



Informe del Monitoreo Social de Derechos Sexuales y Reproductivos en la Provincia de Mendoza

• Introducción

El presente informe es el resultado de un proyecto de monitoreo social promovido por el CoNDERS en 7 provincias del país, durante los meses de junio y julio de 2005. Se pensaron acciones a corto plazo (para ser completadas sobre finales del mes de julio del mencionado año), que a su vez fueran consistentes con futuras acciones a más largo plazo, que pudieran ser ejecutadas por organizaciones de mujeres, de derechos humanos, de jóvenes y otras organizaciones sociales, así como usuarias y usuarios del sistema de salud y ciudadanos/as en general.

A continuación se detallará lo realizado en esta primer etapa (que hemos denominado "Proyecto a corto plazo"), concluida el 30 de junio de 2005, y sobre el final se incluirán propuestas de acción a futuro.

Proyecto a corto plazo

Objetivo General:

- Fortalecer y empoderar al movimiento de mujeres para la tarea de monitoreo social de PPSR

Objetivo Especifico:

- Detectar la debilidades y amenazas de la implementación actual del Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR) desde la perspectiva de las (destinatarias-usuarias).

Meta

Lograr que las Organizaciones de mujeres y mujeres independientes alcancen un alto compromiso con el monitoreo social del PPSR, y se conforme una mesa coordinadora: hasta el 30 de junio de 2005.

Capacitar a 60 mujeres que se involucren en el proyecto de monitoreo.

Jornada de Trabajo

El día 24 de junio de 2005, se llevó a cabo la primera jornada de trabajo y capacitación para la conformación de la **Mesa Coordinadora** en la biblioteca de la Asociación Ecuménica de Cuyo. Esta primera jornada contó con la presencia de 30 mujeres pertenecientes a diferentes organizaciones y mujeres independientes.

Las organizaciones participantes fueron: Red de Mujeres Solidarias, Mujeres Anarquistas, La Grieta, Las Juanas y las Otras, Católicas por el Derecho a Decidir, CLADEM Mendoza, Foro de Mujeres del MERCOSUR, CTA-Mujeres en Acción, ATE, El Mundo desde Abajito, Grupo Tertulianos, Equipo Mujeres Pobladoras –FEC, revista La Mosquitera, Grupo de Mujeres de Corralitos, estudiantes de la Universidad Nacional de Cuyo y mujeres independientes. Se sumaron también dos representantes del Programa de Salud Reproductiva de Mendoza

La convocatoria se realizó sobre la base de una gacetilla que se envió por correo electrónico a las diferentes organizaciones. Por otro lado la invitación se hizo extensiva a través del boca a boca a mujeres referentes en las zonas seleccionadas para realizar el monitoreo (Proyecto a Mediano Plazo): Hospital Lagomaggiore (Capital), Hospital Materno-Infantil Notti (Guaymallén), Centro de Salud N° 14 (Guaymallén), Centro de Salud N° 21 (Borbollón Las Heras, zona rural).

▪ Objetivos de la Jornada de trabajo

1. Realizar un diagnóstico participativo sobre los aspectos que favorecen y obstaculizan la implementación del PPSR en Mendoza, detectando oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades de ambos campos.
2. Realizar un diagnóstico participativo sobre la posibilidad de desarrollar un monitoreo del PPSR, detectando oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades de ambos campos.

▪ Metodología y técnicas utilizadas

La metodología de trabajo utilizada en esta jornada consistió en:

Un primer momento de presentación de CoNDeRS a cargo de Elsa Pizzi.

Un segundo momento en el cual se realizó una explicación de lo que implica el Monitoreo Social desde la perspectiva de las destinatarias- usuarias, a cargo de Ivana Ilardo.

En un tercer momento se realizó una presentación del Proyecto de Mendoza, tanto para corto como para mediano plazo, a cargo de Rosana Rodríguez.

Y por último se trabajó grupalmente analizando, por una parte, al Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), y por otra el objetivo fue profundizar sobre aspectos relacionados al monitoreo social. Este momento estuvo a cargo de Celeste Gómez.

Para la dinámica grupal se elaboró una guía de trabajo sobre la base de 2 consignas, la primera relacionada con los aspectos que favorecen y obstaculizan la implementación del

PPSR, utilizando la técnica FODA para detectar las oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades del mismo. La segunda dinámica consistió en realizar un FODA sobre el desarrollo del monitoreo del PPSR. Ambas dinámicas fueron acompañadas por un resumen explicativo de la técnica.

Las participantes fueron divididas en cuatro grupos en los que se debatió diferentes puntos y se elaboraron conclusiones en relación a las consignas propuestas. Posteriormente se expusieron en un plenario.

- **Análisis de los Aspectos problemáticos en torno al PPSR**

Como aspectos favorecedores las mujeres participantes provenientes de distintas organizaciones y sectores sociales de Mendoza señalaron fundamentalmente lo relacionado con las Convenciones y Legislaciones internacionales, nacionales y provinciales en las cuales destacaron que nuestra provincia cuenta con leyes de avanzada en materia de derechos sexuales y reproductivos que como ya hemos señalado en el diagnóstico anterior cuenta con: Ley Provincial N° 6433 de Salud Reproductiva, sancionada en el año 1996, que crea el Programa Provincial de Salud Reproductiva; Resolución N° 2492 de Ligadura Tubaria del año 2000. Cabe destacar que gran parte de las mujeres que participaron en dicho debate cuentan con una trayectoria y activismo militante en los derechos de las mujeres, especialmente en derechos sexuales y reproductivos. En este momento, muchas de ellas están involucradas en trabajos territoriales con mujeres de sectores populares, y varias han tomado en sus manos la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito.

