

La salud sexual y reproductiva en el ámbito municipal

Sexual and reproductive health on municipal environment

Valeria Roxana Venticinque | ORCID: orcid.org/0000-0002-9894-8937
valeriaventicinque@yahoo.com.ar
Universidad Nacional de Rosario – Universidad Nacional del Litoral
Argentina

Recibido: 16/06/2018

Aceptado: 11/08/2018

Resumen

El presente trabajo¹ pretende realizar un análisis del cumplimiento de los objetivos planteados en el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** en la ciudad de Rosario en un contexto problematizado por *nuevas formas de desigualdades*.

Proponemos una reflexión a partir de nuestro trabajo de investigación, realizando un recorrido sobre la forma que asume la mencionada política en su implementación y los avatares que sufre en el marco del fortalecimiento del modelo liberal democrático.

Palabras claves: Salud, Sexualidad, Políticas públicas, Democracia

Abstract

The present work aims to carry out an analysis of the fulfilment of the objectives of the **National Program for Sexual Health and Responsible Procreation** in the city of Rosario in the troubled context characterized by “new forms of inequality”. We propose a reflection from our research work, analyzing the shape assumed by the aforementioned policy in its implementation and the avatars it undergoes in the framework of the strengthening of the liberal democratic model.

Keywords: Health, Sexuality, Public policies, Democracy.

¹ Parte de una investigación doctoral realizada por la autora entre los años 2008 y 2012, con financiamiento de Beca CONICET. Tesis doctoral defendida 17/09/2013 (UNR).

Introducción

El presente trabajo tiene como principal objetivo analizar el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (en adelante **PNSS** y **PR**), en la ciudad de Rosario, Argentina.

El interés de este escrito reside en la escasez de investigaciones que analicen en detalle las modificaciones llevadas a cabo en las políticas públicas a la luz del enfoque de género, y mucho más ausentes se encuentran los trabajos que abordan las problemáticas en relación a los derechos sexuales y reproductivos en un contexto de reformulación de las funciones estatales.

Para avanzar en la comprensión de la implementación de una política pública nacional en el ámbito local, se eligió un estudio de caso, en tanto estrategia metodológica que permite detenerse en los procesos y estructuras internas, habitualmente invisibilizados. En este sentido se trabajó con documentación oficial elaborada por las distintas instancias gubernamentales, se realizaron entrevistas en profundidad a informantes claves de la sociedad política y la sociedad civil.²

² El presente artículo es fruto del trabajo de campo realizado por la autora (2009-2011) con financiamiento de una Beca tipo II CONICET en el marco de su investigación doctoral, en este sentido el problema que se planteaba y la perspectiva teórica orientaban a la utilización de una perspectiva metodológica cualitativa. La misma nos permitió reconstruir las lógicas y las trayectorias de los actores implicados para, de esta manera, demostrar cómo construyen las interacciones los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil a partir de la implementación del **Programa Nacional de Salud Sexual y procreación Responsable**. Dadas las características pretendidas para esta investigación, se propuso como estudio de caso un municipio de la provincia de Santa Fe, Rosario. En cuanto a la selección de técnicas de recolección y análisis de datos se consideró pertinente recurrir a diferentes técnicas de recolección de información: la observación no participante, la observación de documentos, la entrevista a informantes claves. En relación a las entrevistas a informantes claves, esta

En este sentido nos propusimos, en primera instancia, buscar los antecedentes de esta política pública nacional en el mencionado Municipio. En el segundo apartado realizamos una descripción del Programa a partir del diseño que contiene la ley 25.673, analizándolo desde su implementación en Rosario, en un tercer apartado lo analizamos a partir del enfoque de género. Finalizando reflexionamos a partir de los posibles “peligros” a los que se ve sometido el **PNSS** y **PR** ante la hegemonía del modelo liberal-democrático.

