



ACUERDO 21/2004
REUNION MINISTROS DE SALUD (RMS)

Aprobación de trabajo directrices para la atención a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en los países del Mercosur
Del: 03/12/2004

VISTO: El Tratado de Asunción, el Protocolo de Ouro Preto, las Decisiones N° 3/95 y 59/00 del Consejo del Mercado Común, y los Acuerdos N° 13/03 y N° 14/03 de la Reunión de Ministros de Salud del MERCOSUR y Estados Asociados.

CONSIDERANDO:

La necesidad de cumplir lo establecido en los Acuerdos N° 13/03 y 03/04 relativos a la Política Integrada de Salud Sexual y Reproductiva del MERCOSUR y la elaboración de una posición conjunta en las Reuniones Internacionales sobre Población y Desarrollo (CIPD).

Que en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) realizada en Puerto Rico a 10 años de la Reunión de Cairo, los gobiernos tuvieron la oportunidad de evaluar el Plan de Acción y el compromiso de desarrollar una Política Integrada de Salud Sexual e Reproductiva basada en los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas.

Que allí se presentó el documento: Aclaración de Posición Conjunta del MERCOSUR y Estados Asociados.

LOS MINISTROS DE SALUD

ACUERDAN:

Artículo 1 - Considerar el documento: Aclaración de Posición Conjunta del MERCOSUR y Estados Asociados como base de Política sobre Salud Sexual y Reproductiva, que figura como Anexo I en el presente Acuerdo.

Art. 2 - Aprobar el documento: Directrices para la Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Hombre y Mujeres en los Países del MERCOSUR y Estados Asociados, como Plan de Trabajo realizado por la Comisión Intergubernamental para Promover una Política Integrada de Salud Sexual y Reproductiva, que figura como Anexo II en el presente Acuerdo.

Art. 3 - Los Ministros de Salud del MERCOSUR elevan el presente Acuerdo a consideración del Consejo del Mercado Común.

XVII RMSM-EA - Rio de Janeiro, 03/XII/04

Dr. Ginés González García, por la República Argentina

Dr. Humberto Costa, por la República Federativa do Brasil

Dr. Julio César Velázquez Trillería, por la República del Paraguay

Dr. Conrado Bonilla, por la República Oriental del Uruguay

ANEXO I

ANTE EL TRIGESIMO PERIODO DE SESIONES DE LA CEPAL

ACLARACION DE POSICION DE LOS ESTADOS PARTES DEL MERCOSUR Y ESTADOS ASOCIADOS

San Juan de Puerto Rico

2 de julio de 2004

Celebramos el consenso unánime alcanzado en Puerto Rico al reafirmar el compromiso de todos nuestros países para avanzar en la implementación del programa de Cairo, haciendo suya la declaración de la Mesa Directiva ampliada, adoptada en Santiago de Chile en Marzo de 2004 .

En la reunión de Ministros de Salud de los países del MERCOSUR y países asociados, realizada en junio de 2004 en Buenos Aires, se decidió presentar una posición conjunta ante el trigésimo periodo de sesiones de CEPAL, que expresa:

1. Reconocer plenamente los derechos sexuales y reproductivos de las personas sin discriminación de ningún tipo.
2. Avanzar en la implementación de políticas integrales de salud sexual y reproductiva de manera coordinada y revisar la legislación vigente de nuestros países.
3. Promover el desarrollo pleno de la educación sexual en todos los niveles de la educación formal como estrategia para la formación integral, la promoción y la prevención en salud sexual y reproductiva especialmente dirigida a adolescentes y jóvenes.
4. Asegurar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, integrales y de calidad, incluidos aquellos especialmente dirigidos a adolescentes y jóvenes, que garanticen el derecho a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado.
5. Profundizar los esfuerzos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de Transmisión Sexual, en particular el VIH/SIDA, articulando las acciones en el marco de la salud sexual y reproductiva.
6. Redoblar los esfuerzos para reducir la morbilidad y la mortalidad maternas, tomando en consideración todas sus causas, garantizando el acceso a servicios de planificación familiar, atención obstétrica de calidad, atención humanizada de las consecuencias del aborto inseguro y el acceso a los servicios de aborto legal cuando la legislación así lo establece.
7. Profundizar los esfuerzos para prevenir y eliminar la violencia contra las mujeres y las niñas, con especial énfasis en la erradicación de la violencia y abuso sexual, así como adecuado abordaje en los servicios de salud.
8. Otorgar prioridad a la recolección y difusión de datos estadísticos desagregados por edad, sexo, raza y etnia, fomentando la investigación para asegurar la implementación y el seguimiento del programa de acción.
9. Capacitar al personal de los servicios de salud, en salud sexual y reproductiva, desde la perspectiva de derechos humanos, género, raza y etnia, de modo de promover y garantizar el respeto pleno de los derechos humanos de todas las personas.

Así como en nuestros países se comprometen a aumentar los recursos para cumplir con estas acciones, instamos a todos los países y a los organismos internacionales a cumplir con los compromisos asumidos en Cairo.

Los Estados Partes del MERCOSUR y países asociados se comprometen a potenciar el desarrollo de una política integral de Salud Sexual y Reproductiva, basada en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas. Objetivo que será alcanzado entre otros creando y fortaleciendo mecanismos institucionales de participación de la sociedad civil organizada.

Con ellos reafirmamos el compromiso con los principios y contenidos del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo y las Medidas Claves, para alcanzar los objetivos planteados en la Metas del Milenio y así mejorar la calidad de vida y garantizar el ejercicio pleno de los Derechos Humanos en nuestros pueblos.

ANEXO II

APROBACIÓN DE TRABAJO DIRECTRICES PARA LA ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE HOMBRES Y MUJERES EN LOS PAÍSES DEL MERCOSUR

Existen, sin dudas, diferencias históricas significativas entre los Estados Partes y Asociados del MERCOSUR, en lo que se refiere a los indicadores de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, aunque reconociendo esa diversidad, que expresa diferencias en los indicadores sociales y en los valores culturales, existen algunas convergencias importantes que permiten la elaboración de una agenda de trabajo común. De otra parte, las diferencias también

suscitan la necesidad de ampliar la discusión en el sentido de establecer consenso en torno a algunos derechos básicos en el ámbito de la salud y de la sexualidad.

