libro “Salud, Derecho y opinión pública”, ya que el mismo contenía mucha información sobre la problemática de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Latinoamérica y que específicamente estudia el caso Argentino. En esa obra, la autora retoma trabajos de opinión pública que se refieren a estos temas y hace alusión a la sanción de la Ley 25673 que es la que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSS y PR) y de la cual nos ocuparemos en esta tesis.

Asimismo fueron de utilidad otros escritos publicados por diversas organizaciones como Cedes y Cels que trataban temas puntuales como derechos sexuales y reproductivos, género, enfermedades de transmisión sexual y aborto, entre otros. Los mismos contribuyeron a conocer en profundidad las diversas temáticas que están incluidas en la salud sexual y que no podían omitirse para la presente investigación.

Se prestó especial interés a la Ley 418 sancionada para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y antecesora inmediata de la Ley 25673, pues existen similitudes pero también importantes diferencias entre ambas, si bien apuntan a cumplir el mismo objetivo.

También se realizó una búsqueda de los trabajos de otros tesis de la Facultad que pudiesen indagar sobre la misma temática pero no se encontraron. Sólo hubo dos tesis que resultaron valiosas a los fines del presente estudio, pues trataban sobre la Salud Pública. La primera consistía en un análisis de los procesos de comunicación en el ámbito del Hospital Interzonal Dr. José Penna. La segunda examinaba la política comunicacional estatal en la prevención de enfermedades emergentes. Si bien ninguna de las dos trata temáticas que se vinculen específicamente con la Ley 25673, resultaron útiles sus conceptos acerca de las políticas sanitarias y el rol de la comunicación en todo proceso de salud pública.

Por último, se realizó un rastreo en diarios y revistas de aquellas notas que se refiriesen a la problemática de la salud sexual y reproductiva e incluso a

la misma Ley. Se encontraron en los diarios Clarín, Página 12, La Nación, El Día y en algunas revistas de interés general.

# CAPÍTULO I:

## El Sistema de Salud:

### I.1. Derechos Sexuales y Salud Reproductiva:

El derecho a la salud es un derecho humano esencial, y los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como parte integral de los derechos humanos. Los mismos hacen referencia al derecho de todas las parejas a disfrutar de una vida sexual y reproductiva plena y sin riesgos; a decidir la procreación en el momento que crean conveniente y a disponer de toda la información necesaria para preservar su integridad física y evitar, no sólo enfermedades de transmisión sexual sino también embarazos no deseados. También incluye el derecho a contar con los métodos anticonceptivos seguros, eficaces y reversibles para el control de su fecundidad.

Todos estos derechos son reconocidos en documentos e informes de organismos internacionales y aprobados por las leyes nacionales, a pesar de las posiciones contrarias de algunos sectores conservadores de la iglesia y de organizaciones pro-natalistas.

Los derechos sexuales y reproductivos están fuertemente asociados con la idea de **planificación familiar**, la cual se constituye en una herramienta fundamental para promover el desarrollo de una sexualidad sana y responsable que favorezca el establecimiento de relaciones equitativas entre los géneros y que permita crear las condiciones necesarias para que los individuos puedan tomar sus propias decisiones en relación con la reproducción.

La planificación familiar es un derecho reconocido en las conferencias internacionales. Implica la libertad de hombres y mujeres de adoptar las decisiones que consideren adecuadas respecto a su capacidad reproductiva y a su vida sexual. Para lograrlo es necesario que el estado facilite el acceso a servicios de calidad para todos aquellos que lo necesiten, sin discriminación alguna de sexo, raza o por otros motivos socioeconómicos. Esto se traduce en información y asesoramiento sobre todos los temas incluidos en

la salud sexual: relaciones afectivas y sexualidad, procreación, enfermedades de transmisión sexual, aborto, mortalidad materno-infantil, anticoncepción, cáncer génito-mamario, entre otros.

En líneas generales, todos deben tener acceso a una **atención primaria de salud**, es decir, a una asistencia sanitaria que atiende los problemas de la población y contribuya a prevenirlos no sólo a través de tratamientos y rehabilitación sino primordialmente mediante la información y la educación.

## **I.2. Dos modelos de salud:**

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable creado por la Ley 25673 hace hincapié en un **enfoque de salud preventivo** orientado a la promoción de la salud. Esto constituye una novedad y una transformación en el modelo de atención que privilegiaba la cura de la enfermedad una vez que ésta estaba instalada en el organismo. Era esencialmente reparador y prescriptivo. Su función no consistía en la prevención sino en la curación de la población.

Si bien la aprobación de la Ley 25673 constituye un avance social de la medicina porque privilegia la adopción de medidas preventivas en materia de salud sexual y reproducción a través del asesoramiento y la información, aún son frecuentes en las prácticas del hospital público las viejas visiones y concepciones del **modelo bio-médico** que privilegia la prescripción de medicamentos a partir de la detección de síntomas y/o enfermedades por sobre la promoción y la prevención.

En el modelo bio-médico se parte de alteraciones en el organismo detectadas a partir de un diagnóstico. El profesional médico, en base a los exámenes realizados al paciente prescribe un tratamiento basado en la ingesta de medicamentos. Así, la práctica médica consiste en diagnosticar la enfermedad y ofrecer la cura, y el rol del paciente se limita a cumplir con las directivas indicadas por el profesional.

Desde este enfoque se privilegia el aspecto biológico sin considerar los elementos psicosociales del individuo. Así, la sexualidad humana es considerada desde la patología de las enfermedades de transmisión sexual y no como una dimensión constitutiva de la vida de los individuos.



En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada en El Cairo, Egipto, en 1994, se introduce una concepción de desarrollo humano que propone ampliar todas las opciones del ser humano en cuanto a que la persona debe ser vista como fin y como actor del desarrollo. De esta forma, los individuos deben participar activamente en las decisiones que afecten su vida.

Más precisamente se plantea la necesidad del cambio del rol de la mujer: de ser “pacientes” a ser sujetos activos, “usuarias” en lo relativo a salud sexual y reproductiva.

Este cambio de perspectiva resulta acorde con un nuevo modelo de salud que pretende superar las limitaciones del modelo bio-médico, centrado exclusivamente en la prescripción, y que privilegia la prevención y promoción de la salud.

### **I.3. La promoción de la salud:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el *“estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia”*.

A partir de esta concepción, en la Conferencia “Salud para Todos en el año 2000” organizada por la OMS y celebrada en Alma Ata, Unión Soviética, en 1948, se amplía dicha definición creando las condiciones necesarias para el establecimiento de la **promoción de la salud** como prioritario para todos los países. Se la considera un derecho humano fundamental y alcanzar su más alto nivel debe ser una obligación asumida por todos los gobiernos a través de sus políticas sanitarias y sociales.

La promoción de la salud se constituye en una estrategia fundamental orientada a proporcionar a la población los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su salud para mejorarla. Esto incluye el paulatino cambio de conductas que perjudican el bienestar general del individuo a favor de otras adoptadas conscientemente a partir de la información y el asesoramiento médico.

Pero la promoción de la salud no sólo implica el control sobre la salud por parte de la población; también se refiere a la obligación que tiene el

estado de proporcionar los recursos necesarios en infraestructura, medicamentos y personal para alcanzar un nivel sanitario óptimo.

Este cambio de perspectiva viene produciéndose desde hace varios años en diversos países del mundo; en algunos de ellos con resultados más visibles que en otros.

En Argentina comienza a observarse una reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud. El Programa Nacional de Salud Sexual creado por la Ley 25673 en el año 2002 es un ejemplo de ello. El mismo constituye un cambio total en la manera de concebir la salud sexual. Requiere el apoyo de todos los sectores para ser eficiente y alcanzar los resultados esperados.

El hospital público debe tener la capacidad de promover, a través de sus acciones, la responsabilidad social para la salud. No sólo debe prescribir para curar, también debe saber informar y asesorar a la población para que sea ésta la responsable de prevenir todo aquello que de alguna forma la perjudique. Al respecto, uno de los factores que son determinantes en la promoción de la salud es el acceso a la información, más aún en temáticas tan delicadas como la sexualidad y la reproducción.

En Argentina este tipo de información no ha circulado con facilidad, sobre todo entre los sectores de menos recursos. Este proceso debe ser revertido y solucionado con prontitud si se quiere brindar a la población las herramientas necesarias para mejorar su salud y para adoptar decisiones responsables en el ejercicio de su sexualidad.

Con la promoción de la salud se intenta alcanzar la equidad sanitaria, reduciendo las disparidades en el estado actual de la salud entre hombres y mujeres. Ambos deben tener los mismos derechos y ejercerlos de acuerdo con sus necesidades particulares. Pero, para poder ejercer conscientemente esos derechos, primero deben conocerlos. Precisamente, el PNSS y PR promueve la “**consejería**” en Salud Sexual y Procreación Responsable en los servicios de salud pública de todo el país; es decir, el asesoramiento por parte de los profesionales médicos a la población en materia de educación sobre reproducción y sexualidad.

Es imprescindible que la consejería se adapte a cada usuario/a en particular, para lo cual se hace necesario un ambiente de confianza y comunicación en las consultas.

La persona que accede al hospital en busca de asesoramiento debe sentirse cómodo ante el profesional médico y estar dispuesta a discutir sus necesidades e inquietudes en lo relativo a sexualidad y procreación.

La consejería ofrece al usuario/a información esencial y comprensible y le advierte de las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos; asimismo debe ser claro en la información que brinde sobre la necesidad de realizarse estudios previos a la utilización de los mismos y todo lo referido a la protección contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el HIV/SIDA y la Hepatitis B, entre otras.

La asesoría permite que el/la usuario/a se vaya del centro de salud con una idea clara y no equivocada de todas aquellas temáticas que contribuyen al ejercicio de una sexualidad responsable.

#### **I.4. Los métodos anticonceptivos, las ETS y otros temas relacionados con la salud sexual:**

La **anticoncepción** surgió como una preocupación real de las mujeres luego de la Segunda Guerra Mundial. Las mismas comenzaron a volcarse masivamente al mundo laboral y tener una gran cantidad de hijos constituía un impedimento para lograrlo. Esta necesidad de contar con métodos anticonceptivos produjo un cambio cultural profundo a mediados del siglo XX.

El surgimiento de la **píldora** en 1956 en Estados Unidos, modificó las costumbres y prácticas sexuales de la época, lo que se traduce en una mayor libertad sexual por parte de las mujeres que ya no temían quedar embarazadas luego de mantener una relación.

En “El desafío de la sexualidad: creencias, saberes, sentimientos” (Groisman C. y otros, 1999: 125), los autores definen al **método anticonceptivo** como *“todo elemento o conducta que se utilice para evitar intencionalmente que un encuentro sexual produzca un embarazo”*. Y hablan de dos grandes grupos: por un lado, los **métodos anticonceptivos no**

**instrumentales o naturales** y, por el otro, los **métodos anticonceptivos instrumentales o artificiales**:

<b>Métodos no instrumentales o naturales</b>	
<i>De abstinencia periódica</i>	Ogino- Knaus (o “de los días”) Billings (o del moco cervical) De la temperatura basal
<i>De Interrupción</i>	Interrupción del coito o coitus interruptus
<b>Métodos instrumentales o artificiales</b>	
<i>De barrera mecánica</i>	Condón (o preservativo o profiláctico masculino) Condón femenino (o femidón) Diafragma, con espermicida Dispositivo intra-uterino (DIU o espiral) Esponja anticonceptiva vaginal
<i>De barrera química</i>	Espermicidas (en forma de gel, crema, espuma, supositorios vaginales, esponja)
<i>Hormonales</i>	Píldora anticonceptiva Inyección hormonal Implante subdérmico
<i>Quirúrgicas</i>	Vasectomía o esterilización del varón Ligadura de trompas o esterilización de la mujer

*\*Cuadro extraído de “El desafío de la sexualidad: creencias, saberes, sentimientos”, de Groisman C. y otros, Ed. Sudamericana, Bs. As., 1999, pág. 127*

De los métodos anticonceptivos nombrados anteriormente, sólo los quirúrgicos son prácticamente irreversibles y requieren de una intervención médicos. Los demás son temporales y pueden ser abandonados cuando se lo decida.

Para comprender mejor en qué consisten estos métodos anticonceptivos, se hará una breve descripción de ellos:

- **OGINO-KNAUS (o “de los días” o “del ritmo”)**: Es uno de los métodos naturales más antiguos pero el menos eficaz de todos. Consiste en evitar mantener relaciones sexuales durante los días probablemente fértiles de la mujer (3 o 4 días antes y después del día número 14 del período menstrual, cuando se supone que la mujer está ovulando y siempre que sus períodos sean regulares). Este método es aceptado por la Iglesia Católica sólo entre cónyuges.
- **BILLINGS (o del moco cervical)**: Consiste en detectar el día de ovulación a través de la consistencia del flujo vaginal, el cual se verá como de clara de huevo. Se restringe el acto sexual a partir de ese día y durante 3 días de temperatura basal mayor de 37 °. Este método también es aceptado por la Iglesia Católica.

- **DE LA TEMPERATURA BASAL:** Considera los cambios en la temperatura rectal de la mujer en absoluto reposo durante el ciclo menstrual y su relación con el momento de la ovulación, en el cual la temperatura basal sube a más de 37°. Desde ese momento y durante 3 días el óvulo es fecundable; pero el día más fértil es el día previo a la subida de la temperatura.
- **COITUS INTERRUPTUS:** Consiste en retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación. Es un método poco fiable y depende, en gran medida, del control que el hombre tienen de su órgano sexual. También existe la posibilidad de que haya algunos espermatozoides en las secreciones que produce el hombre cuando se excita.
- **CONDÓN (Preservativo masculino):** Es una funda de látex que impide que al momento de la eyaculación los espermatozoides lleguen al interior de la vagina y fecunden el óvulo. Además de prevenir embarazos, el preservativo es, actualmente, el único método eficaz que impide la transmisión de enfermedades como el HIV/SIDA y la Hepatitis B, entre otras.
- **CONDÓN FEMENINO (o Femidón):** es una funda de poliuretano más ancha que el preservativo masculino y posee un anillo rígido en el extremo abierto y otro anillo más pequeño ubicado en su interior. Es un método poco utilizado aún.
- **DIAFRAGMA VAGINAL:** Es un objeto flexible de goma que se coloca tapando el cuello del útero y funciona como barrera impidiendo el paso del espermatozoide. Antes del coito, el diafragma debe llenarse con espermicida y colocarse en la vagina de forma que cubra el cuello del útero. Eso evita que los espermatozoides alcancen el óvulo y lo fecunden. Se intercambia periódicamente.
- **DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU o Espiral):** Es un pequeño objeto fabricado con plástico y alambre metálico que se coloca en el útero a través de la vagina. Los hay de distintas formas (similar a un espiral o con forma de T, etcétera) y su función es producir una mayor secreción de flujo, lo que dificulta el paso de los espermatozoides. Duran entre 3 y 5 años y luego deben ser extraídos del cuerpo de la mujer y cambiados por otros, si lo desea.

- **ESPERMICIDAS (Gel, crema, espuma):** Son sustancias químicas que impiden el embarazo destruyendo los espermatozoides. Alcanzan su mayor eficacia anticonceptiva cuando se utilizan junto con otro método, como el preservativo, el diafragma o el preservativo femenino. Cuando se utilizan solos su eficacia es mucho menor.
- **ESPONJA VAGINAL:** Es un disco de poliuretano con forma de esponja empapada de espermicida que se coloca como un tampón en el cuello del útero.
- **PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS (o píldoras):** Están compuestas por hormonas sintéticas similares a las producidas por el organismo (progesterona y estrógenos) que evitan la ovulación. Es el método anticonceptivo más utilizado. Debe ingerirse diariamente. Además de ser muy eficaz, protege a las mujeres de algunos tipos de cáncer ginecológico, como el cáncer de ovarios. También contribuye a regularizar la menstruación y a disminuir los dolores en dicho período.
- **INYECCIÓN HORMONAL:** Es un compuesto hormonal que se administra en forma de inyección intramuscular una vez por mes o cada tres meses, dependiendo de los casos. Impide la ovulación.
- **IMPLANTE SUBDÉRMICO:** Son 5 pequeñas cápsulas que contienen hormonas y se colocan debajo de la piel del antebrazo mediante una pequeña incisión que practica el profesional médico con anestesia local. Su acción dura cuatro años.
- **VASECTOMÍA O ESTERILIZACIÓN MASCULINA:** Es una intervención quirúrgica que se le practica al hombre con anestesia local. Se cortan o anudan los conductos deferentes por los que circulan los espermatozoides que salen de los testículos hacia la próstata y la uretra. Así, el semen no contendrá espermatozoides. Esta intervención puede ser irreversible.
- **LIGADURA DE TROMPAS O ESTERILIZACIÓN FEMENINA:** Es una intervención quirúrgica que se le practica a la mujer con anestesia total para impedir la fecundación. Se bloquean las dos trompas de Falopio impidiendo, así, que el óvulo se encuentre con el espermatozoide al trasladarse del ovario al útero. Al igual que la vasectomía en el hombre, suele ser irreversible.

Los métodos anticonceptivos se adoptan, entre otras razones, para evitar la aparición de embarazos no deseados. Sin embargo, cuando estos ocurren, la mujer –a veces con el apoyo de su pareja y/o familiares y otras sin él- tiene dos posibles caminos: llevar su embarazo a término o interrumpirlo. En este último caso, se habla de **aborto**. Tampoco se debe dejar de lado otra cuestión de suma importancia: el **embarazo adolescente**. El mismo ha crecido en los últimos tiempos y una de las maneras posibles de combatirlo es a través de la información y la educación sexual. Pero, para poder comprender estos conceptos hay que ir por partes, pues existe una estrecha relación ente ellos. Y en muchas ocasiones, unos son consecuencia de otros.

Se entiende por **fecundidad adolescente** la fecundidad de las mujeres menores de 20 años, distinguiéndose entre la fecundidad precoz (10 a 14 años) y la fecundidad tardía (15 a 19 años). En Argentina, la fecundidad adolescente es relativamente alta en relación al nivel general de fecundidad.

En el año 2000 se contaba con cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud y Acción Social correspondientes al año 1995. Según éstas, el índice de embarazo adolescente indicaba que el 23% de los egresos por parto eran de madres menores de 20 años, siendo estas cifras dispares según la región y el nivel socioeconómico de las adolescentes. Tampoco resulta un dato menor el hecho de que estos embarazos sean más frecuentes en adolescentes con menor nivel de instrucción y poder adquisitivo.

La falta de conocimiento con respecto a la anticoncepción y a la sexualidad resulta evidente para los servicios de salud públicos y para el Estado en general. Para comenzar a revertir el panorama actual se sancionó la Ley Nacional N° 26150 en mayo de 2008 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral. El mismo aprueba los “Lineamientos Curriculares para la Educación Sexual Integral”. En pocas palabras, de lo que se trata es de impartir educación sexual en las escuelas desde los primeros años.

Pero volviendo al tema del embarazo, no todas las mujeres deciden llevarlo a término. Son múltiples las razones por las cuales un embarazo es interrumpido por un aborto, el cual puede ser espontáneo o provocado por algún elemento externo al cuerpo de la mujer gestante.

En Argentina, el aborto es ilegal y está considerado por el Código Penal como un delito contra la vida, salvo en dos situaciones específicas: *“si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios”*(Código Penal, art. 86, inc. 1) o *“si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente”* (Código Penal, art. 86, inc. 2). En ambos casos debe ser realizado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer.

El aborto es considerado un grave problema de salud pública que debe ser enfrentado. La falta de registro de las cifras reales de abortos realizados constituye un gran inconveniente que complica la situación. Además, hay que tener en cuenta que la mayor parte de los abortos se realizan clandestinamente y en pésimas condiciones de higiene y seguridad. En muchos casos, los practican personas no idóneas ni diplomadas, lo que suele derivar en internaciones de urgencia por complicaciones post aborto e incluso en la muerte de la madre.

Según el Ministerio de Salud de la Nación, una tercera parte de las muertes maternas ocurren a consecuencia de abortos practicados sobre embarazos no deseados (se estima, no obstante, que existe subregistro y esa proporción alcanza a la mitad de las muertes producidas)

“El número estimado de abortos en Argentina oscila entre 335.000 y 500.000 por año y, según cifras proporcionadas por el INDEC, el 37 % de los embarazos termina en aborto”

Empero, de una relación sexual no sólo puede derivar un embarazo, sino también graves enfermedades infectocontagiosas. Se llaman **enfermedades de transmisión sexual (ETS)** a aquellas enfermedades que son transmitidas a través de las prácticas sexuales.

Los cambios culturales ocurridos a partir de la segunda parte del siglo XX contribuyeron, en muchos aspectos, al aumento de las ETS. Con la Revolución Sexual que comenzó alrededor de 1960 hubo un cambio rotundo con respecto a los hábitos sexuales: fue mayor la libertad para tener relaciones e incluso en algunos sectores se adelantó la edad de iniciación.



Con la creación de la píldora anticonceptiva las mujeres mantenían relaciones sin temer a un futuro embarazo. Pero este hecho tuvo como consecuencia el progresivo abandono del preservativo. Así aumentó el número de infecciones provocadas por ETS.

Ana Lía Kornblit y Ana María Mendes Diz afirman que *“una enfermedad transmisible o infecciosa es una enfermedad causada por la transmisión de un agente infeccioso específico desde una persona o animal infectado a otra persona susceptible (huésped), de forma directa o indirecta”*

Hay que tener en cuenta que infección no es sinónimo de enfermedad. Algunas infecciones, como el HIV producen la enfermedad –en este caso el SIDA- después de años.

Se puede hablar de **dos tipos de ETS: las de primera generación**, causadas por hongos o bacterias, como la sífilis y la gonorrea; y **las de segunda generación** causadas por virus, como el SIDA, la Hepatitis B y el Herpes Genital.

Estas enfermedades tienen un período largo de tratamiento y, en muchas ocasiones, permanecen latentes. La persona contagia pero puede no estar enterada de que posee la enfermedad.

A continuación se describirán algunas de las ETS de primera generación más comunes:

- **SÍFILIS:** Es una enfermedad bacteriana que se transmite sexualmente, incluso una mujer embarazada que la padece puede pasársela al feto a través de la placenta. Comienza como una lesión o úlcera de consistencia dura en los genitales, seguida de malestares, fiebre y sarpullidos en el pecho. Luego se produce un período de latencia asintomático en el que la enfermedad continúa desarrollándose en el interior del organismo y puede afectarlo en su totalidad si no se lo trata a tiempo. Actualmente es curable. Para prevenirlo hay que evitar mantener relaciones sexuales sin preservativo.
- **GONORREA O BLENORRAGIA:** Es una enfermedad causada por una bacteria que se transmite sexualmente. La padecen tanto hombres como mujeres. Produce enrojecimiento e inflamación en los genitales, pus y dolor al orinar. Si no se lo controla puede ocasionar esterilidad. Se trata

con antibióticos y la única forma de prevenirlo es evitar el sexo sin preservativo.

- **TRICOMONIASIS:** Es una infección causada por un parásito que produce en las mujeres vaginitis (inflamación de la vagina) con secreción vaginal maloliente e intensa picazón. Su tratamiento es quimioterapéutico.
- **CANDIDIASIS:** Es una infección provocada por un hongo que afecta la piel, la boca, el sistema respiratorio y la vagina.

Las ETS de segunda generación que se presentan con mayor frecuencia son:

- **HERPES GENITAL:** Es una enfermedad causada por un virus y es sumamente infecciosa. Comienza con síntomas similares a los de la gripe: fiebre y dolor de cabeza. Presenta picazón genital y se forman llagas o lesiones muy dolorosas. Se transmite por contacto directo y debe ser tratado.
- **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (HPV O VPH):** Es un virus que infecta el epitelio de la piel y las mucosas. Estas lesiones pueden ser asintomáticas o tener aspecto verrugoso. Suelen aparecer en el ano, el cuello del útero, los testículos, el pene o la vagina. Es más frecuente en las mujeres. Se transmite por vía sexual y se detecta mediante el papanicolau. Debe ser tratado para no derivar en cáncer. Se previene con el uso del preservativo.
- **HEPATITIS B:** Es una enfermedad sumamente contagiosa causada por un virus. Se transmite por vías sexuales o a través de la sangre. Produce inflamación del hígado y fiebre, náuseas e ictericia. Se previene mediante inmunización, con el uso de preservativo y evitando el contacto con sangre infectada. Su tratamiento es prolongado.
- **SIDA:** El agente que lo causa es el virus HIV O VIH (Human Immunodeficiency Virus o Virus de Inmunodeficiencia Humana). Se transmite por vía sexual o mediante el contacto con sangre afectada. Este virus destruye el sistema inmune de la persona, es decir, el sistema natural para protegerse de otros microorganismos.  
El sida es el estado más grave de la infección por el VIH. Este virus se introduce en el interior de las células blancas, especialmente los

linfocitos T, y se replica (no se puede hablar de reproducción pues los virus no presentan las características de reproducción propios de otros seres vivos, sino que producen réplicas o copias de sí mismos). El VIH sólo habita en linfocitos de organismos humanos. Estas células forman parte del sistema inmunológico y el virus, lo que hace, es utilizar las moléculas del linfocito huésped para replicarse y así, lo destruye, provocando inmunodeficiencia, es decir, que el organismo ya no es capaz de protegerse y deja de ser inmune al medio ambiente, pudiendo ser atacado por “infecciones oportunistas”.

Las “infecciones oportunistas” son aquellas que se encuentran en el medio ambiente e incluso en el organismo pero que, por sí solas, no pueden provocar una enfermedad grave si el sistema inmunológico funcionara correctamente. Cuando se tiene el VIH y las defensas no funcionan, estas infecciones aprovechan la “oportunidad” para desarrollarse y provocan la aparición de enfermedades que pueden llegar a causar la muerte.

La única forma de prevenir el contagio es mediante el uso de preservativo.

Su tratamiento se realiza en base a fármacos antivirales que permiten alargar la expectativa de vida y mejorar la calidad de la misma.

Actualmente se puede hablar de dos tipos de tratamiento: los tratamientos de las enfermedades que caracterizan al SIDA (contra las infecciones y tumores) y los tratamientos que actúan específicamente sobre el VIH (el más conocido y utilizado es el AZT que actúa evitando la multiplicación del virus y retrasando, de esta forma, el avance de la enfermedad).

## **I.5. La importancia de realizarse un papanicolau (PAP):**

Algunas enfermedades como el cáncer de cuello uterino se detectan precozmente a través de la realización de un Papanicolau (técnica de frotis de papanicolau), mediante el cual se obtienen células del epitelio cervical con una torunda de algodón o una espátula especial de madera, que se examinan al

microscopio en busca de lesiones celulares precancerosas o signos de malignidad.

Si el frotis de Papanicolau revela anomalías del epitelio, se recomienda realizar una biopsia cervical bajo control colposcópico (**Colposcopía**). En esta técnica, que puede llevarse a cabo de forma ambulatoria, se utiliza un instrumento parecido a un microscopio, llamado colposcopio, que facilita al médico una visión ampliada de la vagina y de la superficie cervical. Si se detecta cualquier tejido anómalo o sospechoso se obtienen muestras para su análisis (biopsias) utilizando unas pequeñas pinzas. Si al examinar las muestras al microscopio estas revelan la presencia de lesiones cancerosas o precancerosas, se realiza bajo anestesia general una biopsia más extensa, para establecer un diagnóstico definitivo.

Se recomienda a las mujeres realizar un frotis de Papanicolau anual poco después de iniciar la etapa de actividad sexual. En las mujeres con frotis consecutivos normales en las que además el riesgo de cáncer de cuello uterino es menor, como es el caso de aquellas que no tienen actividad sexual o en las que se ha efectuado una histerectomía –extirpación quirúrgica del útero-, el médico puede decidir realizar frotis de Papanicolau cada dos o tres años.

## CAPÍTULO II:

### Marco Teórico:

#### II.1. Comunicación/Cultura:

En el presente trabajo de investigación se asume la noción de comunicación propuesta por Jesús Martín Barbero y los Estudios Culturales: pensar la comunicación desde la cultura. Pues si se habla de comunicación no podemos dejar de preguntarnos por los modos de construcción social del sentido.

Siguiendo a Barbero se pasó de los medios a las mediaciones, es decir que la comunicación dejó de ser vista como una mera cuestión de instrumentos y de técnicas para transformarse en una dimensión constitutiva de las prácticas sociales. Así, la cultura se entiende *“no como mera reproducción, reflejo de las condiciones materiales de existencia, sino también como producción y recreación social del sentido, (...) como esfera que unifica las esferas de la producción –la economía- y de las relaciones sociales –la política-. Como el terreno donde se lucha por la hegemonía, es decir, por el poder de nombrar legítimamente las visiones y divisiones del mundo”*<sup>1</sup>.

También resulta interesante traer a colación las palabras de María Cristina Mata cuando define a la comunicación en “Nociones para pensar la comunicación y la cultura” como un proceso en el cual la interacción de sujetos diversos produce diferentes sentidos. Partiendo de esta noción, se observa en el Hospital una multiplicidad de discursos que circulan y que están cargados de sentidos que los sujetos les atribuyen en sus prácticas cotidianas de acuerdo al lugar que ocupan y a sus visiones del mundo.

En uno de sus ensayos<sup>2</sup>, María Cristina Mata sostiene que los sujetos *“producen discursos – configuraciones de sentido- que abren un campo de posibles efectos de sentido”* y que quienes los reciben los actualizarán de acuerdo a sus vivencias y realidades personales. Asimismo afirma que *“el sentido no circula o se transmite de unos sujetos a otros sino que un proceso*

---

<sup>1</sup> Mattelart, Armand y Neveu Erik, “Los Cultural Studies: Hacia una domesticación del pensamiento salvaje”, Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP, Prólogo de Saintout Florencia.

<sup>2</sup> Mata, Maria Cristina, “La Radio: una relación comunicacional”, en Revista Diálogos, Lima, Pág., 12.

*comunicativo es una relación o una práctica significativa en la cual emisores y receptores producen el sentido que puede ser unánime o disonante pero que, en todo caso no puede ser juzgado en término de decodificación óptima o aberrante (...). Ambos tipos de sujetos, emisores y receptores, cumplen la misma función de productores de sentido aún cuando ocupen posiciones o lugares diferentes y no simétricos dentro del proceso”.*

Al hablar de comunicación también debemos tener presente que los medios se constituyen *“como hechos o experiencias culturales que tienen una dimensión técnica, institucional, política y específicamente significativa o, si se quiere, comunicativa. Los medios no son simples instrumentos en manos de alguien. Se han constituido como medios históricos a partir de hechos técnicos (...) pero como parte de procesos culturales a los que a su vez transforman”*<sup>3</sup>.

Desde siempre la comunicación se constituyó en una necesidad básica del ser humano, es la búsqueda para entrar en contacto con el otro. Elizabeth Lozano sostiene que la comunicación *“se entiende como prácticas cotidianas de interacción que constituyen y dan sentido social a la experiencia”*<sup>4</sup>. De lo que se trata es de comprender cómo los sujetos experimentan sus condiciones de vida y de qué forma las definen y responden a ellas.