Comenzaremos por afirmar que el ámbito de la política no es un terreno neutral que pueda aislarse del pluralismo de valores y donde se puedan formular afirmaciones racionales y universales; la democracia es, por naturaleza, paradójica, y se halla en continua tensión entre dos lógicas, la democrática y la liberal. Asimismo, entendemos que los valores y afectos juegan un rol fundamental en la consecución de la lealtad a los valores democráticos (Mouffe, 2003).

técnica de recolección estaba destinada a explorar sobre las motivaciones y las perspectivas que los actores le adjudican a determinadas políticas y prácticas. Dichas entrevistas tenían el carácter de semiestructuradas, y los informantes claves debían cumplir determinadas características: haber participado y participar activamente en la organización seleccionada para el análisis, tener conocimiento acerca de, por un lado, las motivaciones que originaron la organización y, por el otro, las que impulsaron la participación en el monitoreo de la política elegida, y conocer, asimismo, las relaciones que el gobierno mantiene con esa organización. También se realizaron entrevistas a informantes claves, equipos técnicos del Municipio de Rosario y se contactó a los responsables de los centros de salud, se seleccionó a un centro de salud por cada uno de los seis distritos existentes a la fecha (2011), además de los centros de salud que funcionan en los **CMD** (Centros Municipales de Distrito), como así también a distintos referentes de las áreas municipales involucradas en la implementación del **PNSS** y **PR**.

Nuevo momento de las políticas públicas en el municipio santafesino

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 y el deterioro del actor estatal.

El nuevo paradigma de las políticas sociales permitió a los gobiernos provinciales constituirse como actores capaces de diseñar e implementar políticas sociales. De hecho, a partir de la crisis, las provincias y municipios buscaron comprender acciones de contención, si bien con recursos económicos y humanos menores que la Nación (Rocchi y Liborio, 2012:3).

En este marco se desarrolló el proceso de innovación institucional encarado en el municipio de Rosario³ (descentralización, presu-

³El municipio de Rosario se encuentra ubicado en la provincia de Santa Fe, Argentina. Tiene una población de 909.397 habitantes (censo 2001) y una densidad de población de 5.350 habitantes por km². De ellas, casi el 52,6% son mujeres y un 28,6% (259.724) son niños y jóvenes de hasta 17 años en condiciones de transitar por el nivel inicial, EGB y polimodal del ámbito escolar. La población según género es un 47% de varones y un 53% de mujeres. La información que ofrecen los diferentes Censos Económicos reflejan los procesos de reestructuración productiva y de desindustrialización que ocurrieron en la región y particularmente en Rosario. Para el área Gran Rosario el cambio decreciente en la industria manufacturera fue del 20,3% entre 1985 y 1994. En este marco se profundizó el deterioro de las condiciones de vida de la población. Para describir los cambios ocurridos en la sociedad rosarina en estas décadas se considerarán algunas de las modificaciones operadas en el mercado laboral y el incremento de la magnitud de la pobreza. Las características que adquirieron las formas de trabajo y la pobreza son algunas de las expresiones visibles del deterioro de las condiciones de vida entendidas en su acepción más amplia; esto es, referido no sólo al equipamiento y la provisión de servicios básicos sino también al acceso a beneficios sociales. Así en el Gran Rosario, la proporción de personas bajo la línea de pobreza era el 35,8% (onda mayo 2001) llegando en la onda octubre 2003 al 47,9%; la proporción de personas bajo la línea de indigencia llegaba en el 2003 al 23,9%. La tasa de actividad para el Aglomerado Gran Rosario creció desde el primer trimestre del año 2004, desde un 44,3% al 46,5% en el segundo trimestre del 2007; la tasa de empleo pasó de un 36,7% a un 41,3% comparando los mismos periodos. El indicador de NBI, con estimaciones en relación al censo 2001, daba como resultado en Rosario (no ya en el aglomerado) que, sobre un total de 332.476 Hogares, había 39.154 hogares con alguna NBI. El cinturón de asentamientos irregulares rodea la ciudad y todos los días se acrecienta; como una paradoja urbana, el trabajo aun siendo precario se da en los aglomerados urbanos y no en el campo. La innovación tecnológica expulsa a los pobladores rurales así como la pobreza y la escasez de servicios de

puesto participativo y audiencias públicas) considerando el impacto que estas nuevas formas de participación y control han tenido en el desarrollo de la gestión municipal. Las experiencias gestadas desde Rosario proporcionan un campo de análisis propicio para indagar las potencialidades que ofrecen los municipios para promover democracias de proximidad (Robin *et al.*, 2005).

La suerte de estas innovaciones descansa en la existencia de un poder político comprometido con ellas, una sociedad civil activa y dispuesta a reclamar y usar estos espacios y burocracias capaces y motivadas. Así, lo local, se fue constituyendo en una nueva escala de referencia para pensar lo político entre fines del siglo XX, e iniciando el siglo XXI.

