

TESIS Y TESISNAS DE GRADO Y POSGRADO

LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS O CÓMO DEMOCRATIZAR LO PÚBLICO ESTATAL

VALERIA ROXANA VENTICINQUE¹

¹ Licenciada y Doctora en Ciencia Política (UNR). Docente e Investigadora UNL-UNR/CIEHMGE-UCU. Miembro de la AAIHMEG.

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo realizar un análisis acerca del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y su puesta en marcha en la ciudad de Rosario. De esta manera nos planteamos en primera instancia, buscar los antecedentes de esta política pública nacional en Argentina. En este sentido, realizamos una descripción del Programa a partir del diseño contenido en la ley 25.673. Luego recorreremos brevemente el funcionamiento de la mencionada política a nivel territorial, atendiendo a las particularidades de una gestión que comprende la salud de la ciudadanía de manera "integral". Esto implica explicitar algunas nociones fundamentales para el análisis, así es materia obligada responder a algunos interrogantes, en principio, debemos poner en claro qué entendemos por perspectiva de género. Nuestras conclusiones se nutren de las reflexiones teóricas parciales que fuimos estableciendo a lo largo de este escrito a partir de la información analizada.

PALABRAS CLAVE

Salud integral; Rosario; perspectiva de género; políticas públicas.

ABSTRACT

This article aims to make an analysis about the National Program of Sexual Health and Responsible Procreation and its implementation in the city of Rosario. In this way we consider in the first instance, to look for the background of this national public policy in Argentina. In this sense, we make a description of the Program from the design contained in law 25.673. Then we briefly go through the operation of the aforementioned policy at the territorial level, attending to the particularities of a management that includes the health of the citizenry in an "integral" way. This implies explaining some fundamental notions for the analysis, so it is obligatory matter to answer some questions, in principle, we must make clear what we understand by gender perspective. Our conclusions are nourished by the partial theoretical reflections that we were establishing throughout this writing from the information analyzed.

KEYWORDS

Comprehensive health; Rosario; gender perspective; public policies.

1. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo nace de la necesidad de efectuar un análisis acerca del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante PNSS y PR) en la ciudad de Rosario, en relación al grado de cumplimiento de los objetivos

planteados y las deudas pendientes. El Programa que aquí analizamos, vigente desde el mes de mayo del año 2003, se propone mejorar la satisfacción de la demanda y adopta un enfoque preventivo y de riesgo. Desde este escrito se incita al Estado a articular políticas de igualdad activa, centrada en las personas como sujetos de derechos; es decir, no sólo políticas antidiscriminatorias, sino acciones dirigidas a disminuir los riesgos y las inseguridades del contexto económico y político. Se trata de crear marcos que promuevan la equidad y no políticas dirigidas meramente a paliar situaciones de vulnerabilidad, así trabajaremos con información primaria construida a partir de una investigación realizada en el arco temporal 2009-2012.² En este sentido nos propusimos, en primera instancia, buscar los antecedentes de esta política pública nacional en Argentina. De esta manera realizamos una descripción del Programa a partir del diseño contenido en la ley 25.673. Cerramos con algunas conclusiones para seguir pensando colectivamente.

2. ACERCA DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Nos vemos en la necesidad de explicitar algunas nociones fundamentales para el análisis, así en principio, debemos conceptualizar la construcción teórica perspectiva de género. En este sentido, género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos: “El género es una forma primaria de relaciones significantes de poder” (Scott, 1990), refiere a la construcción social desigual basada en la existencia de jerarquías entre ambos sexos y las consiguientes relaciones de poder asimétricas que se generan a partir de la misma.

Siguiendo a Pautassi (2007), el concepto de género constituye una categoría teórico-analítica imprescindible para comprender la falta de equidad en áreas que históricamente se consideraron como “neutrales”: políticas públicas, macroeconomía, empleo, regulaciones laborales, políticas sociales, y por consiguiente, en la naturaleza y dinámica de la transformación de las sociedades. Bajo esta lógica, la importancia de la creación del PNSS y PR reside, particularmente, en la forma en que aborda la problemática sanitaria, desde una clara perspectiva de género.

