



PUENTES ENTRE LA EXTENSIÓN, LA INVESTIGACIÓN Y LA CIUDADANÍA SEXUAL: EL CASO DEL MONITOREO SOCIAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

Pagura, Fernanda
Molina, Adriana
Cánaves, Violeta
Trevisi, Maica

Resumen

En un trabajo articulado y sostenido en el tiempo desde el año 2006 entre el Programa de Extensión “Género, Sociedad y Universidad perteneciente a la Universidad Nacional del Litoral y Organizaciones de la sociedad civil de la provincia de Santa Fe, se han generado diferentes acciones a partir de un objetivo común: monitorear la plena aplicabilidad de la Ley 11.888 (Programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable) y la accesibilidad en igualdad de condiciones de parte de las ciudadanas. El Monitoreo social de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva es una construcción colectiva de herramientas y mecanismos para supervisar la atención de la salud, promover el ejercicio de una ciudadanía sexual e incidir de manera activa en las políticas públicas, observando la acción del Estado y sus respectivos gobiernos, a fin de garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos. El objetivo del presente trabajo es dar cuenta de los límites y posibilidades de las estrategias de investigación al convertirlas en herramientas de monitoreo de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva. A su vez, se explicitan y analizan algunos datos que permiten construir el mapa de accesibilidad a los derechos sexuales y reproductivos, como así también, las acciones de exigibilidad al Estado Provincial.

Palabras clave: Compromiso y rol universidad. Monitoreo políticas públicas. Ciudadanía Sexual.

1. Introducción

El Monitoreo social de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva es una construcción colectiva de herramientas y mecanismos para supervisar la atención de la salud, promover el ejercicio de una ciudadanía sexual e incidir de manera activa en las políticas públicas, observando la acción del Estado y sus respectivos gobiernos a fin de garantizar el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, en tanto derechos humanos.

En un trabajo articulado desde el año 2006 entre el Programa de Extensión “Género, Sociedad y Universidad perteneciente a la Universidad Nacional del Litoral y ONG’s de la región Asociación Civil Palabras (Santa Fe), INDESO e INSGENAR (Rosario), se han generado diferentes acciones a partir de un objetivo común: monitorear la plena aplicabilidad de la Ley 11.888 (Programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable) y la accesibilidad al mismo en igualdad de condiciones de parte de las ciudadanas. A modo de espiral, las acciones de monitoreo se nutrieron de las metodologías de investigación y éstas de las primeras, con miras a construir puentes entre ambas.

El objetivo del presente trabajo, que puede considerarse un informe de avance, es por lo tanto, dar cuenta de los límites y posibilidades de las estrategias de investigación al convertirlas en herramientas del monitoreo de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva. A su vez, se explicitan y analizan trazos del estado de situación de la accesibilidad real a los DDSSyRR de parte de las mujeres usuarias del Programa Provincial para dar cuenta de esta compleja trama entre herramientas de Monitoreo, estado de situación y acciones de exigibilidad.

2. Perspectivas y decisiones metodológicas

A lo largo de estos años de Monitoreo se utilizaron diferentes estrategias metodológicas. Es intención de este escrito hacer un análisis de la utilización de las metodologías de investigación denominadas cualitativas en el marco del Monitoreo de Políticas Públicas.

En primer lugar, la investigación cualitativa sitúa a las investigadoras en una relación epistemológica en la cual es central el acento en la construcción de “saberes situados”. La investigación cualitativa implica precisamente una contextualización y familiarización del trabajo de campo, que hacen del mundo no solamente un lugar observable, sino modificable. En esta línea, cobra especial importancia interpretar los fenómenos en los términos de los significados que las personas les dan (Najmias y Rodriguez; s/f: 364). Estos significados, en contra de lo que pareciera a primera vista, no son “datos” a la investigadora como una suerte de fenómeno natural, sino que son construidos a través de la interpretación. La pretensión de “objetividad”, imperante como perspectiva hegemónica positivista, no tiene cabida en este enfoque.

