

ESCENARIOS

REVISTA DE TRABAJO SOCIAL Y CIENCIAS SOCIALES

Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales

ISSN: 2683-7684

comunicacionftsunlp@gmail.com

Universidad Nacional de La Plata

Argentina

Maceira, Daniel; Hasicic, Cintia

Equidad de Derechos, federalismo y salud adolescente. El caso de cinco provincias del Norte Argentino

Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales, núm. 27, 2018, -Septiembre

Universidad Nacional de La Plata

Argentina

- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Equidad de Derechos, Federalismo y Salud Adolescente. El caso de cinco provincias del Norte Argentino

Daniel Maceira¹ y Cintia Hasicic²

RESUMEN

El tratamiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes ha experimentado internacionalmente un cambio radical de paradigma en las últimas dos décadas, de lo cual Argentina se ha hecho eco. El presente trabajo propone un análisis de la norma en temáticas específicas de acceso a servicios de salud en la población adolescente (salud sexual y reproductiva, salud mental, suicidio, adicciones, trastornos alimenticios) en cinco provincias argentinas, reconociendo la existencia de diferencias en prioridades, necesidades y posicionamientos sobre cada una de las temáticas a lo largo de la geografía nacional. Del estudio comparado surge la posibilidad de plantear el concepto de equidad de derechos, considerado como la brecha entre la presencia de la pauta normativa promedio y la de una jurisdicción en particular. En la medida en que cada temática de derechos involucra actores e instituciones distintas, las tensiones o alineamientos difieren, pudiendo traducirse en un rezago en su abordaje entre jurisdicciones, o entre temáticas.

Palabras Clave: Derecho a la salud-Salud Adolescente- Federalismo- Política Pública

ABSTRACT

The treatment of children and adolescents' rights has experienced internationally a radical shift of paradigm during the last two decades, of which Argentina has echoed. This article proposes an analysis of the norm in specific themes of access to health services in the adolescent population (sexual and reproductive health, mental health, suicide, addictions, eating disorders) in five Argentine provinces, recognizing the existence of differences in priorities, needs and positioning on each of the themes throughout the national geography. From the comparative study comes the possibility of raising the concept of equity of rights, considered as the gap between the presence of the average normative guideline and that of a particular jurisdiction. To the extent that each issue of rights involves different actors and institutions, the tensions or alignments differ, which can translate into a lag in their approach between jurisdictions, or between thematic areas.

Keywords: Right to health- Adolescent Health – Federalism- Public policies

Recibido: 4/07/2017 · **Aceptado:** 14/07/2017

Agradecimientos

El presente artículo resume parte de los hallazgos obtenidos por la investigación “*Necesidades, Políticas y Estructura de los Programas de Salud Adolescente en Argentina*”, impulsada y financiada por UNICEF Argentina, y coordinada por Daniel

¹ Ph.D. en Economía. Investigador Titular Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Independiente CONICET y Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires, Argentina. Miembro del Consejo Directivo de Health Systems Global. E-mail: danielmaceira@cedes.org

² Licenciada en Sociología. Becaria doctoral IIGG-UBA-CONICET. Doctoranda en Ciencias Sociales, Universidad Nacional de La Plata, Argentina. E-mail: cintiahasicic@yahoo.com.ar

Maceira desde el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Se agradece a Milva Carlino, Marcelo Ibarra, Paola Marcos, Damián Navarro y Fernando Sadir por su participación en el proyecto. Agradecemos especialmente los aportes al estudio efectuados desde UNICEF Argentina por Fernando Zingman, Especialista en Salud, y Julián Govea Basch, Consultor. Los resultados y opiniones expresadas son de exclusiva responsabilidad de los/as autores/as y no necesariamente representan a aquellas de las instituciones mencionadas.

Introducción

El análisis de cómo un sistema de salud se diseña y organiza para identificar, atender y satisfacer las necesidades de salud y desarrollo integral de la población se apoya en un reconocimiento formal de derechos a ser garantizados. Tal garantía formalmente se traduce en la normativa que los representantes de la población logran consensuar como prioridades para construir un modelo de cobertura.