Una convergencia importante que legitima y sostiene la cooperación en el MERCOSUR y demanda el intercambio de experiencias y propuestas, se refiere al hecho de que, en todos los países, la salud reproductiva y la planificación familiar se consideran como derechos sociales e individuales y como acciones a ser aseguradas y garantizadas por el Estado. Otra convergencia relevante dice se atañe al hecho de que los países del MERCOSUL, mismo que en momentos diversos y con restricciones específicas, son signatarios de los principales tratados, convenciones y acuerdos de derechos humanos, muchos de los cuales inciden directamente sobre la salud sexual y reproductiva.

El presente documento tiene como objetivo brindar aportes para la construcción de un marco referencial de cooperación. De estar la salud intrínsecamente ligada a condiciones sociales, económicas y culturales, así como a la historia política de cada país, no pretende presentarse como definitivo de prioridades y acciones, pero como una contribución al establecimiento de una agenda de trabajo consensual, calcada en la diversidad y en la convergencia entre los varios países. En este sentido, es fundamental la contribución de los Estados Partes y de los Estados Asociados para las ideas aquí propuestas, a fin de que, éste documento sea ecuánime en el reconocimiento de las características de cada país y osado en el sentido de contribuir para el avance de los derechos sexuales y reproductivos, asegurados a través de políticas públicas, de acciones y metas.

INTRODUCCIÓN

La salud-enfermedad es un proceso determinado por las condiciones sociales, económicas, culturales, políticas y de género de cada sociedad, variando en el tiempo y en el espacio. Las condiciones que determinan dicho proceso configuran distintos estándares de enfermamiento y muerte de las poblaciones o subgrupos poblacionales, según sus características de sexo, faja de edad, raza-etnia, clase social, etc.

Partiendo de ese concepto, se puede decir que la salud es también un proceso social e histórico. Los factores que contribuyen para la determinación de la salud o de los agravios asociados a la sexualidad y a la reproducción humanas van más allá de la condición biológica de hombres y mujeres. En todo ese proceso se destacan las relaciones de género, o sea, el sistema de poder, de valores, de creencias que definen estándares de masculinidad y femineidad, que estructuran y organizan las relaciones entre hombres y mujeres, definiendo comportamientos, actitudes y posiciones en el mundo.

El ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos son también influidos por las creencias religiosas. Sin embargo, en los Estados laicos, el punto de vista de las iglesias no deben prevalecer en la formulaciones de leyes ni de políticas públicas, garantizando de esa manera el respeto a la pluralidad.

Las desigualdades en las relaciones de género contribuyen para la configuración de estándares de enfermación y muerte específicos para hombres y mujeres a cada región, país o cultura. Entre las consecuencias de esas desigualdades, recaen sobre la población femenina la sobrecarga de trabajo doméstico y mayores perjuicios para la salud, en particular para la salud sexual y reproductiva, así como para el desarrollo de actividades privadas o públicas.

La mejoría de las condiciones de salud de mujeres y hombres está asociada directamente a sus posibilidades de ejercer los derechos sexuales y reproductivos de igual valor e importancia, que incluyen:

- El derecho a la vida, a la libertad y a la integridad personal;
- El acceso a condiciones sociales que permitan el ejercicio real de los derechos sexuales y reproductivos;
- El derecho a la no discriminación por motivo de sexo, edad, religión, raza/etnia y orientación sexual;
- El derecho a la atención integral a la salud en todas las fases de la vida;
- El derecho a la información y a la educación sexual no sexista ni racista;
- El derecho a la sexualidad placentera y saludable, sin riesgos de embarazo no deseado y de transmisión de las ETS/VIH;

- El derecho a tener una vida libre de violencia basada en las relaciones de género;
- El derecho de mujeres y hombres a participar de la creación de los hijos con igual responsabilidad;
- El derecho a tener hijos sin riesgos innecesarios;
- El derecho a decidir sobre su fertilidad, a través del acceso a servicios de concepción y contracepción;
- El derecho al acceso a la tecnología;
- El derecho a confidencialidad de la información; y
- El derecho al consentimiento informado.

Por la importancia en la promoción de la igualdad social y del ejercicio de la ciudadanía, la perspectiva de cambio en las relaciones de género y ejercicio de derechos se debe tener en cuenta en la elaboración, implantación y evaluación de políticas de promoción y atención integral a la salud. En tal sentido, las políticas deben buscar la promoción de derechos, la ampliación del acceso a servicios de salud de calidad por un número cada vez mayor de usuarias y usuarios, y la inclusión de los hombres en actividades históricamente consideradas femeninas o vueltas hacia esa población.

En ese proceso, deberán estar incluidos los principales interesados: mujeres y hombres de todas las edades, para que las instituciones que los acogen valoren su rol; posibiliten la toma de decisiones compartidas entre usuarios(as) y prestadores de servicios; tengan en cuenta las demandas específicas de cada persona y la manera como desea ser cuidada. Ello significa transformar los servicios públicos o privados de atención a la salud en instituciones humanizadas, eliminar posibles barreras que dificulten la implantación de las acciones de salud, incluso la salud sexual y reproductiva, contribuyendo para mayor impacto de las medidas propuestas.

Se entiende salud sexual y reproductiva como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la simple ausencia de enfermedad o molestia, en todas las cuestiones relativas a la sexualidad y a la vida reproductiva y a sus funciones y procesos. Salud Sexual y Reproductiva implica, por lo tanto, en que hombres y mujeres tengan una vida sexual segura y satisfactoria, con libertad para decidir conscientemente si desean tener hijos o no, su número o espaciamiento entre ellos, y para ello se les deben asegurar las informaciones y los medios necesarios para concretar dicha decisión. Así como, durante la gestación, las mujeres deben tener pleno derecho de ser atendidas con seguridad y calidad por los servicios de salud. Mismo principio vale para la atención a las mujeres con abortamiento inseguro y viviendo con VIH/SIDA.

La responsabilidad compartida es de fundamental importancia para la preservación de la salud mental, emocional y física de las mujeres, hombres y niños, particularmente en la esfera sexual. Es un factor determinante en el ejercicio placentero de la sexualidad; en el uso de la anticoncepción para evitar embarazo indeseado o de alto riesgo; en la prevención de enfermedades sexualmente transmisibles; en la educación, salud y nutrición de niños; y en la preservación de la integridad física de mujeres y niños. Estimula un nuevo modo de participación de los hombres en la transformación de la sociedad, siendo un requisito de igualdad y equidad entre los géneros.

