

Salud sexual y reproductiva en la Argentina de hoy

* Profesor Titular de la Orientación Ginecología, Departamento de Tocoginecología. Facultad de Medicina, UBA. Jefe de la División Ginecología del Hospital de Clínicas. Director del Postgrado de Sexualidad Educativa y Género, Fac. de Medicina, UBA, y Secretario de Relaciones Internacionales, Fac. de Medicina, UBA.

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva implica el derecho de tener relaciones sexuales gratificantes sin coerción, sin temor a infecciones o a embarazos no deseados, la posibilidad de poder regular la fecundidad, el derecho a un parto seguro y sin riesgos, el derecho a dar a luz y a criar niños saludables. Estos derechos son considerados en la actualidad como fundamentales para mantener y mejorar la salud, practicar el autocuidado y el cuidado del otro/a.

Los importantes y diversos papeles que desempeña la mujer contemporánea conllevan a un nuevo desafío que consiste en no limitar su Salud Reproductiva a lo puramente materno infantil sino abarcar el cuidado de su sexualidad y salud en forma integral. Tanto el empoderamiento de la mujer como la participación del hombre en las decisiones contribuyen a, y dependen de una adecuada salud reproductiva.

Se introduce un nuevo concepto que es el empoderamiento de la mujer, ¿qué significa esto? Labonte define en 1995 al empoderamiento como un proceso transformador de hombres, mujeres y clases sociales, por medio del cual el poder sobre las poblaciones se transforma en poder con las poblaciones.

El “poder sobre” implica un poder ideológico coercitivo que se ejerce sobre las personas para mantenerlas marginadas vs el “poder con” que implica un cambio con los otros.

El empoderamiento es desafiar estructuras opresoras y nutrir relaciones que habiliten a los ciudadanos para controlar sus vidas.

HACIENDO HISTORIA

Para llegar a la situación actual hemos debido transitar en la Argentina en los últimos 70 años posturas particulares y atípicas si se las compara con el resto de los países latinoamericanos.

En 1949, el ministro de Salud Pública Dr. Ramón Carrillo creó un Plan de “Protección a la Madre y al Niño”, impulsó la denuncia obligatoria del embarazo y del aborto, y prohibió las propagandas anticoncepcionales.

En 1974, el ministro de Bienestar Social, José López Rega, prohibió las prácticas anticoncepcionales médicas, se cerraron Centros de Planificación Familiar, se restringió el expendio de anticonceptivos.

En 1977 el gobierno militar ratifica mediante decreto, lo promulgado por José López Rega.

En 1986 el gobierno democrático del Dr. Raúl Alfonsín deroga las restricciones anteriores, se realizan tareas de difusión y asesoramiento necesarios para que el derecho a decidir acerca de la reproducción pueda ser ejercitado por la población con libertad y responsabilidad.

En la actualidad está vigente la Ley 25.673 del 02 de Salud Sexual y Procreación Responsable. Bajo este marco legal surge la inquietud de la consulta preconcepcional, donde las parejas tienen una activa participación en el cuidado de su salud y la de sus hijos por venir.

Por decisión del Gobierno Nacional, mediante Resolución N° 310/04, del Ministerio de Salud de la Nación, se debe brindar cobertura del 100% en anticonceptivos a los beneficiarios de obras sociales y medicinas prepagas. Para aquellos que carezcan de cobertura, el gobierno garantiza anticoncepción gratuita en los Centros de Planificación Familiar.

LA POLÍTICA ACTUAL EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

En síntesis, por primera vez con la sanción de la Ley 25673/02 y su puesta en práctica, la salud sexual y reproductiva se incorporó a la agenda de las políticas públicas del Estado Nacional.

¿En qué consisten estas políticas?

- Brindar un Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

ble a la población en general sin discriminación alguna.

- Fortalecer los Programas Provinciales de aquellas jurisdicciones que acuerden recibir apoyo del Gobierno Nacional.

- Ofrecer información a la población a través de los Programas mencionados, estimulando la capacitación de educadores, trabajadores sociales, operadores comunitarios y equipos de salud.

- Estimular servicios de salud con la calidad y cobertura adecuadas, con énfasis en la atención primaria de la salud.

- Monitorear y evaluar el desarrollo del Programa Nacional y Provincial.



¿Qué es lo que se busca alcanzar?

- Poner a disposición de la población el nivel más elevado de Salud Sexual y Procreación Responsable con el fin de que se puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacción o violencia.

- Reducir la morbimortalidad general materno-infantil y ginecológica / reproductiva a través de una atención de salud integral en los distintos niveles de complejidad.