Particularmente, el tratamiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes ha experimentado internacionalmente un cambio radical de paradigma en las últimas dos décadas, de lo cual Argentina se ha hecho eco. Ello conlleva usualmente, a un período de aprendizaje social, donde la inercia administrativa, la reconversión de tareas, el entrenamiento de los recursos humanos involucrados y la resistencia al cambio, se desplazan en distintas velocidades.

Incluso en algunos casos, el cambio de paradigma no cuenta con el consenso de todas las partes involucradas, por lo que algunos actores lo resienten y esperan que su plena aplicación se retrase o no se concrete.

Unas y otras razones son habituales en cualquier reforma y se agudizan cuando la temática en transición incluye aspectos sensibles en materia de creencias, posicionamiento social y espacios de poder. En el caso de la garantía de derechos de niños, niñas y adolescentes, aunque bajo una primera mirada se podría considerar un ámbito de consenso amplio, no escapa a la generalidad. Se identifican fuentes potenciales de divergencia, no sólo en temáticas clave sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, sino también en la conceptualización de este colectivo como sujeto activo de derecho y su capacidad de discernir y tomar decisiones sobre su salud. Ello afecta la dinámica del sistema y reconfigura la relación de poder dentro de la unidad de atención, caracterizada por información desigual entre las partes.

Cuando tal revisión conceptual se lleva a cabo dentro de un país organizado como una confederación, a los desafíos mencionados se suma el de lograr coordinación entre jurisdicciones para que la transición se garantice, y de modo homogéneo, entre estados. La falta de coordinación ya no sólo puede llevar a brechas de acceso y de financiamiento, como fueron discutidas en la literatura local de economía de la salud (Maceira, 2014), sino que potencialmente pueden construir inequidades en el reconocimiento efectivo de derechos a la salud.

El propósito del presente artículo es analizar este fenómeno para el caso argentino, revisando particularmente la normativa en temáticas clave de la salud adolescente (salud sexual y reproductiva, educación y educación integral, adicciones, alimentación y violencia) para cinco provincias (Chaco, Jujuy, La Rioja, Misiones y Salta).

La sección siguiente presenta los ejes de análisis y las preguntas de investigación que orientan el artículo, en tanto que el título tercero brinda un resumen de normativa por

tópico y jurisdicción. La cuarta sección presenta un análisis comparado, a partir del cual se elaboran conclusiones para el debate de política.

Marco Analítico y Metodología

Proponemos extrapolar el concepto de equidad horizontal (Mooney, 1982; entre otros) tradicionalmente utilizado en temáticas de cobertura y acceso financiero a servicios de salud a una dimensión de garantía formal de derechos en temáticas de adolescencia. Bajo este marco, la estructura federal del país habilita una comparación válida, tal que existe una norma nacional a partir de la cual las provincias adhieren total o parcialmente, existiendo incluso algunas instancias en las cuales la legislación provincial se ha adelantado a su par federal.

El rezago relativo de una provincia con respecto a sus pares, o de una temática particular sobre otras, brinda indicios sobre la prioridad asignada a cada normativa, o eventualmente pone en evidencia la presencia de pujas entre sectores antagónicos en el abordaje de tal temática.

Del mismo modo, es posible identificar períodos más o menos fructíferos en la institucionalización de derechos, o el surgimiento de emergentes específicos en un momento en el tiempo.

Eventualmente, sería posible construir trazadoras de rezago con respecto a la norma institucional por derecho institucionalizado, o incluso un indicador compuesto que conjugue un grupo de reconocimientos formales de cuidado. En esta instancia, tomamos cinco provincias argentinas como espacio de análisis, aunque obviamente sería posible expandir a nivel nacional o regional.

Este criterio puede ser refinado, incorporando un componente de calidad institucional o profundidad en el esfuerzo normativo al vector de temáticas utilizado en este caso. Ello podría incluir la consideración de articulados específicos, la presencia de un programa líder en la implementación de la norma, el monto en la asignación de recursos financieros o el número de agentes que constituyen el capital humano de cada programa, entre varios potenciales factores.

La metodología aplicada tuvo una aproximación secuencial que incluyó en primera instancia, una búsqueda de leyes, decretos y resoluciones asociados con un grupo amplio de temáticas. Ellas fueron: reconocimiento de derechos, salud sexual y reproductiva, abordaje de la problemática del aborto, parto humanizado, educación sexual integral, educación y embarazo, salud mental, tratamiento del suicidio, adicciones y abordaje de trastornos alimenticios.