La gestión de Rosario llevó a cabo un proceso de transformaciones e innovaciones en términos de prácticas administrativas y en la concepción misma de la gestión local. El mencionado proceso de cambio fue iniciado por la administración que asume en el año 1996, para llevar adelante el mismo fue necesario crear la Secretaría General de la Intendencia, organismo del cual se hizo depender el Programa de Descentralización y Modernización. La puesta en práctica de éste programa abarcó los siguientes aspectos: reorganización administrativa, redefinición de las políticas públicas, definición de un nuevo modelo de gestión, éste incluye la participación ciudadana con la incorporación de la población en los distintos procesos de la gestión. En este marco se reformulan las acciones de las distintas secretarías, entre ellas la política de la Secretaría de Salud Pública (en adelante SSP)⁴.

En este marco de críticas explícitas hacia los partidos políticos, carentes de nuevas propuestas, hacia el actor estatal, y en expreso reclamo por el retorno de este, surge la creación del **Programa de Procreación Responsable** (en adelante PPR) de la SSP de la Municipalidad de Rosario, se debe señalar que preexistían 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.

infraestructura. Rosario hoy es polo de atracción no sólo de inversiones, tanto sea por la dimensión integrativa que sigue teniendo el trabajo o por la infraestructura de servicios de salud y educación. (Perona, SF)

⁴ Información disponible en www.rosario.gov.ar.

A fines de 1997 fue reglamentada una Ordenanza Municipal que dio lugar a la creación de este programa municipal y, a partir de esa fecha, la **SSP** se encuentra empeñada en una propuesta programática integral y eficaz para la prevención de embarazos no deseados.

Sus objetivos principales eran:

- ◊ Garantizar el acceso a la comunidad que así lo requiera a la información de lo atinente a necesidades reproductivas.
- ◊ Informar sobre el riesgo del embarazo fuera de las edades consideradas adecuadas para la reproducción.
- ◊ Contribuir a la difusión de información relacionada con el VIH-SIDA y las enfermedades de transmisión sexual.
- ◊ Estimular y favorecer períodos intergenésicos no menores de 2 años.
- ◊ Propender a la educación de la comunidad para evitar embarazos no deseados.
- ◊ Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.

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 particular de este sector poblacional. Se contemplan sus desventajas sociales, su empleo en trabajos no calificados, las situaciones derivadas de la doble o triple jornada laboral, incluyendo su trabajo en el hogar, situaciones relacionadas con violencia conyugal, y por último y no por ser menos importante, la construcción estereotipada de la identidad femenina. Las estrategias para poder poner en marcha este plan ambicioso integran 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.

Todo ello 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 de la existencia, al bienestar y para la construcción de ciudadanas libres y autónomas en la toma de sus decisiones.

En términos de garantizar la anticoncepción a la población de menores recursos el componente programático del **PPR** establecía 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.

Así se buscó llevar a la práctica una demanda de las rosarinas, las mujeres reclamaban derechos (no) reproductivos y sexuales, los derechos sobre el propio cuerpo, sin duda los derechos nodales para el ejercicio de una ciudadanía plena. En este sentido, los ciudadanos y ciudadanas, en todo sistema democrático, tienen derechos fundamentales, y en consecuencia, las mujeres piden ser las protagonistas de las decisiones que tienen impacto sobre su existencia y la calidad de la misma, así en la coyuntura de un actor estatal que se ausentaba de las problemáticas sociales, se buscó generar políticas que aproximaran, intentando que la democracia recuperara un componente imprescindible, la equidad.

Durante la década del 90 el clima época argumentaba que una vez que las reformas políticas y económicas se consolidaran habría tiempo para preocuparse por la igualdad, así el lenguaje de la democratización fue cooptado por un proyecto de democracia neoliberal o liberalismo democrático, haciendo uso de la noción trabajada por José Nun (1997). De esta manera comenzaba a expandirse la apropiación neoliberal de la democracia, en este sentido, el surgimiento de esta era representó un quiebre en la historia económica de nuestro país, pero fue también un momento crítico en el desarrollo político de la región. Se realizó un proceso de descentralización que, a menudo, se tradujo en una mera transferencia de deberes y responsabilidades desde la administración central hacia los gobiernos provinciales y locales, sin la correspondiente transferencia de recursos que las nuevas funciones demandaban.