Y el Hospital Público se constituye precisamente en un ámbito donde a diario se observan prácticas cotidianas cargadas de sentido; es un espacio de interacción y de dialoguicidad entre sujetos que se encuentran insertos en un contexto histórico, sociopolítico y económico determinado que los define y al cual, a su vez, transforman. Igualmente no se puede dejar de tener en cuenta el entramado de significados que tienen que ver con los medios masivos, es decir con la forma en que el hospital difunde los contenidos del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Debe rescatarse en este espacio la importancia que adquiere la comunicación interpersonal a la hora de generar conciencia en la sociedad de aquellas prácticas sanitarias que deben ser modificadas. Para ello, la comunidad debe comprenderlas e incorporarlas. En muchos casos, se deben cambiar hábitos muy arraigados, con lo cual debe trabajarse sobre aspectos culturales. Dicha transformación precisa de diálogo y de la activa participación

---

<sup>3</sup> Mata, Maria Cristina, “La Radio: una relación comunicacional”, en Revista Diálogos, Lima, pág.13.

<sup>4</sup> Lozano, Elizabeth, “La ciudad ¿un mapa nocturno para la comunicación?”, 1998.

de los sujetos en las prácticas sanitarias que los involucran. La comunicación intersubjetiva entre los profesionales de la salud y los usuarios se constituye en una herramienta transformadora en la medida en que la reflexión que se produce a partir de ella, genera cambios en los propios sujetos interactuantes. De la misma forma, no puede pensarse un Programa Nacional en materia de salud que se implemente al margen de una política de comunicación de medios y mensajes, como tampoco puede pasarse por alto la accesibilidad real de la población a los servicios sanitarios, la información disponible en los centros de atención, la adecuación de la propuesta del Programa al ámbito sociocultural en el cual se inserta, la utilización del lenguaje apropiado y comprensible para la población, el nivel de participación de los usuarios y la motivación de los mismos para adoptar medidas preventivas y de promoción de la salud.

Todo programa o plan de prevención debería contar con una sólida política de comunicación, con objetivos y metas previamente pensados y planificados en detalle. De esta manera, cualquier acción comunicacional que se desarrolle no puede estar dissociada de la *estrategia* a la cual responde. La misma se refiere a los principios y directrices que guían e impulsan, en este caso particular, la implementación de una política sanitaria en materia de salud sexual y reproductiva.

La estrategia hace referencia a la necesidad de canalizar los esfuerzos y las acciones en un destino común. Así, toda política comunicacional debe seleccionar medios y mensajes acordes con los contenidos que desea transmitir y al público al cual se dirige.

## **II.2. Género, Equidad y Salud:**

El **género** no debe entenderse como sinónimo de sexo, sino como una construcción cultural, es decir como el significado que la sociedad va construyendo alrededor de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. En este sentido, Moore H. L. (1991:30) afirma que *“la oposición naturaleza/cultura y mujer/hombre ha sido, por supuesto, objeto de críticas, pero constituye un punto de partida muy útil para examinar la construcción cultural del género y para entender las asociaciones simbólicas de las*

*categorías “hombre” y “mujer” como resultado de ideologías culturales y no de características inherentes o fisiológicas”.*

Con otras palabras, Silvia Bleichmar entiende al género *“como las atribuciones realizadas por la cultura respecto de aquello que corresponde asumir como conducta social en concordancia con el sexo biológico. Estas atribuciones son del orden social y político, y corresponden a lo que [se ha] denominado, en otros momentos, del orden de la “producción de subjetividad” – modos histórico-políticos de producción de sujetos sociales”.*<sup>5</sup>

A menudo, se suele utilizar los términos género y sexo indistintamente, aunque sexo se refiere específicamente a las características biológicas y físicas que convierten a una persona en hombre o mujer en el momento de su nacimiento, y género alude a las conductas de identificación sexual asociadas a miembros de una sociedad. La conducta estereotipada asociada al sexo (agresión masculina y pasividad femenina) procede, al menos parcialmente, de los roles aprendidos durante la infancia: a los niños se les enseña que 'los hombres no lloran', mientras que las niñas juegan a la mamá con bebés en cochecitos y con imitaciones de electrodomésticos que les han regalado para que puedan imitar el rol típico de la mujer en el hogar.

“Ser hombre y mujer son procesos de aprendizaje surgidos de patrones socialmente establecidos, y fortalecidos a través de normas, pero también a través de coerción. Los roles de género se modifican en el tiempo reflejando cambios en las estructuras de poder y en la normativa de los sistemas sociales” (Banco Mundial).

Género y sexo son, por lo tanto, términos diferentes. El segundo expresa las diferencias biológicas y anatómicas. Hace hincapié en unas relaciones desiguales con el espacio según las personas sean hombres o mujeres. Y esa diferente relación no se debe a motivos biológicos sino culturales.

Estas concepciones, en el ámbito de la salud sexual, implican relaciones desiguales entre hombres y mujeres en torno al acceso de los servicios, la distribución de recursos y los roles y obligaciones que se atribuyen a cada uno en relación a la reproducción.

---

<sup>5</sup> Bleichmar, Silvia “La identidad sexual: entre la sexualidad, el sexo, el género” en Rev. Argentina de psicoterapia para graduados Bs. As. T25 año 1999, pág.39



La ley 25673, en sintonía con las reformas que se están desarrollando en el área sanitaria trabaja para potenciar la participación femenina en la toma de decisiones en lo referente a su sexualidad. Sin embargo, resulta sumamente llamativo el hecho de que no afirme explícitamente la necesidad de incluir la participación masculina en todo este proceso. Más aún cuando este punto es destacado como primordial por diversos organismos internacionales y nacionales en sus informes y documentos.

Para trabajar activamente a favor de un cambio en el modelo sanitario deben dejar de focalizarse las políticas de salud sexual y reproductiva sólo en las mujeres, excluyendo a los varones de su participación y responsabilidad en las prácticas sexuales y de procreación.

Alcanzar esta meta requiere la promoción en la pareja de pautas equitativas y conductas responsables compartidas, tanto en lo referente a la procreación, el cuidado de los hijos, la utilización de métodos anticonceptivos, así como también en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otras cuestiones.

Se trata de lograr la **equidad** de género en la salud. Este concepto no es sinónimo de igualdad. Siguiendo a Elsa Gómez Gómez, se puede afirmar que *“mientras que la igualdad es un concepto empírico, la equidad constituye un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y de derechos humanos”* (Gómez Gómez, 2001: 454). En otras palabras, la equidad se refiere a la eliminación de las desigualdades injustas y evitables en salud en relación al género.

Es necesario promover, desde las políticas sanitarias, la equidad de género y alentar a los hombres a participar activa y responsablemente en las cuestiones de salud sexual y reproductiva. Este punto resulta fundamental si se tiene en cuenta que, en la gran mayoría de los casos, las mujeres asisten a las consultas ginecológicas solas, sin el acompañamiento de sus parejas. Pareciera ser que son las mujeres las únicas interesadas en recibir información y asesorarse respecto de los diversos métodos anticonceptivos, fertilidad, prevención de enfermedades de transmisión sexual y reproducción.

### II.3. La Familia:

En el Hospital Cestino se pudo advertir la persistencia en el imaginario de los profesionales de la salud de la idea de "familia tipo", es decir aquella constituida por el padre, la madre y dos hijos. Sin embargo, la realidad cotidiana del nosocomio mostró otro panorama: la mayoría de los usuarios que se acercan al mismo son personas que tienen varios hijos y no suelen ser todos de una sola pareja. Incluso muchos no están casados legalmente sino que conviven en concubinato. Asimismo, son reiterados los casos de madres solteras que pasan por la situación de parto en varias ocasiones y con diversas parejas.

En ocasiones, son los abuelos los que se encargan de la crianza de los nietos porque sus hijos son adolescentes que no están preparados para hacerse responsables de otra vida y ni siquiera cuentan con trabajo para sostener económicamente a los recién nacidos. De esta forma, los padres-adolescentes se crían casi como "hermanos" de sus hijos, pues son sus propios progenitores los que se ocupan de cuidarlos mientras crecen.

Resulta un contrasentido seguir hablando de la familia tipo cuando este imaginario político ya no responde a los vínculos que se crean en sectores populares y cada vez representa menos a los sectores medios.

La familia moderna ha variado con respecto a su forma más tradicional en cuanto a funciones, composición, ciclo de vida y rol de los padres.

En épocas anteriores a la revolución industrial era necesario acrecentar la mano de obra, por lo tanto el grupo social propiciaba el matrimonio, la descendencia y la familia amplia como unidad de trabajo. Pero todo esto se modifica a partir de la revolución industrial por los cambios que ésta generó.

Según Norma Delucca y Graciela Petriz<sup>6</sup> se fueron produciendo dos fisuras conflictivas en el funcionamiento familiar:

1- Decrece la importancia de la unidad productiva familiar que unía bajo un mismo techo y en torno a la producción al grupo familiar, incluida la generación de los abuelos.

---

6 "Delucca Norma y Petriz Graciela, "La transmisión transgeneracional en la familia: su valor y función en la construcción de la subjetividad" en Nuevas dimensiones del envejecer, Ed. de la UNLa Plata, 2003:Pág.2 y 3

Tanto el “pater familia” como la madre, pasan a efectuar el trabajo fuera del hogar. Se conmueve el orden tradicional familiar: la madre ya no es sólo reproductiva, criadora de hijos y “ama de casa”, sino que interviene en la producción.

2- En la educación de los hijos, si bien la transmisión de normas y valores sigue residiendo en el grupo familiar, sobre todo en los primeros años de la vida, la escolarización y el impacto informativo de los medios de comunicación masivos se han erigido frente a la familia como competidores poderosos.

La composición familiar ha cambiado de forma drástica en los últimos tiempos. La familia tipo-el padre, la madre y los hijos en una misma casa- se ha desdibujado y en su lugar ha aparecido lo que muchos llaman “la familia postmoderna”, caracterizada por la inestabilidad de los vínculos, la disminución de hijos por pareja, el crecimiento de las uniones consensuadas sin el paso previo por el registro civil y la convivencia bajo el mismo techo de hijos de diferentes relaciones.

Resulta interesante el aporte que hace al respecto la socióloga Susana Torrado en su libro “Historia de la familia en la Argentina Moderna”. En ese trabajo la autora hace referencia a este nuevo tipo de familia emergente y la define como “familias ensambladas”, las cuales se identifican en el decir popular con la expresión “los míos, los tuyos, los nuestros”. “Se trata de núcleos conyugales completos en los que los hijos de la pareja (sea legal o consensuada) residentes en el hogar son:

- a) Hijos biológicos de uno solo de los cónyuges, ó
- b) hijos biológicos de ambos, más hijos biológicos de sólo uno de ellos, ó
- c) hijos biológicos de ambos, más hijos biológicos de cada uno de ellos por separado”.

No se puede negar el hecho de que en los últimos años ha aumentado considerablemente el número de divorcios así como también la constitución de parejas consensuadas o en concubinato. Asimismo cada día son más aquellos que deciden no tener hijos o tenerlos en edades más avanzadas, posibilidad

que se ve facilitada por el uso generalizado de métodos anticonceptivos que permiten un mayor control de la natalidad y la planificación familiar.

#### **II.4. Usuarios, no pacientes:**

En el presente trabajo de investigación es necesario hacer una aclaración en relación a un concepto muy utilizado en el ámbito de la salud pero que será sustituido por otro que se adapta mejor al marco teórico y a las ideas que esta tesis sostiene en materia sanitaria. Se trata del término “paciente”. El mismo hace alusión a las personas que recurren a los centros sanitarios para tratar enfermedades y esperar “pacientemente” hasta que les llegue el turno para ser atendidos.

Aquí se propone el término “**usuario/o**” para referirnos a aquellos que asisten al hospital no sólo para tratar una enfermedad diagnosticada sino también para atender otras cuestiones referidas a la búsqueda de información y asesoramiento sobre diversas prestaciones que brinda el hospital. Los individuos pasan a ser “usuarios” de los servicios sanitarios. Esto marca una postura diferente del paciente que debe esperar a que lo atiendan y le prescriban un medicamento con su respectivo tratamiento. El usuario pasa a tener una participación activa en la promoción de la salud que lo tiene como su principal ejecutor y el responsable de las decisiones que tome.

#### **II.5. Comunicación Institucional y Campañas de divulgación:**

La comunicación se constituye en un elemento esencial en la vida de toda institución. Nadie puede imaginar una entidad, ya sea ésta pública o privada, que desarrolle su actividad al margen de la misma.

Tratándose de un Hospital Público, la comunicación resulta esencial en el quehacer cotidiano y en la búsqueda de resultados efectivos de los programas sanitarios que a diario gestiona. Como señalan en su trabajo Walter Augello y Edgardo José Corroppoli “el éxito de un programa depende en buena medida de informar y estimular en forma adecuada a la población objetivo para

que ponga en marcha cambios en cuanto a su modo de vida y su desarrollo”<sup>7</sup>. Y retoman a Gamucio-Dagron cuando afirma en el mismo sentido que “ningún programa de salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación”.

El Hospital público no puede prescindir del componente comunicativo, ya sea entre los profesionales médicos y los usuarios de los servicios a través del diálogo y la consejería, como así también a través de las campañas de divulgación que se refleja –o debería reflejarse- en los afiches y cartelera expuestos en los pasillos del nosocomio.

La comunidad sólo tiene conocimiento de las políticas y programas sanitarios que se gestionan en los hospitales a través de los medios de comunicación audiovisuales, radiales y/o gráficos, es decir que si no se le informa a través de algún medio que se está desarrollando tal o cual campaña de salud, la población no se entera de ningún modo de lo que sucede y por lo tanto, no asume ninguna acción o conducta que modifique un hábito que sea perjudicial para su vida cotidiana.

Pero tampoco se trata de difundir cualquier cosa y en cualquier momento. Al respecto Daniel Prieto Castillo afirma que “cuando se elabora un mensaje se procede siempre por selección temática y selección formal. La primera lleva a determinar el asunto sobre el cual se hablará, aquello a lo que aludirá. La segunda precisa el cómo se hablará, es decir, la selección y combinación de signos, (...) Es en ese proceso de selección temática y referencial donde se pone en juego la intencionalidad del emisor (...)”<sup>8</sup>.

Otro autor, Joan Costa, hace otro aporte en este sentido cuando sostiene que “El individuo no es un receptor pasivo ni un autómatas que reacciona a los estímulos. Es un ser que intercambia materia, energía e información, selecciona e interpreta, opina y decide. La interpretación de los mensajes es, justamente, la que conduce a las personas a la acción: unas veces en forma preactiva, otras en forma reactiva. De modo que la comunicación se manifiesta, exclusivamente por medio de actos y por medio de

---

<sup>7</sup> Augello, Walter y Corroccoli Edgardo José, Tesis: “La política comunicacional estatal en la prevención de enfermedades emergentes”. Investigación y Políticas de la Comunicación. Aug. 10029.

<sup>8</sup> Apunte de la Cátedra Comunicación en Organizaciones e Instituciones: Prieto Castillo, Daniel, “Diagnóstico de Comunicación, Mensajes, Instituciones, Comunidades”, pág. 115.

mensajes; (...) toda acción, todo acto, significa y con ello comunica. Incluso con independencia de la voluntad de quién lo hace (...)"<sup>9</sup>.

Con esto queremos decir que en todo discurso hay una direccionalidad, una intencionalidad por parte de quien emite un mensaje, pero que esta no siempre coincide con la significación que le otorga la persona que lo recibe. "La intención no necesariamente determina el significado del discurso. Hay un contexto social, constituido por las relaciones de poder, las ideologías subyacentes (...), elementos que introducen la problemática de la interpretación. (...) el enunciador no controla el significado de su enunciado"<sup>10</sup>.

Por todo lo expuesto, resulta imprescindible para lograr los objetivos propuestos por las políticas sanitarias que se deseen gestionar, que se cuente con una sólida Política de Comunicación Social. La misma debe basarse en una correcta selección de medios y mensajes para poder acceder a cada segmento de la población.

En el caso de los hospitales públicos y en el presente trabajo en particular, el medio de comunicación por excelencia es el gráfico. El nosocomio divulga sus campañas sanitarias a través de afiches y carteleras que expone en sus pasillos para que sean comprendidas por la comunidad que asiste al mismo.

Al respecto valen algunas consideraciones a tener en cuenta en lo que se refiere a lenguaje gráfico: "cada elemento que se escoja para la composición está cargado de un **alto potencial significativo desde el punto de vista visual** y manejado adecuadamente, llega a constituir una sólida base de comunicación del mensaje. Si, en cambio, no es manejado de manera adecuada, producirá resignificaciones en el público que no son las deseadas, o incluso las menos convenientes a nuestros objetivos comunicacionales"<sup>11</sup>.

Teniendo en cuenta las palabras anteriores resulta necesario preguntar ¿Cómo pretende el Hospital Cestino comunicar el PNSSyPR si no cuenta con material gráfico adecuado para hacerlo? No hay que olvidar que los muy escasos afiches expuestos por el nosocomio fueron "diseñados" por el personal

---

<sup>9</sup> Costa, Joan "La comunicación en acción. Informe sobre la nueva cultura de gestión. Apunte de la Cátedra Taller de Sistema Productivo.

<sup>10</sup> Schvarstein, Leonardo "Diseño de Organizaciones. Tensiones y Paradojas", Apunte de la Cátedra Taller de Producción de Mensajes.

<sup>11</sup> Boscardin Juan, S. "Lenguaje Gráfico. Composición y ubicación de los elementos de diseño". Apunte de la Cátedra Taller de Mensajes, pág. 2. El resaltado pertenece al original.

administrativo, los cuales fueron hechos sin seguir ningún criterio más que el de la persona que lo hizo porque se lo pidieron. Los que se pudieron observar trataban de gráficos del sistema reproductor femenino sin hacer la más mínima alusión al Programa ni a salud sexual y reproductiva. Se hacían con la sola intención de señalar los horarios de atención del área de Ginecología.

Tampoco incumbe a las autoridades del Hospital Cestino encargarse del diseño y la gestión del material gráfico para exposición. Esta tarea le concierne pura y exclusivamente al Ministerio de Salud de la Nación, pero tampoco la cumple, no al menos en la jurisdicción de Ensenada. Entonces quedan muchos interrogantes y la conclusión a la que se arriba, a través del trabajo de campo, es que aún falta mucho por hacer en materia de divulgación en lo que respecta al Programa de salud sexual.

## CAPITULO III

### Marco Metodológico:

Definidos los objetivos del trabajo y elaborado el marco teórico, se procedió a seleccionar los modos e instrumentos necesarios para el relevamiento de la información.

Para cumplir con los mismos se realizó una **investigación de tipo cualitativa**, ya que lo que se pretendía era conocer y comprender en profundidad la realidad del Hospital Horacio Cestino de Ensenada en materia de salud sexual. El trabajo de campo se efectuó entre los años 2007 y 2009, pero debió ser modificado su trayecto en reiteradas ocasiones por diversos motivos que hacían a la gestión cotidiana del hospital, a sus directivos y a las marchas y contramarchas de las políticas sanitarias en todo el país.

Este tipo de investigación tiene la ventaja de permitir la diversidad metodológica con la cual se puede recabar información por medio de distintas fuentes y a través de diversos procedimientos que se ajusten mejor a nuestros objetivos.

El enfoque cualitativo presenta condiciones favorables para acceder a los pensamientos de los sujetos involucrados expresados por ellos mismos a través de las **entrevistas en profundidad**. Las mismas se realizaron a los jefes del servicio de ginecología así como a los profesionales médicos que atienden a las/los usuarias/os del área. Sus opiniones fueron sumamente relevantes dada la función que desempeñan en la atención y promoción de la salud reproductiva. Constituyen el nexo entre las políticas sanitarias y la población usuaria, ya que son los encargados de implementar los programas y planes sanitarios.

Dentro de la técnica de entrevista, se realizaron en un primer momento **entrevistas de tipo abierto o no estructuradas** y luego, **entrevistas semiestructuradas**. Las mismas permitieron recabar gran cantidad de información que luego fue analizada e interpretada siguiendo los objetivos del trabajo.

En estos encuentros con los jefes de servicio y con los médicos encargados de la atención diaria en el área de ginecología se buscó conocer, a



través de los dichos y expresiones de los entrevistados, la realidad cotidiana del hospital en materia de salud sexual y reproductiva. Así se pudo obtener una perspectiva más acabada y detallada sobre cuestiones relativas a los diversos aspectos que trata el Programa Nacional de Salud sexual y Procreación Responsable y que el servicio de ginecología implementa diariamente y traduce en acciones concretas.

También se utilizó la técnica de observación y aproximación sucesiva al objeto de estudio para poder dar cuenta de las correspondencias y discrepancias que se presentaban entre lo planteado por los profesionales médicos en las entrevistas y lo que sucedía cotidianamente en las prácticas.

Para la investigación se adoptó la **técnica de observación participativa pasiva**, es decir que no se intervino directamente en el desenvolvimiento de la institución. Se realizó un acompañamiento prolongado de la actividad del hospital pero no se interfirió en ella. El motivo de esta decisión residió en el hecho de que el objetivo del trabajo era indagar en las formas de gestión del hospital en lo relativo a salud sexual tal y como se manifestaban diariamente. Para ello resultó indispensable intentar pasar desapercibida en algunos momentos y observar detenidamente las situaciones que se presentaban, sobre todo cuando se necesitaba conocer las opiniones y percepciones de las/los usuarias/os del servicio de ginecología. No servía para los fines del trabajo que se “dibujara” el panorama y se describiera una realidad que “debería ser” pero que “no era”. Para llegar a conocer realmente la verdadera y real situación del hospital en lo concerniente a salud sexual se utilizaron varios métodos; esto permitió contrastar diversos puntos de vista sobre un mismo hecho.

En el trabajo de investigación propuesto también se utilizó la **técnica de encuestas**. Las mismas se realizaron a las/los usuarias/os de los servicios de Ginecología, de Colposcopia, y de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes, con el fin de indagar los conocimientos que los mismos poseían acerca del Programa de Salud Sexual, así como también conocer el tipo de atención que recibían en las diversas áreas. Lo que se buscaba era cotejar los dichos de los médicos, por un lado, y los de los usuarios de los servicios, por el otro.

Se realizaron 300 encuestas entre septiembre y diciembre de 2009 en el Hospital Horacio Cestino de Ensenada. Las mismas fueron completadas por usuarias/os que se encontraban en el pasillo del servicio de Ginecología y Colposcopía, así como también en el de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes. En los casos en que los encuestados eran menores de edad y estaban acompañados por un mayor-generalmente con sus madres- se les pidió autorización para que aquéllos completaran las encuestas.

De las 300 encuestas, 279 fueron realizadas por mujeres y sólo 21 por hombres. Los mismos fueron más reacios a colaborar con la investigación; de hecho fueron muchos los que se negaron a hacerlo. Situación totalmente opuesta en el caso de las mujeres que aceptaron con gusto llenar la encuesta que se les entregaba.

También resulta necesario aclarar que en muchas situaciones los encuestados solicitaron ayuda para responder algún ítem, no porque no entendieran la pregunta que se les formulaba sino porque no conocían los términos en los que estaban expresados. Por ejemplo, no sabían el significado de NS/NC, tan habitual en todo tipo de encuestas. Asimismo ante la pregunta de si conocían a alguien que hubiera abortado alguna vez, consultaban si era necesario consignar el nombre de la persona. Incluso cuando se les entregaba la encuesta fue recurrente la pregunta acerca del anonimato de la misma, pues no deseaban dar sus nombres. Hubo muchísimos casos de personas que preguntaron si la encuesta era una iniciativa del Hospital, a lo que se les explicó que se trataba de un trabajo de investigación académico para conocer cómo se desarrollaba la implementación de una política sanitaria en materia de salud sexual y reproducción en un hospital público de la ciudad.

### **III. 1.El perfil de los encuestados:**

Debido a que resultaba pertinente para los fines del trabajo conocer, relativamente, el nivel socio económico y educativo de las personas que asistían al nosocomio, en la primera parte de las encuestas que se entregaron se delinearon algunas preguntas relacionadas con la edad, el grado de escolaridad y la situación laboral de los mismos.

La mayor cantidad de los encuestados tenían edades que oscilaban entre los 20 y los 29 años, luego estaban los que tenían entre 30 y 39 años y, en menor cantidad los que tenían entre 40 y 49 años de edad. Sólo 35 personas tenían entre 15 y 19 años. Y en mucha menor cantidad había personas que tenían más de 50 años (Véase Gráfico I).

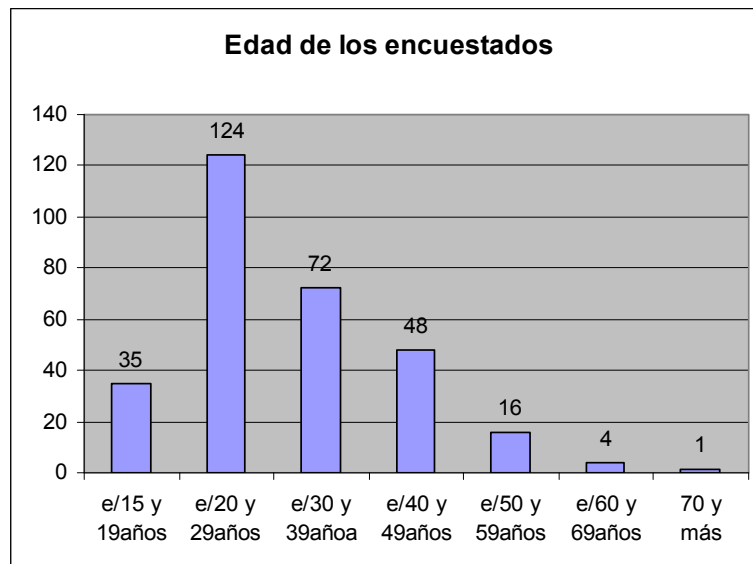


Gráfico I

En lo que respecta a la cantidad de hijos, la gran mayoría de las personas a las que se les realizó la encuesta tenían entre 1 y 3 hijos. De la muestra sólo 32 personas no habían sido padres aún (Ver Gráfico II)

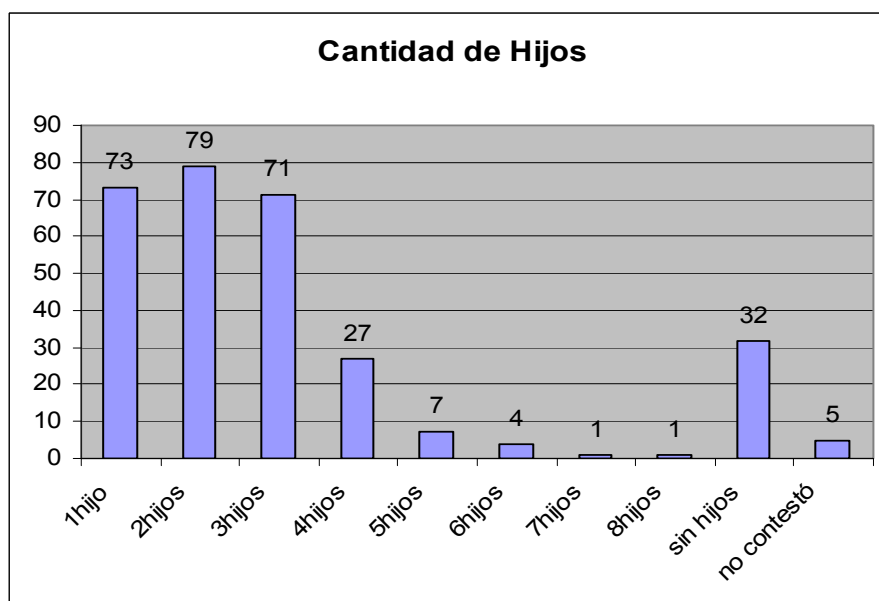
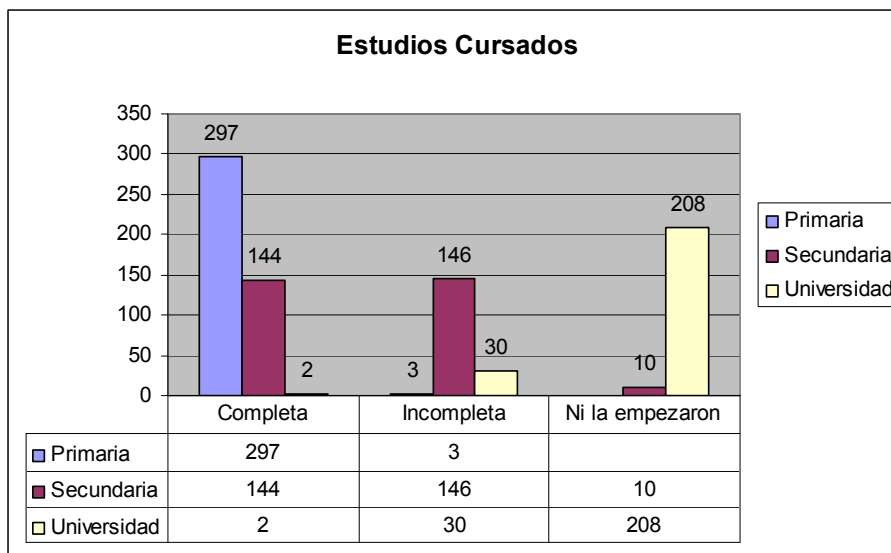


Gráfico II

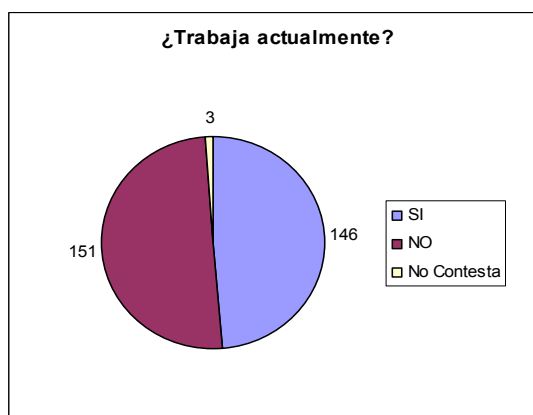
Y en cuanto al nivel de escolaridad de los encuestados, casi la totalidad de los mismos habían finalizado la escuela primaria, no así la secundaria. Y sólo 32 personas habían pasado por la instancia universitaria (*Ver Gráfico III*)



*Gráfico III*

También se les preguntó si continuaban estudiando actualmente, a lo que 94 personas respondieron que sí y 206 que no.

Asimismo, resultaba valioso conocer la situación laboral de los usuarios de los servicios del Hospital ya que al mismo asisten, desde siempre, personas con escasos recursos económicos que no pueden afrontar los gastos de un servicio de salud privado. Pudo comprobarse que la mayoría de los encuestados no se encontraban con empleo en la actualidad, es decir, eran desempleados (*Ver Gráfico IV*)



*Gráfico IV*

Del mismo modo, se consideró imprescindible analizar el lugar que ocupaba la comunicación en todo este proceso. Al respecto hay que destacar dos cuestiones. Por un lado, como se aclaró en el marco teórico, entendemos a la comunicación como una mediación intersubjetiva, de verdadero diálogo e intercambio de sentidos entre las personas, que no puede ser considerada un atributo prescindible de las relaciones que se generan a diario en el hospital entre médicos y usuarios. Y por el otro, es evidente que toda política sanitaria que pretenda introducir cambios notables en la población debe necesariamente contar con recursos informativos para promocionar sus objetivos y acercarlos a los destinatarios.