La “neutralidad en términos de género” da cuenta del lugar subsidiario que ocupa el enfoque de género en el marco del diseño de las políticas públicas, ya que la supuesta imparcialidad en las decisiones públicas no significa que no tengan ninguna incidencia en las relaciones de género, sólo que esta mirada está ausente en la formulación, implementación y evaluación de las prácticas de gestión. En el mismo sentido, es el Estado, a través de sus acciones públicas, el que afecta en forma directa o indirecta las relaciones de género. De esta manera, introducir la perspectiva de género se torna necesario en materia de derechos (no) reproductivos, como ya hemos señalado, ya que las mujeres argentinas, como receptoras de políticas de población según fuera el objetivo político de los gobiernos, pasaron históricamente de

² Nuestro análisis se nutrirá de entrevistas elaboradas por la autora en el marco de su investigación doctoral (2009-2012).

ser madres y reproductoras de la clase obrera, a ser controladas por su alta natalidad. O bien, luego, a ser vigiladas por medios coercitivos para fomentar el crecimiento poblacional nuevamente. Frente a esto, la concepción cultural sobre la reproducción todavía se inclina fuertemente hacia patrones androcéntricos. Así es como, tradicionalmente, las políticas públicas dirigidas a las mujeres en la Argentina respondieron a criterios en los que la población femenina no fue propiamente sujeto de derechos, sino que los alcanzó a través de la familia o la pareja.

3. PRELUDIOS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y (NO) REPRODUCTIVA

Al momento de la sanción de la mencionada ley nacional que da vida al PNSS y PR, numerosas provincias ya habían aprobado alguna disposición sobre salud reproductiva, como es el caso de la provincia de Santa Fe, y aquellas que no contaban con ninguna o cuyas normas habían sido vetadas por el poder político, se adhirieron al programa nacional (Pautas si y Zibecchi, 2010). La gestión que ocupaba el sillón de la casa gris en el año 2002 sanciona la ley 11.888, creadora del Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Esta importante política formó parte de la estructura de programas provinciales existentes en la órbita del Ministerio de Salud y Medio Ambiente santafesino. En este sentido el Programa fue ejecutado en los establecimientos asistenciales de la provincia, mientras que la normativa reconoce el derecho a formular objeción de conciencia por parte de los profesionales o agentes afectados al mismo. Asimismo, la gestión provincial garantizó la accesibilidad y gratuidad de las prestaciones, y el Instituto Autárquico Provincial de Obra Social (IAPOS) incluyó en su vademécum farmacológico y de prestaciones los métodos y fármacos que la reglamentación de esta ley dispuso. Esta política orientaba sus acciones a los grupos sociales más desprotegidos y de riesgo, se destaca la necesidad de garantizar el acceso a mujeres y varones a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y (no) reproductivos, promoviendo cambios de actitud en la sociedad. Sin embargo el novel programa no pudo impedir las intervenciones de quienes sostenían el reconocimiento del derecho a la vida desde el momento de la concepción, situación que dejaron expresa en los objetivos de la política. En relación a la implementación, el Ministerio de Salud y Medio Ambiente a través de la Dirección Provincial de Promoción y Protección de la Salud desarrolló protocolos que incluyeron indicaciones y contraindicaciones para cada método. Asimismo estableció los estudios, exámenes y prácticas requeridos previo a la adopción e implementación del método y el correspondiente seguimiento. El programa era ejecutado en los establecimientos asistenciales del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia y la ley reconocía el derecho a formular objeción de conciencia por parte de los profesionales o agentes afectados al mismo. Asimismo, los métodos anticonceptivos, naturales o artificiales que los profesionales podían prescribir debían encontrarse autorizados por el Ministerio de Salud de la Nación, y ser de carácter transitorio, reversible y no abortivo. En todos los casos el método prescrito,

salvo contraindicación médica expresa, era seleccionado con el consentimiento responsable, voluntario y fundado de la persona a cuyo fin debía previamente brindársele información y asesoramiento sobre la efectividad, contraindicaciones, ventajas y desventajas de su utilización.

La norma santafesina sancionada en el mes de mayo propuso la creación del Consejo Asesor del Programa de Procreación Responsable, para cuya conformación la autoridad de aplicación convocó a entidades científicas y universitarias del arte de curar, a colegios profesionales del área, a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y a organizaciones no gubernamentales con experiencia y trayectoria en la materia. La participación en el Consejo era "ad - honorem", y su función era la de asesor a la autoridad de aplicación en los temas vinculados al programa. El programa se financiaba con las partidas presupuestarias correspondientes al Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia de Santa Fe y se autorizaba al mismo a aplicar las modificaciones pertinentes, y con la provisión de recursos específicos a través de la Ley de Presupuesto, además se usaban recursos provenientes del Ministerio de Salud de la Nación.