En este marco las políticas generales del Municipio de Rosario, trabajaron en la construcción de los distritos sanitarios que pretendían recuperar la idea de territorialidad que guía la gestión municipal para plasmarla en la red de salud. En este sentido, el trabajo con esa lógica territorial se construye de forma intersectorial, articulando acciones con las demás secretarías de la Municipalidad desde una perspectiva integral de las problemáticas de salud, trabajando territorialmente con otros actores públicos.

La acción basada en la estrategia de atención primaria, y en la misma dirección, el modelo de promoción de la salud, aportaron una visión dinámica, donde la salud se entendió como un recurso para la vida cotidiana más que una meta final. De esta manera, sintetizaremos señalando que, en el caso aquí analizado, el proceso de descentralización, y luego las experiencias participativas posteriores a diciembre del 2001, muestran al gobierno municipal como una unidad de gestión que promueve la vinculación directa de la ciudadanía. En este sentido la idea directriz de la gestión fue lograr un gobierno más cercano y con apertura hacia la participación ciudadana; además de la necesidad de diseñar

un nuevo modelo de desarrollo para la ciudad, más democrático y armónico, capaz de superar los desequilibrios territoriales que venían de la mano de la precarización.

Así podemos señalar, en cierta medida, las políticas, las decisiones y las prácticas entendidas como gestión de los riesgos sociales (Esping-Andersen, 2000), instrumentalizadas desde los

gobiernos locales a fines del siglo XX e inicios del presente, pretendieron generar proximidad con la ciudadanía. En este sentido podríamos afirmar que las gestiones buscaron completar la tríada democrática formal: *transición democrática-consolidación-democracias participativas*; de esta manera, con matices, la democracia liberal impregna las formas de hacer y pensar la política.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. ¿Por qué?

Con el nuevo siglo, se ensayan diversas formas de construir las interacciones entre la sociedad política y la sociedad civil. Si en los años noventa se desarrolló el modelo de privatización de lo social, una década después conoceremos el modelo participativo selectivo. En este sentido, el modelo democrático participativo tuvo como rol refundar el sistema, fortaleciéndolo con nuevos mecanismos, que llegaron para renovar un ejemplar que caducaba. Es preciso recordar que la democracia liberal se sustenta a partir de la legalidad y ciertos elementos que van nutriéndola de legitimidad. En consonancia con lo dicho recordemos a Chantall Mouffe quien estableció que la relación entre liberalismo y democracia no es necesariamente positiva, sino una imbricación histórica contingente; en realidad, en las democracias modernas, la relación entre aquellos es incompatible y la tensión indisoluble, sólo observaremos estabilizaciones temporarias (Mouffe, 2003).

Así se ensayaron y pusieron en práctica distintos esquemas que suponían sumar miradas y oír más voces, legitimar, en este marco nace el **PNSS** y **PR**, en el año 2002. Esta política implicaba repensar la salud sexual y reproductiva de la ciudadanía, hacerlo desde la prevención y lograr su monitoreo a través de mecanismos de control, esto provocó la participación de la sociedad civil y de la ciudadanía en general.

Así el programa fue visto como una forma de suministrar información sobre salud sexual y reproductiva a los grupos más vulnerables y eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impedían la llegada de dicha información; el principal objetivo era disminuir la morbilidad y mortalidad materna hasta niveles en que no constituyan un problema de salud pública.

En este sentido el proceso de sanción de normas en éste campo no estuvo exento de problemas, situación que recién pudo salvarse en octubre del año 2002, cuando el Congreso sancionó la Ley N° 25.673, de creación del mencionado **PNSS** y **PR**, buscando solucionar de este modo, un vacío en términos de políticas públicas que garantizaran el

acceso de los ciudadanos y ciudadanas a políticas de salud sexual y reproductiva, particularizando en el aspecto preventivo. Es preciso aclarar, que al momento de sanción de la ley nacional, numerosas provincias ya habían aprobado alguna disposición sobre salud reproductiva, y aquellas que no contaban con ninguna o cuyas normas habían sido vetadas por el poder político, se adhirieron al programa nacional (ELA; 2005 cita de Pautas si, Mineo).