En segundo lugar, en virtud del universo poblacional con el que nos encontramos trabajando (esto es, mujeres de barrios periféricos de la Ciudad de Santa Fe, mayoritariamente de clases vulnerables, con un escaso nivel de educación formal y con formas disímiles de organización) una metodología cualitativa flexibiliza el acceso a la información en las entrevistas -sean individuales o grupales. Al contar con un guión de tópicos flexibles facilita en este contexto el diálogo con las participantes y permite el surgimiento de nuevos temas a indagar por parte del equipo a cargo del Monitoreo.

Por último, vale la pena mencionar que las distintas teorías feministas, encuadradas con menor o mayor apego a las teorías críticas, han construido una crítica epistemológica y metodológica particular, haciendo hincapié en la traducción en prácticas políticas de las críticas teóricas, mediante conceptos tales como patriarcado, sexismo, relaciones de género/relaciones de poder y perspectiva de género. Así, se ha denunciado fuertemente que (si es que acaso algo lo es), las metodologías no son neutrales, sino que han sido históricamente construidas en un paradigma no sólo positivista, sino también profundamente falologocentrista. Es en esta corriente y estas críticas en las que también decidimos situarnos, utilizando las potencialidades de los diferentes enfoques teórico-políticos feministas en el trabajo en territorio con las mujeres.

Estas entrevistas que posibilitaron construir un “diagnóstico participativo” sobre la accesibilidad a los derechos sexuales y derechos reproductivos han tenido doble potencialidad. Por un lado, visibilizar situaciones e interpretaciones vividas por las mujeres usuarias del Programa Provincial que son muy difíciles de relevar a partir de otras herramientas, sobre todo las cuantitativas. Por otro lado, el espacio de entrevistas grupales se constituyó en un espacio de encuentro entre mujeres del barrio que posibilitó encontrarse con las otras para reconocer-se como sujetas de derechos. El grado de vulnerabilidad de muchas por ser mujeres, pobres, semi analfabetas, en algunos casos inmigrantes, impide leer las situaciones de maltrato, desprotección o negación de sus derechos como barreras para la ciudadanía sexual. Al ser interpretado como un acontecimiento particular (en la relación profesional salud-paciente) no se lo dimensiona como dispositivos que operan desde prácticas médicas hegemónicas androcéntricas. Descubrir que a otra le pasa lo mismo, permite una lectura de mayor complejidad en términos de derechos y lo ubica en el marco de lo público.

Hasta la fecha, se han utilizado para el Monitoreo las siguientes herramientas:

- *Encuestas telefónicas.* Realizadas trimestralmente a distintos Centros de Salud y Hospitales públicos de la Ciudad de Santa Fe y alrededores, a fin de relevar los Métodos Anticonceptivos (en adelante, MAC) disponibles. Vale recordar que según el Programa provincial de salud reproductiva deben encontrarse disponibles una serie de métodos entre los que la usuaria puede elegir (vg. Anticonceptivos orales, inyectables, preservativos, Dispositivos intra-uterinos, etc)

- *Entrevistas grupales.* Bajo esta modalidad de entrevista y a los fines de realizar un diagnóstico participativo, se realizaron encuentros de diálogo en diferentes puntos de la ciudad para monitorear el conocimiento, actitudes, necesidades y prácticas en salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, así como la percepción de la calidad de los servicios de salud.

- *Encuestas a las usuarias y efectores de salud pública.* Se han aplicado encuestas estructuradas a usuarias y efectores/as de salud en la ciudad de Reconquista (Norte Provincia), en la ciudad de Santa Fe (Centro) y Rosario (Sur).

De estas acciones abordadas, y por razones principalmente metodológicas, nos dedicaremos en esta ponencia al diagnóstico participativo resultante de las entrevistas grupales realizadas durante 2009.

El guión de entrevista tenía varios tópicos de abordaje: acceso a los MAC (que incluía el acceso a la Anticoncepción de Emergencia y anticoncepción quirúrgica) difusión del Programa, acceso al aborto no punible, atención post aborto y objeción de conciencia.