En ámbito internacional, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en Cairo, en el 1994, delegaciones de 179 países participaron de las negociaciones para elaboración de un Programa de Acción sobre Población y Desarrollo, para los próximos 20 años. En esa Conferencia, por vez primera un acuerdo internacional sobre población otorgó un rol primordial a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos, sobrepasando los objetivos puramente demográficos y basándose en el desarrollo humano.

El capítulo VII del Programa de Acción de Cairo, sobre los derechos y la salud reproductiva, define derechos reproductivos como siendo el derecho de tomar decisiones reproductivas libres de discriminaciones, coerción y violencia. Definen, también, el deber de los gobiernos de basar en tales derechos todas las políticas y programas nacionales dedicados a la población y al desarrollo, incluso los programas de planificación familiar.

En la Conferencia de Cairo, la construcción de la equidad entre hombres y mujeres fue

colocada como un requisito esencial para la conquista de mejores condiciones de salud y de calidad de vida. El Programa en cuestión exorta, también, los gobiernos a propiciar a los adolescentes informaciones y servicios adecuados relativos a la salud sexual y reproductiva.

Cumple resaltar que los programas y las plataformas de acción propuestos en esas conferencias enfatizan la necesidad de se promover el efectivo involucramiento de los hombres - adultos y adolescentes - estimulándolos a la corresponsabilidad en las cuestiones referentes a la salud sexual y reproductiva y en la creación dos hijos.

El Plan de Acción de la Conferencia de Cairo, referendado en el proceso denominado Cairo + 10, que culminó con la reunión de Puerto Rico en julio de 2004, fue una excelente oportunidad para que los gobiernos analicen los esfuerzos de implementación del Programa de Acción, renueven los compromisos asumidos y revean sus prioridades.

La Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995 y el proceso de Beijing + 5 reafirma los derechos reproductivos e introducen la garantía de los derechos sexuales de mujeres y hombres como derechos humanos.

El documento "Aclaración de Posición de los Países del MERCOSUL y Países Asociados", presentado en la reunión de Puerto Rico, expresa la posición conjunta de los países sobre el Programa de Cairo y afirma el compromiso de desarrollo de una política integrada de Salud Sexual y Reproductiva, basada en el respeto a los Derechos Sexuales y Reproductivos de todas las personas.

PRINCIPALES PROBLEMAS RELACIONADOS COM LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

Entre los distintos problemas de salud, la población femenina es particularmente afectada por los que identificamos a continuación:

Elevadas tasas de mortalidad materna - Indicador que mide el grado de desarrollo de una sociedad, revelando el status de las mujeres, luego las condiciones económicas y sociales, grado de instrucción, dinámicas familiares y culturales y, sobremodo, el acceso a servicios de salud y la calidad de esos servicios.

Datos de la Organización Mundial de la Salud (2000) muestran que en Latinoamérica y Caribe mueren anualmente al rededor de 25 mil mujeres por causas relacionadas con el embarazo, y que el riesgo de muerte materna a lo largo de la vida es de 1 a cada 160 mujeres, cuando en Europa es de 1 para 2.400.

Reconocemos las diferencias en las tasas de mortalidad materna entre los países que integran el MERCOSUR y, dentro de ellos, las diferencias regionales que llevan un número importante de mujeres en edad reproductiva a muertes evitables. Los datos de morbilidad son de difícil evaluación, pero se estima que, para cada defunción materna, entre 30 y 50 mujeres quedan con secuelas físicas y sicológicas permanentes.

Considerando las diferentes realidades epidemiológicas y las diferentes tasas entre los países, se propone la adopción de estrategias basadas en esas diferencias, pero que den cuenta de reducir las muertes maternas evitables, grave violación de los derechos humanos de las mujeres en edad reproductiva.

Alta incidencia y prevalencia de violencia doméstica y sexual - la violencia sexual es uno de los principales indicadores de la discriminación de género en contra de la mujer y en contra de los niños, particularmente las niñas. Practicada mayormente por los parientes y protegida por el silencio de la familia, la violencia tiene un efecto devastador sobre la salud física y mental de las víctimas. Además de las enfermedades sexualmente transmisibles, del embarazo indeseado, de las mutilaciones y discapacidades en grados varios, es frecuente el síndrome del desorden del stress postraumático que provoca una grande desorganización en la vida personal y profesional de la mujer. Mujeres que fueron o son víctimas de violencia de género presentan menor autonomía en la administración de sus vidas sexuales y en la decisión de usar o no preservativos. De otra parte, hombres que presenciaron violencia de hombres contra mujeres en sus familias de origen, o fueron víctimas de abuso o violencia en casa, están más propensos al uso de violencia contra sus aparceras, hijos e hijas.

Todavía son pocos, en los países del MERCOSUR, los servicios de atención a las víctimas de violencia doméstica y sexual. Dicha atención no forma parte de la formación de los

profesionales de salud ni de los cursos de especialización vueltos hacia la atención a la mujer. La dificultad de lidiar con el tema está relacionada al desconocimiento con relación a las leyes y sistemas de seguridad y justicia, con las dificultades de romper con la idealización del núcleo familiar, con dificultades personales en lidiar con el tema, sea por incapacidad técnica, por falta de recursos y equipamientos sociales o aún por identificación con la víctima, porque la prevalencia de la violencia doméstica y sexual es tan elevada que frecuentemente encontramos profesionales de salud involucrados en dichas situaciones.

Enfermedades sexualmente transmisibles y VIH/SIDA - Todas las infecciones sexualmente transmisibles, incluyendo VIH/SIDA, se propagan más rápidamente en situaciones de crisis social, que coinciden con un acceso limitado a los medios de prevención, al tratamiento y a los cuidados. Las consecuencias de las ETS son más graves sobre las mujeres que sobre los hombres. Ellas pueden causar complicaciones en el embarazo, daños y muerte fetal, abortos y partos prematuros, infecciones congénitas, infertilidad, cáncer cervical, septicemia. Además de ello, contribuyen para el aumento del riesgo de infección por VIH.

Segundo datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004), mitad de los adultos que viven con VIH/SIDA se constituye de mujeres, en comparación con 41,7%, en el 1997. Las tasas de infección cada vez más elevadas entre las mujeres y las adolescentes traducen su mayor vulnerabilidad, debido a factores tanto biológicos como sociales.

Políticas públicas de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades sexualmente transmisibles deben ser adoptadas priorizando estos segmentos sociales, considerados más vulnerables a la contaminación por esas enfermedades.