Podemos establecer que estos antecedentes marcaron los rumbos de cierto número de políticas y prácticas públicas que buscaron la eficacia en la gestión, y como señala Mc Kinnon (1989) trataron a las mujeres como individuos abstractos, sin observar el contenido ni las limitaciones de todo aquello que se determina, sin ningún tipo de análisis, en pocas palabras, como estrategia del Estado masculino.

Como co-relato desde el año 1989, el Municipio de Rosario se abocó a la denominada construcción de una salud solidaria, así las políticas sanitarias priorizaron la atención primaria, y, como dispositivo, se promovieron los centros de salud, estos constituyeron una red que se comunica con los hospitales de referencia. La denominada red viene complementada por un centro de especialidades médicas ambulatorias. En materia de salud sexual y (no) reproductiva debemos señalar la creación del Programa de Procreación Responsable de la Secretaría de Salud Pública (en adelante SSP) de la Municipalidad de Rosario, preexistiendo además algunas acciones dirigidas a la prevención de embarazos no deseados, consistiendo en la distribución de métodos anticonceptivos ante demandas espontáneas, sin un seguimiento sistematizado de las usuarias y sin disponer de registros adecuados para evaluar los resultados. El mencionado programa fue reglamentado por Ordenanza Municipal a fines del año 1997, dando lugar a la creación del Programa de Procreación Responsable Municipal (en adelante PPRM) y, a partir de esa fecha, la SSP se encuentra empeñada en una propuesta programática para la prevención de embarazos no deseados. Las estrategias planteadas para poder poner en marcha este plan eran la prevención, promoción y atención de la salud, defendiendo y mejorando la calidad y la dignidad de la vida a través de las acciones que cada día realizan personas e instituciones, tendientes a multiplicar y democratizar las oportunidades a la vez de garantizar la satisfacción de sus necesidades a más seres humanos.

En términos de garantizar la anticoncepción a la población de menores recursos el componente programático del PPRM estableció ciertos criterios prioritarios

de inclusión de las posibles beneficiarias, para otorgar gratuitamente el método anticonceptivo adecuado y de común acuerdo con las mujeres asistidas. Ellos eran: mujeres adolescentes (menores de 20 años), mujeres con 4 hijos o más, mujeres con HIV/SIDA, mujeres con antecedentes de enfermedades que compliquen el embarazo, parto o puerperio, mujeres con aborto reciente en el momento de la consulta.

Los objetivos y la puesta en marcha de las políticas de salud sexual y (no) reproductiva del Municipio de Rosario y la Provincia de Santa Fe sufrieron cambios después del año 2003, cuando se reglamenta la normativa 25.673. Los sentidos de las políticas y las prácticas públicas se concretan cuando lo disruptivo corrige la inequidad y se transforma en cotidianidad, en algún sentido los recorridos que relatamos pretender dar cuenta de esto, y, como señala Silvia Levin (2014), con algunos grises, se fue instalando el género en el plano de la responsabilidad política y social promoviendo intervenciones públicas transformadoras de las desigualdades a partir de combinaciones de diferentes tipos de políticas públicas (Levin, 2014).

4. UN RECORRIDO HACIA EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACIÓN RESPONSABLE

Las políticas públicas en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos en la Argentina han tenido un creciente progreso a partir del año 1991. Estas prácticas fueron desarrolladas, fundamentalmente, a través de un cambio a nivel normativo que fue significativo: por un lado, se derogaron, en los años 1987 y 1992, los decretos N° 659/74 y N° 3998/78 que limitaban la venta de anticonceptivos y prohibían el desarrollo de actividades de control de la natalidad; esto implicó la posibilidad de formular nuevas políticas en materia de salud sexual y (no) reproductiva. Por otro lado, en el año 1994, se incorporaron al derecho argentino distintos tratados internacionales de derechos humanos con jerarquía constitucional que contienen referencias expresas o implícitas a los derechos (no) reproductivos; esto obligó a dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 75 inciso 23 de la Constitución Nacional. Se señala entonces la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidas por los mencionados tratados internacionales.