El **PNSS** y **PR**, vigente desde el mes de mayo de 2003, se propone mejorar la satisfacción de la demanda instrumentando acciones tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial. Cabe destacar que esta política pública considera a los niños y niñas beneficiarios directos de la atención de la salud del más alto nivel, sin excepción ni discriminación alguna, señalando que en las consultas de los adolescentes menores de 14 años se procurará la asistencia de un adulto. Sin perjuicio de ello, las personas menores de edad tendrán *derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo con su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad* (ELA, 2005: 200 cita de Pautassi, Mimeo).

Asimismo establece que a pedido de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, se deberá

prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados. Serán las personas beneficiarias, una vez que hayan sido suficientemente informados sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, quienes elegirán el método anticonceptivo. También se dispuso que los beneficiarios de obras sociales tendrían derecho a la cobertura del 100% -a cargo del agente del Seguro de Salud- de un listado importante

A partir de la sanción de la ley 25.673⁶ nace el programa dependiente del Ministerio de Salud, teniendo por objetivos:

- ◊ Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia.
- ◊ Disminuir la morbimortalidad materno-infantil.
- ◊ Prevenir embarazos no deseados.
- ◊ Promover la salud sexual de los adolescentes.
- ◊ Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genitales y mamarias.
- ◊ Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable.
- ◊ Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- ◊ Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud.
- ◊ Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa.
- ◊ Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa.

⁵ Por otra parte la discusión acerca de la legalización del aborto queda pendiente, reiterándose sistemáticamente posiciones fundamentalistas y en contra de un debate serio y fundado, basta con ver las estadísticas de aborto inducido: se calculan que se realizan entre 500 mil y 700 mil abortos por año, en una población de alrededor de 37 millones de habitantes y casi 700 mil nacimientos anuales, de acuerdo con lo señalado por especialistas, ya que no hay cifras oficiales. La única aproximación para estimar abortos es la información sobre egresos de establecimientos públicos de mujeres internadas por complicaciones de abortos. Estas cifras han aumentado significativamente, en el año 2004 el 33% de los egresos hospitalarios por causas obstétricas, excluyendo el parto normal, se debe a complicaciones de abortos. El 15% de las pacientes hospitalizadas por complicaciones de abortos tiene menos de 20 años, y el 50% tiene entre 20 y 29 años, de acuerdo con datos provistos por el Ministerio de Salud de la Nación (ELA, 2005:175 citado por Pautassi).

⁶ Para ampliar información: <http://www.msal.gob.ar/saludsexual/programa>.

- ◊ Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida y cáncer genital y mamario.

Por otro lado se constituye el Consejo Asesor del **PNSS** y **PR**, el mismo tiene como misión conformar un espacio de diálogo y cooperación entre el Programa y las asociaciones científicas y profesionales, representantes de agencias de Naciones Unidas, sector educativo y organizaciones de la sociedad civil 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 un espacio institucional y sistemático tendiente a analizar los resultados de los monitoreos llevados a cabo por el propio Programa y por el **Consortio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos, CoNDeRS**⁷.

Así, en este nuevo momento de encuentro entre lo público no estatal y estatal se construye un terreno dotado de originalidad que conduce a la necesaria articulación de las demandas que enarbolan los distintos actores colectivos, un espacio que no está ajeno a la heterogeneidad y el conflicto, pero que propone y ensaya distintas maneras de concretar una *gramática de la conducta* o las formas de guardar fidelidad a los principios constitutivos de la democracia moderna, igualdad y libertad para todos (Mouffe, 1998:9).

El **CoNDeRS** es un consorcio que tiene como objetivo monitorear las políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva en la Argentina. Este espacio nuclea a organizaciones de mujeres, asociaciones vecinales, grupos académicos, universitarios, comunicadores sociales y otros, y

⁷ El **CoNDeRS** está 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 reproductivos con perspectiva de género. Es posible ser miembro titular o adherente. En el año 2012 poseía 549 integrantes titulares que realizaban acciones de monitoreo; también hay grupos articulados que están desarrollando planes de trabajo sistemáticos en varias provincias, entre ellas: Córdoba, Entre Ríos, Formosa, Mendoza, Santa Cruz, Santa Fe, Santiago del Estero. Objetivos: 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.

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)**.

La labor del consorcio constituye una contribución muy importante para el campo de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, así como también para el fortalecimiento del Estado en su función de garante de los derechos humanos y en su responsabilidad en el mejoramiento de las condiciones materiales y simbólicas para que la población pueda ejercerlos en forma efectiva. Así, la sociedad política y la sociedad civil, en este marco, y en términos formales, se vinculan mediante el control de la segunda respecto a la primera, donde el consejo, mediante la participación, vela por los intereses de los beneficiarios del programa o los potenciales. Además, se encuentra en comunicación con las áreas locales encargadas de la implementación del programa, así como con el resto de las organizaciones de la provincia y el país que lo conforman.