Para indagar y conocer el valor que se le asigna a la comunicación y a la información en todo el proceso de implementación del Programa de Salud Sexual, **se analizó la Política de Comunicación Social** desarrollada por dicho programa e implementada en el Hospital Cestino. Partimos de la base de que toda política sanitaria debe contar con una estrategia de medios y mensajes que le permita llegar a los segmentos de población definidos previamente.

En el presente trabajo se pretendió analizar los productos concretos desarrollados como respuesta a dicha estrategia: carteleras, afiches, folletería y demás recursos comunicacionales que se encontraban en el hospital y que se referían exclusivamente a alguno de los aspectos contemplados en el Programa Nacional de Salud Sexual.

## **CAPÍTULO IV:**

### **Conferencias Internacionales y Contextos de la Ley:**

Para comprender mejor la importancia que tiene en nuestro país haber llegado a sancionar una ley nacional en materia de salud sexual, es necesario realizar una mirada retrospectiva de los debates generados en las conferencias internacionales acerca de todos aquellos temas que hacen al PNSS y PR, así como también ahondar en los contextos históricos que le dieron origen.

En los Anexos del trabajo se desarrollaron los puntos fundamentales de la Ley 418, promulgada en julio de 2000 en la Ciudad Autónoma de Bs. As., y considerada antecedente inmediato de la Ley 25673. También se incluyó una copia de esta última para poder conocer detalladamente sus objetivos y alcances.

#### **IV.1. Conferencia Internacional de Derechos Humanos reunida en Teherán del 22 de Abril al 13 de Mayo de 1968:**

En ella se examinaron los avances logrados desde la aprobación de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 1948 y se preparó un programa para el futuro.

Se analizaron las acciones desarrolladas por las Naciones Unidas para promover el respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.

Se declararon 19 puntos considerados de vital importancia para alcanzar una vida plena de bienestar físico, mental, social y espiritual.

A los fines de este trabajo se rescatan dos puntos que, de alguna forma, son considerados prioritarios dentro del PNSS y PR creado por la Ley 25673:

- *“La discriminación de que sigue siendo víctima la mujer en distintas regiones del mundo debe ser eliminada.*

*El hecho de que la mujer no goce de los mismos derechos que el hombre es contrario a la Carta de las Naciones Unidas y a las disposiciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos. La*

*aplicación cabal de la Declaración Sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer es una necesidad para el progreso de la humanidad.*

- *La comunidad internacional debe seguir velando por la familia y el niño. Los padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos*".(Puntos incluidos en la Conferencia de Teherán, 1968)

Ya desde el año 1968, a nivel internacional, se debatía la necesidad de que la mujer gozara de los mismos derechos que el hombre. Así como también comenzaba a hablarse de la importancia de la planificación familiar.

#### **IV.2. Las Cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer (1975-1995):**

Estas conferencias, convocadas por las Naciones Unidas, contribuyeron a situar el tema de la igualdad entre los géneros en el centro del debate mundial.

##### **⇒ I Conferencia Mundial sobre la Mujer: México DF, 1975:**

Coincidió con el Año Internacional de la Mujer. Se manifestó contra la discriminación de que eran objeto las mujeres en muchas partes del mundo.

Se aprobó un plan de acción mundial que instaba a los gobiernos y a la comunidad internacional a garantizar el acceso de la mujer a los servicios de salud, al empleo y a planificar su familia según su voluntad.

Esta conferencia marcó un quiebre en la concepción de la mujer. Si antes se la consideraba como una receptora pasiva de asistencia, ahora se la veía en pie de igualdad con el hombre, con los mismos derechos y oportunidades.

##### **⇒ II Conferencia Mundial sobre la Mujer: Copenhague, 1980:**

En esta conferencia se examinó y evaluó el plan de acción mundial delineado en México en 1975. Se puso énfasis en temas relativos al empleo, la salud y la educación y se aprobó un Plan de Acción para la segunda mitad del decenio.

En 1979 se había aprobado la “Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer”, instrumento de suma importancia en la lucha por la igualdad de la mujer en todos los ámbitos.

Sin embargo, aún persistían desigualdades y las mujeres no ejercían plenamente sus derechos; seguían siendo víctimas de los estereotipos sociales. En la conferencia se instó a poner fin a estas actitudes discriminatorias en relación con la mujer.

### ⇒ **III Conferencia Mundial sobre la Mujer: Nairobi, 1985:**

Esta conferencia se reunió con el objetivo de evaluar los avances y retrocesos en la situación jurídica y social de la mujer. Paralelamente a la conferencia se realizó un Foro de ONG´s que contó con la participación de 15000 representantes de dichas entidades. Muchos afirmaron que la conferencia marcó el nacimiento del feminismo a escala mundial.

Las Naciones Unidas reunieron un gran cúmulo de información que evidenciaba una mejora marginal en la situación de la mujer a nivel mundial. Todavía resultaban insuficientes los esfuerzos realizados hasta el momento.

Se aprobó un documento denominado “Las Estrategias de Nairobi” orientadas hacia el futuro para el adelanto de las mujeres hasta el año 2000. Abarcaba una gran cantidad de temas (empleo, salud, educación, ciencia y medio ambiente, entre otros) centrados en la promoción del reconocimiento social del papel de la mujer en todas las esferas de la actividad humana, así como la necesidad de su participación activa en ellas.

### ⇒ **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 1995:**

Se celebró en China, del 4 al 15 de septiembre de 1995 y fue la más influyente de todas las conferencias mundiales sobre la mujer.

Beijing representó un cambio rotundo de perspectiva. Se reconoció la necesidad de trasladar el centro de atención de la mujer al concepto de género. Sólo así podría empezarse a considerar a la mujer en pie de igualdad



con el hombre. Y era una revisión que debía darse en todas las esferas de la sociedad, al interior de las instituciones.

Se aprobó la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing para potenciar el papel de la mujer. Se instó a los gobiernos a adoptar medidas concretas para eliminar la discriminación contra las mujeres, para terminar con la pobreza y el desempleo generados por cuestiones de desigualdad basadas en el género, y para reconocer que las mujeres tienen el derecho fundamental a tener el control sobre su sexualidad y su reproducción.

En la Plataforma de Acción se reconocieron 12 esferas de preocupación que constituían un obstáculo para lograr una mejora real en la situación de la mujer.

Para los fines de este trabajo sólo se expondrá una de las esferas, la que habla de la mujer y la salud.

Según la información recopilada por las Naciones Unidas, no todas las mujeres tienen la oportunidad de acceder a los servicios de salud y a un asesoramiento adecuado en materia de sexualidad y reproducción. Esto deriva en un aumento de embarazos no deseados, de ETS y de abortos clandestinos e inseguros.

Un claro avance lo representa el hecho de que en la Conferencia de Beijing se habló de la necesidad de incluir a los hombres para hacerlos partícipes en la atención de la salud reproductiva y la planificación familiar, pues es un tema que no sólo incumbe a las mujeres.

### **IV.3. Declaración de Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978:**

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud reunió a los representantes de 134 naciones en Alma Ata, en 1978 para instar a los gobiernos a adoptar medidas que protejan y promuevan la salud de todos los ciudadanos del mundo.

Se reitera que “la salud (...) es un derecho humano fundamental” y que “el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud” (Declaración de Alma Ata).

Asimismo se afirma que son los gobiernos los responsables de la salud de su pueblo y que son ellos los que deben adoptar medidas sociales y sanitarias al respecto.

La clave para alcanzar un nivel de salud adecuado lo constituye la atención primaria, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación (...)”. (Declaración de Alma Ata).

#### **IV.4. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: 18 de diciembre de 1979:**

Fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Los Estados Parte en la Convención se mostraron preocupados ante las continuas muestras de discriminación de que siguen siendo objeto las mujeres en todo el mundo.

También advirtieron la vulnerabilidad de las mujeres de menores recursos para acceder a los sistemas de salud, y no dejaron de reconocer la necesidad de lograr la plena igualdad entre hombres y mujeres para alcanzar las metas propuestas en resoluciones y declaraciones anteriores.

Se condenaron todas las formas de discriminación contra la mujer y se puso especial énfasis en el compromiso, por parte de los gobiernos, de asegurar a las mismas el acceso a los servicios de atención médica, inclusive los referidos a la planificación de la familia.

En su artículo 16 inciso e, se respeta y promueve el derecho de las mujeres “a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos” (Extraído de la Constitución de la Nación Argentina, A-Z editora, Bs. As. 14<sup>a</sup> edición, 1997, p. 293).

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer fue incluida en la Constitución de la Nación Argentina por la Ley 23179, sancionada y promovida en 1985 en el apartado IV dedicado a los Derechos Humanos.

#### **IV.5. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Ottawa (Canadá), 1986:**

Dio lugar a lo que hoy se conoce como Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Esta conferencia constituyó una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

En la “Carta de Ottawa” se afirma que “la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986). Para ello resulta imprescindible la activa participación de los ciudadanos y el acceso a la información sanitaria, así como la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios, la población en general y diversas instituciones.

#### **IV.6. Creación del Programa de Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires, 1987:**

En 1987 se consagró, por decreto N° 2274 (Boletín Oficial 27/03/1987) el derecho de la población a decidir libre y responsablemente acerca de su reproducción, para lo cual se realizarían tareas de difusión y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual, controles de salud y demás temas relativos a la sexualidad y a la promoción.

Es importante destacar que durante mucho tiempo este fue el único programa público de asistencia en anticoncepción.

#### **IV.7. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo, Egipto, 1994:**

Se celebró en el Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994. En ella se acordó que la población y el desarrollo están interrelacionados. Además se llegó a la conclusión de que la mujer debe adoptar un papel protagónico en el control de su propia fertilidad.

Uno de los puntos centrales fue incluir en la salud reproductiva la planificación familiar como herramienta para promover el desarrollo de una sexualidad sana y responsable.

La CIPD adoptó un Programa de Acción para los siguientes 20 años, en el que se fijaron metas a ser alcanzadas por los países en el área de la salud, de la mejora de la condición de la mujer y del desarrollo social.

En el Programa se dejó constancia de que son los Estados los que deberían adoptar las medidas necesarias para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios sanitarios, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, la planificación familiar y la salud sexual. Y vuelve a reconocerse el derecho fundamental de las parejas a decidir libremente el momento en que desean ser padres, así como el número y el espaciamiento de los nacimientos de sus hijos.

Un aspecto novedoso de la Conferencia lo constituyó el papel atribuido a los hombres como responsables de su comportamiento sexual y reproductivo. Decidir tener hijos o adoptar métodos anticonceptivos para retrasar su llegada y /o para prevenir ETS, es una decisión que no incumbe sólo a las mujeres, o no debería ser así.

También mereció un párrafo especial en la Conferencia la situación de los adolescentes y jóvenes que son los más necesitados de información y asesoramiento en materia de salud sexual y reproductiva. Por eso se instó a los gobiernos a adoptar los recaudos necesarios para no limitar el acceso de los adolescentes a los servicios de salud y a la información apropiada acorde a su edad.

#### **IV.8. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997:**

Se realizó bajo los auspicios de la OMS y se llegó a la conclusión de que la promoción de la salud debería constituirse en la estrategia fundamental de todo sistema sanitario.

Se identificaron 5 prioridades de cara a la promoción de la salud en el S.XXI:

- ✓ Promover la responsabilidad social para la salud.
- ✓ Incrementar las inversiones para el desarrollo de la salud.
- ✓ Expandir la colaboración para la promoción de la salud.
- ✓ Incrementar la capacidad de la comunidad.

- ✓ Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud.

Asimismo se resaltó la importancia de la participación de la comunidad para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

## **Contexto histórico, socio-político y económico en que se sanciona la Ley 25673 y se crea el PNSSyPR:**

Históricamente, los gobiernos en Argentina se han caracterizado por tener concepciones pronatalistas. Recién en el año 1987 se manifestó, a través de un decreto, el derecho de la población a decidir libre y responsablemente acerca de su reproducción, para lo cual se realizarían tareas de difusión y asesoramiento.

Hasta el año 2002 no existía en Argentina una política ni una legislación nacional sobre salud reproductiva. Lo que existía era, en algunas provincias y municipios, el reconocimiento de estos derechos para sus ciudadanos/as. Un ejemplo de ello fue la sanción de la Ley 418 para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que creaba el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (Ver Anexo I).

Este programa y otros similares pertenecientes a otros distritos establecían el otorgamiento de información y asesoramiento sobre anticoncepción, controles de salud previos y posteriores a la utilización de los diversos métodos anticonceptivos, detección precoz de ETS y enfermedades génito-mamarias, entre otros aspectos.

### **IV.9. “Un retroceso en materia de salud sexual”:**

En Argentina la temática de la salud sexual y reproductiva siempre fluctuó entre dos posturas antagónicas: una concepción conservadora promovida por la Iglesia Católica y defensora de la vida desde el momento mismo de la concepción, por un lado, y por el otro, aquella postura defendida por diversos organismos que están a favor de la libre elección y la atención de la salud reproductiva como un derecho humano básico y que promueven el compromiso del Estado de cumplir ese derecho.

Como se afirmó anteriormente, los gobiernos argentinos se han caracterizado por mantener concepciones pronatalistas, lo que dificultó y

retrasó la adopción de medidas concretas en materia de salud sexual y reproductiva.

El mayor retroceso en este sentido se vivió a mediados de los años `70 con el gobierno de Isabel de Perón. Puntualmente, con la sanción de dos decretos. Uno de 1974 –Decreto 659- que dispuso la prohibición de las actividades destinadas al control de la natalidad, el control de la comercialización y venta de anticonceptivos y la realización de una campaña de educación sanitaria que destacara los riesgos que implicaban las prácticas anticonceptivas. La razón aducida por las autoridades para la sanción de dicho decreto fue la “persistencia de bajos índices de crecimiento de la población”; en otras palabras, el país se hallaba despoblado.

El gobierno militar que realizó el Golpe de Estado en 1976 continuó en la misma dirección. En 1977 sancionó el Decreto 3938 que contenía los “Objetivos y Políticas Nacionales de Población”. Uno de ellos proponía *“eliminar las actividades que promuevan el control de la natalidad”* ya que *“el cumplimiento de los objetivos de crecimiento y razones fundamentales de seguridad nacional, requieren una mejor relación entre población y territorio”*. (Petracci, 2004: 31).

Una justificación poco convincente si se recuerda la desaparición de seres humanos perpetrada por tal gobierno de facto.

Recién en 1986 el gobierno democrático, a través del Decreto 2274, derogó los dos decretos anteriores que coartaban los derechos sexuales y reproductivos y reconoció *“el derecho de la pareja a decidir libremente acerca del número y espaciamiento de los hijos”* (Petracci, 2004: 32). Asimismo se encomendó al Ministerio de Salud la promoción de acciones que contribuyeran a la difusión y asesoramiento en materia de anticoncepción.

Estos avances en el tema, sin embargo, no estuvieron exentos de inconvenientes generados por la fuerte oposición que encabezaron a diario la Iglesia Católica y sectores sociales alineados con la misma. Con cada logro alcanzado en materia de salud sexual, la férrea oposición de la Iglesia se hizo sentir en diversos ámbitos: desde los medios de

información a los tribunales, pasando por los espacios públicos y las instituciones.

La postura de este sector defiende a ultranza el derecho a la vida que se extiende desde la concepción hasta la muerte natural. Esto implica la regulación de la fertilidad a través de métodos naturales y el cuestionamiento a las indicaciones médicas para el uso de anticonceptivos en los hospitales. Asimismo rechazan el dispositivo intrauterino (DIU) y la “pastilla del día después” por considerarlos abortivos.

En este marco, resulta un tema sumamente delicado todas las cuestiones referidas al aborto. La Iglesia y diversos organismos alineados con ella se oponen terminantemente a toda forma de aborto. No lo aceptan bajo ningún tipo de circunstancia, ni siquiera cuando la vida de la madre corre algún peligro o si el médico le informa que el bebé nacerá con un retraso mental o incapacidad física incurable. Incluso se niegan a aceptar la interrupción del embarazo en aquellos casos en que el feto no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir, luego del parto, por alguna malformación congénita

En los casos en que los padres no desean llevar a término el embarazo porque la muerte del feto sobrevendrá luego del parto irremediamente, los mismos deben recurrir a la Justicia para que les autorice la interrupción del embarazo. Pero en el camino, deben lidiar con los recursos de amparo presentados por terceras personas que nada tienen que ver con ellos pero que, sin embargo, se involucran en el asunto por estar a favor de la vida.

#### **IV.10. Debates generados en torno a una política pública:**

La aprobación de la Ley 25673 en el año 2002 fue sumamente dificultosa desde sus inicios. El proyecto de Ley fue presentado en 1995 y obtuvo media sanción de la Cámara de Diputados, pero perdió estado parlamentario en 1997 debido a las continuas presiones para frenar la iniciativa por parte de la Iglesia Católica y el Poder Ejecutivo, que hizo todo lo posible porque el bloque oficialista rechazara la iniciativa.



Recién en el año 2001 la Cámara de Diputados volvió a darle media sanción y la Cámara de Senadores lo hizo en octubre de 2002.

No obstante, diversos grupos minoritarios realizaron diversas presentaciones en juzgados del país para frenar la implementación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable creado por la Ley 25673, así como también pretendían lograr la inconstitucionalidad de dicha ley.

Estos grupos se oponían a la prescripción de métodos anticonceptivos a los menores de edad y a la anticoncepción de emergencia.

El Ministerio de Salud apeló los fallos que dieron lugar a los pedidos de ampara para frenar la aplicación de la Ley 25673 con resultados positivos, pues la Cámara Federal de Córdoba en el recurso de ampara presentado por el gobierno nacional hizo lugar al mismo por considerar que no puede tratarse de inconstitucional una ley nacional que fue, en su momento, ampliamente discutida en el Parlamento, y que a su debido tiempo quedó claro que la misma no iba en contra de la Constitución Nacional.

Sin embargo, ante diversas presentaciones en distintos juzgados del país, la Justicia no siempre adoptó una posición favorable a la aplicación de la Ley 25673.

Un tema conflictivo durante el año 2002 fue la prescripción y venta de los anticonceptivos de emergencia, comúnmente conocidos como “píldoras del día después”. Hubo presentaciones judiciales en contra de este medicamento por considerarlo abortivo. La misma Suprema Corte de Justicia de la Nación prohibió en marzo de ese mismo año, la venta de la pastilla en cuestión afirmando que debería considerarse abortivo todo método que impidiera el anidamiento del óvulo. El Ministerio de Salud de la Nación apeló el fallo, el cual no tuvo consecuencias porque se refería a un medicamento específico que, al momento de la sentencia, ya no se hallaba en el mercado.

Las voces contrarias al fallo del máximo tribunal no se hicieron esperar. Mujeres de todos los sectores, nucleadas en diversas organizaciones, protestaron públicamente contra la sentencia. Incluso el

escenario del debate se trasladó a los medios que trataron el tema desde diversos ángulos contando con la palabra de especialistas, médicos, legisladores y sectores de la Iglesia Católica.

La sociedad en general también tuvo la oportunidad de volcar su opinión en un sondeo realizado por el Instituto Social y Político de la Mujer en diciembre de 2002<sup>12</sup>. Se tomó una muestra de 1025 casos y se llegó a la conclusión de que más del 50% de los ciudadanos consultados habían escuchado hablar de la “píldora del día después” pero no todos sabían bien de que se trataba. Asimismo, el 71% estaba a favor de que se distribuyera gratuitamente en los centros de salud, y sólo el 4% consideraba que debería estar prohibida.

En su libro “Salud, derecho y opinión pública” Mónica Petracci da cuenta de un estudio de opinión pública sobre salud reproductiva realizado por tres organizaciones de la sociedad civil –Cedes, Cels y Feim- en el contexto de las presentaciones judiciales generadas para impedir la implementación del PNSS y PR creado por la Ley 25673,

El estudio se realizó en el año 2003 a 303 personas residentes en la Ciudad de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires para saber si las políticas públicas en salud reproductiva y las nuevas medidas que se fueron tomando continuaban teniendo un fuerte consenso en la sociedad. Para ello se indagaron los siguientes temas: el estado de opinión sobre los objetivos y propósitos del PNSS y PR y sobre diversas temáticas de salud reproductiva, tales como: derechos sexuales y reproductivos, salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes, educación sexual, VIH/SIDA y provisión de dispositivos intrauterinos.

Casi la totalidad de la muestra estuvo de acuerdo con los objetivos y pronósticos del PNSS y PR. Incluso se expresaron a favor de la educación sexual a los/las adolescentes y de su incorporación a los planes de estudio de las escuelas. También se mostraron de acuerdo en cuanto a que las mujeres y los varones tengan la posibilidad de decidir libremente cuántos hijos tener y cuándo.

---

<sup>12</sup> Instituto Social y Político de la Mujer (2003): Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos. Primera encuesta nacional sobre anticoncepción de emergencia, Buenos Aires.

La mayoría de los casos consultados se mostró a favor de la provisión de anticonceptivos en hospitales y de la implementación de campañas de prevención de VIH/SIDA destinadas a los/las adolescentes.

Empero, los debates y controversias en torno a la implementación del PNSS y PR continúan produciéndose en la actualidad cuando surgen en los medios algún caso relacionado con estas cuestiones.

El tema del aborto es sumamente conflictivo. Si bien no se lo nombra explícitamente en el PNSS y PR, indirectamente se lo considera y trata de evitar a través de la prevención. Todos los objetivos propuestos en el programa apuntan en esa dirección. Mediante la información, el asesoramiento y el acceso a métodos anticonceptivos se intentan prevenir embarazos no deseados que, ulteriormente, pueden desembocar en abortos clandestinos con el consiguiente riesgo de muerte materna.

La controversia surge cuando diversos sectores alineados con la Iglesia Católica desestiman incluso el acceso a la información en materia de sexualidad y procreación. Consideran a todos los métodos anticonceptivos como abortivos (excepto los de abstinencia y dentro del matrimonio) y se niegan a brindar educación sexual a los adolescentes en las escuelas. Si lo hacen, la información impartida es parcial y deja de lado muchos aspectos que hacen al ejercicio de una sexualidad plena y libre. Consideran que toda persona sólo debe mantener relaciones sexuales dentro del matrimonio y evitar los embarazos mediante la abstinencia.

Si bien estos principios sostenidos y divulgados por la Iglesia son de un alto valor moral y deseable para todos, lo cierto es que la realidad que se vive hace casi imposible el ejercicio de estos postulados. Las parejas, en muchas ocasiones, no son duraderas y sus integrantes prefieren convivir en concubinato a casarse. Y sería necio negar el hecho de que la mayoría de las veces, las relaciones sexuales no se ejercen con fines reproductivos.

Los tiempos cambian, así como las costumbres, y cada persona tiene derecho a elegir la forma como quiere vivir. Ningún sector puede

imponer sus creencias ni juzgar las elecciones de los demás. Tampoco puede impedir la implementación de una Ley ni obstaculizarla porque la misma no coincide con su visión ni con su credo. El PNSS y PR sólo pretende prevenir a través de la información. No obliga a ninguna persona a nada. Cada uno es libre de decidir qué hacer con su sexualidad de acuerdo a sus convicciones.

A siete años de la promulgación de la Ley 25673 y de la implementación de su programa, diversos sectores continúan interponiendo recursos de amparo contra la distribución del anticonceptivo de emergencia en hospitales y centros de salud por considerarlos abortivos. Este anticonceptivo fue incorporado al PNSS y PR en marzo de 2007 por el Ministerio de Salud de la Nación, el cual comenzó a distribuirlo en forma gratuita en hospitales de todo el país.

Los fallos de la Justicia no siempre son favorables a la implementación de la Ley 25673. En muchas ocasiones fallan a favor de grupos u organizaciones católicas. Como ocurrió en el año 2008, cuando la ONG “Portal de Belén”, realizó una demanda contra la Provincia para que dejara de distribuir la anticoncepción hormonal de emergencia en hospitales y centros sanitarios. La justicia cordobesa hizo lugar al pedido. Y la ministra de salud de la nación decidió apelar el fallo por considerarlo “sin fundamentos” ya que según la misma, “no hay evidencia científica de que sea abortiva”

El 3 de julio de 2002, el Diario Clarín publicó una editorial en la que se afirmaba que *“garantizarle a toda la población el derecho a la salud reproductiva y al ejercicio de una paternidad responsable es una obligación básica del Estado. Sin embargo, aún es preciso remover muchos obstáculos para hacerlos efectivos”*<sup>13</sup>.

Hoy, a más de 7 años de esa editorial, continúa siendo una asignatura pendiente.

---

<sup>13</sup> Clarín (2002) “El resguardo de la salud reproductiva”, editorial del 3 de julio.

## **Contexto económico anterior y posterior a la promulgación de la Ley 25673:**

La Argentina, luego de la crisis desatada en diciembre de 2001 vivió tiempos de zozobra. En aquellos momentos, el FMI condicionó su ayuda en créditos a un fuerte recorte presupuestario. Asimismo, el Ministerio de Economía impidió a los ciudadanos retirar su dinero de los bancos (el famoso y polémico “corralito”). Esto provocó malestar social y los argentinos decidieron salir a las calles. La situación se volvió incontrolable y en diciembre de 2001 se decretó el estado de sitio. La policía reprimió y murieron muchos ciudadanos, lo que obligó al entonces presidente Fernando De la Rúa a presentar su renuncia.

A partir de ese momento, se sucedieron varios mandatarios, algunos de los cuales sólo duraron días en el sillón de gobierno. Nadie parecía capaz de controlar el estallido social: saqueos a comercios, manifestaciones en todo el país, huelgas, cacerolazos, piquetes y descontento generalizado.

Las consecuencias de todo ello alcanzaron no sólo a los sectores más pobres sino también a la clase media, que se vio cada día más empobrecida. A diario muchos trabajadores perdían sus empleos o precarizaban su nivel de vida debido a los continuos recortes salariales de que eran objeto para no desemplearlos.

Con los despidos, muchos trabajadores quedaron sin cobertura médica y debieron recurrir a los hospitales públicos. El sistema de salud se vio desbordado y no era capaz de cubrir tanta demanda.

También es necesario recordar que, antes de la promulgación de la Ley 25673, el suministro de información y de métodos anticonceptivos en los diversos centros de salud del país era irregular y escaso. Incluso variaban de acuerdo a las jurisdicciones y a las partidas presupuestarias que recibían. Las mujeres provenientes de los sectores más pobres y de escasa instrucción resultaban ser las más afectadas.

Luego de continuos y extensos debates, la Ley 25673 fue sancionada y promulgada en el año 2002. La misma creó en el 2003 el

PNSS y PR y brindó un marco legal a los derechos sexuales y reproductivos. (Ver Anexo II).

Le cupo al gobierno de Néstor Kirchner la implementación del Programa a través del Ministerio de Salud de la Nación. Tarea nada sencilla si consideramos que el país todavía sentía los efectos de la crisis desatada en diciembre de 2001. Si bien el gobierno anterior de Eduardo Duhalde estabilizó, en parte, la economía, la crisis social aún continuaba.

Con el gobierno de Fernando De la Rúa también se derrumbaba la convertibilidad, implementada por el Ministro de Economía del gobierno de Carlos Menem, Domingo Cavallo, allá por el año 1991. La Ley de Convertibilidad equiparaba 1 a 1 el peso argentino con la moneda estadounidense –el dólar-. Si bien dicha política económica fue efectiva durante los primeros años del gobierno menemista, se necesitaba del ingreso de divisas para sostenerlo. En un principio, el dinero lo aportaban las privatizaciones de empresas estatales. Pero cuando el mismo comenzó a escasear, el país se endeudó para mantener esta política económica. El gobierno de De la Rúa profundizó el endeudamiento y la inestabilidad económica se reflejó en los constantes cambios de los responsables del Ministerio de Economía.

A pesar de todos los intentos, la crisis se hizo insostenible en noviembre de 2001 por el masivo retiro de los depósitos bancarios por parte de los grandes inversionistas. El sistema bancario colapsó por la fuga de capitales y el Ministerio de Economía impuso una nueva política económica para contrarrestarlo. Se restringió el retiro de los depósitos bancarios –a esta política se la conoció popularmente como “corralito”- y la reacción de la gente, sobre todo de la clase media, no se hizo esperar. La crisis económica desembocó también en una crisis política que terminó en diciembre de 2001 con la renuncia y posterior huida en helicóptero del Presidente Fernando De la Rúa.

En materia económica, el Presidente elegido por los argentinos en 2003, Néstor Kirchner, mantuvo a Roberto Lavagna en el Ministerio de Economía. El mismo fue designado por el anterior gobierno de Eduardo

Duhalde y su gestión se caracterizó por la salida del país de la convertibilidad pero sin salir del neoliberalismo.

Los índices de desempleo disminuyeron debido a que, entre otras cosas, se sumó a la categoría de “trabajadores ocupados” a aquellos que reciben un modesto subsidio de desempleo, y a los que se incorporaron a diversos planes sociales.

Asimismo, el gobierno mantuvo largas negociaciones con el FMI y no dejó de cumplir con las obligaciones contraídas con los organismos multilaterales de crédito.

En diciembre de 2007, asume la presidencia de la Nación la señora Cristina Fernández de Kirchner, esposa del anterior presidente. Lo hace en un contexto de inflación y de una crisis institucional en el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). El mismo es duramente cuestionado por la verosimilitud de sus índices de costo de vida, que estarían muy por debajo de aquellos calculados por diversos estudios privados.

A pocos meses de su asunción como presidenta, el Ministro de Economía Martín Lousteau anuncia un nuevo sistema de retenciones móviles a las exportaciones de cuatro productos y sus derivados: soja, girasol, maíz y trigo. De esta forma, se incrementó la tasa de retención sobre los dos primeros y se redujo levemente la misma sobre el maíz y el trigo. Descontentos por estas medidas, las cuatro organizaciones que nuclear al sector empleador de la producción agro-ganadera en Argentina, anunciaron el 13 de marzo un paro con cortes y bloqueos de rutas por 129 días. El conflicto se agravó y las organizaciones decidieron que el paro continuara por tiempo indeterminado hasta que el gobierno dejara sin efecto las medidas adoptadas.

El paro del campo generó desabastecimiento de alimentos y combustible en gran parte del país. El comercio nacional e internacional se vio afectado. Y la presidenta se mostró intransigente afirmando que no negociaría hasta que las medidas de fuerza fueran levantadas.

Si bien gran parte de la sociedad apoyó las medidas en un comienzo, con el transcurrir de los días empezó a sentir el

desabastecimiento y el aumento de los precios producto de la escasez. Así, los ciudadanos se manifestaron a favor y en contra del sector agropecuario e, incluso, llegaron a enfrentarse entre sí.

El Ministro de Economía, Martín Lousteau, renunció durante el conflicto. Pero la crisis en el gobierno se intensificó e hizo evidente cuando la presidenta Fernández envió al Congreso, en junio de 2008, un proyecto de ley sobre las retenciones a las exportaciones de granos y las compensaciones a los pequeños productores. Sería el Poder Legislativo el que resolvería la situación.