Para analizar los obstaculizadores hemos elaborado una serie de categorías y a su vez mantenemos una división entre aspectos inherentes al Programa y aquellos ajenos que lo influyen pero que no pueden ser directamente modificados por él. Es necesario aclarar que cada una de estas categorías están atravesadas por factores de clase, género y etnia.

- **Aspectos institucionales:**
 - **Relación PPSR y Sistema primario de salud**

Las participantes de la jornada destacaron las dificultades relacionadas con la organización interna del funcionamiento de los Centros Asistenciales de Salud Pública. Entre ellos citaron las dificultades en relación al acceso a los turnos:

“Los controles son buenos, pero los turnos son un problema ya que hay embarazadas que las ves a horas desubicadas para sacar los turnos y encima tienen que esperar varias horas más.”

“Ver como agilizar el tema de los turnos, ya que se tiene que hacer largar colas, a horarios muy temprano, para que atiendan 4 ó 6 horas después. Por ejemplo en el Barrio La Gloria las mujeres hacen cola desde las 2 ó 4 de la mañana para que las atiendan a las 8.”

“Como obstáculos empezamos por la cuestión del ingreso de personas que acuden a centros de salud, es un problema por el tema de los turnos en los centros de salud, imposibilita a la gente por una cuestión de distancia, de disponibilidad, de recursos económicos. No se modifica a pesar de que se conoce la posibilidad de acceder al servicio (ingreso). Se está al tanto del problema y no se hace lo que se tiene que hacer.”

“Tendrían que haber mas centros de salud. Se debería hacer un relevamiento de donde se necesita más centros de salud. Hay muchos centros habitacionales que no pueden acceder a la salud pública, por que no tienen centro de salud. O los que existen están desbordados, hay un solo ginecólogo para toda una población, lo que genera que los médicos no pueden atenderte en las mejores condiciones, sino que en las peores”

Algunas dificultades en cuanto a los turnos se deben a que algunos centros asistenciales están desbordados, dado que tiene una demanda mayor a la oferta del servicio. A esto se le suma la mala organización del sistema de salud, ya que no contempla las necesidades de la población usuaria.

Otro aspecto señalado como obstaculizador es la falta de articulación con Atención Primaria de la Salud. Esto es un obstáculo en tanto la selección de los profesionales por convenio depende de los coordinadores de Atención Primaria y por lo tanto del Ministerio de Salud de la Provincia, por lo cual el Programa no selecciona a sus profesionales de acuerdo al perfil necesario. En los casos en que el programa ha firmado convenios abiertos para la elección de los/as profesionales, sucede que una vez que ingresan al servicio presentan resistencia a los servicios brindados por el PPSR.

La articulación con otras áreas del sistema de salud suele presentar obstáculos, ya que las mujeres que acceden al PPSR, suelen necesitar de la asistencia de servicios ajenos al mismo, cuyo funcionamiento requiere de recursos que no dependen exclusivamente del programa, pero que limitan su accionar, y condiciona la salud de las mujeres. Ejemplo: una mujer que necesita de un estudio cardiológico previo el acceso a la atención en salud reproductiva.

“Hay problemas del PPSR de articulación con salud primaria, ya que el mismo no depende de salud primaria, el PPSR es autónomo, entonces todo lo que se tiene que decidir para hacer modificaciones, cambios, depende de esta articulación con atención primaria.”

“Hay casos como en el Hospital Lagomaggiore, que los cargos de dirección, los jefes de servicio, los ocupan profesionales que están en contra del PPSR y entonces el consultorio del Lagomaggiore de ginecología no puede funcionar. Esto depende de los directores del hospital. El actual director de Hospitales es el que era Director del Hospital Lagomaggiore, antes de asumir en el año 2004 la Doctora Molina. Este mantiene su postura de estar en contra de algunos aspectos del PPSR, por ejemplo en el consultorio de ginecología todavía no funciona el PPSR, entonces, ¿como se soluciona esto? directores y jefes opinan igual. Hay decisiones políticas de la que nadie se hace cargo.”

Relacionado con este tema, es posible señalar que la mayoría de los jefes de servicio del Hospital Lagomaggiore son detractores y opositores al PPSR. Entre ellos el jefe de ginecología que se opone al funcionamiento en su consultorio del PPSR y por lo tanto se opone a que se adopten medidas preventivas. Este servicio cuenta con el único aparato que permite la realización de ligadura de trompas sin incisión en la cavidad abdominal (laparacópica). Por lo cual, como esta persona se opone, dificulta la realización de esta intervención en condiciones adecuadas, lo que implica mayores riesgos para las mujeres y mayores costos para el Estado. También el jefe de puerperio y la jefa de Salud mental se oponen al PPSR provocando situaciones de maltrato y violencia institucional hacia las mujeres.

- **Al interior del PPSR:**

“Respecto a las debilidades el PPSR no tiene sistema de control de los usuarios, si el PPSR estuviera mas cerca a las personas que usan el PPSR, quizá podrían regular los abusos de poder”

“Hay centros de salud donde se venden los preservativos o las pastillas.

Hay casos donde a las mujeres les dan una pastilla por día en el centro de salud, lo cual las hace tener que ir todos los días. Que pasa cuando un día no fuiste, o llovió?. Problemas con los proveedores de los métodos en los centros de salud, y con los doctores.”

“Se sabe con nombre y apellido quien ha cobrado, y quien no quiere poner DIU”.

Al interior del PPSR encontramos ciertas falencias dadas por la falta de un sistema de monitoreo de su funcionamiento, que permita recibir denuncias de las usuario/as del sistema de salud por las irregularidades que se presentan en el mismo. Las mujeres señalaron que tienen miedo a la represalia de los médicos o el maltrato institucional, que puedan surgir de estas acciones.