Aborto inseguro - el aborto, ampliamente realizado en los países de manera insegura, es aún una de las principales causas de mortalidad materna y ese problema está asociado mayormente a la ausencia de orientaciones y métodos seguros para evitar el embarazo indeseado o no planeado, generalmente por falta de acceso a los servicios de salud. El embarazo sigue siendo percibido como de responsabilidad exclusiva de las mujeres. La oferta de servicios de planificación familiar que faciliten la participación e inclusión de los hombres y adolescentes, con estímulo a la paternidad responsable, todavía representan experiencias aisladas sin ningún impacto sobre el problema como un todo. Además de ello, problemas culturales e informaciones distorsionadas o desactualizadas sobre los métodos de alta eficacia y contracepción de emergencia constituyen barreras para la aceptación y práctica de la anticoncepción. En tal sentido, las cuestiones religiosas ejercen un rol de potencializar los tabúes y prejuicios existentes.

Según datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004), un elevado porcentaje de las camas de los servicios hospitalarios y ambulatoriales de mayor complejidad de los servicios nacionales de salud es ocupada por las mujeres que necesitan de tratamiento de emergencia post aborto.

La Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, en un consenso innovador, exortó a que se garantizara el acceso de todas las mujeres al tratamiento de las complicaciones relacionadas con el aborto, al apoyo psicológico post aborto, a la educación y a los servicios de Planificación Familiar, independientemente de que el aborto sea o no legal en los países.

Elevada mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas, en particular por el cáncer de colo de útero y de mama - el cáncer de mama, de pulmón y de colo de útero representan las principales causas de mortalidad por cáncer entre mujeres en la mayoría de los países del continente, seguidos de cáncer de colon, recto y estómago.

En el mundo, el cáncer de mama figura entre las primeras causas de muerte por cáncer en mujeres. Hasta el momento no existen medidas de prevención primaria para la enfermedad. Pero estudios observacionales indican que es posible reducir el riesgo de cáncer de mama con cambios de hábitos: reducción del tabaquismo, del uso de alcohol, de la obesidad, del sedentarismo y cambios alimentares.

El cáncer de mama se diagnostica tardíamente cerca del 60% de los casos e cambiar dicha situación es un reto necesario, porque la detección precoz aumenta significativamente la sobrevivencia de las mujeres que son acometidas por la enfermedad.

El cáncer de colo, diferentemente del cáncer de mama, puede ser prevenido con medidas de fácil ejecución y de bajo costo. Pero no basta introducir la oferta de los exámenes

preventivos en la red de atención, es necesario propiciar a las mujeres servicios de salud más adecuados, de mejor calidad y humanizados. La búsqueda de Papanicolau parece estar asociada a otras demandas de salud reproductiva, porque en muchos países, el número mayor de mujeres que realizan el examen están abajo de 35 años de edad, mientras el riesgo de la enfermedad aumenta a partir de dicha edad.

La prevención del cáncer ginecológico y factores de riesgo, así como el diagnóstico precoz y el tratamiento, requieren la implantación articulada de medidas como sensibilización y movilización de la población femenina, inversión tecnológica y en recursos humanos, organización de la red, disponibilización de los tratamientos y mejoría de los sistemas de información.

Embarazo indeseado en la adolescencia - ese problema está asociado a las cuestiones culturales, como la dificultad de las familias en lidiar con la orientación sexual de los adolescentes y la aceptación de la actividad sexual en esa franja etaria, que crean barreras para la contracepción. Se observa, sin embargo, que muchas adolescentes embarazadas como manera de mejorar su status social y muchas veces "huir" de la represión familiar. En la literatura sobre el tema, hay estudios que demuestran una asociación importante entre el abuso sexual, las relaciones incestuosas y el embarazo indeseado en la adolescencia. No obstante, más estudios merecen ser realizados que puedan indicar con mayor profundidad los motivos que llevan a las adolescentes a embarazarse, además de las cuestiones tradicionalmente colocadas en estudios sobre el tema.

El Programa de Acción del Cairo reconoció que las deficiencias en materia de educación y empleo, la violencia sexual, el embarazo precoz y la explotación sexual aumentan la vulnerabilidad de las adolescentes a riesgos en el campo de la salud reproductiva. Se instó a que los gobiernos aseguren que todos los/as adolescentes tengan acceso a la información, educación y servicios en el dominio de la salud reproductiva adecuados a su edad y que respeten su derecho a vida privada y a confiabilidad.

Dificultad de acceso a métodos contraceptivos - los gobiernos no han logrado implantar estrategias adecuadas de provisión de métodos contraceptivos para la población. Se identifican problemas con la producción, control de calidad, adquisición, logística de distribución, manutención de la oferta y capacitación de gerentes y profesionales de salud. Eso ha resultado en una oferta asistemática, insuficiente para atender a la demanda y excluyente, con mayor perjuicio para las mujeres oriundas de las camadas más pobres y de las áreas rurales. De otra parte, la no participación de los hombres de la responsabilidad con relación a la contracepción reitera los roles tradicionales de maternidad a cargo de la mujer e impide los hombres de asumir sus responsabilidades paternas. Una vez que el único método reversible disponible para la población masculina es el preservativo que ofrece doble protección, el no uso del mismo aumenta el riesgo de infección por las enfermedades sexualmente transmisibles y VIH/Sida.

La planificación familiar permite que las personas y las parejas decidan el número de hijos que deseen tener y el espaciamiento entre los nacimientos, lo que constituye un derecho humano esencial. Además de eso, puede traer beneficios para la salud, sobremodo las mujeres, al evitar un embarazo indeseado y el aborto inseguro que es una importante causa de muerte materna en los países en desarrollo y entre las mujeres de baja renta.

En América Latina y Caribe, el 70% de la población en edad reproductiva y en unión usan métodos contraceptivos. Sin embargo, en muchos países, el acceso a los métodos y las posibilidades de elección siguen siendo limitados. Los jóvenes son particularmente afectados por la falta de métodos reversibles y por la falta de privacidad en el uso de los mismos.

Precariedad de la atención materna - no obstante venir aumentando en la mayoría de los países del continente el número de consultas de prenatal, la calidad de esa atención todavía es precaria en la gran mayoría de ellos. En Argentina, según datos del PROMIN, a pesar de una proporción importante de mujeres realizar por lo menos una consulta de prenatal, aquellas que realizan la primera consulta en el primer semestre de gestación corresponden a sólo el 30% del total.