El 17 de julio, la Cámara de Senadores rechazó el proyecto en una votación que fue desempataada por el voto negativo del Vicepresidente de la Nación Julio César Cobos.

Al día siguiente la presidenta Cristina Fernández ordenó dejar sin efecto la Resolución 125. El campo levantó las medidas de fuerza, pero sólo por un tiempo.

Ese voto negativo produjo una ruptura entre la primera mandataria y el vicepresidente de la Nación. Para muchos sectores, dentro y fuera de gobierno, Julio Cobos pasó a formar parte de la oposición, aún sin dejar de ocupar la vicepresidencia.

El 2008 fue también el año en que se desató una crisis económica mundial con epicentro en Estados Unidos. Argentina sintió su efecto debido al aumento exponencial del precio internacional de los granos que provocó el conflicto del campo cuando las organizaciones de productores agropecuarios se opusieron a un alza de las retenciones a las exportaciones.

Para morigerar los efectos de la crisis, la Presidenta Fernández anunció en noviembre de 2008 un plan anticrisis que incluía, entre otros puntos, la creación de un Ministerio de Producción, moratoria tributaria, blanqueo y repatriación de capitales, créditos públicos a bajo interés en electrodomésticos y automóviles y Plan de Obra Pública para duplicar los puestos de trabajo en el sector y bajar el desempleo.



A fines de marzo de 2009, un diario platense de gran tirada, publicó una nota firmada<sup>14</sup> en la que se delinearon algunas tendencias:

- El enfriamiento de los niveles de actividad. Retroceso en la industria y el campo, con excepción de las empresas de alimentación.
- La continuación del conflicto con el campo sin señales de una superación definitiva.
- Sequías en diversas provincias con la consiguiente disminución de las cosechas y aumento de la mortalidad de animales (pérdidas muy altas en la producción agropecuaria).
- Temores del mercado sobre la solvencia fiscal de la Argentina.
- En el tema empleo, una encuesta del SEL sobre las empresas más importantes indica que si bien no hay un proceso de despido masivo, la mayoría ya no toma personal.

En este contexto económico el Estado debe ser capaz de generar las condiciones necesarias para que la Ley 25673 sea cumplida y su Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable sea aplicado en todo el territorio argentino, sin excepciones.

---

<sup>14</sup> Diario El Día, en Tendencias: “Un salto hacia delante, con la crisis de trasfondo”, por Ricardo Rosales, 29 de marzo de 2009.

## **CAPÍTULO V:**

### **Hospital Horacio Cestino:**

#### **V.1. “Nace el Hospital Horacio Cestino de Ensenada”:**

El 4 de junio de 1943 el Ejército depuso al gobierno de Ramón S. Castillo, presidente desde el año 1940, cuando el entonces presidente Roberto M. Ortiz debió renunciar por cuestiones de salud.

El gobierno militar fue encabezado sucesivamente por los generales Pedro Pablo Ramírez y Edelmiro J. Farrell.

Por esos años, la ciudad de Ensenada no contaba con un centro hospitalario acorde con el desarrollo alcanzado por su población. Por esta razón, las autoridades designadas por el nuevo gobierno en el ámbito local proyectaron la construcción de un edificio que contaría con la infraestructura necesaria para desempeñarse como hospital.

Para tal efecto se conformó una comisión vecinal presidida por el Señor Manuel Luis Bianchi que ultimaría todos los detalles para cumplir con tal objetivo.

El sábado 21 de julio de 1945 se colocó la piedra basal del nuevo nosocomio y se lo denominó “Horacio Cestino” en honor a un ciudadano muy querido por la ciudad y que había fallecido dos años antes. El mismo había sido farmacéutico y uno de los fundadores, en el orden local, del partido radical.

Recién el 30 de noviembre de 1948 pudo inaugurarse el hospital con grandes festejos. Incluso se mandaron invitaciones personales a diversas familias influyentes. En las mismas se deban indicaciones acerca del lugar en el que la población debía concentrarse para recibir al entonces gobernador de la provincia Coronel Domingo A. Mercante.

Posteriormente, en 1967, se duplicó la superficie del hospital con obras de remodelación y ampliación, gestión encabezada por el entonces Director del nosocomio, Nicodemo Scenna y por la Cooperadora del hospital.

## **V.2. “La decadencia y recuperación del Hospital Horacio Cestino”:**

Durante los años `90, el Hospital Cestino comenzó a mostrar evidentes signos de deterioro edilicio. La falta de inversiones en el mismo llevó a que los servicios prestados se vieran encarecidos. Esta situación se vio empeorada por el hecho de que, en Ensenada, eran escasos los centros de atención primaria –salitas barriales-. Y los pocos existentes no contaban con el mínimo equipamiento necesario para la atención de la población. En muchos casos, sólo había un profesional en algunos horarios que se dedicaba exclusivamente a diagnosticar a los pacientes que acudían al centro con algún síntoma específico. Luego lo derivaba al hospital para su tratamiento.

Tampoco contaban con el espacio necesario para albergar a varios pacientes que debían esperar para ser atendidos. No tenían mobiliario ni personal suficiente, mucho menos medicación para el tratamiento. No es un dato menor el hecho de que a estos centros concurren personas de escasos recursos que no cuentan con dinero para costear medicamentos.

Sin salitas barriales y con el único hospital en pésimas condiciones edilicias, la situación sanitaria de la población era, cuanto menos, preocupante.

Este panorama comenzó a revertirse a partir del año 2003. Con una nueva gestión en el municipio, la ciudad entera fue protagonista de múltiples cambios. Se mejoraron diversas obras, se invirtió dinero en salud, acción social, seguridad, turismo, deporte, espectáculos. Se asfaltaron calles, se reacondicionaron espacios públicos, se construyeron nuevos inmuebles tales como el Centro de Gestión Municipal, unidades sanitarias, centros comunitarios y viviendas enmarcadas en planes sociales, entre otros.

Específicamente, la Municipalidad de Ensenada recibió en el año 2006 cerca de 3 millones de pesos en un crédito que fue otorgado por el gobierno de la Provincia de Buenos Aires para destinarlo

íntegramente a obras de remodelación y ampliación en el Hospital Cestino.

Asimismo, para evitar la saturación y centralización del hospital, se reacondicionaron y crearon unidades sanitarias barriales. Las mismas fueron equipadas íntegramente para mejorar las condiciones de atención de la población.

Estos centros de salud tienen como eje rector la atención primaria, es decir, deben acentuar la prevención y promoción de la salud para descomprimir la asistencia en el hospital.

### **V.3. El Hospital Horacio Cestino, hoy:**

El Hospital Horacio Cestino está ubicado en las calles San Martín entre Perú y La Paz (ex Estados Unidos) de la ciudad de Ensenada. El mismo ocupa tres cuartos de manzana y tiene dos plantas. Asimismo, frente a él se encuentra otro inmueble que fue reacondicionado para que funcionen otras dependencias del nosocomio.

El edificio está íntegramente construido de material y su fachada muestra ladrillos a la vista pintados de color bordó. Se ingresa a los consultorios externos por la calle San Martín. Así como también acceden por ella al interior del predio las ambulancias y automóviles del personal del hospital.

Todo el frente fue modificado en el año 2006. Se instaló una rampa para el ingreso de personas con dificultades motrices y se acondicionaron nuevos consultorios en el edificio que se encuentra frente al hospital.

Lo primero que se observa antes de ingresar es un busto de bronce de Horacio Cestino, ciudadano reconocido por la ciudad y del que se tomó el nombre para denominar al nosocomio en su homenaje.

En el hall de entrada se ubica el mostrador de informes, SAMO –que es el encargado de entregar los números a las personas para su atención en las distintas áreas-, una oficina de curso de pre parto, los baños y una cartelera en la que, no sólo se colocan afiches del hospital, sino que también la gente pega carteles de diversa índole (casa de comidas, recitales, cursos de diverso tipo, etcétera).

Por un pasillo se accede a todas las oficinas de tipo administrativas del nosocomio: la Dirección, Administración, Área Legal, Personal, Cooperadora, Estadística, Contaduría y Compras.

Y por otro pasillo se encuentran los consultorios y Servicio Social: Cirugía, Clínica Médica, Cardiología, Traumatología y Ortopedia, Medicina Física y Rehabilitación, Junta Médica Descentralizada, Pediatría, Endoscopia, Servicio de Hemoterapia y Hematología, Laboratorio, Farmacia, Ecografía y dos salas de Radiología. También está Cocina y Mantenimiento.

Luego de ingresar al pasillo, se encuentra un cartel de señalización que indica los ascensores y las dependencias del primer piso: salas de parto y post parto, quirófanos para internaciones y para partos, Enfermería, Consultorio de Colposcopia (PAP), Toco ginecología y Ginecología. También están los baños para las parturientas.

En este primer piso hay una ausencia total de cartelería e información gráfica visual. Sólo se observa una hoja A4 impresa en computadora indicando los días de atención para ginecología y obstetricia adolescente.

No se pudo advertir en todo el hospital información y/o cartelería sobre salud sexual y procreación. Ni siquiera en las áreas específicas que tratan esta temática (Ginecología y Colposcopia).

Lo que sí pudo observarse es el personal de seguridad que recorre los pasillos durante todo el día e impide que los mismos se congestionen con los usuarios que esperan fuera de los consultorios. Continuamente interpelan a la gente para conocer el motivo de su presencia en el hospital. Su presencia es mayor en las salas de las parturientas pues no se permite la visita de familiares fuera del horario indicado para hacerlo.

#### **V.4. La ciudad de Ensenada:**

Ensenada es una pequeña ciudad en vías de crecimiento. Tiene una población de más de 50.000 habitantes y comprende, además, dos distritos: Punta Lara y El Dique.

Tiene un solo hospital para atender a sus ciudadanos y varias unidades sanitarias – o salitas barriales- ubicadas en los principales barrios.

Existen varias escuelas públicas y privadas; hay espacios de recreación, teatro, bibliotecas, comercios y servicios de transporte, luz, agua, cloacas, gas, telefonía y cable.

Hay varias empresas de grandes dimensiones tales como Astillero Río Santiago, Repsol YPF, Siderar- Techin, el puerto, Zona Franca, Copetro.

Desde hace tiempo las autoridades municipales mantienen conversaciones que suelen derivar en conflictos con estas empresas porque las mismas no siempre mantienen su promesa de otorgar fuentes laborales a los habitantes de Ensenada. Es muy frecuente que cubran los puestos con personas provenientes del interior e incluso de otros países.

Por tales motivos son muchas las familias que viven de planes sociales otorgados por la Municipalidad a través de Coordinación, Administración y Seguimiento de Planes de Empleo y Acción Social.

El Hospital Cestino se encuentra ubicado en el centro de la ciudad, pero al mismo asisten personas provenientes de los barrios más cadenciados y ubicados a mayor distancia; sobre todo de Punta Lara, que cuenta únicamente con dos unidades sanitarias.

Hasta el año 2003 Ensenada era una ciudad muy deteriorada por falta de mantenimiento e inversiones. Esta situación se revirtió cuando asumió en el municipio una nueva gestión. Los cambios se hicieron evidentes para todos sus habitantes.

En el marco del Programa de Remodelación de espacios públicos se reconstruyó íntegramente la plaza principal de la ciudad, Plaza Manuel Belgrano. También se realizaron trabajos en las plazas

Hipólito Yrigoyen de Punta Lara, Soberanía Nacional, de Barrio Autonomía y San Martín, en el casco urbano. Se reforestaron e instalaron tuberías para desagües, se incorporaron nuevos bancos, bebederos, luminarias, veredas, pisos y juegos infantiles.

En respuesta a las demandas de los vecinos se puso en marcha y finalizó un plan de veredas en distintos barrios con la construcción de 65.000 metros cuadrados, así como también se realizaron trabajos de asfalto y repavimentación. Se instalaron 1500 columnas de alumbrado público y se repararon las luminarias ya existentes.

En lo que respecta a la salud pública se construyó un nuevo centro de salud pública en Punta Lara, provisto de cuatro consultorios para atención primaria, farmacia, sala de espera, oficina de administración, depósito, sala de máquinas, sanitarios para todo público y para discapacitados, estacionamiento interno y aparatología de última generación.

Uno de los logros más grande fue sin duda el crédito de más de 3 millones de pesos que el Gobierno de la Provincia otorgó al Municipio para remodelar el Hospital Cestino.

En El Dique se finalizaron las obras de construcción del Centro de Integración Comunitario (CIC) ideado como un lugar de integración para la comunidad. Entre sus funciones está la de desarrollar acciones integradoras de las instituciones ensenadenses, realizar acciones de prevención, promoción, asistencia y rehabilitación de la salud, atención y contención de casos sociales, aportar información y orientación a grupos vulnerables –adictos, ancianos, niños y adolescentes-, apoyo a iniciativas de desarrollo social y comunitario, entre otras.

Otro compromiso asumido y puesto en marcha se dio en el marco del Plan Federal de Viviendas, a través del cual se construyeron 244 viviendas tipo dúplex destinadas a familias de escasos recursos económicos, y llevados adelante por desocupados integrantes de planes sociales.

Una problemática vivida en la ciudad se refiere a la falta de empleo por parte de los jóvenes. Para revertir esta situación se creó el Complejo de Producción para la capacitación laboral de este sector tan vulnerable. En el mismo se desarrolló el área denominada Escuela de Oficios orientada a tres especialidades: soldadura, caldería y oxigenación.



## CAPÍTULO VI:

### El Programa de Salud Sexual en el Hospital Cestino

**Objetivo A del PNSSyPR:** "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":

Este objetivo, el primero contemplado en el PNSSyPR creado por la Ley 25.673, es muy ambicioso, ya que está pensado a largo plazo. Desde el Hospital Cestino advierten que no sólo depende de ellos la tarea de brindar a la sociedad las herramientas necesarias para que eleven el nivel de salud sexual y procreación responsable. Esta es o debería ser una función compartida con el sector educativo y la familia desde los más tempranos niveles.

Al respecto, el ginecólogo Javier Camio advierte:

***“es un gran aporte en este sentido, la sanción de la Ley 26.150 que crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral”***

En otras palabras, la obligatoriedad por parte de las escuelas, de brindar educación sexual a sus alumnos.

***“No se puede pretender que una mujer que realiza una primera consulta en Ginecología y que no tiene ideas correctas acerca de la temática sexual y reproductiva, salga del consultorio teniendo todo resuelto por haber mantenido una breve charla con el profesional médico. No se puede revertir en un solo día una situación de desconocimiento total del tema”. (Dr. Javier Camio)***

El Hospital público, para poder revertir muchas de las ideas y prácticas equivocadas acerca de la sexualidad y de la reproducción, debe trabajar conjuntamente con otras instituciones tales como la escuela y la familia. Al respecto, no se puede omitir una realidad que entorpece y retrasa los avances en materia de salud sexual y procreación: por ejemplo, la postura de la Iglesia Católica y de otras religiones, así como también diversos sectores sociales que, sistemáticamente, obstaculizan todo adelanto en este sentido.

Hay una reticencia por parte de las escuelas católicas a acompañar en este proceso de concientización y de difusión real y total de información en lo que respecta a sexualidad y reproducción. En gran parte se niegan a impartir educación sexual respetando los lineamientos curriculares aprobados por ley. No concuerdan con muchas ideas por considerarlas contrarias a sus prácticas y credos. Por esta razón, la información que se les brinda a los alumnos es parcial y deja afuera muchas cuestiones de vital importancia para vivir una sexualidad plena y responsable.

En cuanto al rol de la familia, resulta muy común que los progenitores lleven a sus hijas a la consulta para que el profesional les dé una charla de sexualidad

***“Muchas veces son las madres las que traen a sus hijas a la consulta; a veces, casi por la fuerza. Me ha pasado de atender a una chica que fue traída del brazo por la madre para que yo verificara un posible embarazo. Cuando hablé con la adolescente constaté que había cero diálogo con sus padres y que había tenido su período hacía tres o cuatro días. Y la madre ni enterada” (Dr. Javier Camio)***

Las pláticas entre padres e hijos acerca de temáticas sexuales deberían ser la norma. Pero para que tales charlas sean posibles resulta necesario un ambiente de confianza, contención y afecto. Cuando el diálogo entre padres e hijos no existe se suele recurrir a la ayuda profesional. Tal es el caso de las charlas de educación sexual, una temática que, para muchos, continúa siendo tabú.

***“(…) y los médicos terminamos haciendo un poco de psicólogos: escuchamos a las madres que no entienden a sus hijas y a las hijas que están cansadas de los reproches de las madres. Y entre ambas posturas tenemos que ejercer nuestra profesión” (Dr. Javier Camio)***

En este aspecto hay una gran discrepancia entre lo que sostienen los médicos y lo que expresaron los usuarios en las encuestas. Según los profesionales de la salud el diálogo hacia el interior de la familia respecto a salud sexual es casi nulo. Sin embargo, la mayoría de los consultados afirmó que es en la familia en donde

recibió educación sexual. Y el hospital figura en último lugar, incluso después que el ámbito educativo.

Para los médicos del nosocomio cada consulta debe ser aprovechada al máximo. Dedicar un gran tiempo al asesoramiento en materia de métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de todo tipo. No todos los usuarios son iguales; en base a los estudios realizados se les recomienda un método u otro.

Si bien es cierto que este primer objetivo del PNSSyPR se dirige a toda la población, en la práctica concreta el programa y la ley tienen como destinataria exclusivamente a la mujer. En ninguna parte del Programa se nombra a los hombres, a diferencia de la Ley 418 sancionada para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que los nombra explícitamente (Véase Anexo I y II)

Si bien los hombres son partícipes necesarios en toda cuestión referida a salud sexual y procreación, en la práctica sólo son las mujeres las que se acercan al hospital para realizar consultas ginecológicas, solicitar información en materia de anticoncepción y realizarse los análisis pertinentes para confirmar o descartar la presencia de ETS. Por lo tanto, es a este grupo al cual se le presta mayor atención. Esto pudo comprobarse cuando se realizaron las encuestas; de un total de 300, sólo 21 fueron realizadas por hombres y ninguno se acercó a solicitar en algún momento información o a asesorarse acerca de los métodos existentes para prevenir embarazos y ETS. Incluso muchos se negaron a completar las encuestas; los hombres fueron reacios en su mayoría a hacerlas.

Resulta una obviedad afirmar que para que el hospital pueda colaborar con el derecho de las parejas a disfrutar de una vida sexual y reproductiva plena y sin riesgos, es necesario que el Estado cumpla con su rol y garantice los recursos necesarios para cumplir con las políticas sanitarias existentes. Obligación que, actualmente, no está cumpliendo. Por lo tanto las parejas no son libres de elegir cómo y cuándo tener hijos, o el método que consideren mejor para evitar embarazos no deseados.

Específicamente, la estrategia implementada por el Hospital Cestino para cumplir con este primer objetivo delineado en el PNSSyPR consiste en asesorar a las usuarias –mediante información y entrega de métodos anticonceptivos, así como también a través de la realización de análisis clínicos- en todo lo relativo a salud sexual y procreación. Básicamente esta estrategia se desarrolla en el consultorio de Ginecología conjuntamente con el área de Colposcopia, que es la encargada de realizar los papanicolau (PAP)

La usuaria debe concurrir a varias consultas y realizarse algunos estudios para que el profesional médico cuente con la información completa que le permita elaborar un diagnóstico del estado general de su salud. Si los estudios no presentan irregularidades el ginecólogo asesora a la usuaria acerca de los métodos existentes para prevenir embarazos y ETS y luego de estudiar la situación particular de la misma y de considerar las ventajas y desventajas de cada método, le entrega el que considera que debe utilizar, siempre y cuando cuente con anticonceptivos en el consultorio.

Si los estudios presentan irregularidades vuelve a solicitar nuevos análisis.

Esta estrategia por sí sola, no alcanza para cumplir con un objetivo tan amplio y de largo plazo. Es necesario trabajar conjuntamente con otras instituciones. Así lo entienden desde el nosocomio y aseguran que lo óptimo sería emprender acciones con las escuelas de la zona.

***“Alguna que otra vez algunos maestros se acercaron a hablar para que demos charlas a los alumnos sobre salud sexual, pero fueron hechos puntuales y aislados, sin continuidad en el tiempo”  
(Dr. Javier Camio)***

Es evidente que tanto los médicos como los usuarios coinciden en la necesidad de impartir educación sexual en las escuelas. De las personas encuestadas, 279 se mostraron a favor de ello. Y 154 consideraron que lo mejor es hacerlo desde el nivel primario.

También se estudia la posibilidad de dar charlas abiertas a la comunidad

***“se viene pensando desde hace tiempo. La idea es dar charlas abiertas sobre “sexualidad y adolescencia”, haciendo hincapié en la prevención de embarazos no deseados y de ETS” (Dr. Javier Camio)***

Esta inquietud surgió en el Hospital luego de que, desde el sector de Ginecología, se advirtiera un crecimiento de la cantidad de embarazos adolescentes, así como una baja en la edad promedio de iniciación sexual de los chicos y las chicas –alrededor de los 13 años de edad-.

Este primer objetivo del PNSS y PR, que en realidad reúne a todos los demás objetivos propuestos, no puede pensarse al margen de la educación. La misma se constituye en una herramienta fundamental a la hora de generar conciencia en la sociedad sobre la salud sexual y la procreación.

Ninguna persona puede adoptar decisiones libres si no conoce sus derechos. Y para conocerlos necesita educación. Este punto es clave en toda estrategia que se vaya a implementar en el sector sanitario, cualquiera sea el objetivo que se persiga. Asimismo, tampoco puede pensarse en una política sanitaria que no desarrolle una estrategia de medios y mensajes. Pues ¿cómo se hace para revertir conductas erróneas que están tan arraigadas en la sociedad? A través de la comunicación: dialogando, difundiendo ideas e informaciones correctas, invitando a la comunidad a participar del proceso de cambio:

***“No te podés quedar de brazos cruzados esperando que la situación del país mejore y que el Estado resuelva todas las falencias que hoy tiene el sector salud (...) Si el ministerio no entrega insumos hay que trabajar con otra cosa; hay que capacitar a las mujeres para que adopten otras medidas.” (Dr. Javier Camio)***

A esta situación planteada por un médico del nosocomio, hay que sumarle otros dos problemas a tratar, uno que los médicos no son capacitados para trabajar en materia de prevención sexual y reproductiva, para ello se necesitaría de un gabinete de

asistencia social y, a este se le suma el hecho de que, por lo general, cuando un médico llega a intervenir, el problema ya ha sido consumado, están embarazadas o temen estarlo, es decir, ya han tenido relaciones sexuales a una edad muy temprana y sin protección.

## **Objetivo B del PNSSyPR: "Disminuir la morbimortalidad materno-infantil":**

La morbimortalidad se refiere, en este caso, a la frecuencia con que se presenta en una población dada, en un determinado período, la mortalidad materno-infantil. Es decir, la cantidad de muertes de madre y/o de hijo en un determinado tiempo y lugar.

Hay que destacar que este objetivo hace referencia, implícitamente, al tema del aborto.

Según declaraciones del ex ministro de salud de la Nación Ginés González García, publicadas en la revista Viva el 24 de julio de 2005, cuando aún estaba en funciones, en la Argentina se practican 500.000 abortos anuales, y se calcula que por cada persona que se interna debido a complicaciones post aborto, hay cinco o seis que no lo hacen. La misma fuente advirtió que en el año 2004 hubo en los hospitales un incremento del 46% de mujeres que ingresaban a los mismos para tratar las complicaciones de abortos realizados en condiciones inseguras.

La morbimortalidad materno-infantil constituye una grave problemática que, a grandes rasgos, se debe a dos factores: por un lado, a la realización de abortos clandestinos, y por el otro, a la falta de controles apropiados desde las primeras instancias del embarazo que pueden desembocar en complicaciones al momento del parto. Unido a esto, se puede hablar de las carencias económicas sufridas por muchas familias que no cuentan con los mínimos recursos para satisfacer sus necesidades básicas y que llevan a una malnutrición de sus integrantes. En el caso de los recién nacidos, la deficiencia nutricional puede conducir a la muerte.

Los médicos hablan de mortalidad materna cuando las defunciones por causas relacionadas al embarazo, parto o puerperio ocurren hasta 42 días de finalizado el embarazo, independientemente de la duración del mismo.

Para todo médico, el tema de la morbimortalidad materno-infantil constituye una problemática de difícil solución, pues da cuenta de

uno de los tópicos tabú de nuestra sociedad: los abortos clandestinos practicados en condiciones inseguras que ponen de manifiesto la desigualdad en el acceso a la salud, ya que las más perjudicadas son las mujeres más cadenciadas que no pueden acceder a prácticas seguras y con profesionales idóneos.

Al respecto, el ginecólogo Javier Camio advierte:

***“La cuestión del aborto es un tema netamente político (...) de hecho, en nuestro país constituye una práctica ilegal, a diferencia de otros países del mundo donde el mismo está legalizado desde hace muchos años (...)***

El Código Penal Argentino permite el aborto bajo determinadas circunstancias sin que dicho acto se constituya en delito, a saber:

***“si se ha hecho para evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios” (Art. 86, inc.1)***

Y

***“si el embarazo proviene de una violación o atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente “(Art. 86, inc.2).***

Aunque en estos casos la práctica del aborto no está penalizada, siguen existiendo trabas legales que impiden su realización en tiempo y forma.

Al respecto, la OMS sostiene que

***“(...) por cada 100 muertes maternas, 29 se deben a abortos (...)”  
(Página 12. 20/03/2002)***

Y desde el Hospital Cestino, el Doctor César Arias afirma que

***“existen muchos sectores que ni siquiera permiten un debate público y serio acerca del aborto”***

Sin ir más lejos, en el año 2008 ingresaron al Congreso de la Nación más de una docena de proyectos de ley sobre aborto, los cuales intentan garantizar el acceso de las mujeres a las prácticas de aborto permitidas por el Código Penal Argentino sin penas para la mujer que los



solicita y para el profesional médico que lo realiza. A la fecha, aún continúan en el Congreso sin ser debatidos.

Por tratarse de un tema delicado para toda la sociedad, resulta sumamente difícil implementar una estrategia desde el hospital para disminuir la morbimortalidad materno-infantil que resulte efectiva. El área que se encarga específicamente de esta problemática es Toco ginecología, que tiene a su cargo el control y monitoreo de la gestación, el parto y el puerperio. Ginecología sólo verifica el embarazo y luego lo deriva.

Desde el área afirman que

***“falta mucha educación en la sociedad en lo que se refiere a salud sexual y procreación” (Dra. Alba Stagnaro, Jefa del Área de Toco ginecología)***

Muchas mujeres llegan al consultorio en el quinto o sexto mes de gestación a hacer su primera consulta. Esto puede tener consecuencias irreversibles si el embarazo tiene complicaciones desde el inicio. Pero las mujeres en esta situación parecen no comprender la gravedad del hecho.

***“muchas (mujeres) no son conscientes de la importancia que tiene tanto para ellas como para sus bebés, la consulta temprana (...) (Dr. Javier Camio)***

La estrategia implementada por el área de Toco ginecología para revertir esta situación consiste en la implementación de un control riguroso del embarazo para seguir su evolución. Se solicita a las futuras mamás toda una serie de análisis y estudios de sangre, orina, ecografías y monitoreos para conocer el estado de salud general de la madre y del feto. Es importante saber si la mujer se encuentra anémica, si le falta hierro, si tiene ETS o infecciones urinarias, entre otras complicaciones.

***“Si no se hacen estos controles a tiempo, el embarazo puede no terminar bien. Incluso una madre que es portadora de HIV y llega al Hospital al momento de dar a luz, tiene altas probabilidades su bebé de nacer con la enfermedad (...). Estas situaciones son más***

***comunes de lo que la gente cree, y la única forma de terminar con ellas definitivamente es a través de la prevención” (Dr. César Arias)***

El PNSS y PR es un programa que apunta fundamentalmente a la prevención, razón por la cual no puede pensarse al margen de una política de comunicación que tenga como protagonista al sector salud y a la comunidad. En opinión del Dr. Javier Camio:

***“En ocasiones, el Ministerio de Salud nos envía afiches con información sobre lactancia, fiebre en infantes y calendarios de vacunación, pero no existe nada sobre la importancia de los controles pre-parto. Se enfatiza sobre el cuidado de lactantes pero primero es necesario que sobrevivan al parto tanto la madre como el hijo. Y de esto no se dice nada “***

Y la Jefa de Toco ginecología asegura que:

***“Muchas mujeres realizan consultas a partir de informaciones que leen en las carteleras sobre aspectos que les son totalmente desconocidos. Esto nos facilita el trabajo porque informamos sobre una base real de duda, a partir de una pregunta puntual”***

Las afirmaciones expresadas por los profesionales del hospital consultados, manifiesta la importancia de la comunicación y la información a la hora de diseñar una estrategia que contribuya a disminuir la tasa de morbilidad materno-infantil, pues para que el área de Toco ginecología desempeñe su tarea, primero es necesario que las mujeres embarazadas comprendan la relevancia de concurrir a la hospital para realizarse los controles desde el inicio del embarazo.

Esta instancia de comunicación entre médico y usuaria existe dentro del consultorio, cuando se realiza la primera consulta, aunque en muchas ocasiones ésta se realiza en forma tardía. Lo que no existe es una divulgación de contenidos a través de carteleras y afiches que advierta a las usuarias acerca de la necesidad vital de realizar la primera consulta al inicio de la gestación para evitar futuras complicaciones.

El hospital se constituye en un ámbito público por el que, a diario, transitan cientos de personas. Razón por la cual no puede pensarse ninguna estrategia para beneficio de la sociedad al margen de una

política de medios y mensajes. Un hospital, en gran medida, informa a través de carteleras y afiches sobre cualquier cuestión que considere relevante en materia de salud. De la confección y entrega de material informativo se encarga el Ministerio de Salud de la Nación. Y el mismo pareciera encargarse casi con exclusividad del área de Pediatría, pues no elabora material relacionado con el área de Ginecología. En contadas ocasiones se expusieron algunos carteles informativos sobre reproducción y ETS pero fueron elaborados de forma casera por el propio personal del Hospital en computadora y en hojas A4.

La implementación de controles tempranos del embarazo es una de las estrategias desarrolladas por el nosocomio para disminuir la morbimortalidad materno-infantil. La contracara más dura y preocupante de esta problemática se refiere al aborto. Y en este aspecto, no tienen soluciones, pues para enfrentarlo abiertamente primero hay que reconocerlo y trabajar en consecuencia. Lo más difícil de revertir es el hecho de que todos saben de qué se trata pero nadie lo dice abiertamente. No hay estadísticas oficiales confiables<sup>15</sup>, sólo estimaciones, lo que dificulta la implementación de estrategias.

En el Hospital Cestino nunca hubo ningún tipo de plan o proyecto que contemplara la posibilidad real de brindar información a la comunidad acerca de las consecuencias que generan las prácticas abortivas.