En la actualidad, Argentina está regida por la Ley 25.673 que dio creación al PNSS y PR, siendo dictada tras ocho proyectos presentados ante la Cámara de Diputados de la Nación. El Programa se constituye en el Marco del Programa Funciones Esenciales de Salud Pública, coordinado por la Jefatura de Gabinete del Ministerio de Salud y financiado con Presupuesto Nacional y Fondos del Banco Mundial. La Ley nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, aprobada en el segundo semestre del 2002, crea esta política que contribuirá a superar situaciones de inequidad en relación a la salud sexual y (no) reproductiva. Este antecedente fue un impulso para innovaciones legislativas en materia de salud pública con una mirada sensible al género; de esta manera, sirvió como habilitadora para la sanción de

la Ley Nacional N° 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica, y la Ley Nacional N° 26.150 de Educación Sexual Integral.

En lo concerniente a los objetivos de este programa, es necesario señalar que la norma establece que se debe alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable. El fin es que se puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable, y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable. Apenas creado el PNSS y PR nace, casi en paralelo, el Consejo Asesor del Programa. El mismo tiene como misión conformar un espacio de diálogo y cooperación entre el Programa Nacional y las asociaciones científicas y profesionales, representantes de agencias de Naciones Unidas, el sector educativo y las organizaciones sociales especializadas en la temática, para el análisis y debate de los principales temas que competen al área, así como también para la elaboración de líneas de acción posibles.

De la misma manera, se genera el espacio de Monitoreo Social, con importantes avances en torno a la construcción de una instancia institucional y sistemática tendiente a analizar los resultados de los monitoreos llevados a cabo por el propio Programa y por el Consorcio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos (CoNDeRS).

El CoNDeRS es un consorcio que tiene como objetivo monitorear las políticas públicas en salud sexual y salud (no) reproductiva en la Argentina. Este espacio nuclea a más de trescientas organizaciones de mujeres, jóvenes, asociaciones vecinales, grupos académicos, comunicadores sociales y otros, y tiene un comité coordinador conformado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) Argentina, la Fundación para el Estudio de la Mujer (FEIM), el Foro por los Derechos Reproductivos (ForoDDRR) y la Red Nacional de Adolescentes por la Salud Sexual y Reproductiva (REDNAC). Sus principales objetivos son realizar y promover actividades de control ciudadano sobre las políticas públicas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional, provincial y local; impulsar una cultura de monitoreo social sistemático sobre el Estado, como parte de los derechos y deberes de la ciudadanía; promover una participación cada vez más amplia y activa entre diversas organizaciones y personas de la sociedad civil sin distinciones, que compartan estos objetivos y marcos de referencia. Se autodefine como una organización colectiva para monitorear las políticas públicas en salud sexual y reproductiva en el marco de los derechos humanos y con perspectiva de género. Asimismo, entiende el monitoreo social como una actividad ciudadana destinada a vigilar al Estado en sus distintos niveles: nacional, provincial y local. También las políticas públicas en general, las leyes, programas, servicios, presupuestos, y las prácticas deben ser objeto de una vigilancia política que detecte en qué medida son adecuadas para satisfacer las necesidades de la ciudadanía. Para

ello se requiere acceso transparente a la información, diagnósticos, capacidad de incidencia y planes de trabajo.

El objetivo general de este espacio es generar un vínculo de trabajo periódico compuesto por todas aquellas organizaciones y personas que desean monitorear las acciones que prevé la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en octubre de 2002, defendiendo la garantía de los derechos sexuales y (no) reproductivos con perspectiva de género. El esfuerzo mayor de las políticas públicas radica en crear las condiciones básicas para que el ejercicio de los derechos de toda persona, varón o mujer, sea posible; sin embargo, la existencia de condiciones materiales (servicios de información adecuados, establecimientos de salud con personal capacitado, disponibilidad de métodos anticonceptivos en una amplia gama, entre otras) es también imprescindible. Lo anterior tiene consecuencias claras para la situación de la mujer en América Latina; la cuestión central ya no es si ellas utilizan activamente al Estado para promover asuntos concernientes a sus reclamos, sino si las mismas pueden valerle todavía de los gobiernos para defender sus logros alcanzados tan imperfectamente (Jelin, 1997).