La capacitación, información y difusión de PPSR se ve limitado por las resistencias de una de las áreas más importante para el desempeño de estas función como es el sistema de educación formal, en todos sus niveles, así como de otras instituciones que trabajan con población adolescente y jóvenes.

- **Aspectos médicos:**

En esta categoría rescatamos algunos temas relacionados con la medicina y su función, el rol de los/as profesionales, las relaciones con otras profesiones, la relación médico/a-usuario/a, y los criterios dominantes en su practica profesional.

“En Mendoza no hay una medicina, ni política preventiva, esto hace que los hospitales y los profesionales estén formados en una medicina que recibe a los sujetos en ultima instancia. Además la medicina tiene una mirada fraccionada del sujeto al que asiste. No hay un abordaje integral de las personas en la medicina”.

“Los médicos no se guían por los criterios de la OMS”.

Las mujeres señalaron en relación a la medicina el predominio de un sistema asistencial-curativo amparado en una mirada exclusivamente biológica, descuidando aspectos ligados a la salud mental y social contemplada desde una perspectiva integral, tal cual lo define la OMS. Este modelo médico que se sustenta es el binomio salud-enfermedad, establece una relación patriarcal sobre las/los usuarios / as del sistema y sobre otras disciplinas, constituyéndose en el decisor de aspectos relacionados con la vida, la salud, el cuerpo de los/as sujetos. La hegemonía médica no reconoce al/la usuario/a como un/una sujeto integral, desde su perspectiva de salud acotada reduce al mismo/a en un paciente, pasivo/a, obediente y fragmentado.

“Los estudiantes de medicina te dicen que desde que entras les dicen: ‘ustedes son un grupo privilegiado una elite’, hay que tratar de rescatar a aquellos que tienen apertura para poder trabajar desde la prevención antes de que se reciban”

“Hay médicos que les molesta el hecho de que las mujeres se sepan dueñas de su cuerpo”.

“A los médicos se los forma bajo el paradigma de que ellos son los que pueden decidir sobre los cuerpos de los demás. Esto es una pérdida de poder por parte de ellos, y atenta contra su plataforma”.

También existen condicionamientos en la formación médica que favorecen a perpetuar un modelo médico hegemónico, desvalorizando otras disciplinas que permiten pensar a los/as usuarios / as como sujetos / as integrales y portadores de derechos.

“También se planteo el tema del tiempo de trabajo de los médicos que muchas veces tiene varios trabajos eso entorpece su accionar en los centros de salud”.

“Las mujeres asisten al hospital cuando ya tiene un problema ginecológico. Hay limitaciones en cuanto a la cantidad de médicos”.

“No se tiene en cuenta a cada mujer y su historia al atenderla, para saber si el método usado es el adecuado para cada mujer. No hay médicos comprometidos, no hay contención cuando uno va ver al medico”.

Cabe señalar que las transformaciones en la profesionalización de la medicina, las cuales responden a los problemas de la crisis económicas, el desentendimiento y la desregulación del Estado, acompañado de las transformaciones en las condiciones laborales (precarización, flexibilización, etc.) influyen en la calidad de los servicios de salud.

- **Aspectos legales:**

En este punto se pone de manifiesto los aspectos legales relacionados con el cumplimiento o no de los derechos sexuales y reproductivos de los/las usuario/as en general y aquellos vinculados directamente con el del PPRS.

“La ley no garantiza el cumplimiento. Hace falta compromiso para que se lleve a cabo. Ej.; promotores, que hacen que se cumpla la ley”

“Para los objetivos de la Ley. Garantiza la posibilidad de elección”.
(Aclaración: ‘para los objetivos de la ley se debe garantizar la posibilidad de el/la usuario/a de elección del método’)

“En comunidades marginales no existe conocimiento de la ley, no hay control. Brinda un marco legal para el ejercicio de los derechos de las mujeres”.

En este sentido las mujeres comenzaron a hablar acerca de otras leyes que contemplan esta temática y que deberían estar contempladas en el conjunto de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Como por ejemplo la ley de Contracepción Quirúrgica (que admite la vasectomía y la Ligadura de trompas de Falopio) que en Mendoza tiene media sanción en diputados. Es importante destacar que el movimiento de mujeres en la provincia viene realizando acciones (lobby, advocacy, y cabildeo) con el fin de obtener la media sanción que resta de la cámara de senadores. Por el momento como ya hemos señalado contamos con una Resolución N° 2492 que admite la realización de Ligadura Tubaria en los hospitales públicos, sin contemplar la vasectomía.

Si bien existe una demanda por parte de las usuarias a la libre elección de los métodos anticonceptivos como así también a la Ligadura Tubaria, el marco legal de la provincia actualmente no garantiza el derecho a la autonomía sobre el propio cuerpo. Esto sucede así porque actualmente para realizarse una Ligadura Tubaria, la mujer debe someterse a un procedimiento lento, burocrático y en el cual la decisión final queda en manos del profesional médico con todos los problemas que ya han sido mencionados respecto a este tema. De esta manera se ignora el derecho a la libertad decisoria y a la autonomía que toda persona debe tener para poder decidir sobre su cuerpo y sus capacidades reproductivas.

La ley no garantiza por sí misma el cumplimiento de los servicios de salud, es necesario pensar en estrategias que permitan empoderar a las mujeres para que exijan el cumplimiento de sus derechos.

Las mujeres tienen un gran desconocimiento sobre sus derechos. Esta situación puede estar vinculada con las deficiencias en la información, capacitación, formación y educación dirigida desde las instancias estatales a la población en general y particularmente por la falta de educación sexual, de derechos humanos y formación ciudadana en la educación formal.