Desde el Ministerio de Salud sólo se recibe silencio a pesar de que, en algún momento, algunos de sus ministros –como Ginés González García- defendieron públicamente la despenalización del aborto. Según el mismo ex funcionario

***“En la Argentina hay 500.000 abortos anuales (...); se calcula que por cada persona que se interna (por complicaciones post abortos) hay 5 o 6 que no lo hacen” (Revista Viva, 24/07/2005).***

A pesar de las voces encontradas, sólo el Congreso de la Nación puede dar ese paso que se necesita para que las cosas cambien y no existan a diario tantas muertes evitables causadas por el flagelo de los

---

<sup>15</sup> En el Hospital Horacio Cestino, el Área de Estadística comenzó a computar desde hace unos años, la cantidad de ingresos al hospital por abortos. Este tipo de estadística las realiza trimestralmente.

abortos clandestinos. Si no se despenaliza, todo intento que se haga desde cualquier sector resultará insuficiente.

Desde el año 2007 el Hospital Cestino elabora internamente estadísticas de los casos de mujeres que ingresaron al nosocomio debido a complicaciones post aborto. Los pronósticos no son alentadores, pues cada año aumenta el número de ellos.

En el año 2007, por ejemplo, se contabilizaron 106 abortos, que ascendieron a 119 en el año 2008. Y ya se registraban 23 al finalizar el primer trimestre del año 2009<sup>16</sup>. Si a esto se le agrega el hecho de que, según fuentes del Ministerio de Salud de la Nación, por cada aborto registrado hay 5 o 6 que no se conocen debido a que no tuvieron complicaciones y, por lo tanto, no ingresaron al hospital para ser atendidos, el cuadro se complica.

Uno de los ítems que debían responder los encuestados era si conocían a alguien que hubiera abortado alguna vez. Para sorpresa de la tesista **todos** respondieron por sí o por no. Del total, 176 personas contestaron afirmativamente. Es decir que la mayoría sabía de alguien que había interrumpido un embarazo voluntariamente.

Hay que destacar que la morbimortalidad responde a causas prevenibles y evitables, es decir que se puede trabajar para su disminución. ¿Y cómo se previene? Con controles tempranos e información. Básicamente a través de la educación.

Todos los actores sociales tienen su cuota de responsabilidad en esto. Desde la escuela y la familia hay que educar a los jóvenes para que vivan su sexualidad de manera segura y responsable, sin correr riesgos.

Desde el Estado se debe garantizar el acceso a la salud de todos los habitantes en igualdad de condiciones. Para eso resulta necesaria la promulgación de leyes que estén acordes a los nuevos tiempos y a la realidad del país. Y desde el hospital público, se deben generar las herramientas necesarias para brindarles a los usuarios el acceso a una salud de calidad.

---

<sup>16</sup> Cifras brindadas por el Departamento de Estadísticas del Hospital Horacio Cestino en abril de 2009.

Si todos cumplieran con su parte, la situación no sería tan alarmante. Desde hace tiempo, por ejemplo, se prohibió la venta sin receta médica del medicamento Oxaprost. El mismo “es un medicamento que contiene la combinación de misoprostol y del antiinflamatorio diclofenac. El Oxaprost se utiliza para inducir un aborto dentro de las primeras 9 semanas del primer trimestre del embarazo. Se receta ampliamente para la prevención y tratamiento de la úlcera gástrica y actualmente se encuentra disponible en más de 80 países en todo el mundo. Se utiliza mayoritariamente de forma anárquica sin ningún tipo de asesoramiento médico.

El misoprostol en los países donde el aborto es legal suele emplearse como complemento para dilatar el cuello del útero en los partos y también como complemento de otras píldoras abortivas

La acción de este fármaco produce contracciones del útero, como consecuencia el útero expulsa el producto del embarazo. Tiene como posibles consecuencias calambres dolorosos, sangrado vaginal mayor al de una menstruación normal, náuseas, vómitos y diarrea, en la minoría de los casos puede producirse una gran hemorragia que deber ser atendida de manera urgente por un personal médico capacitado”<sup>17</sup>.

A pesar de que la venta de este medicamento está prohibida sin prescripción médica, muchas mujeres pueden conseguirla sin receta en algunas farmacias que privilegian el lucro por sobre la vida de las personas. Incluso suelen proporcionárselas personal de enfermería o de mantenimiento. ¿Cómo llegan a tener acceso a la medicación? Obviamente por la falta de control y por la complicidad de quienes deberían mantener a resguardo la salud pública.

Hubo un tiempo en que los médicos del Hospital Cestino comenzaron a notar la sustracción de medicamentos por parte del personal. Entonces se decidió que cada jefe de área sería el responsable de la llave de los armarios de su consultorio. Nadie más

---

<sup>17</sup> Información extraída de la página Web de Fuerza Femenina [www.fuerzafemenina.com.ar/.../oxaprost-aborto-medicamentoso](http://www.fuerzafemenina.com.ar/.../oxaprost-aborto-medicamentoso), en una nota publicada el 5 de marzo de 2007

tendría acceso a ellos. Desde ese momento, no se produjeron más sustracciones.

Si bien desde el sector médico se puede colaborar con información y evitando la extensión a los usuarios de determinadas recetas, la tarea de prevención excede sus posibilidades de actuación. El Estado es el encargado, a través de sus funcionarios, de realizar los controles en farmacias y demás comercios que se dedican a vender al público medicamentos que no son de venta libre y que, para su adquisición, requieren obligatoriamente, de una receta médica.

Inmediatamente después del parto, es el pediatra el encargado de la atención del recién nacido. Y es la madre la que se responsabiliza por la salud del bebé, pues tiene la obligación de realizarle todos los controles periódicos para constatar su estado de salud.

El área de pediatría es el que recibe la mayor cantidad de consultas del hospital –junto con la sala de guardia-, y es al que el Ministerio de Salud le presta mayor atención si se tiene en cuenta el presupuesto que invierte en soportes gráficos, además de los insumos que envía periódicamente para esa área y para el sector de vacunación encargado de aplicar todas las vacunas que los infantes necesitan los primeros años de vida.

Se pudo constatar que, a diferencia del área de ginecología que no cuenta con los insumos necesarios porque el Ministerio no se los envía, Pediatría suele contar con los recursos para hacer frente a las cientos de consultas que recibe cada mes.

La estrategia implementada por el Hospital Cestino para disminuir la morbimortalidad infantil consiste en trabajar fuertemente en los controles médicos de los recién nacidos. Para eso se le otorga gratuitamente a la madre cuando realiza su primera consulta por embarazo, una libreta sanitaria en la que se dejará constancia de su estado de salud general durante la gestación y al momento del parto, y que servirá luego para realizar los controles periódicos del bebé hasta que éste ingrese a la escuela.

La Libreta Sanitaria Materno Infantil les permite a los padres conocer el estado del crecimiento y desarrollo del niño, así como también las principales acciones preventivas y los riesgos propios de cada etapa de su infancia. Se les explica, por ejemplo, los beneficios de la lactancia para el bebé, los derechos que el mismo tiene desde su nacimiento, así como los controles médicos que deben realizar en cada etapa de su crecimiento. También se puede observar un calendario detallado que debe ser completado por el pediatra en cada consulta. Se les explica a los padres, mes a mes, los controles que deben realizarle al niño así como también aquellos indicios que deben alertarlos para realizar una consulta rápida con el médico.

Al final de la libreta se detalla el calendario de vacunación con las dosis que el profesional debe suministrarle a los pequeños desde que nacen.

La Libreta Sanitaria Materno Infantil se constituye en un documento esencial para los médicos en cada consulta, pues es un requisito fundamental para la atención de los pequeños que los padres asistan al consultorio con la misma. Este documento le permite al médico conocer con exactitud la evolución y el estado de salud general de los pequeños, así como también las vacunas obligatorias que no pueden dejar de suministrárseles durante su crecimiento.

Esta estrategia se gestiona con el apoyo de los soportes gráficos enviados por el Ministerio de Salud. Casi la totalidad de afiches y cartelería que se exhiben en el nosocomio tratan temas que afectan a los niños, ya sea lactancia, fiebre, complicaciones respiratorias y malnutrición, entre otras. Los mismos tienen por objetivo mantener informada a la sociedad acerca de los problemas y enfermedades más frecuentes en la infancia, así como las medidas que deben adoptarse para revertir dichas situaciones.

Según la pediatra y actualmente Directora Asociada del Hospital Cestino, Mariana Esteves:

***“(...) la información contenida en los carteles es fundamental para que los padres tengan una primera aproximación a los malestares más comunes que se presentan en la infancia. Luego, en las***

***consultas, se les explica con detalle qué deben hacer en cada caso”.***

Toda la información impresa a la que tiene acceso la comunidad es provista por el Ministerio de Salud. El hospital sólo se encarga de exponer los afiches en espacios visibles y de tránsito. El diseño de los mismos es competencia absoluta del Ministerio.



## **Objetivo C del PNSSyPR: “Prevenir embarazos no deseados”:**

El Hospital Cestino implementó varias estrategias para trabajar en la prevención de embarazos no deseados, aunque afirman que

***“para lograr resultados concretos en esto se necesita de la colaboración de otros sectores sociales, como la escuela y la familia” (Dr. Javier Camio).***

Una de las estrategias consiste en el asesoramiento personalizado –consejería- sobre los métodos anticonceptivos y profilácticos que existen para evitar los embarazos. Este trabajo se realiza en el consultorio entre el profesional médico y la usuaria. Allí se le brinda toda la información necesaria para que la persona no sólo conozca las características y beneficios de cada método, sino también para que aprenda cómo utilizarlos (saber y saber hacer). Si bien las pastillas anticonceptivas y el DIU, entre otros, previenen embarazos con un alto porcentaje de efectividad, solamente el profiláctico, además de evitar embarazos, impide la transmisión de enfermedades venéreas.

Toda la información que se le pueda dar a las usuarias – hay que destacar que al momento de prevenir embarazos no deseados sólo se acercan las mujeres al consultorio, razón por la cual se trabaja sólo con este grupo- se realiza oralmente, ya que el área de Ginecología y el de Colposcopia no cuentan con información impresa para distribuir en las consultas. Incluso, al momento de prescribir un anticonceptivo oral el profesional debe explicarle a la usuaria cómo y cuándo debe comenzar a tomarlo porque, debido al bajo nivel educativo de las consultantes en general, no llegan a comprender correctamente los prospectos.

***“Hubo casos de mujeres que comenzaron a utilizar pastillas anticonceptivas por su cuenta y luego quedaron embarazadas por haberlas ingerido en forma incorrecta y sin respetar las indicaciones del prospecto” (Dr. César Arias)***

***“(...) hay que explicarles que las pastillas no se toman en cualquier fecha y de cualquier forma (...)” (Dr. Javier Camio).***

Una vez gestionada esta estrategia de asesoramiento, el paso siguiente consiste en la realización, por parte de la usuaria, de todos los análisis médicos requeridos por el ginecólogo para conocer su estado de salud general y poder prescribirle el método anticonceptivo adecuado a sus necesidades.

Llegado el momento en que el médico tiene en su poder los resultados, conversa con la mujer acerca de los métodos existentes y de aquellos que puede utilizar, y para ello considera no sólo los estudios clínicos realizados sino también la situación particular de la usuaria. En ocasiones, la misma atraviesa una difícil realidad socioeconómica y no desea tener más hijos. El médico le advierte de la posibilidad de colocarle un DIU o, llegado el caso, de realizar una ligadura de trompas.

Hasta hace algunos años, los médicos no estaban habilitados por ley a practicar la ligadura tubaria. Pero en el año 2007 esta situación fue revertida y comenzaron a practicarla en los hospitales públicos, con el único requisito del consentimiento firmado de la mujer que lo solicita.

***“La habilitación para realizar la ligadura tubaria fue algo muy positivo, sobre todo porque existe una demanda creciente de este tipo de intervenciones por parte de mujeres que poseen varios hijos y no están en condiciones de tener más. No te olvides que acá (en el hospital) vienen mujeres que viven una situación de mucha pobreza y que no cuentan con los mínimos recursos para satisfacer las necesidades básicas de subsistencia (...)” (Dr. Javier Camio)***

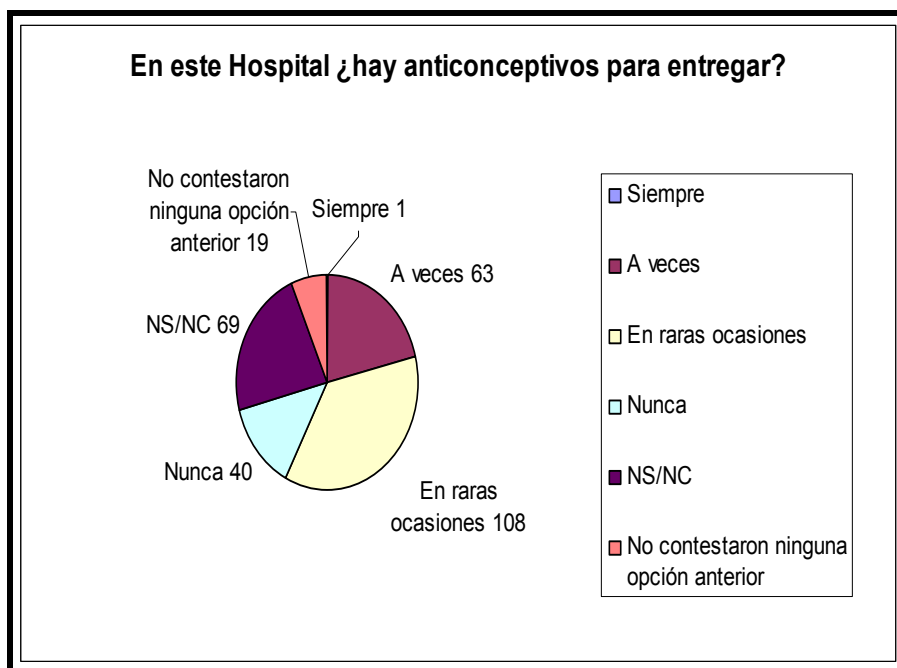
Si bien el Estado está obligado por la Ley 25673 a enviar las partidas presupuestarias a los diversos hospitales públicos del país para que los mismos puedan cumplir con el PNSSyPR, desde hace mucho tiempo que el mismo no está cumpliendo en tiempo y forma con esta obligación. Por esta razón el Hospital Cestino tuvo que gestionar otra estrategia para proveer a la comunidad de métodos anticonceptivos. Se vio en la necesidad de tratar directamente con los grandes laboratorios, los cuales, a cambio de que los profesionales médicos

“incentiven” el uso de determinadas marcas de medicamentos, les envían periódicamente muestras gratuitas de anticonceptivos orales para que distribuyan en la comunidad. Los laboratorios ganan con el hecho de que, comprobaron que siempre va a haber alguna mujer que encuentre el producto satisfactorio y tenga el poder adquisitivo necesario para comprar esa marca de anticonceptivo cuando el hospital no pueda dárselo. Y esto pasa más frecuentemente de lo que se cree. Por este motivo envían muestras gratuitas al hospital.

A esta situación se llegó para poder dar cumplimiento a lo dispuesto por la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable.

***“Para todo lo que es anticonceptivos orales dependemos de los laboratorios (...). El Ministerio se desliga totalmente (...) y así empiezan los paros de actividades, porque hay veces que están los armarios vacíos y así no podés atender”. (Dr. Javier Camio)***

Esta realidad fue también confirmada por los usuarios en las encuestas cuando se les preguntó si en el hospital había anticonceptivos para entregar; la mayoría respondió que “en raras ocasiones”



Llama la atención que desde el Ministerio de Salud se incentive el uso de preservativos y se realicen grandes campañas públicas en la ciudad de Buenos Aires –no se realizan en otras jurisdicciones- que son anunciadas en la página Web oficial del Ministerio, cuando desde hace muchos meses, se dejó de enviar partidas de profilácticos a los hospitales y centros de salud.

Al respecto, el Dr. Javier Camio afirma:

***“(...) y te encontrás con muchas personas que llegan a la consulta a solicitar preservativos porque vieron en la tele campañas publicitarias que fomentan su utilización y advierten que se entregan gratuitamente en todos lados (...), pero la realidad es que a los hospitales no envían nada; ni siquiera nos comunican de las campañas que se están realizando”.***

En marzo de 2007, el Ministerio de Salud de la Nación incorporó al PNSSyPR la entrega gratuita, en los centros de atención primaria y en los hospitales públicos, de los anticonceptivos de emergencia -más conocidos como “pastillas del día después”-. Los mismos se utilizan para prevenir embarazos no deseados, pero para que resulten efectivos deben ingerirse hasta 48 horas después de haber mantenido una relación sexual de riesgo. Los especialistas extienden a 72 horas su ingesta, pero lo cierto es que se reduce mucho su eficacia y no se asegura su efectividad.

Como su nombre lo indica es un anticonceptivo “de emergencia”, es decir que su utilización debe darse en casos excepcionales y no periódicamente. Sin embargo, muchas mujeres la toman regularmente como si fuera un anticonceptivo común. Esto puede provocarles grandes trastornos en el organismo.

En el Hospital Cestino, el área de Ginecología no tiene anticonceptivos de emergencia para entregarles a las usuarias.

***“Si se presenta un caso en que se lo solicita, enviamos a la persona al consultorio de Guardia y allí se le realiza un cuestionario. Si se detecta que la persona puede tener un eventual embarazo en caso de no ingerir el anticonceptivo de emergencia, se le entrega. Pero muchas veces caen a los tres o cuatro días de haber mantenido una relación sin protegerse y no saben cuándo tuvieron el período y no tiene sentido (...)***

***Después tenés a la misma persona que te viene todos los meses pensando que puede haber riesgo de embarazo por la relación sexual que mantuvo. Tenés que explicarle que lo que tiene que hacer es tomar anticonceptivos orales regularmente, no una pastilla de emergencia todos los meses (...) Se ve de todo". (Dr. Javier Camio).***

Este anticonceptivo de emergencia también está incluido en el kit que se les entrega a las víctimas de violación.

No obstante los casos excepcionales, los ginecólogos desalientan su utilización ya que consideran que existen otras maneras seguras de evitar embarazos; su ingesta debe producirse como último recurso. Y así se lo explican a las usuarias en las consultas.

A fines de abril de 2009, el Hospital Cestino gestionó una nueva estrategia para contribuir, entre otras cosas, a prevenir embarazos no deseados. Creó una sub-área en Ginecología que se llama "Ginecología y Obstetricia para Adolescentes". La misma está dirigida a menores de 19 años para que se realicen los controles ginecológicos correspondientes. No obstante esto, su función no sólo se refiere a la prevención sino también a atender a los adolescentes que están embarazadas.

La creación de esta sub-área indica la dimensión de la problemática, pues no afronta un embarazo de la misma manera una mujer mayor que una niña- adolescente.

La tendencia creciente de embarazos precoces llevó a la Dirección del Hospital Cestino a atender a este grupo etáreo en forma diferenciada; por eso se gestionó la creación de un espacio separado de Ginecología que trata específicamente con adolescentes. Al respecto, resulta valioso el aporte que la autora Mónica Petracci toma de un estudio realizado por M. Gogna. El mismo afirma que

***"desde la perspectiva de los equipos profesionales que atienden a adolescentes, la consulta médica de ese grupo de edad requiere mayor tiempo que la de los adultos y una habilidad para 'leer entre líneas' los motivos de consulta latentes a partir de las demandas manifiestas"***<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Petracci, Mónica "Salud, derecho y opinión pública". Grupo editorial Norma, Buenos Aires, 2004, pág. 78.

Esta situación fue advertida por los ginecólogos que atendían diariamente a las adolescentes y coincidieron en que resultaba necesario crear un espacio de consulta específico para este grupo.

Según la jefa del Área de Ginecología del Hospital Cestino, Alba Stagnaro:

***“Las políticas preventivas de salud sexual se centran en el conjunto de la población; no existen políticas específicas dirigidas a los adolescentes”.***

A través de las encuestas pudo conocerse que de un total de 38 menores de 19 años –condición para poder asistir al consultorio de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes-, 28 concurren a esta nueva área. Siete no asistieron y otras 7 no contestaron, por lo que se infiere que no fueron. Todas ellas eran mujeres.

En su artículo 5 el PNSS y PR asegura “la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual (...)”, los cuales estarán a cargo del Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente. Esto, precisamente, es lo que falta: capacitación y perfeccionamiento de los equipos de salud en materia de salud sexual y reproductiva. Y los profesionales médicos del Hospital Cestino lo consideran un requisito indispensable para poder trabajar con adolescentes. Desde la Dirección del nosocomio se considera una demanda legítima y constante al Ministerio de Salud de la Nación. Faltan instancias de capacitación para los profesionales, no en aspectos médicos sino en aspectos psicosociales, para dejar de tratar el tema de la sexualidad sólo desde las patologías –las ETS- y comenzar a comprenderla como una dimensión esencial que forma parte de toda la vida del individuo.

No se les brinda a los profesionales médicos las herramientas necesarias para llevar adelante la Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

El término Consejería no se refiere al hecho de aconsejar a una persona acerca de lo que debe hacer ante una situación determinada, sino que se trata de ayudarla, a través del diálogo, a que identifique sus necesidades para que pueda decidir libremente y sin presiones lo que es mejor para ella. Lograr esto requiere ciertas habilidades de comunicación para poder orientar a la persona en la toma de decisiones, sin la continua utilización de tecnicismos que lo único que hacen es confundir más que ayudar a comprender. Esto no se les está dando a los profesionales de la salud, herramientas de comunicación para que puedan desempeñar mejor su labor cotidiana.

El área de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes se creó con el objetivo primordial de contribuir mediante el asesoramiento a evitar embarazos no deseados y ETS en adolescentes. Aunque también atienden a las menores de 19 años que están embarazadas, la idea es que no lleguen a esa instancia en edades tan tempranas.

Según la encargada de esta nueva área:

***“(...) podemos decir que la edad promedio de iniciación sexual ronda los 13 años. Y para los 15 años, estos menores mantienen una activa vida sexual, habiendo cambiado de pareja en varias oportunidades. Lo más preocupante es que no siempre mantuvieron relaciones sexuales seguras” (Dra. Marina Cabral)***

En materia de prevención lo fundamental es la consulta ginecológica realizada tempranamente. Por eso se requiere de la colaboración de la familia como institución primaria en la que el individuo conoce las primeras normas de sociabilización que marcarán la forma en que el mismo se desenvolverá en la sociedad. La familia debería ser aquella que les diera a los adolescentes las primeras nociones acerca de la sexualidad. Y el paso a los centros de salud debería darse naturalmente, sin presiones de ningún tipo. Un adolescente que desde chico pudo comunicarse con su familia y transmitirle sus inquietudes en materia sexual, no siente como algo vergonzante la consulta con un profesional médico.

También resulta fundamental la colaboración del sistema educativo. Debe brindarse Educación Sexual en las escuelas desde los

niveles iniciales. Sólo así podrá revertirse la actual situación de embarazos no deseados en jóvenes y adolescentes, las altas tasas de mortalidad materno-infantil y el contagio de ETS, muchas de las cuales se creían erradicadas definitivamente hasta hace poco tiempo.

Pero sigue existiendo un debate pendiente: ¿Qué hacer con las escuelas que, por sus credos, no imparten Educación Sexual ni reconocen el PNSS y PR? Al respecto, vale a modo de reflexión unas palabras extraídas de una nota publicada en el diario La Nación y escrita por Florencia Luna:

“¿Puede defenderse este programa desde una perspectiva ética?

(...) un principio fundamental en bioética es no dañar y sí beneficiar a las personas. En este caso, la información, y la posibilidad de elegir cuándo tener un hijo son herramientas fundamentales para evitar abortos y embarazos no deseados (...). Las mujeres que no tienen acceso a medidas eficaces para controlar su fecundidad no viven una vida que ellas mismas eligen, sino una existencia que se les impone (...). Hay que destacar un punto fundamental: la ética promueve el respeto por las personas. Marca la obligación moral de tratar a los otros como personas responsables y dignas. Seres humanos con la capacidad de tomar decisiones autónomas en función de la información que se les brinda y de sus propios valores (...) la verdadera asignatura pendiente es la tolerancia (...). Aquellos que tienen una formación y convicción religiosa no deben sentirse amenazados, ya que ellos también pueden elegir informarse y decidir en función de sus convicciones. En este sentido, el programa [de salud sexual y procreación responsable] representa una respuesta madura, con una visión plural y tolerante. No obliga a nadie a nada: más bien ofrece diferentes opciones a todos aquellos que la deseen. ¿Y no es acaso la pluralidad, la tolerancia, el respeto a las personas y la posibilidad de acceso a diversas opciones la base de una sociedad democrática? “<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Luna, Florencia “Ética, salud reproductiva y democracia” en diario La Nación 07/03/2003.



Resumiendo, la problemática de la morbimortalidad materno infantil incluye dos aspectos. Por un lado el tema de los abortos clandestinos y, por el otro, la falta de controles durante los primeros meses de embarazo.

El primero de más difícil resolución debido a que se constituye en un tema reacio a ser tratado por diversos sectores sociales que defienden el derecho a la vida por sobre cualquier otra cuestión. Si bien desde el hospital se trabaja para lograr una mayor concientización por parte de la comunidad de la necesidad de evitar la instancia del aborto a través de la prevención, otros sectores responsables de mayores controles no ejercen sus funciones como deberían, o por lo menos no se observan resultados positivos al respecto. Sin ir más lejos, el Oxaprost se sigue consiguiendo en diversos comercios sin dificultad.

Y en cuanto a los controles prenatales, se trabaja incansablemente para lograr que las mujeres tomen conciencia de la importancia de los mismos en los primeros meses de embarazo para prevenir futuras complicaciones. Mayormente esta problemática sigue pasando por una cuestión educativa.

La creación de un área específica para adolescentes es un avance al respecto, pues deberían gestionarse políticas sanitarias diferenciadas en materia de salud sexual y procreación. No vive su sexualidad de igual forma un adolescente de 13 años que una mujer de 30, Por lo tanto los abordajes sobre diversas temáticas deberían ser muy distintos en ambos casos.

Del mismo modo, se debería contar con el apoyo de la familia y la institución educativa para tratar las temáticas que tienen que ver con la sexualidad y la reproducción a edades tempranas. Este es un esbozo que atraviesa todo el trabajo de investigación y que se considera fundamental para obtener los resultados esperados en materia de prevención. Tal y como lo da a entender Florencia Luna en su nota periodística, la información nunca puede constituir una amenaza ni atentar contra la vida de las personas. Todo ser humano es libre de decidir cómo quiere vivir, cuándo quiere procrear y cuántos hijos desea tener. Darle las herramientas informativas y el conocimiento necesario

para poder adoptar esas decisiones se vuelve una obligación moral que no puede ser impedido por ningún credo ni sector social. También considero que la asignatura pendiente sigue siendo la tolerancia, que tan a menudo falta en nuestras vidas y tan necesaria se vuelve en ocasiones como estas que nos tocan vivir.

También es cierto que no se capacita a los profesionales médicos para hacer frente a las demandas de la población en cuanto a salud sexual y procreativa. No se les da las herramientas comunicacionales al respecto, a pesar de que este punto fue una condición planteada en el Programa creado por la Ley 25673. Según el mismo, se deberá dar capacitación constante a los equipos de salud intervinientes. Otra asignatura pendiente.

Asimismo resulta obvio que para prevenir embarazos no deseados y ETS la comunidad debe poder contar con el suministro de métodos anticonceptivos –contemplados en el PNSSyPR-. Sin embargo, el Hospital Cestino, como seguramente muchos otros nosocomios ubicados lejos de los grandes centros urbanos, no reciben las partidas periódicas por parte del Ministerio de Salud de la Nación. De esta forma, se ven en la necesidad de tratar con los laboratorios para poder entregar muestras gratis a cambio de “recomendar” el consumo de las marcas comercializadas por los mismos.

No resulta un dato menor que tanto los profesionales de la salud como los usuarios hayan hecho hincapié en el hecho de que sólo con información no se logran los resultados: se puede estar muy informado sobre cómo prevenir embarazos y ETS pero si no se cuenta con los métodos anticonceptivos necesarios la prevención es deficiente. Y no olvidemos que en las encuestas 108 personas respondieron que “en raras ocasiones” el nosocomio posee anticonceptivos para entregar gratuitamente, 63 contestaron que sólo hay “a veces”, 40 “nunca”, 69 no sabían por lo tanto no contestaban y 19 dejaron los espacios en blanco, es decir que no se decidieron por ninguna opción. Lo más llamativo es que sólo una persona respondió que “siempre” hay anticonceptivos para entregar. Por lo tanto, puede afirmarse en base al trabajo de campo

realizado en el Hospital Cestino que el mismo resulta deficiente en la provisión de métodos de prevención en lo relativo a salud sexual y reproducción. Puede haber muy buenas intenciones pero los resultados demuestran que hay una falta de acompañamiento y compromiso por parte del Estado y de los organismos públicos en lo que se refiere a las políticas sanitarias en beneficio de la comunidad.

## **Objetivo D del PNSSyPR: “Promover la salud sexual de los adolescentes”:**

La salud sexual tiene que ver con el desarrollo de las relaciones personales y no meramente con el asesoramiento en materia de reproducción y de ETS. La salud sexual está incluida en la salud reproductiva.

Cuando se habla de promoción de la salud sexual se hace referencia a un proceso integral que les permite a las personas incrementar el control sobre su propia salud para mejorarla. Por lo tanto, la participación activa por parte de las personas involucradas es fundamental. Asimismo, el Estado debe garantizar la infraestructura y los recursos necesarios para que tal objetivo pueda ser cumplido y desarrollado.

La promoción de la salud sexual de los adolescentes no puede ser pensada al margen de la educación. Hay que educar a los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva para que puedan adoptar decisiones libres y responsables en su vida.

Por todo esto, desde el Hospital Cestino se habla de la necesidad de actuar conjuntamente con el área educativa desde los primeros niveles escolares. Si bien esta idea fue planteada en muchas ocasiones, aún no se tienen respuestas concretas.

***“No alcanza con dar una primera charla cuando los adolescentes ya tienen 15 o 16 años, es necesario que se interioricen sobre su sexualidad a una edad temprana (...) por eso es fundamental el aporte de la familia y de la escuela” (Dr. Javier Camio).***

***“Fueron muy pocas las veces en que algún docente se acercó hasta acá [al Hospital] a pedir nuestra colaboración para tratar la temática de educación sexual en las escuelas” (Dr. César Arias).***

En este sentido resulta oportuno citar a Ana Lía Kornblit cuando asegura que

***“no debe esperarse que los jóvenes con necesidades inminentes acudan a los servicios de salud, sino que es fundamental ir a su***

***encuentro y atender sus necesidades en sus propios ambientes mediante intervenciones oportunas, y la escuela es un ámbito óptimo en este sentido”<sup>20</sup>.***

La estrategia implementada por el Hospital Cestino para promover la salud sexual de los adolescentes consiste en la creación de un área específica que se encargue de la atención de los adolescentes en materia de ginecología. Si bien desde el hospital no se hacen distinciones de sexo pues se atiende tanto a hombres como a mujeres, se advierte una clara ausencia de los varones. Los mismos no asisten a las consultas sobre sexualidad y reproducción; sólo las mujeres lo hacen. Según los médicos

***“(...) por lo general, los varones hablan con los padres [entiéndase hombres] o entre el grupo de pares estas temáticas; en cambio las mujeres son traídas por la madre para que seamos nosotros los que les demos una charla sobre anticoncepción (...) no vas a ver a un solo padre que traiga acá a su hijo varón para que le enseñemos cómo colocarse un preservativo o cómo evitar contagiarse ETS (...)”.*** (Dr. Javier Camio).