Esta estrategia metodológica se diseña a partir de reconocer los límites de herramientas de corte cuantitativo (encuesta) para dar cuenta de situaciones complejas. Uno de esos temas es la libre elección de parte de las usuarias ante las decisiones que tienen que tomar en lo referente a su salud sexual y reproductiva. Además al llevar a cabo las encuestas en los mismos centros de salud -que eran los espacios donde se podía localizar a las mujeres usuarias del Programa- operaba el sesgo propio del ámbito de indagación. Es decir, el hecho de estar físicamente en el centro de salud, el peso simbólico sospechábamos que podía incidir en la veracidad de las respuestas. Estas dificultades, que venían reconociéndose en el equipo a cargo del Monitoreo, obligaron a buscar nuevos dispositivos. Atendiendo a la extensión de la presente ponencia, se hará hincapié en el abordaje de tres tópicos recurrentes en los discursos de las mujeres participantes: 1) Acceso a la

información, atención post-aborto y atención en sí misma 2) Objeción de conciencia y 3) Ligadura tubaria y vasectomía.

3. Análisis de ejes de indagación del Monitoreo de Políticas Públicas

3.1. Problemática 1- Acceso a la información y atención

3.1.1. Acceso a la información.

Del relato de las usuarias participantes de las entrevistas pudo observarse una adecuada recepción de la información sobre el acceso a los MAC en forma gratuita. Sin embargo, las mujeres no tenían conocimiento del hecho que los MAC eran parte de las prestaciones garantizadas por el Programa provincial. La mayoría creía que eran brindados en forma “independiente” por el centro de Salud u Hospital al que asistían.

A su vez, es posible realizar una distinción respecto del tipo de MAC: anticonceptivos orales, inyectables, preservativos y DIU son ampliamente difundidos, mientras que por el contrario se tiene menos conocimiento en algunos casos, en otros se desconoce, la posibilidad del acceso a una ligadura tubaria o vasectomía gratuita.¹

Respecto a la información suministrada por los efectores sobre la forma de utilización de cada método, con frecuencia se manifestó la escasez, fragmentación de la información recibida, debiendo recurrir por lo tanto a conocidas/os para canalizar sus inquietudes y evacuar sus dudas. Se relataron en este sentido experiencias poco felices de conocidas/os en cuanto al uso incorrecto de los MAC y sus consecuencias.

Una de las mujeres encuestadas, haciendo referencia a la información brindada sobre los métodos, sostuvo: “(...) como hay madres que no hablan y en la escuela mucho no se habla, se van pasando información las chicas mismas y se la pasan mal. Si bien les dan clases de educación sexual las chicas se van guiando por lo que escuchan en el barrio o por ahí.” El actor ausente en este relato, así como en otros, es el de los/as médicos/as y otros profesionales desde su obligación de garantizar la circulación de información confiable y de base científica como dice la normativa.

3.1.2. Sobre la Atención y trato

En cuanto a la atención que recibían en los Centros de Salud y Hospitales, las entrevistadas compartieron muchas experiencias personales. Acentuando el trato de los/as profesionales al momento de elegir un método, una mujer expresó: “La Ginecóloga se descuida al enseñar, bueno, a mí no me enseñaron dentro del dispensario ni como pedir pastillas ni como tomarlas, lo aprendí en la calle... y de la escuela, de la secundaria, porque tuve el curso de sexualidad. Pero en la parte hospitalaria, nada...” Otra usuaria agregó “una chica quedó embarazada porque le cambiaron la pastilla y le enseñaron que la tome con el mate, y a tomarla de cualquier manera. Incluso se comían hasta 3 por día.”

Vale puntualizar el frecuente desconocimiento de l@s profesionales sobre estrategias comunicacionales con los y las pacientes. Se escucharon relatos que permiten conjeturar sobre la actitud que asumen los pacientes ante estas situaciones: optan por el silencio, o bien por sólo irse del consultorio sin haber comprendido las instrucciones médicas. En muchas ocasiones, según lo relatado por las mujeres entrevistadas, el silencio se debe a la vergüenza ante el no entendimiento del lenguaje “técnico” utilizado por los/as médicos/as. “No tener el acceso al conocimiento y a los métodos de regulación de la fertilidad garantizados por el Estado en condiciones de igualdad impide a las mujeres decidir sobre su

¹ Volveremos sobre este punto al desarrollar la Problemática 3.

propio cuerpo y sobre su reproducción y es fuente de discriminación hacia ellas” (INADI; 2005)

También hay que destacar que se relataban no pocos casos donde la atención hospitalaria, y la predisposición de los profesionales fue cálida, amena y receptiva.