Si bien en la DGE no adhiere a una educación sexual o plantea resistencia a su implementación, esta se imparte en algunos colegios con una perspectiva fundamentalista, cuyos postulados versan sobre un pensamiento único confesional católico que difunde métodos anticonceptivos llamados “naturales” y el video de “el grito silencioso”, atentando contra la laicidad de la educación, la libertad de cultos, y el avance en materia de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

- **Aspectos morales y éticos**

“Hay problemas serios en los centros de salud y hospitales, los empleados administrativos tienen orden de que cuando van mujeres jóvenes a consultar o pedir turnos, las envíen a ginecólogos que no tengan problema de conciencia. Hay médicos de mayor edad que aducen tener problemas de conciencia”

“Falta de control por parte del Programa sobre los médicos que están a cargo en cada centro de salud. Muchos por cuestiones ideológicas, religiosas o de otra índole. Hay médicos que no implementan el Programa o que lo implementan mal, o que desinforman. Por otra parte la falta de control hacia ese personal”

“Se debería exigir el tema de la objeción de conciencia, como para que den un paso al costado, pero pasa con amigas que están en listas del OSEP, que hay una médica del Opus Dei que cuando vas a hacerte un control por primera vez te pregunta cuantas parejas sexuales has tenido, le dijo que una de las principales causas de muerte en la prostitutas es el cáncer de útero debido a la cantidad de parejas sexuales, la promiscuidad”.

“Casos de médicos que no dan los métodos, por su posición religiosa, ejerciendo su poder no los entregan y entorpecen el PPSR. La formación religiosa influye en los que tiene el poder de bajar el PPSR y se comenten abusos, en perjuicios del PPSR. Y se da tanto en médicos como en el personal de la salud.”

“El Estado laico, se ve afectado por los condicionamientos religiosos.”

Estas declaraciones manifiestan claramente los aspectos que intervienen en la relación médico-paciente. En ella se desconocen los derechos personalísimos de las/los pacientes y por el contrario se antepone las creencias morales y religiosas de el/la médico/a. Sin embargo no declaran su objeción de conciencia públicamente para que los/las usuarias puedan decidir libremente el/la profesional con el que quiere consultar.

Esta práctica interfiere en las políticas públicas en forma encubierta trasladando una concepción mesiánica y sagrada a la profesión científica. De esta manera se termina representando a sectores que no tienen que ver con las necesidades de quienes van a consultar a los centros de salud u hospitales públicos. Esta situación, acompañada por la desinformación y desconocimiento de derechos, en los/as usuarios/as genera una situación de vulnerabilidad y riesgo físico, consecuentemente sus demandas no son satisfechas y terminan siendo expulsadas/dos de los servicios del PPSR. Esta situación se convierte en una violación al derecho a la preservación de la salud por parte de los/las profesionales de la red de salud pública.

- **Aspectos ideológicos:**

“En el caso de las mujeres, que el ginecólogo es tan importante para nuestras vidas, es increíble ver a los ginecólogos desde otro lugar, (te bajan líneas) y están muy fuertemente planteando el tema de no usar preservativo, de tener pareja estable. Me dijo mi médico: si tenés pareja estable no uses preservativo.

A través de esta declaración se evidencia nuevamente, un tipo de relación médico/a –usuario/a que pone en juego valores y creencias que van más allá del dominio profesional. En este caso se anteponen una serie de factores diversos como es el poder hegemónico de la medicina como aquellos valores que están fuertemente instalados en la sociedad sobre la maternidad, la pareja, la sexualidad, etc.

La ideología dominante en las prácticas profesionales de la atención a las mujeres, se sostiene en una sistema patriarcal que impone valoraciones respecto de lo que es

normal/ anormal, correcto/incorrecto, funcional/disfuncional, adecuado/inadecuado. Decidiendo, de esta manera, cómo una mujer debe ejercer su sexualidad, su maternidad, la pareja, como la crianza de sus hijos/as, etc. De esta forma se reproduce en un consultorio médico aquellas prácticas que circulan en el imaginario social sobre aquello que se considera deseable y valioso para una mujer.

“En muchos de los centros, hospitales, consultorios te encontrás con médicos moralistas, racistas. Hay casos de médicos que a mujeres bolivianas no les ponía el DIU, porque él les dice: ‘que han venido a la Argentina a tener los hijos para que trabajen’.”

“Se plantea el tema de los médicos racistas, moralistas que no dejan funcionar el programa por razones de conciencia”.

Por otra parte se realizaron algunas intervenciones considerando los prejuicios médicos respecto de la clase y la etnia de las mujeres usuarias del sistema de salud. Generalmente los argumentos contrarios al PPSR y al proyecto de ley de contracepción quirúrgica se sustentan en fundamentos ligados a las políticas antinatalistas dirigidas desde los países centrales a los países periféricos con el objeto de reducir el número de pobres. Por otro lado se señaló la pervivencia de ideologías racistas en la asignación de métodos anticonceptivos, objetando el uso de determinados métodos según la nacionalidad de las mujeres.

La provincia de Mendoza cuenta con una importante comunidad boliviana que dada su situación de pobreza se le hace muy difícil poder regularizar su nacionalidad, viéndose aún más excluidas de las políticas y programas estatales.

- **Aspectos relacionados con la información y difusión:**

“tomando a la OSEP, que recién se menciona, y siendo afiliada veo que leyendo los panfletos y las cosas que te dan están dirigidas a determinada clase de mujeres, tanto OSEP como el Programa dirige su panfletería a mujeres que más o menos tenemos acceso a leer y escribir. Analizar como debilidad o falencia del programa como podríamos hacer para imaginarnos otro interlocutor, llegar a otras clases a las que no se llegan, como se baja en PPSR en lo operativo a esas clases. Lo real es hacer expandir al PPSR a ciertas zonas donde no llega y dirigir las cosas que se hacen a esos lugares”

“Falta de difusión en los barrios”

“No existe promoción de los métodos por otros organismos”.