Como estrategia general y a largo plazo, la Argentina debería continuar concentrándose en los procesos de socialización que limitan las oportunidades para los seres humanos, que resultan en asimetrías de poder entre ellos y conducen a la discriminación en razón del sexo. Estos procesos afectan los roles e identidades que varones y mujeres asumen, e influyen en sus conductas y expectativas, lo cual, a su vez, afecta su bienestar humano a lo largo de su vida. Este análisis nos lleva a pensar en la importancia de ir más allá de las políticas que reconocen a las mujeres, y lograr el reconocimiento de esas inequidades cuyas raíces se han forjado en paralelo al desarrollo de un sistema que se presenta mucho más liberal que democrático. Este es el gran desafío que deben asumir la sociedad civil, los actores gubernamentales y la ciudadanía comprometida en la transformación de las situaciones estructurales de inequidad.

5. ROSARIO, UNA CIUDAD QUE SANA

Este escrito se propuso describir y reflexionar a partir de los objetivos planteados en el diseño del PNSS y PR en la ciudad de Rosario. Si pensamos en este territorio, debemos establecer que la ciudad es una realidad física, tangible pero también es, inequívocamente, una construcción social, es el proyecto de una sociedad en un lugar y momento determinados, con su ideología, su cultura, su ética y sus valores, sus relaciones sociales y políticas en interdependencia con una economía siempre compleja. Governa plantea que “el territorio constituye un espacio transformado por la acción de una determinada sociedad pero, al mismo tiempo, representa la condición reproductiva de la sociedad misma” (Governa, 2002: 59, citado por Carmona et al., 2011). En este sentido, cada municipio representa una construcción social en la que inciden el espacio físico, su cultura, ideología, valores, recursos, que se desarrollan en un tiempo y espacio determinado. En sintonía con esto, a fi-

nes de los años '90, en un contexto dominado por la ausencia de innovaciones en el orden nacional y provincial, algunos municipios argentinos fueron escenario de incipientes y alentadoras experiencias de participación ciudadana impulsadas por las propias administraciones locales, coincidiendo con la revalorización del ámbito local que acompañó a la globalización. Las experiencias gestadas desde Rosario proporcionaron un campo de análisis propicio para indagar las potencialidades que ofrecen los municipios para promover democracias de proximidad (Robin et al., 2008).

Las distintas experiencias en gestión, mediante políticas innovadoras, muestran al gobierno del Municipio de Rosario como una unidad de gestión promotora de una nueva forma de hacer y pensar la política, con un proyecto, el enfoque de género como hoja de ruta de su tarea cotidiana. La idea que motorizó los cambios en la gestión fue la necesidad de lograr rediseñar el modelo democrático, pensando en la participación como un recurso para renovar el sistema en crisis y en la perspectiva de género como sello distintivo de la gestión municipal. Así, en este contexto, el gobierno local asumió la tarea de consolidar las instituciones democráticas, cobrando vital importancia la contribución que pueden realizar las políticas públicas en la promoción de la articulación de actores y el desarrollo de las capacidades endógenas.

En este sentido, el marco de las políticas generales del Municipio de Rosario, se trabajó en la construcción de los distritos sanitarios, recuperando la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud. Así, la tarea en los distritos se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas sanitarias, trabajando territorialmente con otros actores públicos. La acción basada en la estrategia de atención primaria, en esta dirección, aporta una visión dinámica, donde la salud se entiende como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. En este mismo sentido, el modelo sanitario del Municipio se propuso incorporar la perspectiva de género, y esto implica romper con las lógicas que reproducen el modelo sanitario-patriarcal.

Antes de la creación del Programa en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, preexistían algunas acciones dirigidas a la prevención de embarazos no deseados, que consistían en la distribución de métodos anticonceptivos ante demandas espontáneas, sin un seguimiento sistematizado de las usuarias y sin disponer de registros adecuados para evaluar los resultados. A fines de 1997, fue reglamentada una Ordenanza Municipal que dio lugar a la creación del Programa de Procreación Responsable Municipal y, a partir de esa fecha, la salud sexual rosarina se encuentra empeñada en una propuesta programática integral y eficaz para la prevención de embarazos no deseados. Este Programa, pasó posteriormente a formar parte del Plan de Salud Integral de la Mujer, donde se abordan las diversas manifestaciones del proceso de salud-enfermedad particulares de este sector poblacional. Para alcanzar estos objetivos, la política preveía el entrenamiento y acción de agentes comunitarios, el fortalecimiento de los servicios de prevención, el diag-