Un dato que vale remarcar es que ninguna de las entrevistadas manifestó la decisión de concurrir al Hospital o Centro de Salud acompañadas por su pareja, en el momento de elegir el MAC. La reproducción y la planificación de la reproducción, pareciera seguir siendo un tema sólo de las mujeres. Compartimos en este sentido el deseo de Elizabeth Jelin: “queda para un mundo futuro la resolución de la tensión entre las mujeres-madres decidiendo cuándo, cómo y de quién tener hijos, y la incorporación de la paternidad en igualdad de condiciones con la maternidad” (Jelin, 1994)).

3.2. Problemática 2- Objeción de conciencia

La objeción de conciencia es una tendencia creciente en América Latina, sobre todo en sus manifestaciones en el área de salud, a partir de la incorporación de los servicios de salud sexual y reproductiva. Es entendida como la negativa pública a realizar una acción establecida en el marco normativo de un país, aduciendo razones éticas y/o religiosas. Es una disyuntiva que enfrenta a la persona entre un deber jurídico y un imperativo ético, siendo este fenómeno cada vez más difundido conforme se han reconocido los derechos sexuales y reproductivos. (Vargas, 2009)

Existe un debate muy intenso en relación a si se debe permitir o no la objeción de conciencia a quienes ejerzan funciones públicas. Por un lado, los funcionarios están sujetos a la obediencia de la norma en tanto que no se puede ser selectivo con respecto a las tareas asignadas, pero por el otro, se encuentra el argumento del respeto a la libertad de conciencia, reconocida como derecho humano fundamental. (Vargas, 2009)

Según Marcelo Alegre, la pretendida objeción daña a los terceros en su salud, su autonomía y su dignidad, daños que se agravan en un contexto de falta de acceso a prestaciones básicas de la salud, como la anticoncepción, la fertilización asistida, y los abortos permitidos por la legislación vigente. (Alegre, 2009).

Ante la objeción de conciencia de un profesional y la solicitud de una mujer de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, debe estar en claro que la objeción no puede convertirse en un obstáculo o una barrera para que las mujeres accedan a los derechos reconocidos por Estado. (OMS, 2003) Por lo tanto, es inadmisibles que las creencias y los valores del profesional en salud prevalezcan sobre los de la mujer al punto de anular su capacidad de decidir sobre su cuerpo y su vida, siendo la derivación a otro profesional un deber jurídico. (González, 2008).

En estos casos la CEDAW remarca en sus recomendaciones generales que: “(...) es discriminatorio que un Estado niegue la provisión legal de servicios de salud reproductiva para las mujeres. Por ejemplo, si un proveedor de servicios se niega a prestarlo con base en la objeción de conciencia, deben introducirse medidas que aseguren que las mujeres sean referidas a prestadores de salud alternativos” (CEDAW, 1999). Además, la OMS (2003) señala que en los casos en que no haya otro efector para atender a la mujer “(...) el profesional de salud deberá realizar las técnicas para salvar la vida de la mujer o para prevenir daños permanentes en su salud, en cumplimiento de la ley nacional”.

3.2.1.El derecho a la objeción de conciencia en Argentina

El derecho a la objeción de conciencia en el campo de la salud sexual y reproductiva

permite a los médicos, farmacéuticos, y otros integrantes del sistema de salud negarse a brindar diversas prestaciones, como informar sobre anticoncepción y aborto legal, recetar o expender anticonceptivos, practicar ligaduras tubarias o vasectomías, o realizar abortos permitidos por la ley.

Este derecho emana de la protección que la Constitución garantiza a la libertad de culto y de conciencia, y a las acciones que no perjudiquen a terceros (Alegre, 2009). En nuestro país se ha avanzado en materia de su reglamentación y legislación, a partir de mediados de la década de los noventa, donde los debates y regulaciones cobraron importancia en un ámbito donde se encontraban en juego los derechos de terceros, como por ejemplo a partir de la creación de los Programas nacionales y provinciales de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Sin embargo, para Marcelo Alegre, nuestra Constitución no guarda conexión alguna con el incumplimiento de los deberes profesionales de los prestadores de salud y, por lo tanto, en estos casos se deben tener en cuenta los siguientes factores de relevancia:

1. Que las acciones de los objetores afectan intereses y derechos fundamentales de otras personas, provocando riesgo para la vida o la autonomía de las personas.
2. Que la conducta de los objetores suele fundarse en razones que impugnan moralmente determinadas políticas públicas buscando desarticularlas.
3. Que la afectación de derechos se agrava por centrarse, en la mayoría de los casos, en un grupo doblemente desaventajado: las mujeres en situación de pobreza.