En un sugestivo ensayo, Sonia Álvarez señala que aquello que conocíamos como “movimiento” feminista hoy debe ser rastreado en diversos campos discursivos de actuación, amplio, descentralizado, heterogéneo y alejándose de los patrones clásicos de los movimientos sociales (Álvarez, 1998).

Las organizaciones que conforman el consorcio y el espacio del monitoreo tienen trabajo académico y territorial son aquellas que debieron silenciar las violaciones en los centros clandestinos de detención, que gritaron por el cupo, que luchan contra la trata, que buscan terminar con las muertas por abortos clandestinos, son las **Ni una Menos**, ellas están actuando sostenidamente, aunque de manera inorgánica contra un patriarcado que avanza con luz verde.

En relación a la puesta en marcha del **PNSS** y **PR** en el Municipio, de acuerdo a la información obtenida de nuestro relevamiento⁸, es posible establecer que los efectores de salud pública de Rosario han podido sortear algunas dificultades pensando en su principal objetivo: garantizar el acceso a la atención primaria de toda la población como piso para proponer un sistema de salud integral. A partir de nuestra indagación y en relación a los objetivos planteados por la Ley N° 25.673, entre los factores que indican una transformación en el sector público sanitario local, podemos señalar que existe una conveniente cercanía física entre los niveles de conducción del gobierno y la ciudadanía, gracias a la manera

en que se estructuró la atención primaria en el Municipio, de modo que se pudieron establecer y consolidar canales de comunicación en el marco del proceso de descentralización. También hace posible el proceso de transformaciones que implica la implementación de una normativa el reconocimiento, por parte de los trabajadores de la salud, de la importancia de considerar a la población y a las organizaciones sociales como un eslabón necesario para generar políticas alternativas y exitosas. Asimismo, la participación interdisciplinaria de los equipos de salud en las problemáticas referidas a salud sexual y la procreación responsable, y la intervención, posibilitan el encuentro territorial de gobierno local, actores involucrados y la ciudadanía en general.

Siguiendo nuestra experiencia en el campo, podemos afirmar que no se detectan límites político-administrativos para la implementación del Programa en el ámbito del Municipio, hay un manifiesto fomento y contribución de la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva de los habitantes. Todos y cada uno de los efectores visitados resaltaron la importancia de la medicina preventiva y el papel fundamental de las organizaciones a la hora de contar con información exhaustiva acerca de las características de la población para difundir, implementar y evaluar las distintas políticas y prácticas sanitarias. Una tarea pendiente tiene que ver con potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación o no; si bien hay prácticas implementadas por algunos centros de salud, el cambio en este sentido no se vislumbra.

Es decir, la gestión debe reforzarse en el trabajo con las mujeres y los varones para la comprensión del derecho a decidir, aunque se debe tener en cuenta que la participación social, y mucho más aún la participación ciudadana, no registran demasiados antecedentes. Por ello, es necesario fortalecer la conciencia ciudadana en las cuestiones que hacen al ejercicio de sus derechos, y para esto es importante el acceso a la información, hecho que se vuelve posible mediante la generación de redes sociales, entendiéndolas como un sistema de intercambio dinámico que posibilita potenciar recursos y la resolución de problemas (Dabas y Najmanovich, 1999).

Algunos programas prioritarios ameritan un pronto y decidido fortalecimiento, este es el caso del **PNSS** y **PR**, luego de la promulgación, la implementación efectiva de este fue decisiva para reducir las altas tasas de mortalidad materna e infantil, en especial en la población más vulnerable, y como bien sabemos cómo precariedad encuentra terreno fértil en el marco de las estructuras más inequitativas como el sistema neoliberal.

⁸ Para ampliar información Tesis doctoral disponible en Repositorio Hipermedial UNR <http://rephip.unr.edu.ar/>.

El Programa desde la Perspectiva de género: ¿qué se puede decir?

La Argentina avanza en el proceso de cumplimiento de las recomendaciones realizadas por los Organismos Internacionales de Derechos Humanos en el sentido de ampliar formalmente el acceso igualitario a la salud sexual y reproductiva, como también a la educación sexual y fortalecer los mecanismos de protección y defensa de los derechos humanos.