nóstico y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y la provisión en la red asistencial pública de métodos modernos de anticoncepción. Todo esto a través de vínculos que se generan por un trabajo interdisciplinario e intersectorial de construcción de redes sociales para la búsqueda de soluciones, el mejoramiento de la situación de vida de las mujeres, el ejercicio del derecho a la existencia y al bienestar para la contribución a la construcción de ciudadanas libres y autónomas. En este sentido, entendimos que el PNSS y PR simbolizaba un recurso significativo para analizar los encuentros y desencuentros entre las actores sociales y los espacios de gestión local, y así observar la puesta en marcha de una política nacional que involucra los Derechos Sexuales y Reproductivos (en adelante DD.SS. y RR), en un territorio donde la salud pública de las mujeres ya se encontraba en agenda.³

La expedición de la Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) también obliga a garantizar el acceso a métodos a través del Plan Médico Obligatorio (PMO) en la seguridad social. La implementación de esta norma fue fundamental para mejorar el estado de salud materno-infantil, en especial en los sectores de menores ingresos. A estos fines fue necesaria su reglamentación, definir la coordinación interministerial requerida, en particular con el sector educación, aprobar y ejecutar a nivel nacional, los recursos presupuestarios suficientes que sirvan como incentivo y complemento para los esfuerzos subnacionales y para que se realice un cuidadoso monitoreo y evaluación del programa, introduciendo oportunamente los ajustes del caso con el objeto de alcanzar los resultados esperados.

En términos de garantizar la anticoncepción a la población de menores recursos, el componente programático del PNSS y PR establece ciertos criterios prioritarios de inclusión de las usuarias, para otorgar gratuitamente el método anticonceptivo adecuado y de común acuerdo con las mujeres asistidas. Ellos son: mujeres adolescentes (menores de 20 años); mujeres con 4 hijos o más; mujeres con HIV/SIDA; mujeres con antecedentes de enfermedades que compliquen el embarazo, parto o puerperio; mujeres con aborto reciente en el momento de la consulta.

El Ministerio de Salud de la Nación, en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente, tenía a su cargo la capacitación de educadorxs, trabajadorxs sociales y demás operadorxs comunitarixs a fin de formar agentes aptxs para mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud de los distintos territorios provinciales. Los efectores de salud pública del Municipio de Rosario pudieron sortear algunas dificultades pensando en el cumplimiento de los objetivos del PNSS y PR desde el primer

³ En este sentido entre los años 2009 y 2012 trabajamos para analizar la puesta en práctica del PNSSyPR instalado en la realidad del Municipio de Rosario. Nos dispusimos a encontrarnos con diez efectores de salud públicos de distinta complejidad y con informantes del ejecutivo municipal; en el mismo sentido se entrevistaron a representantes de las organizaciones INDESO e INSGENAR que conforman el CoNDeRS.

momento de su reglamentación provincial y esto, bien se sabe, como señaló una referente del ejecutivo Municipal, “*es un trabajo arduo y duro con pacientes, colegas y alumnxs*”.⁴

En consecuencia, en relación a cada uno de los efectores visitados, los logros alcanzados por cada territorio y los problemas o sugerencias que lxs referentes de los efectores nos señalaron en las distintas entrevistas sostenidas, podemos sintetizar que el modelo sanitario de la Municipalidad de Rosario está guiado por el objetivo fundamental de resguardar la autonomía y calidad de vida de los ciudadanxs a partir de distintos ejes y prácticas que se proponen en función de las necesidades del barrio, estos son:

- las estrategias del gobierno local para lograr equidad en la utilización de los servicios.
- las organizaciones democráticas con trabajadorxs autónomxs y responsables.
- la participación de los equipos de salud en el diseño de las estrategias y la toma de decisiones.
- la programación local participativa de las acciones en defensa de los derechos.

En este sentido pudimos establecer que la mayoría de los ejes planteados desde el modelo sanitario municipal se cumplen. Cada equipo diseña y acuerda su modalidad de trabajo y lo reacomoda a partir de distintas situaciones que se detectan en la cotidianidad barrial, el caso de la puesta en marcha del PNSS y PR no fue la excepción.