“Necesidad de fortalecer el trabajo de las unidades u organismos de género en las políticas públicas. Se hace referencia a lo que hacia el instituto de la mujer acompañando al PPSR, se entregaba folletería en los municipios, había mas difusión de los métodos anticonceptivos, hoy coexiste eso. Sabemos que existen en los municipios estas secretarias, pero no se sabe que hacen, hay lugares como Santa Rosa que no existen”.

“Tener mas vinculación con los agentes sanitarios o con gente de la comunidad que pueda ejercer de alguna manera información, llevar información a la gente ver de que manera se puede gestionar que vayan ginecólogos a esos lugares

por lo menos una vez al mes, son cosas que sabemos que se pueden hacer. Es voluntad política”.

“Habría que trabajar con los municipios, darles más información de temas de salud reproductiva”.

“Un derecho que esta siendo violado es el derecho a la información, toda mujer tiene derecho a informarse, eso en los hospitales no existe”

La información y difusión constituye uno de los nudos conflictivos del PPSR sobre todo en relación a las destinatarias de los mensajes, su contenido y los canales de difusión. Por una parte, las mujeres en forma unánime han destacado la necesidad de canales y vías de mediación entre los emisores del programa y los/las usuarios/as destinatarios/as del mismo. Se advierte que los medios masivos (radio, tv, folletería) no son la única instancia necesaria para garantizar la llegada de la información. Por lo tanto es importante tener en cuenta las características de los/las receptores/as, esto es, si las mujeres cuentan con recursos simbólicos adecuados para poder comprenderlo. También es importante considerar si el mensaje del PPSR llega a todas las sectores y clases sociales (mujeres y varones pobres, rurales, analfabetas, adolescentes y jóvenes) con la información sobre sus beneficios. Esta situación se ve agravada por la falta de articulación entre el PPSR y los municipios, las áreas de la mujer en cada localidad (en caso de existir) y con el IPPEHM (Instituto de Políticas Públicas para la equidad entre Hombres y Mujeres) que es el ex Instituto Provincial de la Mujer. Esta relación sería una forma de mediación importante entre los mensajes y sus destinatarios/as no sólo para favorecer la comprensión sino también para ampliar el número de receptores/as de la misma.

Otra dificultad es el tipo de relación que se reproduce a través de la comunicación con los/las usuarios/as destinatarios/as del PPSR en el plano de la construcción del discurso de los medios. En él se visualiza la construcción de un/a *enunciador/a* que no se identifica con el/ la *destinatario/a* y no logra interpelarlo/a. Mas bien, se reproduce un modelo de destinatario/a que hace referencia a un discurso proveniente de un sector dominante de la sociedad. Este discurso homogéneo reproduce un modelo de destinatario/a pasivo/a con valores que refuerzan los roles estereotipados de las mujeres en la sociedad.

Por ejemplo, los mensajes sobre prevención del embarazo están dirigidos únicamente hacia mujeres. Por lo tanto instala en el imaginario colectivo un ideal, un sistema de ideas que en lugar de incluir al colectivo de los/as receptores/as lo excluye y por tanto no atiende a sus necesidades específicas. Esta situación no se da solamente en el plano del discurso sino que el mismo produce materialidades, como ha sido expuesto en los apartados anteriores.

- **Población vulnerabilizadas**

- **Adolescentes**

“Hablando de ginecólogos el PPSR se supone que debería educarlos en temas de sexualidad, no sólo en métodos anticonceptivos. Eso por ahí es una debilidad. Ana Maria Andía (Coordinadora del PPSR de Mendoza) nos contaba lo

difícil que fue instalar el PPSR en el Hospital Notti, porque se supone que las adolescentes no tienen sexualidad, son seres asexuales, ahí es dónde mas chicas de 13 y 14 años llegan embarazadas.”

“Estas personas deben tener un perfil particular para que lo/as jóvenes se animen a hablar, personas que sean piolas para hablar y preguntar. Ej: un obstetra de la paz que tiene muy buen llegada a los adolescentes y sale a la calle y le da los preservativos”.

“Problemas en los centros de salud para dar las pastillas, ya que para darles un método anticonceptivo tienen que ir con los padres, se plantea el tema de los derechos de los jóvenes con el tema de la patria potestad”.

“¿Qué prevalece? ¿Los derechos de los jóvenes o los de la patria potestad? Hay casos de adolescentes que van para recibir atención o para buscar un método y los medico exigen que vayan con su padre o la madre, porque son menores. Hay desconocimiento por parte de los médicos. Los dos tienen derechos pero que prevalece el derecho de la joven a tener acceso a métodos anticonceptivos o educación sexual”.

“El PPSR solo esta dirigido principalmente a mujeres, descuidando a los varones y los jóvenes, o la política hacia los jóvenes no esta muy bien armada.”

Es importante destacar que la sexualidad de los/as jóvenes y adolescentes es un problema de salud pública. En este sentido es importante mencionar que nuestra provincia cuenta con un marco legal referente a la problemática desde el año 1999 (Resolución 2645). En el mismo se prioriza la atención de adolescentes en todos los centros asistenciales de la provincia por considerar a este grupo portador de características biopsicosociales especiales. De esta manera se dispone la conformación de equipos de salud interdisciplinarios para garantizar espacios de atención adecuados a sus necesidades.

Hoy en día podemos ver que esta resolución no se hace efectiva en el sistema de salud provincial, teniendo como consecuencia principal la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos, entre muchos otros derechos, de este grupo.