En este sentido, se debe realizar una exhaustiva limitación de este derecho y un profundo análisis ético que pondere los costos – beneficios de esta práctica. El derecho a la objeción de conciencia debe contrapesarse con el derecho a la salud en condiciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad y con el derecho a verse libre de la imposición de creencias éticas o religiosas, de lo contrario y en palabras de Alegre, la objeción de conciencia puede volverse opresión a conciencia (Alegre, 2009).

Está claro que la objeción de conciencia no exime a un centro de salud a ejecutar una práctica que esté reglamentariamente permitida. En ese sentido, una de las acciones de exigibilidad del Monitoreo hacia el Estado Provincial fue la necesidad de implementar los mecanismos necesarios de tal modo que se cubra la atención a la usuaria en los casos que un/a profesional haga objeción de conciencia. Uno de los instrumentos propuestos fue la implementación de un Registro de Objetores. El 28 de mayo del 2010, el Ministerio de Salud resuelve la creación del Registro. Ahora queda el desafío de su implementación.

3.3. Problemática 3- Ligadura tubaria y vasectomía

La ley 11.888 (Programa de salud reproductiva y procreación responsable) y la ley 12.323 (Anticoncepción quirúrgica) establecen el derecho de cualquier mujer o varón capaz jurídicamente (es decir, mayor de edad) a realizarse un procedimiento quirúrgico que impida el embarazo, teniendo como objetivo *la maternidad y paternidad responsables, a través de la planificación de los nacimientos* (Artículo 2, Ley 11888).

En ninguna de estas leyes o sus decretos reglamentarios se establece un impedimento distinto de la “capacidad” de las personas. En este sentido, vale recordar que en virtud de principios tanto constitucionales (principio de legalidad, Artículo 19 “Ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, *ni privado de lo que ella no prohíbe*”) como legales (Artículo 53 y otros CC “Le son permitidos todos los actos y todos los derechos *que no le fueran expresamente prohibidos...*”), esto significa que para limitar

de cualquier modo un derecho concedido por el Estado se precisa disposición legal expresa o sentencia firme.

De acuerdo a las experiencias de las mujeres que participaron de los diagnósticos participativos, sin embargo, el derecho a acceder a una ligadura tubaria suele limitarse. Mas esta limitación no viene dada ni por una disposición legal, ni por una sentencia judicial, sino por las mismas decisiones y prácticas médicas y por derroteros administrativos.

Distinguiendo en primer lugar entre ligadura tubaria y vasectomía, encontramos en las entrevistadas el relato de una serie de limitaciones que se repiten. En el caso de la ligadura tubaria, podemos distinguir estas limitaciones en cuatro categorías: limitaciones o condicionamientos

1) Por edad: “Yo tengo una hija que tiene 24 años y tiene cuatro criaturas. En el tercero la llevé al Hospital Iturraspe para que le hagan la ligación, y el médico me dijo que no, que ella era re joven, (...) Al año siguiente fuimos con el cuarto [embarazo] y yo le dije ‘mirá la situación que provocó’”.

2) Por cantidad de hijos: “Llega el momento en que la propia mamá con doce hijos no sabe qué hacer y empieza a preguntar. Se le arruina el cuerpo y no tienen trabajo.” (...) –“en todos estos casos se planificó la ligadura por un embarazo” – “si...pero después de doce chicos”.

3) Por posible “arrepentimiento” ulterior: “tengo seis hijos, por favor no quiero tener más, por si después no puedo darles de comer, no tengo habitación...y te dicen eso de que no porque te podés separar, podés quedar viuda y te arrepentís [de la ligadura] y no hay solución. Pero yo si realmente me separo y me caso, adoptaría un bebé”.