Por último, se observa escasa o nula presencia del CoNDeRS, en tanto organismo de control, en el marco de la ejecución del PNSS y PR. Creemos que la efectiva rendición de cuentas es vital para mejorar las interacciones entre el gobierno y los actores sociales. En esta relación, aún hay no pocos desafíos por sortear; el derecho a la salud como un derecho humano debe ser objetivo de todxs y cada unx de lxs actores intervinientes. Todo este proceso implica un cambio en el modelo de atención y en el modelo de gestión, comprendiendo la indispensable presencia territorial genuina de la sociedad civil para lograrlo.

Los progresos realizados en términos de salud sexual y (no) reproductiva en Rosario no significan que los grupos conservadores-confesionales hayan renunciado a influenciar políticamente en el sistema sanitario, sino que las acciones de los distintos actores de la sociedad civil han advertido que lo público no es sinónimo de estatal y que es posible debatir junto al sistema político y lograr los resultados esperados. Pero, de la misma manera que actores sociales y políticos comprendieron la importancia de antiguas demandas logrando nuevas soluciones, desde el punto de vista de las mujeres, el derecho a decidir sobre su propio cuerpo es una historia de larga data que aún no tiene soluciones estructurales. Los triunfos de las luchas femeninas se perciben cotidianamente, aunque la necesidad de controlar los cuerpos

⁴ Entrevista a referente de Salud de las Mujeres 15 de octubre de 2010.

de las mujeres sigue aun teniendo un valor muy especial socialmente, inclusive para la más progresista de las ciudades santafesinas.

En coincidencia con estas afirmaciones, la referente del centro de salud La Florida, nos relataba⁵ :

”Creo que la mujer, que desde que comenzó, en la década del cincuenta, desde que adquirió el derecho al voto, no dejó de avanzar remando en el dulce de leche, siempre, porque luchando contra todo, contra el patriarcado, contra el machismo, contra todo eso, ha logrado posicionarse socialmente, a pesar de que todavía hay lugares donde no llega la información. Hay muchos lugares y muchos rincones que aún la mujer esta siendo sometida con el tema de la violencia, con las restricciones, con el de no pensar, con el de no poder decidir, no poder opinar. Las chicas están empezando a darse el lugar socialmente hablando, no sólo sexualmente hablando, a entender cuáles son sus derechos, que tienen derecho como madres, como mujeres, como todo, y esto tiene que ver con un trabajo arduo que ha hecho el Estado. Y ya te digo, desde la década del cincuenta, cuando empezaron a tirar el voto, de ahí en adelante...”

En síntesis, las necesarias soluciones a las inequidades, siguiendo a Nancy Fraser(1997), se pueden encontrar mediante la redistribución y el reconocimiento, y pueden darse mediante políticas de tipo afirmativo o transformativo. Las denominadas “de redistribución” se dan en el marco de las que hemos elegido llamar “democracias liberales”, teniendo por función solucionar las inequidades del contenido de los acuerdos sociales, en cambio, las políticas transformativas están dirigidas a corregir esos resultados, pero reestructurando el marco general que los ocasiona, para seguir creciendo es fundamental transformar.

6. CONCLUSIONES PARA UN ANÁLISIS

Este trabajo ayudó a comprender y confirmar que la salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de procrear, y la libertad para decidir o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de varones y mujeres a obtener información sobre planificación de la familia, así como métodos para la regulación de la fecundidad, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables. Sin embargo, el ejercicio de este derecho colisiona muchas veces con determinadas prácticas o ausencia de estas que dificultan la posibilidad de concretar el desarrollo de los derechos de muchxs.

Asimismo, debemos afirmar que introducir la perspectiva de género se torna necesario en materia de derechos sexuales y (no) reproductivos, como ya hemos señalado, ya que la mujer argentina, como receptora de políticas de población según fuera el objetivo político de los gobiernos, pasó históricamente de ser madre y reproductora de la clase obrera, a ser controlada por su alta natalidad. Frente a esto, la concepción cultural sobre la reproducción todavía se inclina fuertemente hacia patrones androcéntricos; así es como, tradicionalmente, las políticas públicas res-

⁵ Entrevista a referente del Centro de Salud La Florida 29 de diciembre de 2010.

pondieron a criterios en los que la población femenina no era propiamente sujetos de derechos, sino que los alcanzaba a través de la pareja. En este sentido, el aquí analizado PNSS y PR, es un gran paso hacia adelante, este sirvió como paraguas habilitador de una serie de políticas públicas argentinas que reconocieron a los seres humanos el derecho a decidir sobre sus cuerpos.