Tal como lo expresan las mujeres, el reconocimiento y la efectivización de los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes ha sido producto de una larga batalla, que no ha terminado, esta continúa dándose para lograr implementar el PPSR en el único servicio de salud que existe para adolescentes en la provincia: el Hospital Notti.

Entre las pocas acciones destinadas a jóvenes y adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva pueden mencionarse, en el mejor de los casos, ciertas campañas destinadas a fomentar el uso del preservativo, campañas que por otro lado son esporádicas y limitadas, ya que están dirigidas a los varones para prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Es importante mencionar que aquellos espacios destinados a la información y formación de jóvenes y adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva, como son el sistema de educación formal, la familia, etc., continúan posicionados en paradigmas biológistas, moralistas y represivos de la sexualidad de estos sectores, produciendo esto un efecto contrario al esperado. Por otro lado podemos mencionar el efecto de los medios de comunicación y los mismos grupos de jóvenes como un factor de desinformación que retroalimenta este proceso, en el que los jóvenes y adolescentes no sólo poseen bajos

niveles de información (en el mejor de los casos), sino que sobre todo no encuentran espacios de formación y asistencia de sus problemáticas concretas.

Queda claro en los debates de las participantes que en la práctica médica el desconocimiento sobre los derechos de los/as niños/as por parte de los profesionales genera situaciones que vulneran los derechos individuales de estos/as a favor del tutelaje de la patria potestad. Aún cuando se han realizado capacitaciones con la presencia de profesionales especializados en los derechos del niño/a para avanzar en este tema, una denuncia realizada por un padre hizo retroceder nuevamente el debate sobre el derecho de los adolescentes a la salud sexual y reproductiva.

• **Mujeres rurales y de los pueblos originarios**

“Hay comunidades donde te dicen que tener muchos hijos es una garantía de que cuando no le de mas el cuero para laburar alguien le va dar de comer. Para las mujeres Huarpes hablar de aborto es una mala palabra. Y todas las problemáticas muchas veces se centran en la mujer urbana.”

En este caso podemos observar claramente como las mujeres han detectado la falta de adecuación del discurso a las distintas poblaciones, no se contempla las diferencias culturales de cada comunidad específica para dirigir el mensaje. Un único mensaje es dirigido a la gran diversidad de sectores. La salud reproductiva en las comunidades rurales se presenta siempre condicionada por dificultades relacionadas con la falta de acceso al agua, la tierra, el trabajo, el cultivo y su producción. No tener en cuenta estas aristas sólo puede agravar la situación de las mujeres de estas comunidades.

▪ **Análisis de la técnica FODA en torno al Monitoreo Social del PPSR**

<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • La participación activa de agentes de salud de distintas comunidades en el monitoreo, • Se cuenta con el poyo de la coordinadora del programa, Ana María Andía y de otros referentes 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resistencia de los profesionales. • La heterogeneidad de los usuarios de las distintas instituciones. • Resistencia por parte de los médicos, porque esto reduce el poder que ostentan. Cuestiona su autoridad. • Resistencia por parte de l@s usuari@s a contribuir por miedo a represalias. Que no les den pastillas.
<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Permite ampliar la visión del funcionamiento del programa y establecer vínculos profesionales y usuarios para un posterior trabajo 	<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de las mujeres en brindar información. • Solo se trabaja en lugares donde hay

<p>conjunto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es una oportunidad de investigar todas las debilidades del programa, que mencionamos anteriormente. • Demuestra que las mujeres estamos empoderadas y nos da la oportunidad de ser sujetas de derecho. • Convoca a mujeres de distintos ámbitos, como notamos en nuestro grupo. Ver que se esta trabajando en el mismo tema desde distintos ámbitos es enriquecedor. • Se ejerce un derecho de control ciudadano y social. • Busca crear conciencia en mujeres sobre sus cuerpos y derechos. 	<p>contactos o buena predisposición para realizar el monitoreo, porque quedan muchos lugares a fuera que ya de por si no están dispuestos a abrir las puertas para ver que esta pasando.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y como siempre hay escasos recursos monetarios para facilitar el trabajo de quienes van a hacer el monitoreo.
---	--

En cuanto al monitoreo en particular, creemos que afianzando las oportunidades en las fortaleza podremos minimizar las amenazas y superar las debilidades, para desarrollar el monitoreo.

En cuanto al monitoreo específicamente, las mujeres que asistieron a la reunión, indicaron una serie de amenazas para el desarrollo del mismo al interior del PPSR, y que fueron indicadas como problemas generales del Programa. Entre ellas: se encontraron las resistencia de los/as profesionales que lo pueden considerar como una evaluación de su labor y/o como un cuestionamiento de su autoridad/poder; la heterogeneidad de los/as usuarios/as del sistema de salud y sus posibles temores a participar del monitoreo (respondiendo la encuesta) por miedo a represalias por parte de los agentes del sistema de salud al que asisten.

Estas amenazas pueden ser contrarrestadas con la creciente participación de los/as agentes de salud y otros/as referentes de las distintas comunidades en el monitoreo, que apoyan un buen funcionamiento del Programa, como así también de la coordinación y las/os funcionarias/os del mismo.

En cuanto a las debilidades para desarrollar el monitoreo, se expresaron la posibilidad de que las mujeres no estén dispuestas a brindar información, el hecho de que no se extienda a todo el servicio de salud implicado en el plan, contemplando solamente los lugares accesibles, donde hay contactos o buena predisposición para realizarlo. También surgió el tema de la falta de recursos para este tipo de actividades de promoción ciudadana, y la escasez de personas capacitadas en las zonas más alejadas de la Capital de la provincia.