4) Por “buena salud”: “yo les pedí si me podían ligar las trompas para no tener más [hijos] y me dijo que no, ‘mientras vos estés bien vas a poder seguir teniendo’ Pero yo no puedo seguir porque tengo problemas del corazón...pero ellos ‘no aceptan nada’, me dijo”.

Estos argumentos, si bien son utilizados por el poder médico en forma aislada, suelen también combinarse para “convencer” a la paciente por la elección de otro método. Así, otra de las entrevistadas decía “yo me quería hacer la ligadura y me dijeron que vaya y que pelee, que me la tenían que hacer. Pero me decían que era muy joven, que tenía tres hijos...pero si uno no quiere tener más hijos, no quiere tener más hijos. Yo tenía 30 años...”. En algunos casos, las mujeres denunciaban que si bien no había una negativa taxativa, el trámite administrativo que comienza en el centro de salud barrial y continua en el Hospital base donde efectivamente se lleva a cabo la práctica, constituye un camino tortuoso de idas y vueltas en el cual la mujer termina desistiendo “voluntariamente” de su pedido.

De todas formas, encontramos en los relatos, experiencias exitosas. Esto es, mujeres que no tuvieron grandes dificultades, ni limitaciones. Sólo en algunos casos, los médicos exigían “la autorización del marido”, autorización que no es requerida si la paciente es mayor de edad.

A diferencia de los ejemplos antes citados, el caso de la vasectomía es descrito desde las voces de las mujeres como “menos problemático”, aunque sin embargo mucho menos frecuente. La principal razón que encontraban las mujeres entrevistadas –más allá de la falta de conocimiento del método por parte de los varones- para la no realización de esta práctica quirúrgica, es el “miedo a perder su hombría”. Así, por ejemplo, preguntaban/afirmaban “yo quiero saber por qué cuesta tanto la vasectomía, aunque

algunos hombres quedan como poco hombres”. Este caso vendría a ejemplificar que la dicotomización profusamente teorizada entre maternidad y sexualidad, también se aplica a los varones: paternidad o sexualidad. Los varones parecieran asociar el hecho de no poder (querer) tener hijos con el rendimiento sexual. Pese a los importantes aportes y cuestionamientos teórico-políticos, podría pensarse que la sexualidad sigue estando vinculada a la procreación, tanto en varones como en mujeres.

Si bien a modo preliminar, es posible ir reconociendo/describiendo algunas problemáticas y tensiones:

a) *derecho estatal vs. derecho médico*: junto a las leyes estatales más arriba mencionadas, leyes en sentido estricto, es posible observar un sistema de normatividad paralelo que viene en muchos casos a neutralizar a aquéllas, esto es, el “derecho médico”. Este derecho no tiene que ver con las normas que emanan del poder legislativo local, sino de aquellas prácticas, costumbres y normas morales enraizadas en el saber médico con fuerza tal, que operan por sobre las leyes estatales. Los cuatro tipos de limitaciones que ejemplificamos constituyen casos recurrentes de estas normas invisibles, no escritas y consensuadas tan sólo dentro de una elite.

b) *cuerpos intervenidos*: los cuerpos de las mujeres (y de los varones) se hayan regulados/intervenidos por el derecho estatal. Pero además, estos mismos cuerpos son los que sienten -en la mayoría de los casos dolorosamente- la intervención de lo que hemos denominado poder/derecho médico. El Derecho (estatal, médico, doméstico y otros) pasa por el cuerpo, en ocasiones para protegerlo, en ocasiones para darle libertad y en ocasiones para quitarle autonomía. Este último caso se puede observar en las experiencias relatadas en relación a la ligadura tubaria.

c) *derechos tamizados*: la ley 11.888 y la 12.323 parecieran dejar poco espacio para dudar sobre el ejercicio de los derechos que positivizan. Toda persona capaz puede solicitar la anticoncepción quirúrgica. Sin embargo, estos derechos ‘enteros’, pasan por el tamiz de decisión médica en los hospitales públicos (distinta por cierto a las decisiones que se toman en los sanatorios privados). El resultado son derechos tamizados, incompletos, parcializados.

d) *espacios de diálogo*: en cada uno de los encuentros llevados a cabo con las mujeres, notamos el mismo cambio. En un primer momento, una cierta timidez para contar sus experiencias y luego, más sobre el final, agradecimientos por “el espacio de diálogo”. Decían por ejemplo “vuelvan, acá nunca habíamos hablado de estos temas”.