Esta nueva área de Ginecología adolescente atiende dos veces por semana, una en horario de mañana y otra por la tarde. En estos encuentros, la encargada de las charlas es una ginecóloga que primero deja que la consultante se explaye sobre los motivos que la llevaron a estar ahí. La idea es que el diálogo sea ameno para que la joven se distienda y adquiera confianza para preguntar todo lo que desee.

***“Acá brindamos toda la información necesaria sobre sexualidad, cambios corporales, menstruación, masturbación, métodos anticonceptivos, relaciones sexuales, ETS. O sea, sobre todas las temáticas que se suelen dar en una clase de educación sexual. También se realizan los controles médicos como colposcopías, PAP, análisis de sangre (...)”*** (Dra. Marina Cabral)

***“Con lo que no contamos es con información impresa para entregar a las adolescentes luego de la consulta (...) estaría bueno si los tuviéramos [folletos, trípticos] porque sería un refuerzo de lo que se***

---

<sup>20</sup> Kornblit, Ana Lía y Mendes Diz, Ana María. “La salud y la enfermedad. Aspectos biológicos y sociales. Contenidos Curriculares”, AIQUE, Buenos Aires, 2000

***estuvo conversando en el momento, pero no, nunca tuvimos ese tipo de material” (Dra. Marina Cabral)***

Como se advirtió anteriormente, el Hospital Cestino no cuenta con información impresa para entregar a los usuarios porque el Ministerio de Salud no la suministra, a pesar de que la solicitud fue hecha por la Dirección del Hospital en reiteradas oportunidades. Incluso los anticonceptivos, óvulos y profilácticos los proveen, en forma irregular, los laboratorios a través de muestras médicas porque el Ministerio no realiza su distribución periódicamente si bien, por la Ley 24.673, tiene la obligación de hacerlo. Esta ausencia total de material gráfico fue confirmada por las encuestas. En las mismas, 160 personas aseguraron haber recibido información en el nosocomio sobre salud sexual. También se les preguntó a través de qué medios la recibieron. 168 usuarios contestaron “en las consultas”, 21 “en carteles y afiches”, 5 “en folletos que les entregaron y 4 en “otros”; dentro de este último ítem algunos consignaron: amigos, charlas, enfermeras.

El área de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes no sólo brinda información y asesoramiento, también se encarga de atender a las adolescentes embarazadas durante todo el período de gestación y el parto. Se les explica a las futuras mamás los cuidados que deben tener, los controles que deben realizarse, cómo deben actuar una vez que nazca el bebé. Si bien todos estos consejos pueden parecer obvios para muchas mujeres, no hay que olvidar que muchas de ellas no llegan a cumplir los 15 años. Son casi nenas que, de un momento a otro, pasan a ser responsables de otra vida. Deben ser capaces de criar a un ser cuando ellas mismas no terminaron de madurar física y psíquicamente.

Esta área tiene por objetivo prevenir tales situaciones para que los adolescentes no “quemem” etapas. Se les deben brindar todas las herramientas desde la familia, desde la escuela y desde el Estado para que sean responsables de su vida, para que conozcan y cuiden su cuerpo, para que vivan cada etapa de su existencia a su debido tiempo, sin forzar situaciones y experiencias para las que aún no están preparados.

El Área de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes apuesta fuertemente a la Consejería; para ello se generan instancias de comunicación entre las adolescentes consultantes y los profesionales médicos que les permitirán a las mismas adoptar decisiones en base a información fidedigna y completa.

En la consejería cumple un rol fundamental el diálogo, la comunicación entre las partes.

***“Debe generarse un ámbito de confianza y desinhibición para que la adolescente indague aquellas temáticas que realmente le interesan y desconoce”. (Dra. Marina Cabral)***

Luego, sobre la base de la información recibida y de las conversaciones con el especialista médico, la adolescente decide libremente, a partir de sus propias necesidades y de su situación personal, cómo desea vivir su sexualidad, si utilizará algún método anticonceptivo para prevenir embarazos no deseados y ETS, así como el tipo de controles que deberá realizarse previamente.

En todo este proceso el médico advierte a la consultante las ventajas y desventajas de los métodos así como también las contraindicaciones que poseen. De la misma forma, se le explica claramente en qué consisten los controles médicos como la Colposcopia y el PAP, qué tipo de complicaciones y enfermedades previenen y por qué razones es importante realizarlos periódicamente.

Debido a la complejidad de los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva se considera contraproducente la falta de material impreso para entregarles a las adolescentes una vez finalizada la consulta. Esta situación se agrava si se tiene en cuenta la falta de instrucción que pueden tener muchas consultantes.

Durante los encuentros, el profesional médico debe evitar la distorsión y la omisión de la información importante por parte de la adolescente. Asimismo debe evaluar su grado de comprensión y entendimiento y proveer al menor de información que le permita posteriormente recordar los temas tratados en la consulta.

Lamentablemente, el Hospital Cestino no puede cumplir con este último punto porque no posee material gráfico para entregar. El Ministerio no lo provee del mismo

Se observa que la estrategia implementada por el nosocomio se gestiona sólo en parte, pues una herramienta fundamental para cumplir con el objetivo de promover la salud sexual de los adolescentes la constituye la información impresa y ésta no se entrega a los usuarios porque el Ministerio no la elabora. Y si lo hace, no se reparte en la jurisdicción de Ensenada.

Tampoco se advierte en el Hospital Cestino una estrategia que incluya a los adolescentes varones en las políticas sanitarias de salud sexual.

***“(...) los varones no concurren nunca, sólo vienen las mujeres”  
(Directora Asociada, Mariana Esteves).***

***“No tenemos una estrategia de captación de los varones para que se acerquen al hospital y consulten sobre anticonceptivos y métodos para prevenir ETS (...)” (Dr. Javier Camio)***

Resulta llamativo que la nueva área creada se llame Ginecología y Obstetricia para Adolescentes, con lo cual no se les da demasiadas alternativas a los varones para que concurren a las charlas sobre sexualidad y reproducción que allí se dan.

Lo que se observa es una situación de no innovar. Es decir, si las que asisten son sólo mujeres, sólo con ellas se gestionan las políticas de salud sexual. Y esta situación es la que se debe revertir, pues existe una percepción a nivel social de que es la mujer la única implicada en caso de embarazo. Sin ir más lejos, se habla de la salud materno- infantil, observándose una total ausencia del hombre en una cuestión que también lo afecta.

También se pudo confirmar a través de las encuestas esta ausencia generalizada por parte de los hombres en las consultas sobre salud sexual y reproducción. De un total de 300 encuestados sólo 21 fueron hombres y muchos se negaron a participar en la investigación respondiendo el formulario que se les entregaba. Todo lo contrario



ocurrió en el caso de las mujeres, que siempre estuvieron bien predispuestas a contestar las preguntas.

El trabajo de campo permitió observar que no siempre se traducen en políticas sanitarias concretas todas las ideas aceptadas y compartidas por el Estado argentino en conferencias internacionales.

A modo de ejemplo, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto, en septiembre de 1994 se delineó un Programa de Acción para los próximos 20 años. En él se recomendaba la elaboración de programas innovadores para que los adolescentes y hombres adultos tuvieran acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Esos programas deberían educar y facultar a los hombres para que compartieran por igual con las mujeres las responsabilidades de la planificación de la familia y los quehaceres domésticos y de crianza de los hijos, así como también aceptar la responsabilidad de prevenir embarazos no deseados y ETS. Nada de esto fue concretado. Sólo quedó en el la memoria de las buenas intenciones sin una firme decisión de ser llevado a la práctica

En caso de embarazo pareciera ser la mujer la única responsable pues recae en ella toda la responsabilidad de la crianza del futuro bebé.

Si bien a nivel enunciativo se acepta la necesidad de incluir a los hombres en todo lo relativo a salud sexual y reproductiva, no se verifica en la realidad un cambio de conductas que revierta la actual situación del hombre como sujeto pasivo y lo incluya activamente en las políticas sanitarias.

El hospital público se constituye en un espacio de vital importancia en materia de promoción de salud sexual, sobre todo en lo que se refiere a los adolescentes. Este objetivo se comparte con los centros de atención primaria de salud, que son los encargados de descomprimir la asistencia a los hospitales a través de la prevención y la promoción de la salud en el propio centro sanitario. Aunque esta sería la situación óptima, la realidad muestra un panorama diferente. Los usuarios siguen concurriendo mayoritariamente a los hospitales porque las salitas barriales no cuentan con la infraestructura ni con los

profesionales médicos necesarios para satisfacer la demanda creciente de atención.

***“La gente está cansada de concurrir a las salitas y que no se la atiendan (...). A veces ni el médico va, y si lo hace es una vez por semana por unas horas, con lo cual no alcanza para cubrir la demanda. En cambio si uno asiste al hospital, salvo los días que decretan paro de actividades, tiene la atención asegurada. Pero hasta con paros se atienden las urgencias”. (Dr. Javier Camio)***

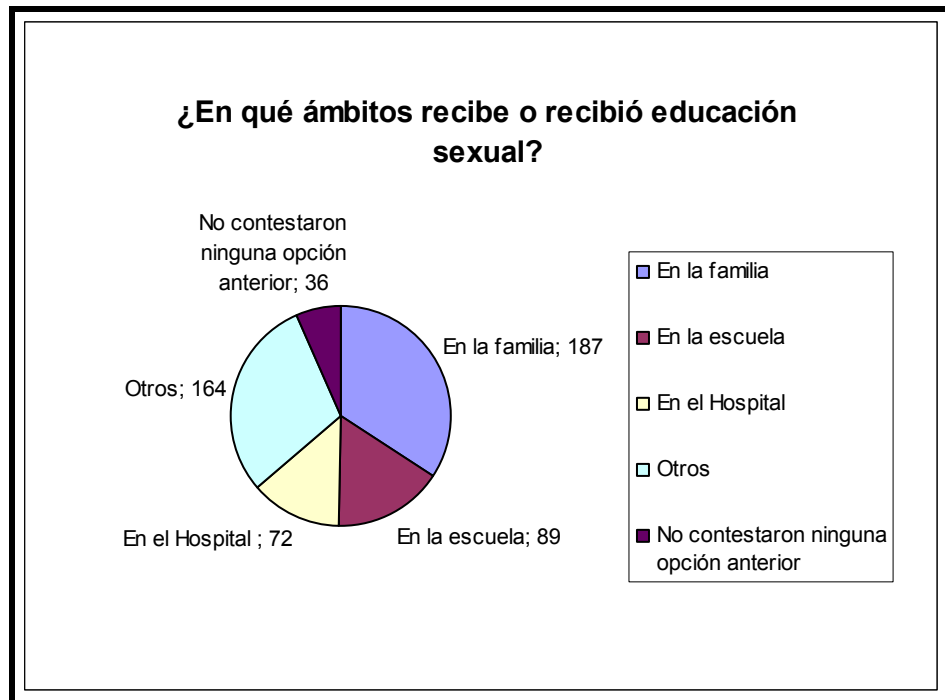
Todo esto lleva en ocasiones a una saturación y a un colapso de las prestaciones médicas en los grandes centros de salud que se ven desbordados por tantas consultas.

Cuando uno tiene la oportunidad de conversar con los profesionales médicos advierte que realizan una tarea “remando contra la corriente”. Se sienten solos en esta lucha por concientizar a la población acerca de la importancia que reviste la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Los adolescentes de hoy son los adultos de mañana. Y a diario se ve llegar al hospital a muchos de ellos sin instrucción de ningún tipo, con 13, 14 o 15 años, casi nenes, esperando un hijo.

***“(...) la mayoría suele ser de familias de muy bajo nivel socio económico que a duras penas puede mantenerlos a ellos, entonces no les queda otra que abandonar los estudios y salir a trabajar (...) Ni qué decir de las ETS. A esos chicos les preocupa más un embarazo que saber si contrajeron o no una enfermedad venérea”. (Dr. Javier Camio)***

Es recurrente en el discurso de los médicos, la idea de que la familia y la escuela no siempre acompañan en todo lo que sea educación sexual. Sin embargo, el trabajo de encuestas demostró lo contrario. Cuando se les preguntó a los usuarios de los servicios en qué ámbitos recibe o recibió educación sexual, la mayoría respondió en la familia. Y la escuela también aparece como un espacio donde fueron tratadas estas temáticas. En cambio el Hospital aparece en último lugar, con lo cual, para los encuestados el mismo no se constituye en un referente al respecto.



Según los médicos del nosocomio, también llegan adolescentes de clase media que no tuvieron educación sexual en las escuelas o si la tuvieron no se les brindó información completa sobre la totalidad de temas que ésta incluye:

***“Algunos son adolescentes que van a escuelas religiosas y te cuentan que la educación sexual que se imparte allí ni toca el tema del sexo porque uno debe practicarlo “dentro del matrimonio y sólo con fines procreativos”. (Dr. Javier Camio)***

La anterior afirmación demuestra una visión, si bien válida y respetable, totalmente desconocedora de la realidad actual del mundo.

No se puede negar la evidencia: hoy en día son muy pocas las personas que llegan al matrimonio sin haber mantenido relaciones sexuales, incluso disminuye año tras año la cantidad de parejas que deciden casarse pues optan por convivir sin pasar previamente por el registro civil. Y esto la Iglesia no lo acepta. Sigue manteniendo una visión muy parcial de la realidad en este aspecto y les niega a los jóvenes el derecho de informarse completamente acerca de la sexualidad. No habla de temas tales como la masturbación porque “es pecado”, sabiendo que la misma constituye una necesidad fisiológica del organismo.

Una postura similar se sigue con respecto al tema de la anticoncepción. Muchos colegios religiosos ni siquiera informan a los jóvenes de qué se tratan los métodos anticonceptivos porque “son abortivos y atentan contra la vida de un ser”. En definitiva: no hay de qué preocuparse; uno debe casarse y mantener relaciones sexuales sólo dentro del matrimonio y con fines exclusivamente de procreación. Entonces no se necesita adoptar un método anticonceptivo porque, según creen, Dios será quién decida cuándo una mujer deberá quedar embarazada.

Dejando de lado la ironía, lo expuesto anteriormente es considerado por muchos grupos religiosos y sectores sociales una realidad que debe permanecer así, pero que no se parece en nada a la vivida por miles de adolescentes que quedan embarazadas a edades tempranas y contraen ETS por no haber recibido a tiempo educación sexual en el ámbito familiar y en la escuela. Para estos jóvenes, contar con un espacio como el hospital público que los asesore y oriente en temáticas sexuales y de procreación se constituye en algo invaluable. Para muchos, éste es el único ámbito donde pueden informarse y recibir respuestas a sus inquietudes y necesidades.

En lo relativo a la promoción de la salud sexual de los adolescentes resulta útil traer a colación las palabras del escritor Fernando Savater:

***“Una buena instrucción en los aspectos biológicos e higiénicos es inexcusable. Los niños y adolescentes entran antes en contacto con la práctica sexual, por lo que nada puede resultarles más perjudicial que conocer sólo a medias el funcionamiento (de sus cuerpos) (...). Informar con claridad y sentido común no es una incitación al libertinaje sino una ayuda para evitar que los gozos de la exuberante salud juvenil produzcan víctimas por mera ignorancia. En estos tiempos en que a los riesgos clásicos – embarazos no deseados- se une la siniestra amenaza del Sida, es sorprendentemente suicida la desproporción que sigue existiendo entre la libertad de que gozan los jóvenes y su desconocimiento aterrador de las luces y sombras de su juguete favorito”<sup>21</sup>.***

---

<sup>21</sup> Savater, Fernando “El valor de educar”. Editorial Ariel, 1ª edición en Aula, 2004, Barcelona, España, Págs. 79-80.

La estrategia implementada por el Hospital Cestino para cumplir con este objetivo del PNSS y PR se basa primordialmente en la educación sexual. Y en esto también coinciden los usuarios, pues al preguntárseles si estaban a favor de que se impartiera educación sexual en las escuelas, 292 respondieron afirmativamente y sólo 8 opinaron lo contrario.

Tanto desde la familia como desde la escuela y los centros de salud, se debe enseñar los usos responsables de la libertad y no el renunciamiento a su ejercicio.

**Objetivo E del PNSSyPR: "Contribuir a la prevención y detección precoz de ETS, de VIH/Sida y patologías genital y mamarias":**

Según la OMS<sup>22</sup> la prevención de enfermedades abarca las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, por ejemplo, reduciendo los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

La prevención primaria tiene como objetivo evitar la aparición inicial de una enfermedad o dolencia.

La prevención secundaria y terciaria está dirigida a detener o retardar la enfermedad ya presente en el organismo y sus efectos a través de la detección precoz y el tratamiento adecuado.

En otras palabras, la prevención de la enfermedad se constituye en una acción emanada del sector sanitario que considera a los individuos y a las poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables que suelen estar asociados a diferentes comportamientos de riesgo.

La estrategia desarrollada por el Hospital Cestino para cumplir con este objetivo consignado en el PNSSyPR abarca la prevención primaria, así como también la secundaria y la terciaria.

Específicamente, el área que se ocupa de la **prevención primaria** es Ginecología mediante la información y el asesoramiento. En las consultas el profesional médico plantea a las usuarias en qué consisten las ETS, los distintos tipos que existen, las consecuencias que produce su contagio, la forma de evitarlas. Actualmente, sólo el uso de preservativo es el único método que previene la infección por VIH y el resto de las ETS.

Es imprescindible que la persona que consulta se vaya con una idea clara y con información fehaciente sobre estas cuestiones para no contraer ningún tipo de enfermedades venéreas. Primero es necesario informarse para luego poder actuar en consecuencia. Esto es

<sup>22</sup> Glosario de términos utilizado en la serie Salud para Tolos, OMS, Ginebra, 1984.

lo que trata de inculcar el área de Ginecología a quienes se atienden en sus consultorios.

En cuanto a la prevención de patologías génito-mamarias, la misma se realiza mediante controles periódicos. El área encargada de esto es Colposcopia, quien se dedica a todo lo que es detección de enfermedades relativas a los órganos sexuales femeninos (cáncer de útero, quistes, tumores, etc.) Estas complicaciones son detectadas a través del PAP y las colposcopías. Así como también se detectan enfermedades infecto contagiosas cuyo tratamiento debe ser realizado no sólo por la mujer afectada sino también por su pareja. De lo contrario, la infección reaparece y se hace crónica, derivando en complicaciones mucho más graves en el futuro.

Y en cuanto a las patologías mamarias, en Ginecología se les enseña a las usuarias a realizarse ellas mismas autocontroles para detectar posibles nódulos o anomalías en la zona de los pechos. Estos controles deben realizarse una semana después de finalizado el período menstrual. Lo realiza la propia mujer con sus dedos, palpándose los pechos en forma circular.

El Hospital Cestino no cuenta con mamógrafos para realizar las mamografías. Cuando el profesional médico considera conveniente que la mujer se realice un estudio de este tipo, deriva a la misma al Hospital público de Berisso para que se lo realice. Lo mismo sucedió durante un tiempo con las ecografías. Hasta hace poco, el Hospital no brindaba ese servicio. Según los médicos el ecógrafo se rompió y no fue posible arreglarlo ni sustituirlo por otro debido a lo elevado de su costo.

***“Hay que trabajar fuertemente en la prevención primaria para evitar que las enfermedades se instalen en el organismo. Lo óptimo es no llegar al síntoma. Para esto es fundamental estar bien informado y no dejarse estar (...) hay que realizarse controles periódicos para evitar males mayores. No es lo mismo detectar tempranamente una anomalía que llegar a la consulta cuando ya se tienen fuertes dolores y la posibilidad de tener un tumor presente en el cuerpo”  
(Dr. César Arias).***

El Hospital Cestino también se encarga de la **prevención secundaria y terciaria**, es decir, de implementar acciones tendientes a detener o retardar las enfermedades ya presentes en el organismo a través de su tratamiento y efectuar luego la rehabilitación de la persona afectada.

En el caso de las ETS, las mismas son detectadas por el área de Ginecología a través de los análisis de sangre realizados en Laboratorio y son derivados luego al área de Infectología para su tratamiento.

Es importante señalar que el médico no puede, por ley, ordenar un estudio para la detección de VIH sin el consentimiento expreso de la persona que se lo va a realizar. En el caso de las mujeres lo solicita el ginecólogo y en el caso de los hombres un médico clínico.

En el caso del VIH se trata de evitar que la infección llegue hasta su estado más grave: el Sida. Para ello se administran fármacos antivirales. Se realizan dos tipos de tratamiento. Uno que ataca las enfermedades que caracterizan al Sida (infecciones y tumores) y otro que actúa específicamente sobre el VIH, el más conocido es el AZT que evita la multiplicación del virus retrasando, así, el avance de la enfermedad.

Si a una persona se le detecta algún tipo de cáncer se lo deriva a otro nosocomio –como el Hospital Rossi o el Hospital San Martín, ambos de La Plata- que cuente con la infraestructura necesaria para iniciar el tratamiento y la rehabilitación de la persona afectada. El Hospital Cestino no posee aparatos especializados para tratar a una persona con cáncer. No tiene tomógrafos ni está capacitado técnicamente para ofrecer sesiones de quimioterapia. Lo que realiza es un primer diagnóstico y luego deriva a otro centro de salud que profundiza en el mismo y comienza el tratamiento correspondiente.

Cualquier estrategia pensada y desarrollada para contribuir a la prevención y detección precoz de ETS, de VIH/Sida y de patologías génito –mamarias debe estar fuertemente apoyada en la comunicación y



la información. No puede pensarse ninguna estrategia de salud pública al margen de ellas.

Desde el Hospital Cestino priorizan la interrelación subjetiva basada en el diálogo y la comprensión por parte del profesional médico de la realidad vivida por el usuario. Si no se logra la confianza necesaria entre ambas partes la consulta no resulta provechosa, pues la persona no se informa completamente acerca de lo que le interesa. El médico debe lograr traspasar la barrera del pudor y la vergüenza del usuario y ayudarlo a reconocer cuáles son sus necesidades y cómo afrontarlas.

Para los profesionales del hospital resulta difícil lograr que los consultantes recuerden todo el cúmulo de información que se les da en cada consulta. Sin información impresa (folletos, trípticos, afiches, cartelaría) lo más probable es que el usuario olvide gran parte lo conversado con el médico y sólo recuerde algunas cosas que le llamaron la atención.

***“Para una persona que no terminó la secundaria o que ni siquiera la empezó, se hace imposible recordar los métodos anticonceptivos, la forma correcta de utilizarlos, las fechas en que el cuerpo debe “descansar” de la ingesta diaria de anticonceptivos orales y cuándo debe nuevamente comenzar a tomarlos (...)” (Dr. Javier Camio)***

***“Suelen olvidar los requisitos al momento de hacerse un PAP (...), entonces no se les puede hacer los estudios y deben regresar nuevamente en otro momento” (Dra. Alba Stagnaro)***

***“Vienen a la consulta habiendo hecho todo lo que se les dijo que no debían hacer ¿Por ejemplo? Haber mantenido relaciones sexuales la noche anterior a hacerse el PAP (...)” (Dra. Alba Stagnaro)***

Si se contara con información visual y gráfica los contenidos relativos a salud sexual y procreación se irían incorporando progresivamente, y la labor de los médicos resultaría más eficaz y sencilla. Actualmente este tipo de información gráfica no existe en el Hospital Cestino, por lo tanto, sólo puede apelarse a la “buena memoria” de los usuarios.

La nueva área creada para adolescentes trabaja fuertemente en la prevención de ETS y de patologías génito-mamarias a

través de charlas informativas brindadas por profesionales médicos especializados en adolescentes. También se habló de la posibilidad de trabajar en un proyecto que acerque las temáticas sexuales a la escuela de la región. Pero por el momento son sólo ideas poco definidas.

***“Se han dado algunas charlas en escuelas en forma esporádica (...) No vemos mucho interés por parte de la comunidad educativa. Y si se hiciera creo que sería en escuelas públicas porque las religiosas no permiten este tipo de charlas con contenidos que van en contra de sus creencias morales (...)” (Dr. Javier Camio)***

El área de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes no sólo realiza charlas; también promueve la necesidad de hacerse controles tempranos –análisis de sangre, PAP y colposcopías, además de autocontroles mamarios para detectar posibles anomalías en los pechos-. Esta área se dedica a la promoción y prevención de la salud de los adolescentes para que los mismos se constituyan en sujetos responsables de su salud y la de los demás.

No se puede omitir que las acciones preventivas no dependen necesariamente de los servicios de salud; también requieren de la participación de otros sectores sociales tales como la familia, la escuela y demás organizaciones de la comunidad.

Sin la participación activa de los propios usuarios en las acciones de promoción y prevención de la salud, no se lograrán los resultados esperados y es poco lo que los centros de salud pueden hacer.

**Objetivo F del PNSSyPR:** "Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable":

La obligación de garantizar a la población todos los servicios y prestaciones referidos a la salud sexual y a la procreación es pura y exclusivamente del Estado, el cual cumple con ella a través del Ministerio de Salud. Éste es el encargado de enviar las partidas presupuestarias a los diversos hospitales y centros de salud de todo el país, que son los encargados de implementar los programas de salud, entre ellos el PNSSyPR.

El Hospital Horacio Cestino desarrolla varias estrategias para cumplir con este objetivo.

En cuanto a garantizar el acceso a la información y orientación en todo lo referido a salud sexual y procreación, el área de Ginecología lo desarrolla diariamente en las consultas a través de la **Consejería**.

El profesional médico colabora para que la usuaria decida qué es lo mejor para ella de acuerdo a su situación particular. Para ello, primero le brinda toda la información necesaria sobre salud sexual y sobre procreación. Responde a las inquietudes de la consultante y le advierte sobre los beneficios y consecuencias de la utilización de diversos métodos anticonceptivos. Siempre atendiendo a lo que la otra persona tiene para decirle, el profesional crea un ambiente de confianza y respeto.

Como ya se advirtió, el Hospital Cestino no dispone de material impreso para exponer o para entregar a los usuarios. El Ministerio de Salud que es el encargado de su elaboración no lo envía a la jurisdicción de Ensenada. Sí lo hace en Capital Federal y Gran Buenos Aires, distritos en los que se realizan, a diario, campañas sanitarias sobre salud sexual. No ocurre lo mismo en otros centros más alejados del país.

El Hospital Cestino no cuenta siquiera con algún afiche o cartelera para exponer en los pasillos, menos aún con folletería para

entregar en mano a cada persona luego de las consultas. Toda la información que se brinda es oral y se da a través de los encargados de las áreas de Ginecología y de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes. Cada una de ellas le da a la información un tratamiento diferente de acuerdo al segmento poblacional con que trabaja.

Si bien el tipo de información y los contenidos básicamente son los mismos, no lo es la edad y las circunstancias particulares de los usuarios. Es diferente la forma en que se abordan las temáticas sexuales para los adultos que para los adolescentes. Ambos grupos tienen necesidades e inquietudes distintas y esto es lo que se prioriza, según lo advierten los propios médicos, a la hora de las consultas.

En lo que se refiere a garantizar el acceso a los métodos y las prestaciones de servicios relacionados con la salud sexual, el Hospital Cestino se vio en la necesidad de aceptar la colaboración de los grandes laboratorios para poder realizar las entregas periódicas a sus usuarios de anticonceptivos orales, profilaxis y óvulos, debido a que, desde hace muchos meses, el Ministerio no cumple con las entregas regulares de todos estos medicamentos.

Los laboratorios, a cambio de que los profesionales médicos “incentiven y recomienden” el uso de determinadas marcas de medicamentos, proveen diariamente al hospital de muestras médicas. Sólo así el nosocomio puede hacer frente a la creciente demanda por parte de los usuarios de los servicios de Ginecología.

***“El tema con las muestras que te envían [de los laboratorios] es que algunas son muy caras si la comprás en una farmacia (...) Se la das a una mujer y no le produce reacciones adversas pero al mes siguiente seguramente no volvemos a tener esa marca ¿Y qué hacés? ¿Decirle a la señora que se la compre? Entonces tenemos que darle otra que tal vez sí le produzca alguna reacción (...) No se pueden cambiar las pastillas todos los meses. Siempre se debe ingerir la misma. Pero la realidad es que a veces tenemos y muchas otras no” (Dr. Javier Camio)***

Ya se hizo mención con anterioridad de la necesidad de hacerse los estudios médicos para poder acceder a la entrega gratuita de anticonceptivos. Si la usuaria realiza los análisis correspondientes –

PAP, colposcopías, estudios de sangre, etcétera- tiene garantizado el acceso a estas prestaciones consignadas en el PNSSyPR. De la misma forma, tiene el derecho de solicitar intervenciones quirúrgicas tales como ligadura tubaria en el caso de las mujeres, y la vasectomía en el caso de los hombres.

Lo único que no se realiza en el Hospital Cestino son las mamografías ya que el nosocomio no cuenta con los aparatos que se requieren para tales estudios. Cuando una mujer tiene que hacerse una mamografía, es derivada al Hospital público de la ciudad de Berisso para realizarla. Luego vuelve a hacer otra consulta cuando tenga los resultados.

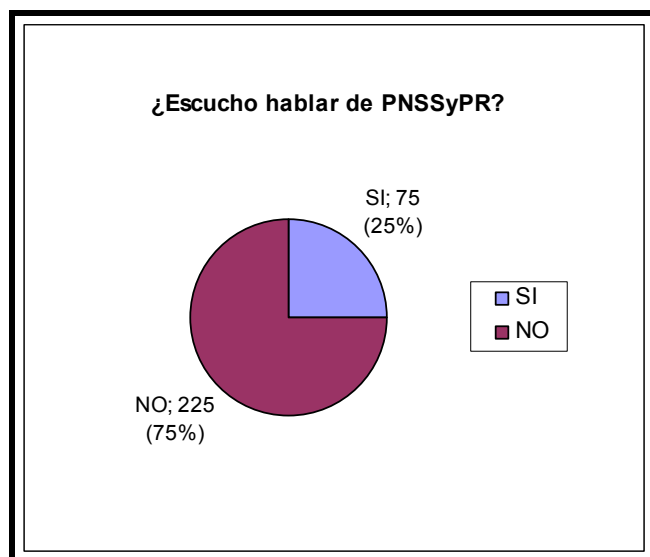
El Hospital Cestino garantiza a la población la implementación de las siguientes acciones:

- Acceso a una información completa y asesoramiento sobre métodos anticonceptivos ya sea respecto a los beneficios como a las contraindicaciones de su correcta utilización.
- Realización de los estudios y análisis previos a la prescripción de un método anticonceptivo, así como los controles posteriores al mismo –análisis de sangre, PAP, colposcopías-.
- La realización de las prácticas médicas correspondientes al método elegido y su seguimiento periódico.
- Prescripción y entrega, cuando hay disponibilidad, de métodos anticonceptivos aprobados por el Ministerio de Salud y elegidos por el usuario de acuerdo a sus necesidades particulares. Entre los mismos se encuentran:
  - De barrera (preservativos)
  - Químicos (espermicidas, óvulos vaginales)
  - Hormonales (pastillas anticonceptivas, inyecciones, pastillas de emergencia para casos especiales)
  - Dispositivos intrauterinos (DIU)
  - Quirúrgicos (vasectomías y ligaduras de trompa).