Estas debilidades se pueden minimizar a través de las fortalezas que se indicaron. El monitoreo puede permitir ampliar la visión del funcionamiento del programa y establecer vínculos profesionales y usuarios/as para un posterior trabajo conjunto, que permitiría llegar precisamente a aquellos lugares más aislados o con menores recursos humanos. Además

daría la oportunidad de realizar una investigación más completa de las debilidades del programa.

La predisposición de mujeres de varias organizaciones y sobre todo, de mujeres independientes, interesadas en participar en la mesa coordinadora para el monitoreo y en el desarrollo del mismo, evidencia un cierto nivel de empoderamiento de las mujeres y que nos asumimos como sujetas de derecho, y la predisposición de buscar que otras mujeres asuman esta responsabilidad y se reconozcan como ciudadanas que deben participar para hacer valer sus derechos a la salud integral, en particular la salud sexual y reproductiva.

▪ **Propuestas:**

A continuación se presentarán las propuestas que surgieron en los trabajos grupales.

- Fortalecer los vínculos con los/as agentes sanitarios y con la comunidad.
- Gestionar para que vayan ginecólogos a esos lugares más alejados por lo menos una vez al mes.
- Acercar información a las comunidades.
- Instalar el debate sobre salud sexual y reproductiva más allá del mero control, incorporando la “cuestión de género” y el derecho a decidir, profundizando las posturas meramente políticas que dan recursos solamente para la anticoncepción.
- Fortalecer la idea de sexualidad como integralidad y de decisión. Generar conciencia para que la mujer pueda hacer valer sus decisiones. “Si es no, es no, ya que si él no se quiere cuidar atenta a mi salud”. Reforzar el “tema género” y el de “poder”, y de cómo se traslada eso al acto sexual.
- Armar una red para denunciar las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres tanto por el sistema de salud, en la familia y en la comunidad. “Sería interesante pensar en armar una red donde se detecten este tipo de cuestiones, donde las mujeres se vayan empoderando y saber donde acudir, a las mujeres de los barrios que van hacer van avenir al PPSR, pero así hay algo mas próximo a la gente.”
- *Generar algún mecanismo de control a los profesionales que no han realizado objeción de conciencia, para exigirles el cumplimiento de la ley. “En el Lagomaggiore hay un a comisión de bioética pero esta regido por detractores de la ley”.*
- Buscar formas de articulación entre la comunidad y el programa como por ejemplo que el PPSR se acerque a líderes o referentes de las comunidades.
- Armar un lista con los profesionales “copados” y socializarla.
- Instalar el debate de salud sexual y reproductiva en la Facultad de Medicina. “En ese grupo de 120 privilegiados” y se analice la ley y las legislaciones Internacionales, nacionales y provinciales. *En la facultad de medicina tendrían que incluir materias como psicología y sociología.*
- Que se incluya en el PPSR temas de asesoramiento y atención a personas no heterosexuales, e incluirse en la educación sexual y en el entrenamiento especial de los médicos.

- Crear un área del PPSR en hospitales como el Lagomaggiore, independientes del hospital. Y que los médicos que se hagan cargo estén a favor de la ley, con mecanismos de selección controlados por el PPSR.
- Articular con los municipios, “darles más información de temas de salud reproductiva”.
- Reforzar la información, la atención en el ámbito local, “muchas mujeres van al centro de salud de su ambiente, con la cual tiene relación, entonces sería importante reforzar esos lugares, mas allá de los grandes hospitales, que es impersonal y muchas veces expulsivo, es ajeno a uno/a”.
- Promocionar la implementación de la Educación Sexual no confesional en las escuelas desde una perspectiva de los derechos humanos y de género.
- Agilizar los mecanismos de obtención de turnos.

▪ **Consideraciones finales**

La consecución de los objetivos planteados en el momento previo al monitoreo fueron positivos. Por una parte, logramos alcanzar de manera satisfactoria el objetivo de fortalecer y empoderar al movimiento de mujeres para la tarea de monitoreo social de PPSR, por la gran aceptación y compromiso que obtuvo la idea del Monitoreo Social.

Por otra parte, concretamos la realización de un diagnóstico participativo sobre los aspectos que favorecen y obstaculizan la implementación del PPSR en Mendoza y sobre la posibilidad de desarrollar un monitoreo del PPSR, detectando oportunidades, amenazas, fortalezas y debilidades de ambos campos.

En relación al primer diagnóstico, las dificultades del cumplimiento de la Ley de Salud Reproductiva y del funcionamiento del PPSR que la garantiza se evidencian en diferentes niveles:

En el nivel estructural se encuentran los obstáculos que tienen que ver con la precarización del sistema de salud pública al que llevó el modelo político económico desarrollado en nuestro país con mayor fuerza durante la década de los '90, que afecta a todo el conjunto de la población y no sólo a las/os usuarias/os del PPSR. Pero también las estructuras patriarcales que subsisten en nuestra sociedad.

A nivel ideológico: se encuentran los obstáculos que interponen los/as profesionales y no profesionales de la salud, como así también los/as profesionales del sistema judicial y de las/os políticos/as, detractores/as de los derechos sexuales y reproductivo de la población.

A nivel cultural: citamos la inaccesibilidad simbólica para un amplio sector de la sociedad para acceder a los mensajes y a la práctica del cuidado de la salud reproductiva.

A nivel político: la falta de articulación entre los distintos sectores implicados en el cuidado de la salud reproductiva, especialmente los/as responsables de la Salud, de Educación y IPPHEM, como área encargada de implementar políticas de igualdad de oportunidades y promoción de los derechos de las mujeres.

Falta de capacidad del PPSR para hacer un seguimiento de sus actividades y monitorear el cumplimiento de la Ley de Salud Reproductiva.