La atención en el puerperio no está completamente consolidada en los servicios de salud. La

gran mayoría de las veces las mujeres retornan al servicio de salud en el primer mes luego del parto. Mientras tanto, su principal preocupación, así como la de los profesionales de salud, es con la evaluación y vacunación del recién nacido, sin dar relieve a la revisión del parto y a las orientaciones sobre planificación familiar. Esa situación se reviste de mayor gravedad porque la gran mayoría de las muertes maternas sucede en la primera semana después del parto.

La atención al parto y nacimiento es marcada por la medicalización, por las prácticas e intervenciones desnecesarias y potencialmente iatrogénicas, por la práctica abusiva de la cesárea en detrimento del parto normal, por el aislamiento y falta de privacidad de la gestante, y por la falta de respeto a su autonomía.

De otra parte, gran parte de los servicios aún carece de personal capacitado para el trabajo en equipo, lo que resulta en la fragmentación de la atención. Todo ello contribuye para el aumento de los riesgos maternos y perinatales y para las muertes evitables halladas todavía en los países del MERCOSUL.

La mayoría de los partos en el medio urbano es realizada en ambiente hospitalario. En las regiones más alejadas de los países, especialmente en las zonas rurales y ribereñas, la opción que existe para la mujer es el parto domiciliario asistido por parteras tradicionales. Mientras tanto las parteras aún enfrentan innumerables dificultades en la realización de su labor y la mayoría de los partos domiciliarios ocurre en condiciones precarias. Hay cada vez mayor consenso sobre el importante rol de las matronas (enfermeras obstétricas) en la atención obstétrica. Su incorporación a los sistemas de salud se da de manera diversa, dependiendo del nivel de organización del sistema y de la definición de los papeles de los profesionales de salud.

Las mujeres con aborto incompleto son expuestas, frecuentemente, a juzgamientos Morales y llegan a recibir tratamientos poco humanitarios o mismo considerados como actos de violencia institucional, como curetajes sin anestesia o largas esperas sangrando y aumentando los riesgos de muerte por infección o hemorragia.

PRINCIPALES PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS HOMBRES

Los hombres tienen sus propias preocupaciones y problemas específicos en el área de salud sexual y reproductiva. Sin embargo dichas cuestiones aún son consideradas tabúes y los hombres no suelen buscar los servicios de salud para resolver los problemas ligados a la sexualidad y reproducción. Ellos se exponen a riesgos desnecesarios, comportamiento relacionado a la construcción de la masculinidad, que los pone frente a situaciones de violencia y riesgos para la salud que podrían ser evitados.

Entre esos diferentes problemas y cuestiones, destacamos los siguientes:

Prevención y tratamiento de las ETS/VIH-Sida - las Enfermedades Transmisibles Sexualmente (ETS) se hallan entre los problemas de salud pública más comunes en todo el mundo. En los países industrializados ocurre un nuevo caso de ETS en cada 100 personas por año, y en los países en desarrollo las ETS figuran entre las 5 principales causas de procura por servicios de salud (OMS-1990).

Aunque los pocos datos epidemiológicos existentes no se prestan a que se hagan inferencias homogéneas, al menos permiten, cuando congregados a las informaciones generadas por cada país aisladamente, la realización de estimativas que concluyen por la elevada frecuencia de las ETS.

Las ETS son el principal factor facilitador de la transmisión sexual del VIH y pueden causar gran impacto psicológico en sus portadores. Algunas de ellas, cuando no diagnosticadas y tratadas a tiempo, pueden evolucionar para complicaciones graves y hasta la defunción. La epidemia de VIH/SIDA, a su vez, es una realidad mundial que se alastra de modo más expresivo en las regiones más pobres del planeta y contribuye para el agravamiento de la pobreza y para el adeudamiento de los países.

En Brasil, en la primera mitad de la década del 80, la epidemia se mantuvo básicamente restringida a las regiones metropolitanas de la Región Sudeste, a los hombres que hacen sexo con hombres, a los hemofílicos, transfusionados y usuarios de drogas inyectables. Nos últimos años de la década de 80 e início dos anos 90, a frequência de casos entre mulheres

cresceu consideravelmente e a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, observando-se, além disso, um processo de interiorização e pauperización da epidemia do HIV/Aids (CN-DST/Aids, 2003).

Cáncer de próstata - Las estadísticas indican que mitad de los hombres mayores de 50 años presenta hiperplasia benigna de la próstata. El cáncer de próstata, a su vez, representa serio problema de salud pública en función de sus altas tasas de incidencia y mortalidad. En la mayoría de los países, es el segundo cáncer más común en los hombres, sólo siendo superado por el cáncer de piel no melanoma, y la segunda causa de muerte por cáncer, luego del cáncer de pulmón.

El cáncer de próstata raras veces ocurre antes de los 55 años de edad. La mayoría de los hombres diagnosticados tiene 65 años o más.

Los hombres solamente frecuentan los servicios de salud cuando presentan cuadros graves relacionados a la salud o cuando son víctimas de violencia externa. La búsqueda por servicios de promoción y prevención de la salud, sobremodo de la salud sexual y reproductiva, aún es pequeña entre el sexo masculino, teniendo como causa las nociones de masculinidad hegemónicas en nuestra sociedad, que los impiden de demostrar sus necesidades y fragilidades, llevando a diagnósticos tardíos de diversas morbididades que los afectan.

Cáncer de pene - Representa el 2% de todos los casos de cáncer que atingen los hombres y es 5 veces más frecuente en las regiones más pobres que en las regiones más desarrolladas. En las regiones de mayor incidencia, el cáncer del penes supera los casos de cáncer de próstata y de vejiga. Está íntimamente ligado a la situación socioeconómica de la población atingida, se relacionando a las precarias condiciones de educación y de hábitos de higiene personal, además de comportamiento sexual de riesgo.

Cáncer de Testículo - El cáncer de testículo es un tumor menos frecuente, pero con el agravante de tener mayor incidencia en personas jóvenes, en edad reproductiva. Entre los tumores malignos del hombre, el 5% ocurre en los testículos. El cáncer de testículo atinge mayormente hombres entre 15 y 50 años de edad, siendo considerado raro. El hecho de tener mayor incidencia en personas jóvenes y sexualmente activas aumenta la posibilidad de ser confundido o hasta enmascarado por orquiepididimites.