A partir del caso analizado en nuestra investigación, entendemos que el **PNSS** y **PR** aborda la problemática desde una clara perspectiva de género, no centrándose, como históricamente se realizó, en mujeres o varones aislados del resto de sus vidas y de sus relaciones, así, siguiendo a Laura Pautassi (2009), podemos señalar que el programa contempla la posición de los beneficiarios, al menos en la instancia formal; entendiendo por posición, aspectos relacionados con la estructura de poder dentro de una sociedad u organización social, describe las desigualdades de género, señala las asimetrías y desigualdades entre las diversas categorías sociales, poniendo de manifiesto las relaciones de subordinación entre sus miembros. (Pautassi, 2009)

Cuando hablamos de enfoque de género nos referimos a ese mecanismo que nos permite desentramar, como señala Pautassi (2011), las desigualdades económicas, políticas y sociales que se retroalimentan e impiden ejercer los derechos; de esta manera se busca disminuir las asimetrías producidas en el marco de políticas públicas asistencialistas que imposibilitan consagrar ciudadanías plenas.

En este sentido, género 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 (2009), el concepto de género constituye una categoría teórica-analítica imprescindible para comprender la falta de equidad en áreas que históricamente se consideraron como “neutrales”, políticas públicas, macroeconomía, empleo, regulaciones laborales, políticas sociales.

Asimismo los hallazgos empíricos, producto de nuestras entrevistas y observaciones, nos per-

miten establecer que el modelo sanitario del Municipio se propone incorporar la perspectiva de género, y esto implica romper con las lógicas que reproducen un modelo sanitario-patriarcal. En el mismo sentido es preciso señalar, en relación a cada uno de los efectores de salud visitados, en las distintas entrevistas sostenidas, se precisó 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 ciudadanos.

En este sentido es interesante retomar a Chantall Mouffe (2014) quien señala que el problema de las sociedades modernas no reside en los principios de libertad e igualdad, sino en el hecho de que estos no se llevan a la práctica, así la estrategia de la izquierda en estas sociedades debería ser actuar para la aplicación de estos principios y esto exige una guerra de posiciones (Mouffe, 2014: 133).

Esta puja podría ser aliviada mediante la reconstrucción de los lazos de solidaridad, acompañada por la reconstrucción del rol que tradicionalmente se le confirió a la sociedad política, el retorno de un Estado que pueda apoyar los riesgos sociales que se deben afrontar mediante las distintas instituciones: el mercado, la sociedad política y la sociedad civil. Las políticas con enfoque de género como el **PNSS** y **PR** son una alternativa en la búsqueda de la equidad, pero necesitamos más.

En este marco el posmarxismo tiene una propuesta, el reencantamiento con la política por parte de los actores sociales, esto sería posible si se lograra solucionar la eterna lucha entre igualdad y libertad inherente al concepto de democracia. Es precisamente aquí donde se encuentra el nudo del problema, la posibilidad de relegitimar el deteriorado sistema democrático representativo, no se trata de un nuevo concepto público de justicia a la Rawls, ni un proyecto deliberativo, pensando en la propuesta habermasiana, hay que buscar el diálogo societal y horizontal, para lograr entender las luchas y las necesidades de los otros y de las otras, es a partir del comprendernos desde el conflicto que podremos construir una alternativa al neoliberalismo.

Conclusiones

Nuestra propuesta intentó analizar el nacimiento del **PNSS** y **PR** en la coyuntura de lo que hemos denominado un sistema liberal democrático, en este sentido se buscó reflexionar en relación a la puesta en marcha del programa en el Municipio de Rosario. Este territorio local, de funcionamiento descentralizado y participativo, encuentra sus límites al converger con un sistema nacional centralizado, donde el individualismo y la modernización del aparato estatal son las directrices de la gestión. Sin embargo desde su reglamentación el **PNSS** y **PR** pudo tomar el formato del Municipio que lo eligió como brújula para continuar con una tradición de políticas sanitarias con enfoque de género iniciadas en la década de localización de la política, los 90.

Hoy el **PNSS** y **PR** logra subsistir por la buena voluntad de algunos, aunque hace ya lleva casi dos años de desfinanciamiento a nivel nacional. De esta manera el enfoque de género se diluye detrás de la inmediatez de la demanda hacia un sector público exigido en demasía por el incremento de la precarización laboral y el desempleo. La instancia de control y participación del programa, el consorcio, sigue en pie, aunque sus tareas se ven limitadas ante actores que buscan en sus saberes, su territorio, sus palabras y sus colores, redefinirse y reinventarse para continuar siendo.