En síntesis, respecto a la puesta en marcha del PNSS y PR, realizamos un breve análisis de la información obtenida en nuestras observaciones buscando efectuar una relación con cada uno de los objetivos del programa. Así recreamos las formas y las prácticas asumidas territorialmente por esa política en los distritos de la ciudad santafesina a partir de los centros de salud y de los efectores públicos municipales de mediana complejidad, además de la información obtenida de las conversaciones con referentes de la gestión del Municipio de Rosario y con actores sociales, tratando de identificar las situaciones problemáticas que se debían afrontar.

Entre las situaciones más complejas que pudimos detectar, manifestadas en los distintos efectores, se encontró cierta ausencia de coordinación entre las políticas nacionales y subnacionales; más allá del alcance del Programa y el suministro de insumos, el resto de las funciones que hacen a la implementación de los objetivos pareciera ser absoluta responsabilidad del gobierno municipal. La organización territorial, que supone autonomía en las decisiones de políticas sanitarias, es un hecho sumamente dificultoso en la medida en que este nivel no cuenta con capacidad resolutoria ni financiera para hacer frente a esta situación. Esta nueva lógica que se desarrolla en el Municipio a mediados de los años noventa, y que parte de un funcionamiento descentralizado y participativo, encuentra, asimismo, sus límites al converger con un sistema nacional centralizado y carente del espíritu participativo.

Nuevamente, debemos señalar y cuestionar las formas de plantear las políticas públicas con perspectiva de género y, además, redefinir la participación en el espacio público a través de nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado, siendo la primera la instancia garantista de sostener los cambios a largo plazo. En este sentido, el gran desafío que le cabe al actor estatal es, precisamente, articular políticas de igualdad activas, centradas en las personas como sujetos de derechos; es decir, no sólo políticas antidiscriminatorias, sino acciones públicas dirigidas a disminuir los riesgos y las inseguridades del contexto económico y político. Se trata de crear marcos que promuevan la equidad.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bustelo, E. y Minujin, A. (1998). Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes. Buenos Aires: Unicef-Santillana.

Carmona, R.; Rofman, A.; González Carvajal, L.; Adaro, C., (2011). Sistemas políticos territoriales a nivel local y políticas de descentralización. Disponible en: <www.urbared.ungs.edu.ar/2011>. Última fecha de acceso: 20/11/2011.

Dahl, R. (1998). La democracia. Una guía para ciudadanos. Buenos Aires: Taurus.

Fraser, N. (1997). ¿De la redistribución al reconocimiento? Dilemas en torno a la justicia en una época “postsocialista”. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.

Guerra de Macedo, C. (1984). Lista Discursos Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.

Htun, N., (1998). Participación, representación y liderazgo político de la mujer en América Latina. Informe elaborado para el Centro Internacional para el Desarrollo de la Mujer, Estados Unidos.

Jelin, E. (1997). Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina. Ágora: Cuadernos de estudios políticos, Buenos Aires, año 3, N° 7.

Jelin, E. (1998). Pan y afectos. La transformación de las familias. Buenos Aires: Fondo de cultura.

O'Donnell, G. (1985). Apuntes para una teoría del Estado. En Oszlak, O. (comp.). Teoría de la Burocracia Estatal. Buenos Aires: Organizaciones Modernas.

Mac Kinnon, C. (1989). Hacia una teoría feminista del Estado. España: Ed. Cátedra. Universidad de Valencia

Moreno, A. (1986). El arquetipo viril protagonista de la historia, Barcelona: Ediciones de les dones.

Pautassi, L. (2007). Familias en transformación. La respuesta de las Políticas Públicas. Buenos Aires.

Robin, S. (2008). Los partidos políticos en Santa Fe: miradas post-electorales. Libro de las II Jornadas de Partidos Políticos realizada en noviembre de 2007 en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Rosario.

Scott, J. (1990). El género una categoría útil para el análisis histórico. En Amelong, J. y Nash, M. (comps.). Historia y Género. Las mujeres en la Europa moderna y contemporánea, Valencia: Alfonso El Magnánimo.

Otras fuentes

<www.rosario.gov.ar>.

www.servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm.

Entrevistas realizadas por Valeria Venticinque en el período 2009- octubre 2011.