Para cada caso se establecieron ejes conceptuales que guiaron el análisis de la normativa, la cual fue consistida en matrices por jurisdicción. Sobre las mismas, se establecieron comparaciones asociadas a: (i) la cobertura legislativa o no de la política sanitaria, (ii) la temporalidad de las mismas, y (iii) la identificación de clusters temáticos o temporales en la gesta de normativa.

Esta secuencia se refleja en las siguientes dos secciones, dando lugar posteriormente a un debate en términos de equidad.

Revisión de normativa nacional y provincial sobre salud adolescente

El objetivo de la presente sección es describir el marco normativo desde el cual se construye el reconocimiento de derechos de la salud de la población adolescente, considerando particularmente las leyes y regulaciones a nivel nacional en las temáticas emergentes para este grupo etareo mencionadas en las secciones anteriores.

Particularmente, ellas rigen las estrategias y acciones específicas de los/as tomadores de decisiones de política en el ámbito federal, y establecen el marco de acción sobre las cuales se actúa en los espacios sub-nacionales. Posteriormente, la sección avanza en el análisis de las normas específicas sobre esta temática en las cinco provincias bajo estudio.

El estudio ha seleccionado diez espacios de identificación de derechos en salud adolescentes, uno de ellos general, asociado con la adhesión nacional y provincial a la Declaración de los Derechos de NNyA, y a otros nueve vinculados con determinaciones específicas (salud sexual y reproductiva, adicciones, educación, etc.). En cinco de ellos se encuentran vacíos normativos a nivel provincial, concentrados en tres provincias, de las cuales Misiones muestra vacancias en temáticas de aborto, salud mental y suicidio, en tanto Salta y Jujuy exhiben déficits en parto humanizado y educación sexual integral, respectivamente.

Un resumen de normativas por provincia y por jurisdicción analizada se presenta en los Cuadros 1 a 5.

La existencia de liderazgo provincial en el desarrollo de normativas no resulta un aspecto excepcional en el modelo argentino. De hecho, en cinco de los diez espacios de derechos puede observarse que alguna de las cinco provincias estudiadas cuenta con una norma previa a la federal. De hecho, cada una de las cinco provincias se encuentra al menos una vez anticipándose a la norma nacional. Tales son los casos de Chaco en salud sexual y reproductiva y trastornos alimenticios, La Rioja en parto humanizado, suicidio y alimentación, Jujuy también en el abordaje de suicidio y en salud sexual y reproductiva, Misiones en temáticas de trastornos de alimentación y Salta en el tratamiento de adicciones.

De ello se desprende que en el ámbito normativo la pauta nacional no siempre precede a su tratamiento provincial, y que no existe una temática específica priorizada por las provincias que mostrara un tratamiento uniforme. De todos modos, educación sexual integral, salud mental y aborto han sido tópicos donde el liderazgo de la norma nacional generó su adhesión posterior –en general- de las jurisdicciones sub-nacionales estudiadas en esta sección.

A pesar de ello, el tratamiento normativo de cada temática no ha sido necesariamente homogéneo entre provincias, como tampoco se identifica adhesión sistemática al conjunto de la normativa nacional. Como se presenta en la sección previa, cada provincia establece en algunos casos, particularidades en el tratamiento de cada pauta institucional de garantía de derechos en la población adolescente, modificando o restringiendo el parámetro federal. Asimismo, la definición de derechos de adolescentes en ocasiones se incorpora en un paraguas institucional amplio de tipo familiar, en tanto que en otros se ubica en un espacio específico para este grupo etareo.

Del total de normas nacionales analizadas, sólo una encuentra el inicio de su tratamiento a partir del 2015 (temáticas de suicidio), aunque aquellas de aborto y parto humanizado, iniciados en el 2010 y 2004 respectivamente, tienen su consideración final en 2015. Cinco de las diez temáticas de derechos consideradas en este estudio tuvieron un abordaje normativo entre 2005 y 2010, siendo las de salud sexual y reproductiva y de educación las más antiguas (ambas del 2002).