Impotencia Sexual (Disfunción Eréctil) - Se estima que la disfunción eréctil acometa de 10 a 20 millones de brasileños. En muchos casos encontramos tanto factores orgánicos cuanto psicogénicos, llevando a la disfunción eréctil. Algunos de los factores de riesgo para ese problema son: edad avanzada; diabetes; hipertensión arterial; enfermedades vasculares periféricas; enfermedades neurológicas; enfermedades endócrinas; alcoholismo; tabaquismo; consumo de marihuana y/o cocaína; uso de antihipertensivos, tranquilizantes y sicotrópicos; problemas de relación con la/el compañera/o; stress; ansiedad y miedo de fallar; depresión; personalidad obsesivo-compulsiva, entre otros. Los datos sobre disfunción eréctil para los otros países del MERCOSUL no han sido encontrados.

Infertilidad - La infertilidad ocurre en cerca del 20% de los matrimonios. En el 40% de ellos, los factores determinantes de la esterilidad son masculinos y están ligados a la producción de los espermatozoides.

Las causas más frecuentes de la infertilidad masculina son los procesos infecciosos, inflamatorios y anatómicos o disfunciones hormonales.

Acceso a la Contracepción - Cuando, de alguna manera, los hombres se sensibilizan con la contracepción y buscan alternativas, generalmente lo hacen para colaborar con sus compañeras, buscando preservar, de alguna manera, la salud de ellas, como por ejemplo, para evitar el uso prolongado de píldoras anticoncepcionales o para evitar una laqueadura tubaria.

Con el advenimiento del SIDA, algunos hombres pasaran a estar un poco más atentos a la necesidad del uso do preservativo masculino. Mientras tanto, aunque haya ocurrido un aumento del uso do preservativo masculino en la gran parte de los países, la tasa de prevalencia de su uso aún necesita ser bastante incrementada.

La vasectomía aparece con un porcentaje de sólo el 2,6%. La predominancia de la esterilización femenina con relación a la esterilización masculina puede estar ocurriendo en

función de la relación de poder desigual entre hombres y mujeres, además de otros factores culturales que vienen propiciando el uso indiscriminado de ese método entre la población femenina. Algunos países aún no permiten el uso de la contracepción quirúrgica entre el abanico de métodos contraceptivos ofertados a la población, siendo una de las razones, las cuestiones religiosas y morales, que impiden el pleno derecho del ejercicio de la sexualidad.

Prevención de la Violencia de Género - Numerosos estudios indican que una de cada tres mujeres fue, en algún momento de su vida, víctima de violencia sexual, física o psicológica perpetrada por los hombres.

Estudios poblacionales realizados en distintos países indicaron que los hombres que vivieron situaciones de violencia intra-familiar durante la infancia y adolescencia, poseen más tendencia a ser violentos en la edad adulta. Las mayores víctimas de la violencia intra-familiar son las mujeres y los niños, resultando serios agravios a la salud mental y física de esas poblaciones.

Para erradicar la violencia de género, se hace necesario, entre otras acciones, abordar el comportamiento violento de los hombres a través de campañas educativas, desenvolver trabajos con los autores de violencia de género y discutir la noción tradicional de masculinidad (controlar, ser agresivo, físicamente fuerte, heterosexual y proveedor con relación a las cuestiones materiales).

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS(AS) ADOLESCENTES

En la Plataforma de la Conferencia del Cairo, en el párrafo E, capítulo VII, se recomienda la creación, en colaboración con las ONGs, de mecanismos apropiados para responder a las necesidades especiales de los derechos sexuales y de la salud reproductiva de los adolescentes y jóvenes, así como el encorajamiento de un comportamiento reproductivo y sexual responsable y saludable, incluyendo la abstinencia voluntaria; este capítulo enfatiza la importancia de la disponibilidad de servicios y consejamiento adecuados, específicamente destinados a ese grupo; se recomienda aún la garantía, por los países, de programas y actitudes de los agentes de salud que no limiten el acceso de los/as adolescentes a los servicios e información de que necesitan.

El principal marco legal internacional con relación a la salud de adolescentes y niños es la Convención Internacional de los Derechos del Niño y del Adolescente, promulgada en Asamblea General de las Naciones Unidas, el año de 1989. Esta Convención está demarcada por cambios fundamentales en la concepción internacional sobre niños y adolescentes: superación de la visión del niño y del adolescente como objeto pasivo de la intervención de la familia, del Estado y de la sociedad. Esta Convención trata niños y adolescentes como personas en desarrollo y sujetos de derechos; señala una ruptura de paradigmas e introduce nuevas responsabilidades para el Estado con dicho segmento.

En la adolescencia, la sexualidad tiene una dimensión especial que es el apareamiento de la capacidad reproductiva en el ser humano, concomitante a la reestructuración de su psiquismo. Ocurre aún la incorporación de nuevos valores éticos y morales a la personalidad que se delinea, así como la incorporación de nuevos comportamientos y actitudes frente a una estructura de estándares sociales y sexuales fuertemente influenciados por las relaciones de género, establecidos social y culturalmente.

En esa etapa, son importantes las acciones educativas y de reducción de la vulnerabilidad de las/os adolescentes a los agravios a la salud sexual e reproductiva. Así, cabe a los servicios de salud la prestación de una atención adecuada y el desarrollo de acciones educativas que aborden la sexualidad con informaciones claras y científicas, introduciendo género, raza/etnia, clase social y las diferencias culturales de iniciación y desarrollo de la vida sexual y reproductiva, de manera de que la información aporte mayores conocimientos y sea más resolutive. Se debe, aún, buscar la integración de las acciones con otros sectores, para que la respuesta social dé cuenta de apoyar las/os adolescentes en sus decisiones frente al ejercicio de su sexualidad, autocuidado y prevención del abuso y violencia sexual.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, es importante puntuar la ocurrencia de las ETS/SIDA. Considerándose el tiempo transcurrido para el apareamiento de los síntomas de SIDA, se verifica que la contaminación puede haber ocurrido en los primeros años de la

adolescencia y que la epidemia sigue a tendencia de feminilización, en que las desigualdades de género tienen un rol fundamental.

El aumento del embarazo indeseado en la adolescencia y su principal consecuencia, el aborto inseguro, se considera como una de las causas de muerte materna en esta franja etaria; es importante tomar conciencia y desarrollar acciones que permitan abordar esta problemática, puesto que la realidad nos muestra que las adolescentes y especialmente las que tienen menos acceso y menos recursos son las que se hallan más vulnerables a realizar aborto en peores condiciones.

Es necesario que las estrategias de atención al embarazo en la adolescencia contemplen la heterogeneidad de adolescentes en los nichos culturales, sociales y familiares, privilegiando los grupos de mayor vulnerabilidad. La atención integral a la salud sexual y reproductiva debe apoyar esas familias iniciantes con acciones multisectoriales para el acceso igualitario a bienes y servicios que promuevan la calidad de vida.