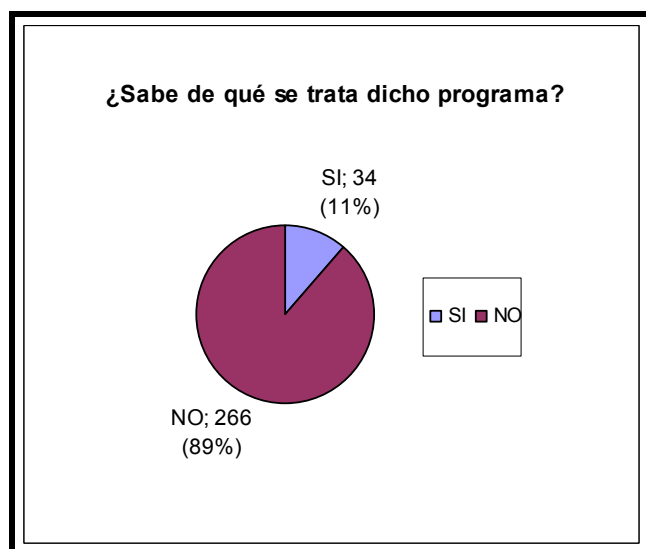
Brindar a la comunidad información fehaciente y detallada en materia de salud sexual y procreación es una de las estrategias implementadas y defendidas por el Hospital Cestino. Los profesionales médicos del nosocomio lo manifiestan continuamente y consideran que es el eje fundamental de su trabajo debido a la escasez de recursos con los que cuentan. La falta de anticonceptivos para entregar periódicamente en las consultas y la ausencia total de material gráfico que difunda los ejes fundamentales del PNSSyPR, hace del diálogo entre los médicos y los usuarios, la instancia primordial de aprendizaje sobre las temáticas de la salud sexual y la reproducción.

No obstante lo anterior, la encuesta que se realizó en el nosocomio develó una realidad un tanto diferente, por lo menos en lo que hace a la creencia de los usuarios. En uno de los ítems se preguntaba cómo consideraba el encuestado la información que el hospital brindaba en materia de salud sexual y procreación. Y la gran mayoría de los consultados respondió: “escasa”. Sólo 87 personas la consideraron “suficiente”. Cabría preguntarse, entonces, qué entienden los usuarios por “estar informados”, pues los médicos aseguran que se les brinda a los mismos en las consultas, información completa acerca de las temáticas que se incluyen en el PNSSyPR. Tal vez los sujetos consideran que, al no existir cartelería ni folletos para entregar, el nosocomio les informa de todas estas cuestiones de forma incompleta.

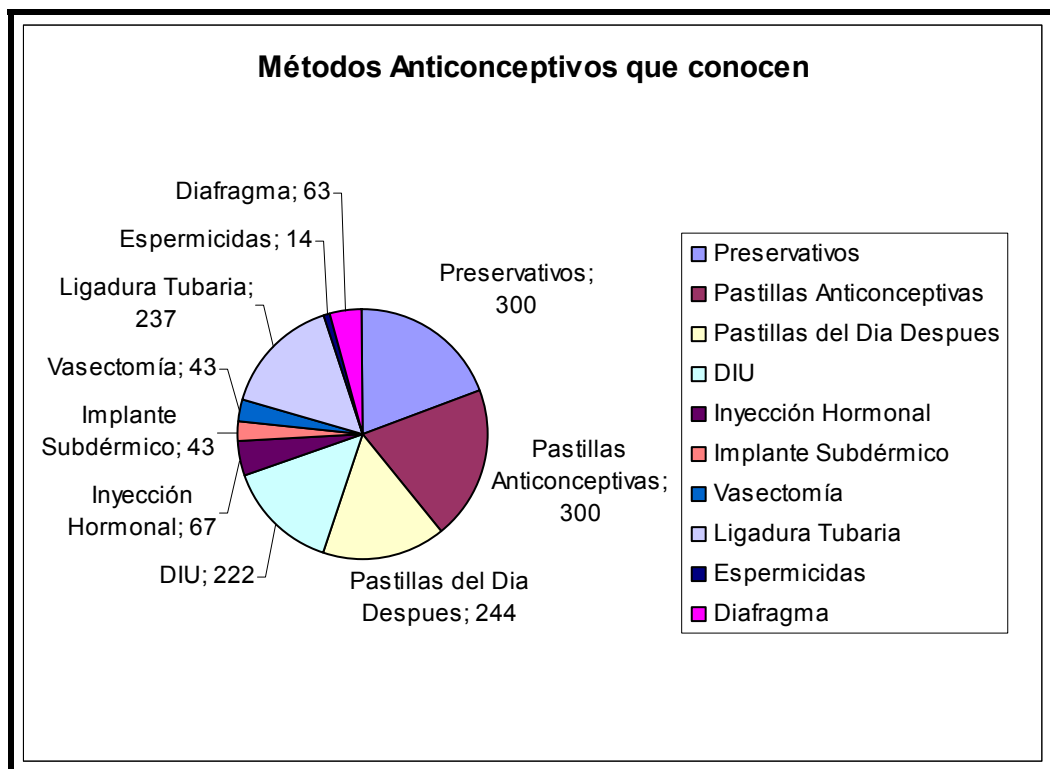
También resultó llamativo en las encuestas el hecho de que la gran mayoría de los encuestados nunca había oído hablar del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Sólo 75 personas contestaron afirmativamente; y de estas, 25 tenían estudios universitarios.



En el ítem siguiente, se les preguntó si sabían de qué se trataba dicho programa. Y sólo 34 personas contestaron que sí, el resto lo hizo negativamente. De estos, 18 habían estudiado en la universidad. Por lo tanto y en base al estudio realizado en el hospital, se puede afirmar que son muy pocas las personas que realmente están enterados del Programa de Salud Sexual: 34 sujetos sobre un total de 300.



Al averiguar qué tan informados estaban los usuarios acerca de los métodos anticonceptivos y cuáles conocían aunque fuera sólo de nombre, se obtuvo el siguiente resultado en el trabajo de campo:



Esta información resulta valiosa para comprobar qué tanto conocen los usuarios los métodos que se incluyen en el PNSSyPR. No hay que olvidar que los profesionales médicos del hospital aseguran que la consejería es la estrategia que más se gestiona teniendo en cuenta que no se dispone de material impreso de divulgación.

Podemos aseverar que todas las personas consultadas conocían los preservativos y las pastillas anticonceptivas como métodos de prevención. Luego, en menor medida, estaban enterados de las “pastillas del día después”, de la Ligadura de Trompas y del DIU. Pero con los restantes métodos no ocurrió lo mismo. Fueron pocos los que sabían de las inyecciones hormonales, del diafragma, de la Vasectomía, de los implantes subdérmicos y prácticamente nadie conocía lo que eran los espermicidas. Este conocimiento parcial por parte de los usuarios es directamente proporcional a los métodos anticonceptivos con que cuenta el Hospital Cestino para entregar gratuitamente en las consultas. Es decir, que los sujetos conocen los métodos que habitualmente tienen en el nosocomio, pero aquellos que prácticamente no hay son totalmente desconocidos para ellos. Esto nos da la pauta de que los

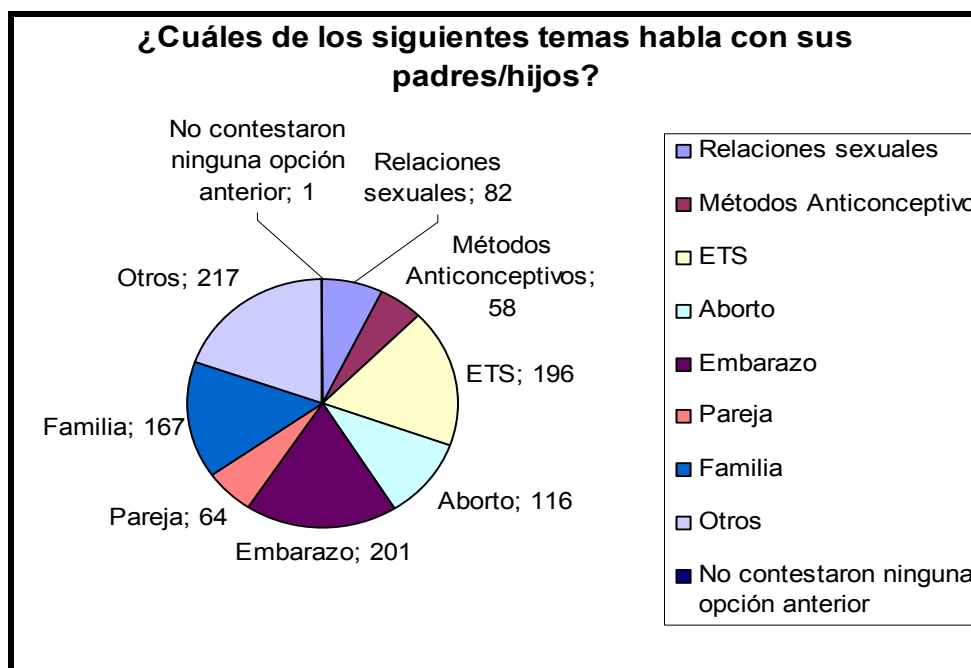


médicos informan en las consultas acerca de los métodos anticonceptivos de uso habitual, no de los más infrecuentes o de los menos utilizados. De lo contrario, deberían ser más las personas que los conocieran aunque sólo fuese de nombre.

En cuanto al acceso por parte de la comunidad de los métodos anticonceptivos coinciden tanto los encuestados como los profesionales médicos. Fueron 92 las personas que aseguraron haber recibido anticonceptivos en el último año en el hospital. Y 108 sostuvieron que “en raras ocasiones” el nosocomio cuenta con anticonceptivos para darles. Ya se advirtió con anterioridad que las partidas no son enviadas regularmente por parte del Ministerio de Salud de la Nación. Y que muchas veces el hospital debe recurrir a los grandes laboratorios para poder cubrir, en parte, la demanda de anticonceptivos y de medicamentos.

En las encuestas también se preguntó a los usuarios si estaban de acuerdo o en desacuerdo en que el Hospital brindara métodos anticonceptivos a la comunidad. La gran mayoría -296 personas- se mostró de acuerdo y sólo 4 opinaron lo contrario.

Por último, también se les pidió que marcaran cuáles de los temas indicados hablaban con sus padres/hijos. Y se obtuvo lo siguiente:



Como se puede observar, es de interés para los padres hablar con sus hijos acerca de embarazo, ETS y aborto, tres de las temáticas que, según los médicos del nosocomio son inexistentes en el ámbito familiar. Aquí observamos una clara discrepancia entre lo que opinan los usuarios y lo que consideran los médicos acerca de lo que se habla en el seno familiar y del rol que ocupa la familia en todos estos asuntos. Lo que resulta llamativo es que se le dedica menos atención o no se le asigna la misma importancia al tema de los métodos anticonceptivos o de las relaciones sexuales, lo cual parece contradictorio si se tiene en cuenta que la única forma de prevenir embarazos y ETS, y por lo tanto de evitar abortos, es únicamente a través de los métodos anticonceptivos. También aparece en un lugar destacado el tema de la familia, es decir de la importancia que tiene para los sujetos consultados hablar de los vínculos familiares en el propio seno familiar.

**Objetivo G del PNSSyPR: "Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable":**

El cambio en el rol de la mujer se ha constituido históricamente, en un tema central de las grandes conferencias internacionales.

Ha habido un quiebre en la concepción del rol de la mujer. De ser considerada un sujeto pasivo de asistencia, ha pasado a ser protagonista de su salud y de su vida.

Hasta hace poco tiempo, se concebía la salud de la mujer en términos de salud materno-infantil, poniendo toda la atención y los recursos en la salud de las mujeres gestantes y de los niños y descuidando otras etapas en la vida de las mismas.

Pero los tiempos cambian y se ha trabajado fuertemente desde todos los sectores y a nivel internacional para poner en pie de igualdad en materia de derechos a hombres y mujeres.

La salud de la mujer se definió más ampliamente considerando no sólo sus funciones reproductivas sino también su salud ginecológica integral.

El PNSSyPR tiene entre sus objetivos potenciar la participación femenina en todo lo relativa a salud sexual y procreación, pero no advierte nada acerca de la participación del hombre en todo el proceso.

Lo que pudo observarse en el Hospital Cestino y fue confirmado por los profesionales médicos, fue una total ausencia de los varones en todas estas cuestiones

***“Mirá, la participación de los varones en todo lo que es salud sexual es nula; no vas a ver a un solo hombre que venga a la consulta para preguntarte acerca de los métodos anticonceptivos o de cómo prevenir el VIH. Incluso cuando las mujeres vienen a hacerse los controles por embarazo están solas y si algún hombre las acompaña se queda afuera. Es como si todo les pasara a las mujeres sin intervención de los hombres” (Dr. Javier Camio),***

A pesar del reconocimiento por parte del Hospital de la necesidad de incorporar a los hombres a los programas sanitarios de este tipo, no se desarrollaron hasta el momento estrategias para avanzar en este sentido.

Es necesario señalar que, a diferencia de la Ley 418 de Salud Sexual sancionada en junio de 2000 para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la Ley 25673 no nombra explícitamente a los varones en ninguna parte. No se advierte acerca de la necesidad de promover la participación masculina en la salud reproductiva y la procreación. Sólo se habla de los adolescentes en general y de la mujer.

Y es precisamente la participación de los hombres la que es necesario incentivar porque ellos son tan responsables como las mujeres en todas estas cuestiones. El Dr. Arias dio un ejemplo al respecto

***“De nada sirve realizar el tratamiento a una mujer que padece gonorrea si su pareja no lo realiza también; si no se trata a los dos el virus vuelve a contagiarse en otra relación sexual y lo que se hizo para curar a esa mujer no sirvió de nada (...) La dificultad consiste, precisamente, en traer a la pareja hasta el consultorio para que también haga el tratamiento. El 90% no asiste y por lo tanto ni el hombre ni la mujer se curan de la infección”***

En las conferencias internacionales se reconoció a la **planificación familiar** como un derecho fundamental de hombres y mujeres para promover una sexualidad sana y responsable y generar las condiciones indispensables que permitan a los mismos adoptar decisiones libres en lo referente a su sexualidad y reproducción.

La planificación familiar hace referencia a la implementación de medidas que contribuyan a ayudar a las parejas y a las personas a alcanzar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva. Para ello se debe optimizar la calidad de los servicios de asesoramiento e información en los centros de salud.

La estrategia implementada por el Hospital Cestino para potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable es la educación sexual. Sin

ésta, la población no está debidamente capacitada para decidir, responsablemente, acerca de su sexualidad.

Asimismo la tarea de educar en materia de sexualidad debería ser compartida entre las diversas instituciones sociales: la familia, la escuela, la iglesia. Pero ante la ausencia de las mismas, el encargado de impartirla es el sistema de salud público.

Mediante la consejería, el Hospital Cestino educa a los usuarios en todo lo relativo a sexualidad y procreación. Les brinda herramientas teóricas y prácticas para que puedan elevar su calidad de vida y mejorar su bienestar físico, psíquico y emocional. Y les comunica la importancia de su participación en todo este proceso de aprendizaje. El usuario deja de ser un paciente que recibe pasivamente la instrucción del médico y se transforma en un protagonista que decide qué es lo que quiere y en qué momento.

En los últimos años, y sobre todo a partir de la sanción de la Ley 25673 y de la implementación del PNSSyPR, ha aumentado en el Hospital Cestino el número de consultas en Ginecología y Colposcopia, lo cual significa que se ha brindado asistencia, orientación y asesoramiento a todas aquellas usuarias que realizaron las consultas.

Al respecto, a través de las encuestas realizadas se pudo advertir que el número de consultas al área de Ginecología es muy alto - 235 mujeres de 300 afirmaron haber asistido a ese consultorio-, pero no ocurre lo mismo con el área de Colposcopia –sólo asistieron 85-. Esta discrepancia entre ambas muestra que en la realidad, todavía falta trabajar mucho en lo que se refiere a prevención en materia de salud sexual pues no realizarse PAP al menos una vez por año, puede ocasionar en un futuro graves problemas – cáncer de útero, entre otros-. Tal vez las usuarias consideran que la visita al ginecólogo basta para estar prevenidas y no es así. Los estudios a realizarse deben ser completos y periódicos y los mismos incluyen además de la charla con el médico, la realización del PAP para cerciorarse de que no existen malformaciones o virus que puedan derivar en el futuro en algún problema ginecológico de mayor complejidad.

Sólo con educación se puede lograr que las personas comprendan la importancia que adquiere en sus vidas decidir con libertad. Pero para decidir hay que saber discernir lo importante de lo que no lo es, lo conveniente de aquello que resulta cómodo y que menor esfuerzo implica. A través de la educación se generan seres responsables de sí mismos y de los demás, capaces de decidir y de obrar en consecuencia. Entonces, para promover la participación no sólo de las mujeres sino de todos los sectores sociales, debe apostarse a la educación. Y desde el Hospital Cestino se está trabajando en esta dirección, pero se requiere del apoyo de toda la sociedad.

## **CAPÍTULO VII:**

### **El rol de la comunicación en la implementación del Programa de Salud Sexual:**

Todo programa sanitario, sea cual fuere, debe contar necesariamente con una sólida política de comunicación social, pues el éxito del mismo, al pretender cambiar actitudes en el modo de vida y el desarrollo de la comunidad, depende de la forma en que se llegue a involucrar a los sectores sociales que la componen.

Según Gamucio-Dragon *“ningún programa de salud que pretenda abarcar a sectores sociales cada vez más amplios puede siquiera pensarse al margen de la comunicación”*<sup>23</sup>.

En el programa de Salud Sexual y Procreación Responsable se afirma explícitamente la necesidad de difundir periódicamente su contenido para contribuir a que la población conozca y ejerza sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

Con el presente trabajo de investigación en un Hospital Público, se pudo advertir la importancia no sólo de la difusión de contenidos sino también de la comunicación interpersonal a la hora de crear conciencia en la población que asiste al mismo. Incluso, ante la falta de cartelera y afiches que informen a la comunidad acerca de los contenidos del Programa de salud sexual, los médicos desarrollan cotidianamente una tarea de divulgación y concientización para poder revertir actitudes y prácticas que perjudican el bienestar general de la población.

En su artículo 8, el PNSSyPR sostiene la obligación de realizar la difusión periódica del mismo. El organismo encargado de la elaboración y distribución de todo material informativo es el Ministerio de Salud de la Nación, que luego lo distribuye a los diversos hospitales y centros de salud de todo el país. Sin embargo, no está cumpliendo con tal directiva, no por lo menos de igual forma en todas las jurisdicciones.

---

<sup>23</sup> Extraído de la Tesis “La política comunicacional estatal en la prevención de enfermedades emergentes”, tesis: Augello Walter y Corroccoli Edgardo José. Investigación y política de la comunicación Aug. 10029.

Se pudo comprobar que el Hospital Cestino de Ensenada no cuenta con material gráfico sobre temáticas de salud sexual para exponer en sus instalaciones debido a que el Ministerio no se los envía. En cambio es abundante la cartelería en áreas como pediatría y salud materno infantil. Resulta por lo menos llamativo que en aspectos preventivos y de promoción de la salud sexual y reproductiva el Ministerio no ponga el mismo énfasis que en otras áreas.

También se pudo constatar que es abundante y variada la información que se divulga en nosocomios de otras jurisdicciones como Capital y Gran Buenos Aires. En las mismas sí se cuenta con gigantografías y afiches en materia de salud sexual y procreación. Asimismo se pudo observar en la Página Oficial del Ministerio de Salud de la Nación variedad de campañas gráficas sobre estas temáticas que incluyen: prevención de enfermedades de transmisión sexual a través del uso del preservativos, detección de enfermedades génito mamarias, realización de PAP, utilización de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos y enfermedades, etc.

En la Página Oficial del Ministerio, al hablar del Programa creado por la Ley 25673, se afirma:

***“Es necesario extender las conquistas en materia de derechos sexuales y reproductivos a todos los sectores sociales que habitan las diferentes regiones, territorios y barrios. Estos derechos en nuestra vida cotidiana implican: acceder a información basada en el conocimiento científico, acceder a atención de calidad con buen trato y continuidad, acceder gratis a métodos anticonceptivos y preservativos. Para esto también es necesario generar las condiciones para el ejercicio de estos derechos”.***

Todo esto queda en enunciados y buenos propósitos porque a través de la gestión del programa de salud sexual en el Hospital Cestino se pudo advertir que no están dadas las condiciones para poder cumplir con estas premisas.

En primer lugar, estas conquistas en materia de derechos sexuales y reproductivos no llegan a cumplirse en todas las jurisdicciones por igual. Si los nosocomios están ubicados en la periferia o alejados de los grandes centros urbanos no reciben la misma ayuda económica que otros centros de salud de



la Capital o del Gran Buenos Aires. No llegan a ellos recursos humanos ni presupuestarios. Tampoco reciben material gráfico para informar a la población sobre las políticas sanitarias que se están llevando a cabo en el país.

Todos tendrían que tener acceso al mismo material ya que es el Ministerio de Salud el que lo gestiona y distribuye. Lo mismo ocurre con las grandes campañas sanitarias que se desarrollan en la city porteña. La gente del interior del país ni siquiera se entera de tales acciones. Todo se sube a la página oficial pero siempre sucede en Buenos Aires. Y si ocurre en otros lugares remotos de nuestro país, se atiende luego de que los medios de comunicación hacen eco de demandas cotidianamente planteadas pero siempre postergadas por los gobiernos de turno. Y es así como vemos médicos de Salta, Chaco y Santiago del Estero pidiendo ayuda al estado, a través de las pantallas de televisión, porque los nenes se mueren de hambre y están desnutridos, o porque el índice de natalidad es mucho más elevado si se los compara con los de otras provincias. Ni qué hablar del mal de chagas, del dengue y de otras tantas enfermedades que afectan más brutalmente a las regiones pobres de nuestro territorio.

En la Página Web del Ministerio también se subraya la importancia del acceso a la información y a la atención de calidad con buen trato y continuidad, así como también a los métodos anticonceptivos gratuitos. Y, lo más importante de todo, la necesidad de que se generen las condiciones para poder ejercer todos estos derechos.

Pero si nos preguntamos quién es el encargado de generar estas condiciones para que todos los ciudadanos puedan acceder a una salud de calidad, la respuesta es el Estado, quien a través de sus organismos debe velar porque se cumplan las leyes y programas nacionales. Pero si el mismo no distribuye las partidas presupuestarias en tiempo y forma ¿qué pueden hacer los hospitales públicos y centros de salud para brindar un servicio de calidad? Si no se cuenta con los recursos económicos y humanos necesarios ¿cómo evitar el colapso y la desatención de cientos de personas? ¿Cómo puede el hospital brindarle anticonceptivos gratuitos a la comunidad si el Ministerio no les envía las partidas desde hace meses? ¿Cómo no caer en el clientelismo y el oportunismo de los laboratorios que acercan al hospital muestras gratuitas a cambio de favores?

Desde el Hospital Cestino se trabaja incansablemente con los recursos con que se cuenta. A falta de material informativo gráfico se refuerza la comunicación interpersonal a través de la consejería. Se apuesta fuertemente al diálogo interpersonal entre los profesionales médicos y los usuarios de los servicios. Porque ante la ausencia de soportes gráficos ¿cómo lograr que la población conozca sus derechos en materia de salud sexual y trabaje en favor de su bienestar? ¿Qué hacer para que tenga conocimiento de las políticas sanitarias que se gestionan para la promoción de su salud?

Al momento de conocer en qué consistía la política de medios y mensajes implementada por el Hospital Cestino para gestionar el PNSSyPR, se advirtió una total ausencia de ella. No había objetivos definidos ni mensajes a comunicar. Y si los había no se tenía real conciencia de los mismos ni mucho menos de la importancia que tenía definirlos explícitamente para poder trabajar con ellos.

Cada usuario, con su consulta, le marca al profesional médico cómo será la forma de trabajo: si dará una charla sobre anticonceptivos, si sólo entregará pastillas o si ordenará un análisis completo de sangre para detectar un posible embarazo.

Los médicos no les comunican explícitamente a los usuarios de la existencia de una Ley que crea un Programa sobre salud sexual y reproductiva. Gran cantidad de ellos ni siquiera están enterados de que tienen derechos que deben ser cumplidos: de que pueden escoger cómo y cuando tener hijos, de que el Estado debe garantizarles la entrega gratuita de métodos anticonceptivos así como su seguimiento periódico para detectar anomalías.

Cuando uno ingresa al Hospital Cestino, nada hace suponer que tal nosocomio gestiona cotidianamente el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. No existen carteleras ni afiches, ni mucho menos folletería que explique a los usuarios de los servicios todo aquello a lo que tienen derecho a acceder.

Si la iniciativa de explicar este programa a la comunidad no surge de los médicos, su existencia pasa desapercibida para muchos.

A través de las entrevistas con los profesionales y directivos del Hospital y de las encuestas realizadas a los usuarios, pudo saberse de la existencia esporádica de algún que otro cartel hecho en hoja A 4 y confeccionado por el

propio personal del nosocomio sobre alguna referencia al Programa, no acerca de sus contenidos sino de la realización de PAP en el hospital o de la creación de la nueva área dedicada a ginecología y obstetricia para adolescentes. Eran carteles muy sencillos y elaborados según el criterio de quien lo hacía, es decir que no perseguían algún objetivo central ni respondían a una estrategia de mensajes previamente diseñada.

Como se advirtió con anterioridad, la existencia de carteles facilita la labor de los profesionales médicos porque los usuarios preguntan por cuestiones que se plasman en los afiches y que no siempre comprenden. Entonces se les explica en detalle aquello que les inquieta y de esta forma, se pueden cambiar actitudes incorrectas. Según los médicos esto puede observarse en áreas como pediatría y vacunación que sí cuentan con abundante material gráfico para ser expuesto en las instalaciones del hospital.

Es sabido que toda estrategia de comunicación debe basarse en una serie de objetivos y etapas a ser cumplidos y que se asocia al tipo de políticas que se pretenden impulsar, así como también a las características de los segmentos de la población al cual van dirigidos. Por lo tanto, deben definirse claramente los contenidos básicos que serán transmitidos.

En el trabajo de investigación desarrollado por Walter Augello y Edgardo José Corroccoli sobre la política comunicacional estatal en la prevención de enfermedades emergentes, se afirma que ***“una estrategia comunicacional debe estar basada en una rigurosa selección de los temas a tratar con un estricto escalonamiento u ordenamiento de éstos en el tiempo. Esto puede significar la renuncia a promover todas las iniciativas simultáneamente estableciendo un orden de prioridades de mediano plazo con respecto a la presencia en determinados medios y de los mensajes emitidos. (...) La política comunicacional de un programa de prevención debe basarse en una selección de medios y mensajes que se consideren más adecuados para acceder a cada segmento de población de los involucrados en su ejecución, en función de objetivos diseñados para cada uno de ellos”***.

Esto precisamente es lo que falta a la hora de gestionar el PNSSyPR en el Hospital Cestino de Ensenada. No existen objetivos previamente definidos ni se cuenta con una estrategia de medios y mensajes para acercar los

lineamientos del Programa a la comunidad. Sin embargo, no es el Hospital el encargado de llevar esto a la práctica, sino el Ministerio de Salud de la Nación. El nosocomio sólo implementa las directivas que recibe y las adapta a su lugar de ubicación, respetando la idiosincrasia del territorio en el que se encuentra.

Ante la falta total de soportes gráficos en áreas como Ginecología y Ginecología y Obstetricia para Adolescentes, el Hospital invierte en recursos humanos poniendo todo el énfasis en la comunicación interpersonal entre los profesionales médicos y los usuarios de los servicios.

La pregunta que surge de esta realidad es ¿por qué se observa la existencia de abundante material gráfico sobre diversos aspectos del PNSSyPR en los nosocomios de las grandes ciudades y su inexistencia total en los hospitales de la periferia y de las ciudades pequeñas, si precisamente estas son las comunidades que más necesitan conocer sus derechos en cuanto a salud sexual y reproductiva? ¿Por qué el Ministerio de Salud no hace llegar de igual forma el material de difusión en todas las jurisdicciones si el Programa de Salud Sexual responde a una Ley Nacional y debería tener alcance en todo el territorio argentino?

A pesar de los contratiempos y de la indiferencia de muchos organismos del Estado, el Hospital Cestino con los escasos recursos con que cuenta, gestiona el PNSSyPR. Muchas veces sin elementos, sin continuidad en la entrega de anticonceptivos o sin material informativo para entregar a la comunidad, pero apostando al diálogo y a la interacción con los usuarios, basándose en la premisa de que nunca hay que desaprovechar una consulta porque siempre va a quedar algo positivo en la mente de cada persona que asiste a ella. Y eso ya constituye un progreso.

## **Conclusiones finales**

Luego de haber realizado un trabajo de campo en profundidad en el Hospital Horacio Cestino de Ensenada, parece arriesgado decir que el panorama en materia de salud sexual y procreación se manifestó en toda su dimensión.

Fue el objetivo de esta tesis indagar las formas de gestión del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en un nosocomio de la ciudad. Conocer de qué forma el mismo daba respuesta a las demandas de la población en lo que se refería a su sexualidad. Y de esta forma, saber con certeza si estaban dadas las condiciones –desde el Estado, desde el Hospital y desde la propia comunidad- para que el Programa cumpliera con los objetivos para los cuales había sido creado.

El trabajo de investigación implicó mucho esfuerzo, tiempo y dedicación, y por momentos parecía que todo lo conseguido se estancaba debido a cambios en la organización del propio nosocomio y a los muchísimos paros de actividades que dificultaban el acercamiento a la institución.

Incluso hubo que hacer replanteamientos y observar la realidad que se mostraba, desde otras perspectivas. Objetivos que no se evidenciaban o directamente se contradecían con aquellos planteados al inicio del trabajo, tales como la corroboración de la existencia de una estrategia de medios y mensajes que sustentaran la implementación del PNSSyPR. Directivos que se iban, otros que llegaban y había que comenzar nuevamente con los pedidos para que se pudiera permitir el ingreso al hospital, Así como también diversas reestructuraciones edilicias, nuevos profesionales de la salud, y mucha información recabada que abría los horizontes para otras posibles lecturas. Y todo esto sumado a la vida propia y de por sí complicada de quien se había planteado conocer qué Ley Nacional protegía nuestros derechos en materia de salud sexual y reproducción y de qué forma lo hacía.

En líneas generales, el objetivo del trabajo se cumplió. Para alguien que no conoce detalladamente el tema y la Ley 25.673, la lectura de la presente tesis permite profundizar en ellos y comprender los lineamientos que los guían.

No resulta un dato menor que fueron necesarias cientos de charlas, conferencias internacionales, debates, encuentros y desencuentros para que el

país llegara a la promulgación de una Ley Nacional de tal envergadura. Pues fueron – y aún hoy siguen siendo- muchos los detractores y opositores de la misma.

En el Capítulo I se hizo referencia al Sistema de Salud y se incluyó a la salud sexual y reproductiva como un derecho básico del ser humano, contemplado en innumerables Conferencias Internacionales que reconocen el derecho de las personas a decidir acerca de su sexualidad y de su procreación.