¿Cuál es el peligro? No lograr democratizar el sistema de salud, no poder liberar a varones y mujeres de la mercantilización que desatiende

los principios fundacionales del sistema, libertad y equidad, que diseñado desde miradas y significaciones patriarcales reproduce la lógica del mercado en un derecho humano inalienable.

Así, a partir de distintas experiencias, la coyuntura nos invita a observar las múltiples expresiones que re-fundan la democracia representativa en tanto garantista de la economía capitalista. En este sentido, la reproducción de los espacios de participación son organizados en torno a un sistema institucional que compite por el voto de individuos que solicitan el respeto de sus derechos esenciales y la alternancia en el poder, pensando en un modelo de negociación, eficacia y competencia.

Existen serias dificultades para posibilitar la reconstrucción de un sistema democrático que no comprende el rol fundamental que juega la política en la constitución de los actores políticos. Asimismo, es importante creer en la necesidad de una pluralidad de voces a las que se les permita expresarse, y en la ampliación del campo de las luchas democráticas hacia la sociedad civil en detrimento de la construcción de un modelo homogéneo consensual.

El sistema de salud está en peligro, es imprescindible pensar en un espacio democrático real, esto implica que mujeres y varones con sus discursos y formas de vida fomenten la identificación con la equidad. El camino indica que debemos trabajar en construir procesos sociales que generen mejores condiciones de vida, hacia ahí deben direccionarse nuestras miradas.

Bibliografía

- Alvarez, S. (1998). *Transnational Feminist Advocacy Strategies and Cultural Politics in Latin America*. Santa Cruz: Universidad de California.
- American Psychological Association (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association* (6 ed.). México: El Manual Moderno.
- Cohen J. y Arato A. (2000). *Sociedad civil y teoría política*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Dabas E. y Najmanovich D. (comp) (1999). *Redes, el lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y fortalecimiento de la Sociedad Civil*. Buenos Aires: Paidós.
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Habermas, J. (1999). "Democracia deliberativa". En *La inclusión del otro*. Barcelona: Paidós.
- Iazzetta, O. y Quiroga, H. (1998). "Entrevista realizada a José Nun". *Revista Estudios Sociales* Vol. 14, N° 1. Recuperado de <https://doi.org/10.14409/es.v14i1.2401>.
- Laclau, E. y Mouffe, Ch. (1987). *Hegemonía y estrategia socialista. Hacia una radicalización de la democracia*. Madrid: Siglo XXI.
- Mouffe, Ch. (1998). *Deconstrucción y pragmatismo*. Buenos Aires: Paidós.
- (2003). *La Paradoja Democrática*. Barcelona: Gedisa.
- (2014). *Agonística*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pautassi, L. (2000). "Igualdad de Derechos y desigualdad de oportunidades: Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en América Latina". En Herrera, G. (comp.) *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. Quito: FLACSO-CONAMU.
- (2007). "El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos". *Serie Mujer y Desarrollo*, N° 87. Santiago de Chile.
- (2009). Apuntes del curso "Enfoque de derechos aplicados a las políticas públicas", dictado en el marco del Doctorado en Ciencia Política (UNR). Rosario.
- Perona, N. (S/F). "Las transformaciones sociales en las décadas del ochenta y del noventa". *Historia de Rosario*, Tomo 1. Rosario: Homo Sapiens.
- Rawls, J. (1995). *Teoría de la Justicia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Robin, S., Iazzetta, O. y Pérez Moncunill, E. (2005). *La participación ciudadana en el control de gestión de las políticas públicas municipales. El caso de la ciudad de Rosario*. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Ciencia Política, Rosario, Argentina.
- Rocchi, G. y Liborio, M. (2012). *Las políticas sociales de "seguridad alimentaria" y los sectores vulnerables*. Ponencia presentada en Alacip 2012, Sexto Congreso Latinoamericano de Ciencia Política, Quito, Ecuador.

Páginas web consultadas:

- ◇ www.rosario.gov.ar
- ◇ www.msal.gob.ar/saludsexual/programa
- ◇ UNR: <http://rephip.unr.edu.ar/>