Por fin, los gobiernos deben tener políticas integradas de atención y promoción a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes (hombres y mujeres), respetando sus derechos y sus diferencias de clase social, raza/etnia, orientación sexual y sus especificidades.

HUMANIZACIÓN Y CALIDAD: PRINCIPIOS PARA UNA POLÍTICA DE ATENCIÓN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La situación crítica que atraviesa la Región y que impacta el sector salud, obliga a los Gobiernos a asegurar la implantación de políticas basadas en el acceso y mejora de la calidad de los servicios.

En la actualidad no se debe pensar en realizar la prestación de servicios sin que esté asegurado el uso adecuado y la designación de los recursos existentes y la equidad en el acceso a los mismos. Todos esos factores influyen fuertemente la humanización y la calidad de los servicios, posibilitando o no la implementación de las políticas.

La humanización y la calidad de la atención en salud son condiciones esenciales a que las acciones de salud se traduzcan en la resolución de los problemas identificados, en la satisfacción de las/os usuarias/os, en el fortalecimiento de la capacidad de las personas frente a la identificación de sus demandas, en el reconocimiento y reivindicación de sus derechos y en la promoción del autocuidado.

Las historias de las mujeres y de los hombres en su búsqueda por los servicios de salud expresan, muchas veces, discriminación, frustración y violación de los derechos y aparecen como fuente de tensión e malestar psíquico-físico. Por esa razón, la humanización y la calidad de la atención implican en la promoción, reconocimiento y respeto a sus derechos humanos, dentro de un marco ético que garantice la salud integral y su bienestar.

Basándose en varios estudios, se puede definir que la calidad de la atención debe estar referida a un conjunto de aspectos que engloban las cuestiones psicológicas, sociales, biológicas, sexuales, ambientales y culturales. Eso implica en superar el enfoque biologicista y medicalizador hegemónico en los servicios de salud y la adopción del concepto de salud integral y de prácticas que consideren las experiencias de las/os usuarias/os con su salud.

Las siguientes consideraciones se deben incluir cuando se ofrece servicios de calidad:

Garantizar el pleno acceso (cultural y geográfico);

Permitir una elección libre e informada;

Asegurar la competencia técnica;

Propiciar la relación empática;

Implementar mecanismos para promover el seguimiento;

Ofrecer servicios integrales.

Humanizar y calificar la atención en salud es aprender a compartir saberes y reconocer derechos. La atención humanizada y de buena calidad implica en el establecimiento de relaciones entre sujetos, seres semejantes, aunque puedan presentarse muy distintos según sus condiciones sociales, raciales, étnicas, culturales y de género.

La humanización de la atención en salud es un proceso continuo y demanda reflexión permanente sobre los actos, conductas y comportamientos de cada persona involucrada en la relación. Se necesita mayor conocimiento de uno mismo, para mejor comprender el otro

con sus especificidades y para poder ayudar sin procurar imponer valores, opiniones o decisiones.

La humanización y la calidad de la atención son indisociables. La calidad de la atención exige más de lo que la resolución de problemas o la disponibilidad de recursos tecnológicos. Y humanización es mucho más que tratar bien, con delicadeza, o de manera amistosa.

Para lograr los principios de humanización y de la calidad de la atención se debe tener en cuenta los siguientes principios y derechos:

Recuperación de las prácticas y saberes de la población sobre su salud;

Acceso de la población a las acciones y a los servicios de salud en los tres niveles de atención;

Definición de la estructura y organización de la red asistencial, incluyendo la formalización de los sistemas de referencia e contrarreferencia que posibiliten la continuidad de las acciones, la mejoría del grado de resolutiveidad de los problemas y el seguimiento de la clientela por los profesionales de salud de la red integrada;

Captación precoz y búsqueda activa de las(os) usuarias(os);

Disponibilidad y uso apropiado de recursos tecnológicos, de acuerdo a los criterios de evidencia científica y seguridad de las(os) usuarias(os);

Capacitación técnica de los profesionales de salud y funcionarios de los servicios involucrados en las acciones de salud para uso de la tecnología adecuada, acogimiento humanizado y prácticas educativas tendientes a los usuarios(as) y a la comunidad;

Disponibilidad de insumos, equipamientos y materiales educativos;

Acojimiento amistoso en todos los niveles de la atención, buscando la orientación de la clientela sobre los problemas presentados y pasibles de solución, asegurándoles la participación en los procesos de decisión en todos los momentos de la atención y tratamientos necesarios;

Disponibilidad de informaciones y orientación de la clientela, familiares y de la comunidad sobre la promoción de la salud, así como los medios de prevención y tratamiento de los agravios a ella asociados;

Establecimiento de mecanismos de seguimiento, control y evaluación continuada de las acciones y servicios de salud, con participación de la (el) usuaria(o);

Respeto a los valores culturales de la población;

Derecho de las/os usuarias/os: Cada persona tiene derecho a recibir atención de calidad, tanto en los aspectos humanos como técnicos. Para ello, las/os proveedoras/es y los servicios deben estar centrados en las personas y en las comunidades que atienden, respondiendo a sus necesidades y a la diversidad de factores sociales, económicos y culturales que caracterizan los individuos y grupos humanos.

A este derecho constituido corresponden otros derechos a él interrelacionados:

Derecho a información: todas las personas en las comunidades tienen derecho a conocer los beneficios que ofrecen los servicios para ellas y sus familias;

Derecho a la atención: todas las personas tienen derecho a ser atendidas, independientemente de su condición social, económica, creencias, origen étnico, condición material, edad o cualquier otra característica;

Derecho a libre decisión: las personas tienen derecho a decidir si desean o no utilizar los servicios e a elegir los procedimientos aplicados;

Derecho a integridad física: las personas tienen derecho a preservar su salud relacionada a la cualidad de la atención y requerir instalaciones adecuadas e idoneidad técnica de los proveedores de los servicios;

Derecho a privacidad: las personas tienen derecho a un ambiente de confianza, comodidad y privacidad;

Derecho a confidencialidad: las personas tienen derecho a que sus informaciones y los procedimientos adoptados no sean comunicados a otros sin su consentimiento;

Derecho a dignidad: las personas tienen derecho a ser tratadas con cortesía, consideración y con pleno respeto por su dignidad, no importa cual sea su nivel de educación, condición social u otra característica que pueda diferenciarla de las demás e tornarla vulnerable a

abusos;

Derecho a opinión sobre la calidad de los servicios que reciban: las personas tienen derecho a expresar su opinión sobre la calidad de los servicios que reciban. Sus opiniones y sugerencias se deben considerar siempre de manera positiva.