- Prevenir el embarazo no deseado.

- Promover hábitos de vida saludable en lo que respecta a la Salud Sexual y Reproductiva.

- Prevenir las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA

- Efectuar control y detección precoz de afecciones ginecológicas (cáncer de mama y cuello uterino) por medio del control mamario y la citología cervical uterina, que permita una consulta médica oportuna junto a la provisión del método anticonceptivo, sin que ello implique una demora en la utilización del mismo.

- Integrar al grupo familiar en el cuidado de la salud y actividades acordes.

- Estimular el trabajo intersectorial, la participación comunitaria en la atención y prevención.

- Promover, asesorar e implementar programas y acciones educativas orientadas al mejoramiento de la salud sexual y reproductiva.

- Capacitar al equipo de Salud para la atención de la mujer con un enfoque de riesgo, tratamiento y derivación oportuna a los distintos niveles.

- Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.

- Promover relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres en la toma de decisiones.

- Promover la salud sexual y la procreación responsable en la adolescencia.

- Lograr una cobertura adecuada en la provisión de métodos anticonceptivos.

La no ejecución de estas políticas conlleva riesgos, y éstos se traducen en datos concretos. Por ejemplo: en la Argentina, de cada 100 recién nacidos 15 son de madres niñas o adolescentes. Esta cifra continúa creciendo desde hace décadas y es mucho mayor en las provincias del Norte, donde queda en evidencia que el embarazo prematuro está íntimamente ligado a la baja escolaridad de las madres y a las carencias socioeconómicas.

Así lo demuestra un estudio realizado con los equipos de Investigación Social de la Consultora EQUIS, a partir de datos provenientes de INDEC, el Ministerio de Salud y el sistema de información y el monitoreo de programas sociales.

El trabajo revela que el número de mamás prematuras trepó de 13.3% en 1980 al 15.4% en 1999, último año del que se dispone de datos completos; es decir 105.546 niños cuyas madres tienen entre 9 y 19 años.

Existen desigualdades estadísticamente significativas en las diferentes regiones del país. Basta tener en cuenta que en la Capital Federal sólo el 6,4% de los recién nacidos son de madres menores de edad; y el 86,4% usa algún método anticonceptivo gracias al mejor acceso a la información y a la educación, cosa que no sucede en otros ámbitos de la República.

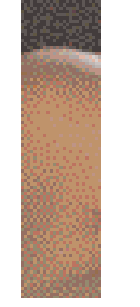
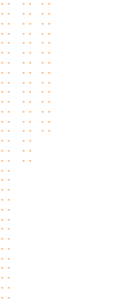
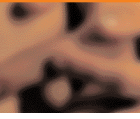
¿En qué nos basamos para decir esto?

Cuando decimos que existe riesgo de ser madre demasiado pronto tenemos que pensar que en América Latina se cuadruplica la mortalidad materna y del recién nacido en niñas entre 10 y 16 años; así lo confirma el mayor estudio realizado hasta ahora en la región sobre las consecuencias del embarazo adolescente.

Entre los resultados del trabajo que incluye información de 18 países reunida durante 18 años en una megabase de datos de la Organización Panamericana de la Salud, el dato más preocupante es que la mortalidad de la madre y su hijo se cuadruplica cuando la mujer tiene menos de 16 años, debido a un aumento de hasta el 40% en el riesgo de desarrollar anemia y sufrir hemorragias e infecciones intrauterinas después del parto, en comparación con las jóvenes entre 20 y 24 años. Esto no es todo, según el trabajo realizado por especialistas del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLPDH) de la OPS, en los hijos de madres menores de 15 años, los riesgos de muerte perinatal (durante el primer año de vida) es un 50% mayor que en los hijos de madres de entre 20 y 24 años. La explicación estaría en la gran cantidad de partos pretérmino (menos de 37 semanas de gestación) y bebés nacidos con bajo peso (menos de 2,5 kg) que se registran en esta población.

Tenemos en vigencia un excelente y esperado proyecto que está siendo ejecutado, quizá todavía con ciertas dificultades en su integración en el país. Debemos favorecer y estimular a que se de toda la información posible y a que los grupos inter y multidisciplinares que actúan en esta iniciativa, vean reflejada en la comunidad su acción.

Se debe tener siempre presente que el papel protagónico de la mujer en la reproducción la coloca en uno de los grupos vulnerables en cuanto a la salud, teniendo en cuenta, además que esa misma función es causa de discriminación en muchos órdenes de su vida tanto en lo social, como en lo político, laboral y familiar.//



encrucijadas

9

UBA