En general, pero se profundiza ante el derecho a la ligadura tubaria, es posible identificar cómo los médicos se transforman en el ámbito público en legisladores sin ningún tipo de legitimidad democrática. Nadie los votó y sin embargo, construyen cotidianamente una ingeniería jurídica alrededor (y dentro) de los cuerpos de las mujeres. Ingeniería que las encierra dentro de sus propios cuerpos, quitándoles capacidad de decisión sobre sus vidas.

4. A modo de conclusión

El monitoreo de políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva es un proyecto en marcha. Sin embargo, y dentro de lo posible, podemos ir delineando al menos algunos comentarios e inquietudes, que puedan servir de cierre provisorio a esta ponencia.

En este sentido, sostenemos una vez más que demandar, exigir y verificar el cumplimiento de los programas diseñados para satisfacer las necesidades y los derechos reconocidos por la legislación vigente, implica un modo de participación social que *empodera* al segmento

más débil en las instituciones de salud –las mujeres y los/as jóvenes- democratiza la función del Estado, mejora la participación ciudadana y permite corregir los errores y deficiencias de las políticas públicas junto con su implementación.

Resulta de extrema importancia reforzar la autonomía de las mujeres para decidir sobre su sexualidad y reproducción. Este hecho sólo será posible con ciertas condiciones satisfechas. Así, creemos que para que las mujeres puedan realizar estas decisiones libremente, es necesario garantizar el acceso a la información y a una educación sexual y reproductiva. Por más positiva que parezca (y efectivamente sea) la decisión estatal de distribuir MAC a las mujeres que así lo desean, si esta distribución no se hace en un contexto de información adecuada y comprensible para las mujeres, no hay decisión genuina. Sin información completa y aprehensible, no hay posibilidad de elección libre, y las políticas de salud reproductiva pueden convertirse en un instrumento asistencialista más.

Sostenemos la necesidad de seguir profundizando el análisis de las metodologías que ponemos a disposición del Monitoreo de Políticas Públicas. No sólo para la construcción del estado de situación y generar estrategias de exigibilidad; también para permear los sistemas de monitoreo estatales que suelen estar asentados únicamente en metodologías cuantitativas a partir de indicadores epidemiológicos que no están atravesados por perspectivas de género y derechos humanos.

En cuanto a la atención de las mujeres en los hospitales y centros de salud públicos, vemos como imprescindible una mayor concientización por parte del poder médico sobre el trato humanizado, así como también la efectivización de infraestructuras agradables y cómodas para las pacientes.

Aún queda un largo camino por recorrer en este Monitoreo. Los datos que estamos obteniendo se transformarán sin duda en herramientas de visibilización, control, y hasta presión, para el cumplimiento de este Programa por parte del Estado desde una universidad comprometida con los procesos de ejercicio pleno de la ciudadanía sexual.

Bibliografía

Alegre, M. “Objeción de conciencia y salud sexual y reproductiva”. Consultado de http://www.despenalizacion.org.ar/pdf/Hojas_Informativas/10_Alegre.pdf

INADI (2005). Hacia un Plan Nacional contra la Discriminación, INADI, Bs. As.

Jelin, E. (1994). “¿Ante, de, en, y?: Mujeres y derechos humanos” en América latina hoy: Revista de ciencias sociales, Salamanca; Vol 9.

Maroto Vargas, A.(2009) “La objeción de conciencia: Fundamentos y regulación en el sector salud.” Consultado de http://genero.bvsalud.org/lildbi/docsonline/0/7/1170-CAP_5_-_Maroto_Vargas,_Adriana.pdf, 2009.

Najmias C. y Rodriguez S (s/f), “Problemas de validez en investigaciones que utilizan metodologías cualitativas” en *Práctica de la investigación cuantitativa y cualitativa. Articulación entre la teoría, los métodos y las técnicas*, Sautu Ruth (compiladora). Ed. Lumiere, Buenos Aires.