La implantación de servicios integrados para la atención a la salud sexual y reproductiva debe contemplar procesos de evaluación continuada de las políticas de salud, a través de indicadores que permitan a los gestores monitorear la evolución de las acciones, el impacto sobre los problemas tratados y la redefinición de estrategias o acciones que se hagan necesarias. Para ello, se propone la adopción de los siguientes indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad de los diversos niveles del sistema de salud:

Indicadores aplicables a las mujeres embarazadas en la atención primaria de salud:

Número de consulta de gestantes por trimestre

Número de exámenes de diagnóstico de ETS/VIH

Número de usuarias que usan suplementos de hierro y ácido fólico

Indicadores aplicables a las gestantes durante el parto y posparto:

Vigilancia durante el trabajo de parto y puerperio por profesional capacitado

Seguimiento de la elección del tipo de parto y el trabajo de parto

Inmunización neonatal: hepatitis B en la sala de parto y BCG antes del alta

Control de la sífilis congénita

Indicadores aplicables al seguimiento de complicaciones maternas:

Anemia en el embarazo

Hemorragias en el embarazo

Sepsis puerperal

Hemorragia posparto

Indicadores aplicables al seguimiento de complicaciones del recién nacido:

Sobrevida por intervalos de peso al nacer

Infecciones intra-hospitalarios en el neonato

Agravios del nacimiento

Referencia para otros servicios

Indicadores específicos para servicios de salud sexual y maternidad y paternidad responsables:

prevalencia del uso de métodos contraceptivos

internación por aborto

actividades de información y consejamiento

Indicadores de organización de los servicios:

Sistema de registro e información

Sistema de referencia y contra-referencia

Provisión de medicamentos

Cantidad de servicios con residencias médicas

Relación entre cantidad de consultas y horas profesionales por número de profesionales

Indicadores aplicables para adolescentes:

Número de adolescentes atendidos por programa

Porcentaje de adolescentes con embarazo indeseado

Se entiende que, para los países lograr los principios de la humanización de los servicios, deben adoptar, en la atención obstétrica y neonatal, además de las medidas ya propuestas para los servicios en general, los 10 Principios de OMS para el cuidado en el embarazo y parto normales (2001):

1. No ser medicalizado;
2. Uso de tecnologías apropiadas;
3. Basado en evidencias científicas;
4. Regionalizado;
5. Multidisciplinar;
6. Integral;
7. Centrado en las familias;
8. Apropiado;

9. Decisión de las mujeres;

OBJETIVOS DE LA COOPERACIÓN

Promover la elaboración conjunta de una política para la implementación de las acciones de atención a la salud sexual y reproductiva, contribuyendo para garantizar los derechos de las mujeres y hombres y la ampliación del acceso a los servicios de salud de calidad en los Países del MERCOSUR y Estados Asociados.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Considerando que el principal objetivo de la cooperación es la construcción de una agenda común para la implantación de una política de salud sexual y reproductiva, se definió conjuntamente los siguientes objetivos específicos, a ser desarrollados en largo plazo, siendo que los cinco primeros son prioritarios para el trabajo de la Comisión en los próximos tres años:

Mejorar la calidad de las informaciones disponibles sobre la salud reproductiva de hombres y mujeres de la región;

Intercambiar experiencias de implementación de las políticas entre los países involucrados;

Ampliar y calificar el acceso de las mujeres, hombres y adolescentes a los medios de contracepción y métodos científicamente aceptados;

Integrar los servicios de salud sexual y reproductiva a los servicios de atención integral a la salud de hombres y mujeres;

Implementar mecanismos formales de participación democrática de la sociedad civil;

Ampliar y calificar la atención obstétrica - prenatal, parto, puerperio y aborto - para las poblaciones vulnerables;

Calificar la atención al parto domiciliario realizado por las parteras tradicionales, sobretodo en las regiones donde no existen médicos y/o enfermeras obstétricas;

Garantizar el acceso al tratamiento de infertilidad;

Ampliar la atención integral a las mujeres, niñas, niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica y sexual, a través de la creación de redes integradas entre los distintos sectores que tratan del tema;

Promover la incorporación al Currículo Escolar, ya sea de las escuelas sea de las universidades, de informaciones sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, en consonancia con el Ministerio de Salud de los países;

Garantizar a los/as adolescentes el acceso a programas especiales donde se les garantice el derecho a privacidad;

Garantizar recursos para la realización del Plan de Trabajo de la Comisión Intergubernamental para Promover una Política de Salud Sexual y Reproductiva en el MERCOSUR;

Garantizar la atención en salud sexual y reproductivas para las trabajadoras migrantes.

ESTRATEGIAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS:

Las cinco primeras estrategias del Plan de Trabajo corresponden a los objetivos priorizados para los próximos tres años:

Realización de investigaciones en salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres que posibiliten una visión real del tema en el continente, a fin de orientar políticas públicas que contemplen sus necesidades;

Intercambio de experiencias - realización de encuentros, visitas, pasantías o entrenamientos en órganos gestores, organizaciones no gubernamentales y centros especializados;

Producción y/o adquisición conjunta de medicamentos y anticoncepcionales, de modo a incrementar el acceso;

Sensibilización de gestores y profesionales de salud para la implementación de las políticas integradas de salud, que contemplen los derechos sexuales y reproductivos;

Creación de mecanismos formales de participación democrática de Organizaciones de la Sociedad Civil que trabajan en el campo de la salud;

Calificación de la atención obstétrica en los países, organizando una red de servicios y garantizando un sistema de referencia y contrarreferencia;

Realización de entrenamientos para parteras y cursos de especialización en Enfermería Obstétrica;

Ampliar y calificar la atención a la planificación familiar, incluyendo la atención a la infertilidad;
Realización de actividades en sociedad con el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP);
Promoción de debates regionales sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, como manera de sensibilizar los distintos segmentos sociales;
Implantación de políticas de salud sexual y reproductiva del adolescente;
Intercambio sobre sistemas de información y mecanismos de implantación, buscando la producción de datos comparables entre los diversos países;
Realización del plan de trabajo con recursos garantizados;
Estructuración de atenciones en salud sexual y reproductiva para los/as trabajadores/as migrantes;
Implantación de centros de referencia de control de calidad de medicamentos y insumos para la región.