Escaso compromiso y participación de amplios sectores de la sociedad mendocina en la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

En estos puntos surgen los nudos problemáticos para el buen funcionamiento del PPSR. Si bien se evidencia la necesidad de un cambio estructural, que sólo sería posible en el marco de una reforma del modelo político-económico que se viene desarrollando en nuestro país hay situaciones que tienen que ver con voluntad política:

Transferencia de recursos humanos, materiales¹ y simbólicos para:

- Promover la formación en derechos en las carreras relacionadas con la salud,
- Promover la educación sexual y reproductiva no confesional basada en los derechos en el ámbito de la educación formal y no formal.
- Promover el compromiso de los medios de comunicación y periodistas.
- La creación de reductos legales para que las/os usuarias/os puedan expresar sus disconformidades y hacer denuncia en los casos de maltrato o incumplimiento de la ley, como así también como el cumplimiento de la firma de las objeciones de conciencia para los detractores y su exclusión del trabajo dentro del programa, como así mismo la exigencia al cumplimiento de PPSR a los/as profesionales que no la han firmado.
- Ampliar la estructura del PPSR para que adquiera más capacidad de monitoreo y control.
- Articulación de recursos con las organizaciones de la sociedad civil para el apoyo al trabajo de difusión y monitoreo del PPSR.
- Dirigir recursos y promover la formación de organizaciones de la sociedad civil que colaboren con la ampliación del PPSR a los lugares más aislados de la provincia.

En cuanto a la evaluación de la posibilidad de involucrar a amplios sectores en el monitoreo, la jornada de trabajo unida a las experiencias y conocimiento anteriores de las que participamos en la elaboración de este informe, han sido muy fructífera en cuanto a elaborar un diagnóstico inicial, desde la perspectiva de las organizaciones y mujeres comprometidas con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en Mendoza, que nos permitirá realizar a mediano plazo un monitoreo que nos permite detectar las debilidades y amenazas de la implementación actual del Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR) desde la perspectiva de las destinatarias-usuarias.

La jornada, unida a las experiencias y conocimiento anteriores de las que participamos en la elaboración de este informe, han sido muy fructífera en cuanto a elaborar un diagnóstico inicial, desde la perspectiva de las organizaciones y mujeres comprometidas con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en Mendoza, que nos permitirá realizar a mediano plazo un monitoreo que nos permite detectar las debilidades y amenazas de la implementación actual del Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR) desde la perspectiva de las destinatarias-usuarias.

¹ La provincia ha tenido superavit fiscal en el año 2004.

De las 60 mujeres que se esperaban, participaron 30. Si bien esto representa el 50% de las personas esperadas, estamos conforme con la participación teniendo en cuenta que Mendoza por una parte no son muchas las organizaciones y grupos comprometidos con el tema de derechos sexuales y reproductivos y porque la ciudadanía no se caracteriza por altos niveles de participación en proyectos de promoción social.

Por otra parte, la cercanía de la fecha de la jornada desde la convocatoria (una semana) y la falta de recursos en el momento de hacerla, no nos permitió extender la invitación a todas las áreas y departamentos que teníamos pensados en un primer momento. De este modo, ya desde el inicio nos enfrentábamos a un obstáculo para tener la participación esperada. Sin embargo, de ahora en más, pensamos que puede funcionar el "boca en boca", para que más organizaciones y mujeres independientes se acerquen.

También creemos de las organizaciones, por cuestiones de fechas y tiempos, muchas veces sólo participan una o dos mujeres en representación de varias. Esperamos que cuando se realice el monitoreo más mujeres se involucren y amplíemos el espectro de quienes realizarán el diagnóstico. Por ejemplo convocando a las carreras de la Facultad de Ciencias Sociales y Políticas.

La mayor parte de las participantes, como dijimos tienen trayectoria en el activismo en la promoción y defensa de los derechos de las mujeres y muchas de ellas estuvieron fuertemente comprometidas en la organización del XIX Encuentro Nacional de Mujeres que se realizó en Mendoza, en octubre de 2004.

Las mujeres y organizaciones que asistieron a la reunión se mostraron con un alto interés en la participación en las actividades de monitoreo y en la conformación de una mesa de coordinación del mismo. Quedaron comprometidas en reunirse nuevamente el 8 de julio del mismo año para recibir las devoluciones del informe realizado.

Es destacable que el PPSR mostró un gran interés en apoyar y colaborar en la realización del monitoreo, aunque sean sus actividades las que en cierto modo serán evaluadas. Esto muestra gran voluntad política por parte del Programa para mejorar su funcionamiento.

Aquellas mujeres y organizaciones que conformamos el movimiento de mujeres de Mendoza, a pesar de no tener una organicidad como en otras provincias, ha mostrado un gran interés en trabajar articuladamente y en colaboración. Es posible que si se logra la continuidad de las actividades, el monitoreo se constituya en un aporte más a la construcción de un movimiento de mujeres de Mendoza que trabaje conjuntamente y forma solidaria, aunque manteniendo la especificidad de cada una y de cada una de las organizaciones. Esta situación favorece el trabajo colectivo en medio de la diversidad, porque somos todas mujeres diferentes convocadas por una problemática común. Por lo tanto nos convierte en sujetas protagonistas y activas en la lucha por nuestros derechos. De esta manera desafiamos el rol impuesto culturalmente de ocuparnos del cuidado de los demás, para involucrarnos en la satisfacción de nuestras propias necesidades. Estas circunstancias promueven tareas de coordinación y planificación conjunta que luego se objetivaron en la formulación de este informe.

Mesa Coordinadora de Mendoza, 7 de julio de 2005

**Grupo redactor de Informe: Rosana Rodríguez, Celeste Gómez, Paola Studer,
Ivana Ilardo, Natalia Delgado, Lorena Scala, Claudia Anzorena, Elsa Pizza**