Se dejó constancia, también, de la orientación preventiva y de promoción de la salud en la que se enmarca la Ley 25.673, la cual requiere de la activa participación de los usuarios en todo lo que respecta al cuidado de su propia vida en todos los ámbitos en que se desarrolla. Asimismo promueve la Consejería, es decir el asesoramiento profesional para que las personas puedan decidir, en base a información fehaciente y confiable, acerca de aquellos métodos anticonceptivos que más le convienen para prevenir embarazos no deseados y ETS, de acuerdo a su realidad particular y habiéndose realizado estudios previos.

Por último, se dedicó un apartado a todo lo relativo a métodos anticonceptivos y a ETS. La idea era hacer un recuento de todos aquellos métodos existentes para prevenir embarazos no deseados que, en muchas ocasiones, derivan en abortos clandestinos, así como también conocer qué enfermedades de transmisión sexual existen, las complicaciones que ocasionan a largo plazo y las formas de evitarlas.

En el Capítulo II se desarrolló el Marco Teórico, es decir aquellas ideas que guiarían el trabajo de investigación: Comunicación/Cultura, Género, Equidad y Salud, Familia, Comunicación Institucional y Campañas de Divulgación. Desde estas nociones se reconoció, analizó y valoró la realidad del Hospital Cestino de Ensenada en materia de salud sexual y reproductiva.

Luego de haber definido los objetivos del trabajo y su marco conceptual, se procedió a desarrollar el Marco Metodológico, es decir, definir aquellos modos e instrumentos que se utilizarían para el relevamiento, ordenamiento y análisis de la información. Se llevó adelante una investigación de tipo cualitativa pues lo que se pretendía era conocer y comprender en profundidad la realidad de un nosocomio en lo que se refería a su gestión del PNSSyPR. Para ello se realizaron entrevistas en profundidad a los profesionales médicos y

se adoptó la técnica de observación participativa pasiva para acompañar la gestión cotidiana del hospital pero sin intervenir directamente en el desenvolvimiento de la institución.

De esta forma, se pudo conocer las opiniones de los profesionales médicos y su quehacer cotidiano en el nosocomio. Sin embargo, era de suma importancia conocer las otras voces: las de los usuarios de los servicios que a diario concurrían al hospital para realizar alguna consulta. Y cotejar si entre ambos se producían discrepancias significativas en lo que se refería a la gestión del Programa de salud sexual. La técnica que mejor servía a este fin eran las encuestas de tipo cerrada. A través de ellas se pretendía conocer el conocimiento que los usuarios poseían del Programa creado por la Ley y el tipo de atención que al respecto recibían en el hospital.

Inmediatamente se pudo comprobar que asistían mayormente mujeres y que los hombres se negaban, en su mayoría, a realizar las encuestas. También se observaron grandes discrepancias entre la opinión dada por los médicos y la de los usuarios de los servicios, sobre todo en lo que se refería a la consejería en los consultorios. Los encuestados consideraban escasa e incompleta la información recibida por los profesionales. Aunque también, ambos coincidían en la falta de anticonceptivos para entregar gratuitamente.

Fue arduo y llevó mucho tiempo la tabulación de las 300 encuestas realizadas. Era mucha la información y había que utilizarla dando respuesta a los objetivos planteados al inicio del trabajo.

En el Capítulo III se hizo un recorrido por las Conferencias Internacionales que hacían referencia a los temas contemplados en el PNSSyPR, así como también los contextos históricos que les dieron origen y que, tras largos debates, marchas y contramarchas, permitieron finalmente la promulgación de tan importante ley. Para poder conocer detalladamente la misma así como la Ley 418, antecedente inmediato de ella, se adjuntaron ambas en los anexos del trabajo.

En el Capítulo IV se delinearón los orígenes del Hospital Cestino de Ensenada: su fundación en 1945, su decadencia en los años 90 y su recuperación y ampliación en años recientes. También se hizo una descripción de la ciudad de Ensenada para poder anclar al nosocomio en el contexto de

una localidad en vías de desarrollo, que cambió mucho su fisonomía gracias a una nueva gestión de gobierno.

En el Capítulo V se desarrolló todo el análisis de la información obtenida a través de las observaciones, de las entrevistas realizadas a los profesionales médicos y de las encuestas efectuadas a los usuarios de los servicios.

Se analizaron todos los objetivos propuestos en el PNSSyPR a la luz de la gestión que del mismo realiza el Hospital Cestino. Y se llegó a las siguientes conclusiones:

- La gran mayoría de los usuarios encuestados desconoce el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, no saben de qué se trata ni conocen sus lineamientos generales.
- Se advierte un conocimiento, por parte de los usuarios de los servicios, de los métodos anticonceptivos más difundidos –pastillas y preservativos, pastillas del día después, ligadura tubaria y DIU-, pero una gran ignorancia en lo que se refiere a otros métodos menos utilizados – inyecciones hormonales, implantes subdérmicos, vasectomías, espermicidas y diafragmas
- Si bien desde el nosocomio se plantea la difusión de los métodos anticonceptivos y de prevención de ETS, son escasas las consultas al área de Colposcopia, que es aquella que se encarga de la realización de PAP y de la detección precoz de virus e infecciones que pueden derivar en cánceres, tumores y demás complicaciones futuras si no son tratadas a tiempo.
- El Hospital reconoce la necesidad de trabajar en conjunto con otras instituciones sociales- la familia y la escuela, principalmente- para que la población pueda alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable y así pueda adoptar decisiones libres y fundamentadas. Si bien el nosocomio advierte una total ausencia de acompañamiento por parte de estas instituciones, las encuestas demostraron que tanto la familia como la escuela se constituyen en referentes de educación sexual. Es allí y no en el Hospital, donde, según los encuestados, se reciben o recibieron las primeras nociones en materia de salud sexual y reproducción.



- En cuanto a la disminución de la morbimortalidad materno-infantil, tanto desde el hospital como desde los usuarios se reconoce su gravedad. La mayoría de los encuestados manifestó conocer alguna persona que haya practicado un aborto clandestino. Y el nosocomio, a través de sus estadísticas, muestra un claro aumento anual de los mismos. A pesar de la Ley y del Programa que se gestiona, los abortos aumentan. En esto existe también responsabilidad por parte de los organismos encargados del control de la venta de medicamentos, pues en la actualidad resulta sencillo conseguir, sin receta médica, el Oxaprost, el cual se utiliza para dilatar el cuello del útero y así producir un aborto. Esta problemática también hace alusión a la necesidad de realizarse controles tempranos en caso de embarazo. Y en esto ayuda mucho la divulgación de información al respecto. Información con la que no siempre se cuenta.
- La prevención de embarazos no deseados y ETS se gestiona mediante el servicio de Consejería en los consultorios. Según los profesionales del nosocomio, la información que se brinda es completa, sin embargo, no opinan lo mismo los usuarios, para quienes la misma es escasa. Asimismo ambos coinciden en la falta diaria de métodos anticonceptivos para entregar. Los médicos sostienen que han tenido que acudir a los grandes laboratorios para que les envíen muestras gratuitas a cambio de “incentivar” el uso de determinadas marcas de anticonceptivos. También se creó el Área de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes para personalizar las consultas con este grupo etáreo en materia de educación sexual. Es positivo que de un total de 38 menores de 19 años encuestados, 24 hayan asistido a esas consultas. Sin embargo aún falta incrementar el número si se tiene en cuenta la gran cantidad de adolescentes que concurren al nosocomio diariamente. Tampoco se advierte por parte del hospital alguna estrategia de captación de los varones para poder brindarles a ellos también asesoramiento en educación sexual. Los mismos médicos lo manifiestan como una problemática no resuelta por parte de los directivos.
- Se observa una total ausencia de material gráfico –carteles, afiches, folletería- en el hospital en lo que respecta a salud sexual y procreación responsable. Desde el nosocomio lo atribuyen a una irresponsabilidad

por parte del Ministerio de Salud de la Nación, que es el órgano encargado de su confección y distribución a todos los hospitales públicos del país. Esta inexistencia también fue advertida por las personas encuestadas, si bien sostienen que la información recibida en materia de salud sexual se dio en las consultas a través del diálogo con los médicos. Aunque luego señalan, en otro ítem, que consideran que la información dada es “escasa”.

- Se detectó en el Hospital Cestino la inexistencia de una política de comunicación que permita difundir los contenidos y delineamientos del PNSSyPR. No existe una estrategia de medios y mensajes que lo sustenten en el tiempo.

Se puede afirmar que el objetivo general del trabajo fue cumplido. Se pudo conocer en profundidad la realidad del Hospital Cestino en lo que se refiere a su gestión del Programa de Salud Sexual creado por la Ley 25673.

Pero también se puede concluir, en base al trabajo realizado, que no están dadas las condiciones desde el Estado para que se cumplan los objetivos del Programa. El mismo, a través del Ministerio de Salud de la Nación, no envía periódicamente las partidas de medicamentos y anticonceptivos para abastecer a la comunidad, por lo menos en la localidad de Ensenada. Tampoco hace llegar material gráfico de divulgación para exponer en los pasillos del nosocomio ni folletería para entregar en las consultas. Incluso no se capacita, como prevé la Ley 25673, a los profesionales de la salud para que puedan comunicar a la población los lineamientos generales del Programa.

Desde el Hospital Cestino están dadas, en gran medida, las condiciones para que se cumpla el PNSSyPR. Se cuenta con profesionales idóneos que apuestan fuertemente a la consejería y al diálogo interpersonal con los usuarios de los servicios. Asimismo no se observa una falta de voluntad a la hora de proveer de métodos anticonceptivos al nosocomio, pues cuando las partidas no llegan desde el Ministerio de Salud, se acude a los laboratorios para obtener muestras gratuitas. La decisión puede ser cuestionable pero la razón que la guía responde a una necesidad mayor de satisfacer la demanda de anticonceptivos y medicamentos por parte de la comunidad que a diario asiste al nosocomio y que no cuenta con los recursos necesarios para poder

comprarlos. Si el Hospital no se los brinda gratuitamente no pueden conseguirlos.

De la misma forma, ante la falta de material gráfico para entregar y exponer, profundizan en la consejería y el diálogo interpersonal. Apuestan a aprovechar al máximo las instancias de las consultas. Y generan nuevas condiciones para la aplicación del Programa con la creación del Área de Ginecología y Obstetricia para Adolescentes, con la cual se apuesta a la trabajar todo lo relativo a educación sexual con menores de 19 años.

Y desde la comunidad, según los dichos de los profesionales médicos del nosocomio, no hay un acompañamiento prolongado en lo que se refiere al trabajo con el Hospital en materia de educación sexual. No se acercan desde las escuelas para pedir asesoramiento al respecto, ni se proponen charlas a las que asistan los médicos para profundizar en las temáticas que se refieren al Programa. Esto no es compartido por los encuestados, quienes dejaron constancia de que las primeras nociones de educación sexual las recibieron en la familia y la escuela.

Se pudo determinar el contexto histórico y socioeconómico en el que se desarrolla el Programa: se hizo un recorrido histórico desde la época previa al golpe de estado del 76. Y se advirtió que los gobiernos de entonces mantenían una concepción pronatalista, contraria a todo control de la natalidad. Luego se dio cuenta de los avatares en el ámbito político y de los continuos debates a favor y en contra de la promulgación de una Ley de Salud Sexual, sobre todo de aquellos sectores que sistemáticamente rechazan todo lo que se refiera a planificación familiar y a la utilización de métodos anticonceptivos para prevenir ETS y embarazos no deseados.

Finalmente se acordó la promulgación de la Ley 25.673 que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, y con ello se pudo dar respuesta a las demandas de la sociedad en lo que hace a la promoción de la salud y que sobre todo afecta a los sectores sociales más vulnerables.

En el trabajo también se analizaron las estrategias implementadas por el Hospital Cestino para cumplir con cada uno de los objetivos propuestos en el Programa. Al respecto se consideraron no sólo las opiniones de los directivos y profesionales del nosocomio sino también las de los usuarios de los servicios a

través de las encuestas. Se pusieron de manifiesto las coincidencias entre ambos sectores así como también las discrepancias.

Por último se trató de establecer la importancia que tenía la comunicación en la implementación del Programa y ver si existía una estrategia de medios y mensajes que la sustentaran. Este objetivo propuesto en la investigación fue el más problemático debido a que, una vez terminado el trabajo de campo, se observó su inexistencia. El mismo debería ser reformulado y, dado que el organismo encargado de llevarlo adelante no es el Hospital sino el Ministerio de Salud de la Nación, habría que indagar en el propio Ministerio. Conocer las causas que impiden la normal distribución en TODOS los distritos del país y no sólo en aquellos que se encuentran ubicados en grandes centros urbanos. Hubiese sido de gran ayuda conocer a este otro actor involucrado en el Programa y sin el cual el mismo no podría gestionarse adecuadamente.

Sin una política de medios y mensajes, como efectivamente se confirmó en el Hospital, el Programa de salud sexual carece de medios de difusión y esto dificulta enormemente su conocimiento por parte de la sociedad. No hay que olvidar que la gran mayoría de los encuestados desconocía la existencia del mismo.

En líneas generales, se pudo conocer de qué forma el Hospital Cestino gestiona cotidianamente el PNSSyPR. Incluso se podría seguir avanzando en la investigación teniendo en cuenta aspectos que se pasaron por alto en este trabajo. Fundamentalmente en lo que se refiere a Campañas de divulgación. Primero habría que conocer en profundidad el funcionamiento del Ministerio de Salud: sus políticas en materia de comunicación sanitaria y sus estrategias de medios y mensajes para dar a conocer a la comunidad una Ley tan importante como la 25.673. Esto permitiría mejorar un aspecto que, a través del presente trabajo, se manifestó como una debilidad del Programa: la ausencia de material informativo que contribuya, junto con la información brindada por los médicos, a un conocimiento en profundidad de los derechos sexuales y reproductivos que la Ley defiende y da a conocer.

Asimismo también se podría indagar mayormente en las opiniones vertidas por los encuestados, por ejemplo a través de preguntas abiertas, ya que la encuesta formulada era de tipo cerrada. Resultaría interesante ahondar

sobre lo que los usuarios consideran como “información escasa” ya que en otro momento de la encuesta manifestaron que en el hospital recibieron información acerca de métodos anticonceptivos para prevenir embarazos y ETS. Esto se presenta como un contrasentido a menos que para ellos “información” se refiera pura y exclusivamente a folletería y material gráfico con el que el hospital no cuenta actualmente.

Sin nada más que agregar, el presente trabajo de investigación cumplió con las expectativas de esta tesista. Y le dio una gran satisfacción personal el haberlo realizado.

# ANEXOS

## **Leyes en materia de Salud Sexual:**

### **ANEXO I**

#### **Ley 418: “Salud Reproductiva y Procreación Responsable”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000:**

Consolida el marco legal y replantea los objetivos y estrategias del Programa de Procreación Responsable creado por la Ciudad de Buenos Aires en 1987. El mismo pasó a denominarse Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Entre sus objetivos generales<sup>24</sup> están:

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

Y entre sus objetivos específicos<sup>25</sup> se encuentran:

- Prevenir mediante educación e información los abortos provocados.
- Garantizar la información y el acceso a los métodos y prestaciones de anticoncepción a las personas que lo requieren para promover su libre elección.
- Promover la participación de los varones en el cuidado del embarazo, el parto y el puerperio, de la salud reproductiva y la paternidad responsable.
- Otorgar prioridad a la atención de la salud de las/los adolescentes, en especial a la prevención del embarazo adolescente y la asistencia de la adolescente embarazada.

---

<sup>24</sup> Objetivos generales planteados en el Art. 3 de la Ley 418, sancionada y promulgada en la Ciudad Autónoma de Bs. As. en el año 2000.

<sup>25</sup> Objetivos específicos planteados en el Art.4 de la Ley 418, sancionada y promulgada en la Ciudad Autónoma de Bs. As. en el año 2000.

- Garantizar la existencia de los distintos servicios y centros de salud, de profesionales y agentes de salud capacitados en sexualidad y procreación desde una perspectiva de género.
- Difundir la información relacionada con la prevención de VIH/SIDA y otras ETS.
- Contribuir a la prevención de las ETS y patologías génito-mamarias.
- Contribuir a la prevención del embarazo no deseado.

En su Artículo 7, la ley garantiza la implementación de las siguientes acciones<sup>26</sup>:

- Información completa y adecuada y asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular.
- Todos los estudios necesarios previos a la prescripción del método anticonceptivo elegido y los controles de seguimiento que requiera dicho método.
- Prescripción de los siguientes métodos anticonceptivos, que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio, no abortivos, aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación, elegidos voluntariamente por las/los beneficiarias/os luego de recibir información completa y adecuada por parte del profesional interviniente:
  - De abstinencia periódica.
  - De barrera (preservativo masculino, femenino y diafragma).
  - Químicos (cremas, jaleas, espumas, tabletas, óvulos vaginales y esponjas).
  - Dispositivos intrauterinos (DIU).
- Promoción de la participación de los padres, en la medida que sea posible, en todo lo relativo a la salud reproductiva de sus hijos.

---

<sup>26</sup> Acciones planteadas en el Artículo 7 de la Ley 418, sancionada y promulgada en la Ciudad Autónoma de Bs. As. en el año 2000.



- Información acerca de que el preservativo es por el momento el único método anticonceptivo que al mismo tiempo previene de la infección por VIH y del resto de las ETS.
- Evaluación periódica de las prestaciones.
- Capacitación permanente a los agentes involucrados en las prestaciones de salud reproductiva y procreación responsable con un abordaje interdisciplinario, incorporando los conceptos de ética biomédica y perspectiva de género.
- Realización de actividades de difusión, información y orientación de todos los temas presentes en esta Ley.
- Diseño e implementación de estrategias de comunicación y educación dirigidas de manera particular a las/los adolescentes, dentro y fuera del sistema educativo.
- Coordinación de acciones con diferentes organismos públicos, privados y no gubernamentales, que por su naturaleza y fines puedan contribuir a la consecución de estos objetivos.

La Ley 418 constituye el antecedente inmediato de la Ley 25673, creadora del PNSS y PR. Su aprobación se logró a pesar de la fuerte oposición de sectores de la Iglesia Católica que organizaron protestas y llegaron a los medios de información para denunciar lo que consideran una ley de carácter abortista y la intromisión del Estado en el derecho de los padres a la educación sexual de sus hijos.

## ANEXO II

### **La Ley 25673 y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable:**

En sintonía con los avances producidos en los últimos tiempos en la legislación internacional y regional para la protección y defensa de los derechos de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, en Argentina se aprobó, en Octubre de 2002, la Ley 25673, por medio de la cual se creó en el año 2003 el “Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable” (PNSSyPR) cuyo objetivo primordial consiste en trabajar a favor de la promoción de la salud. Básicamente se trata de prevenir a través de la información y el asesoramiento médico situaciones no deseadas, como puede ser un embarazo, enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias, entre otras.

La importancia de la ley reside en que ésta le da un marco legal al derecho a la población a decidir libremente acerca de su sexualidad y reproducción. Garantiza la obligación del estado de proveer recursos humanos, materiales y económicos para que la población pueda trabajar en la promoción de su salud.

El Programa fijó como objetivos a cumplir<sup>27</sup>:

- 1) 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.
- 2) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- 3) Prevenir embarazos no deseados.
- 4) Promover la salud sexual de los adolescentes.
- 5) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/Sida y patologías genitales y mamarias.
- 6) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

---

<sup>27</sup> Objetivos consignados en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en su artículo N°

- 7) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

Para lograr estos objetivos el Ministerio de Salud debe trabajar en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente, así como también deberá contar con el apoyo de los Municipios que, a través de los hospitales, son los encargados de implementar el programa de salud sexual.

Asimismo, la autoridad de aplicación –el Ministerio de Salud- deberá realizar un seguimiento constante del programa y evaluar su implementación para corregir y mejorar las acciones realizadas. También en el programa se afirma explícitamente la necesidad de difundir periódicamente su contenido para contribuir a que la población conozca y ejerza sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

#### Alcances del Programa:

A fines del año 2006, son más de 6.000 los hospitales y centros de salud en todo el país que realizan las prestaciones contempladas en el programa de salud sexual, alcanzando a más de 2.000.000 de usuarias y usuarios. La misma abarca:

- ⇒ Entrega de insumos a cada provincia para su distribución en hospitales y centros de atención primaria a las/los usuarias/os de los servicios de ginecología. Los mismos abarcan: preservativos, anticonceptivos hormonales periódicos y de emergencia, dispositivos intrauterinos (DIU), diafragmas y espermicidas, entre otros.
- ⇒ Asistencia técnica y apoyo a las autoridades provinciales para la implementación de programas locales.
- ⇒ Capacitación constante a los equipos de salud.
- ⇒ Producción y entrega periódica de materiales de difusión acerca de las temáticas incluidas en el programa.

- ⇒ Actividades de comunicación social y campañas públicas de concientización y de información.
- ⇒ Promoción de espacios de reflexión y acción comunitaria para acercar a la población conocimientos básicos y necesarios vinculados al programa.
- ⇒ Asesoramiento médico a las/los usuarias/os de las prestaciones. Los profesionales, a solicitud de los beneficiarios y sobre la base de estudios médicos previos deben suministrar los métodos anticonceptivos, los cuales serán de carácter transitorio y reversible. Así como también deberán informar a los usuarios de las ventajas e inconvenientes que puede ocasionarle la ingesta de determinados medicamentos. El asesoramiento médico debe fundarse sobre la comunicación y la información entre el profesional y el beneficiario.
- ⇒ Realización de estudios y controles periódicos a los usuarios de las prestaciones brindadas por el programa para prevenir cualquier tipo de patología (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).

Es necesario destacar que la Ley 25673, creadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, tiene un enfoque preventivo y de promoción de la salud. Parte de la planificación familiar como el instrumento idóneo para lograr sus objetivos en materia de salud sexual y reproductiva, ya que se reconoce el derecho de la población a decidir libremente y sin presiones acerca de su reproducción.

Sin embargo, el pleno ejercicio de estos derechos suele estar coartado por la escasa y deficiente información que poseen las mujeres y los hombres acerca de la sexualidad y la reproducción. Por lo que se hace sumamente necesario y urgente trabajar conjuntamente desde los Ministerios de Salud y de Educación para crear conciencia social en los temas relativos a la salud.

La OMS habla de la importancia de la "**educación para la salud**", que comprende el aprendizaje de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a mejorar hábitos y conductas sanitarias.

La educación para la salud supone la comunicación de información de todos los aspectos relativos a la salud individual y colectiva para que los mismos sean interiorizados por la persona y vividos de manera natural.

# ANEXO III

## Encuesta:

-Sexo: F M

-Edad: ----- Cantidad de Hijos:

-Estudios Cursados: Primaria: Completa:  Incompleta:   
Secundaria: Completa:  Incompleta:   
Universidad: Completa:  Incompleta:

-¿Estudia actualmente?: Si No

-¿Trabaja Actualmente? Si No

1- ¿Escuchó hablar del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable?  
Si No

2- ¿Sabe de qué se trata dicho Programa? Si No

3- Marque con una X cuáles de los siguientes métodos anticonceptivos conoce aunque sea de nombre:

- Preservativo :
- Pastillas anticonceptivas:
- Pastilla del día después:
- DIU- Espiral:
- Inyección Hormonal:
- Implante Subdérmico:
- Vasectomía:
- Ligadura Tubaria ( de trompas):
- Espermicidas:
- Diafragma:

4- ¿Realizó en el último año consultas a los siguientes consultorios?

- Ginecología: Si No
- Toco ginecología Si No
- Colposcopia Si No
- Ginecología y Obstetricia Para Adolescentes Si No
- Médico clínico: Si No

5- ¿Recibió en este hospital información sobre métodos anticonceptivos para prevenir embarazos y enfermedades de transmisión sexual? Si No

¿Dónde las recibió?:

- En las consultas con el médico:
- En carteles y afiches:
- En folletos que le entregaron:
- Otras:-----

6- ¿Está de acuerdo o en desacuerdo con que este hospital provea a la comunidad de métodos anticonceptivos?

De acuerdo:  En desacuerdo:

7- ¿Recibió en el último año anticonceptivos en este hospital?

Si No

8- ¿Conoce a alguien que haya abortado alguna vez?

Si No

9- ¿Está a favor de que se imparta Educación Sexual en las escuelas?

Si No

10- ¿Desde qué nivel escolar?

Preescolar

Primaria

Secundaria

11- ¿Cómo considera la información que este Hospital brinda en lo relativo a salud sexual y procreación?

Escasa:

Suficiente:

NS/NC:

12- En este Hospital ¿Hay anticonceptivos para entregar?

Siempre:

A veces:

En raras ocasiones:

Nunca:

NS/NC:

13- ¿En qué ámbitos recibe o recibió educación sexual?

En la familia:

En la escuela:

En el Hospital:

Otros:

14- Marque con una X cuáles de los siguientes temas habla con sus padres/hijos:

Relaciones Sexuales:

Métodos Anticonceptivos;

Enfermedades de transmisión sexual:

Aborto:

Embarazo:

Pareja:

Familia:

Otros:

## BIBLIOGRAFÍA:

- Augello, Walter y Corroccoli Edgardo José, Tesis: “La política comunicacional estatal en la prevención de enfermedades emergentes”. Investigación y Políticas de la Comunicación, AUG 10029.
- Bleichmar, Silvia “*La identidad sexual: entre la sexualidad, el sexo, el género*” en Rev. Argentina de psicoterapia para graduados Bs. As. T25 año 1999,
- Castellano, Sandra; Centurión, S.; Ringma, V. y Olleta, María, Tesis: “Comunicación/Salud: análisis de procesos de comunicación en el ámbito del Hospital Interzonal Dr. José Penna”. Investigación y Políticas de la Comunicación, CAS, 10365.
- Cedes “*Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en la Argentina: salud pública y derechos humanos*”, Notas Informativas N° 1, Buenos Aires, Argentina, 2003.
- Cels/Informe 2002-2003 D.D.H.H.ARG.02+03. Cedes “*La salud y los derechos sexuales y reproductivos: avances y retrocesos*”, Cels-Siglo XXI, Buenos Aires, Argentina, 2003.
- Centro de Investigación en Comunicación (C.I.C.) “*Pensar la Comunicación. Reflexiones y avances en investigación*”, Sello editorial Universidad de Medellín, 1º edición, Medellín, Colombia, 2006.
- Delucca, Norma y Petriz, Graciela, “La transmisión transgeneracional en la familia: su valor y función en la construcción de la subjetividad” en *Nuevas dimensiones del envejecer*, Ed. de la UNLa Plata, 2003
- Gogna, M., Llovet, J.J., Ramos, S., Romero, M. “Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social”, en A. Isuani, D. Filmus, compiladores (1998): *La Argentina que viene*, Buenos Aires, Argentina, Grupo Editorial Norma.
- Gómez Gómez, Elsa “*Equidad, Género y Salud*”. Adaptación del trabajo presentado en el seminario Género y Cuentas Nacionales de Salud, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud en Santiago, Chile, en noviembre de 2001.
- Kornblit, Ana Lía, Mendes Diz, Ana María “*La salud y la enfermedad: aspectos biológicos y sociales*”, AIQUE, Buenos Aires, Argentina, 2000.



- Mattelart, Armand y Neveu, Erik, “Los Cultural Studies: Hacia una domesticación del pensamiento salvaje”, Facultad de Periodismo y Comunicación Social de la UNLP
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación “*Política Sanitaria. Informe de Gestión 2005*”, Buenos Aires, Argentina, 2006.
- Moore, H. L. “Antropología y feminismo”, Editorial Cátedra, Madrid, España, 1991.
- Pasquali, A. “*Teoría de la Comunicación. Las implicaciones sociológicas en la información y cultura de masas. Definiciones*”, Comunicación y Cultura de Masas, Monte Ávila, Caracas, 1972,
- Pérez Serrano, Gloria “*Investigación cualitativa. Métodos y Técnicas*”. Editorial Docencia, Buenos Aires, Argentina, 2003.
- Petracci, Mónica “*Salud, derecho y opinión pública*”. Grupo editorial Norma, Buenos Aires, Argentina, 2004.
- V.V.A.A. “*Nuestros cuerpos, nuestras vidas*”, Buenos Aires, Argentina, Foro por los Derechos Reproductivos, 1998.

# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	2
<b>Estado del Arte en materia de salud sexual y procreación</b>	5
<b>Capítulo I. El Sistema de Salud</b>	
I.1. Derechos Sexuales y Salud Reproductiva	7
I.2. Dos modelos de salud	8
I.3. La promoción de la salud	9
I.4. Los métodos anticonceptivos, las ETS y otros temas relacionados con la salud sexual	11
I.5. La importancia de realizarse un papanicolau (PAP)	19
<b>Capítulo II. Marco Teórico</b>	
II.1. Comunicación/Cultura	21
II.2. Género, Equidad y Salud	23
II.4. La Familia	26
II.5. Usuarios, no pacientes	
II.6. Comunicación Institucional y Campañas de Divulgación	28
<b>Capítulo III. Marco Metodológico</b>	32
III.1. El perfil de los encuestados	34
<b>Capítulo IV. Conferencias Internacionales y Contextos de la Ley</b>	
IV.1. Conferencia Internacional de Derechos Humanos reunida en Teherán del 22 de Abril al 13 de Mayo de 1968	38
IV.2. Las Cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer (1975-1995)	
I Conferencia Mundial sobre la Mujer: México DF, 1975	
II Conferencia Mundial sobre la Mujer: Copenhague, 1980	39
III Conferencia Mundial sobre la Mujer: Nairobi, 1985	
IV Conferencia Mundial sobre la Mujer: Beijing, 1995	40
IV.3. Declaración de Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978	41
IV.4. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: 18 de diciembre de 1979	42
IV.5. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud: Ottawa (Canadá), 1986	
IV.6. Creación del Programa de Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires, 1987	
IV.7. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), El Cairo, Egipto, 1994	43
IV.8. Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997	44

**Contexto histórico, socio-político y económico en que se sanciona la Ley 25673 y se crea el PNSSyPR:**

IV.9. “Un retroceso en materia de salud sexual”	46
IV.10. Debates generados en torno a una política pública	48
<b>Contexto económico anterior y posterior a la promulgación de la Ley 25673</b>	<b>53</b>
<b>Capítulo V: Hospital Horacio Cestino</b>	
V.1. “Nace el Hospital Horacio Cestino de Ensenada”	58
V.2. “La decadencia y recuperación del Hospital Horacio Cestino”	59
V.3. El Hospital Horacio Cestino, hoy	60
V.4. La ciudad de Ensenada	62
<b>Capítulo VI: El Programa de Salud Sexual en el Hospital Cestino</b>	<b>65</b>
<b>Capítulo VII: El rol de la comunicación en la implementación del Programa de Salud Sexual</b>	<b>119</b>
<b>Conclusiones finales</b>	<b>125</b>
<b>Anexos</b>	<b>134</b>
<b>Leyes en materia de Salud Sexual:</b>	
<b>Anexo I:</b> Ley 418: “Salud Reproductiva y Procreación Responsable”, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2000	135
<b>Anexo II:</b> La Ley 25673 y el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable	138
<b>Anexo III:</b> Encuesta	142
<b>Bibliografía</b>	<b>144</b>