Más allá de cualquier consideración política, la información disponible muestra un mayor debate social sobre derechos en salud adolescente en el quinquenio 2006-2010 en el grupo de jurisdicciones analizadas, continuado con similar intensidad en los cinco años posteriores. Ello puede considerarse desde una perspectiva de liderazgo político e inclusión, como (también) a una mayor toma de conciencia de la población y un mayor reclamo de sus derechos.

A nivel provincial, el rezago es mayor. Tomando diez temáticas de derechos y cinco jurisdicciones (cincuenta casos), el estudio muestra que doce normas tuvieron lugar en el período 2000-2005 y diecinueve entre 2006 y 2010 (el espacio temporal más productivo). Por su parte dieciocho normas vieron la luz a partir del 2011.

El tratamiento de suicidio y salud mental son relativamente recientes (con un abordaje promedio en 2013 para el total de casos, considerando Nación y cinco provincias). Estas temáticas son antecedidas por las normas de aborto y parto humanizado (abordaje promedio en 2011 y 2010 respectivamente), y previamente las de adicciones y trastornos alimenticios (ambas con tratamiento promedio en 2009). Ello establece indicios sobre la agenda sanitaria de los últimos años, de las prioridades en salud adolescente –y de la capacidad de insertarlas en la agenda- marcadas por el gobierno (en sus poderes legislativo y ejecutivo) en la formalización de tales prioridades.

Desde esta perspectiva, el análisis de brechas en el abordaje pleno de derechos entre jurisdicciones es relevante, particularmente si desde allí puede avanzarse en la consideración del concepto de equidad de derechos presentado en secciones previas.

La brecha normativa más intensa se encuentra en la temática de parto humanizado, con once años entre la norma de La Rioja y la de Jujuy (existiendo aún dos provincias sin explicitación al respecto (Misiones y Salta). La siguieron las de trastornos alimenticios y salud sexual y reproductiva, con nueve y ocho años respectivamente, aunque formalmente en la actualidad todas las provincias analizadas cuentan con norma propia o de adhesión a la nacional.

Por su parte, las temáticas abordadas más recientemente evidenciaron brechas relativamente menores, de cuatro años en educación sexual integral, adicciones, salud mental y suicidio, aunque en éstas dos últimas Misiones aún no cuenta con una norma asociada.

Discusión

El presente trabajo propone un análisis de la norma en temáticas específicas de acceso a servicios de salud en la población adolescente en cinco provincias argentinas, reconociendo la existencia de diferencias en prioridades, necesidades y posicionamientos sobre cada una de las temáticas a lo largo de la geografía nacional.

Del estudio comparado surge la posibilidad de plantear el concepto de equidad de derechos, considerado como la brecha entre la presencia de la pauta normativa promedio y la de una jurisdicción en particular, o la de ésta con respecto a su par nacional. Para ello se considera como parámetro de análisis la fecha en que la norma fue aprobada/expedida en el ámbito local.

Este concepto reviste un carácter formal ya que rescata sólo –aunque específicamente- el momento en que el derecho es institucionalmente reconocido, más allá de la forma que toma su implementación. Dicho de otro modo, se focaliza en el momento en que la

sociedad (a través de sus representantes) se otorga un marco de garantía formal, el que luego es “calificado” a través de su correcta/completa/eficaz implementación.

En la medida que cada temática de derechos involucra actores e instituciones distintas, las tensiones o alineamientos difieren, pudiendo ello traducirse en un rezago en su abordaje entre jurisdicciones, o entre temáticas.

A fin de dar una cobertura completa al tratamiento de derechos en adolescencia, es posible identificar espacios complementarios de equidad/inequidad. Ello es así en tanto la percepción de necesidades puede ser distinta entre jurisdicciones (incluso el reconocimiento de ser sujeto de derecho); como así también existen brechas entre la percepción de tales necesidades y su traducción en un programa que ejecute la norma. Esta distinción puede asimismo trasladarse en diferencias entre los objetivos del programa y su presupuesto, entre su presupuesto y su ejecución, e incluso entre ella y su efectividad.

A partir de la presencia de una norma como reconocimiento de derechos se abren otros espacios de análisis sobre desafíos y diferencias de implementación, de capacidad presupuestaria entre provincias, de coordinación con otras autoridades no-sanitarias (tales como los ministerios de educación y de desarrollo social). Eventualmente es posible converger a una matriz de indicadores de equidad en cada una de estas instancias, que incorporen norma, presencia de programa, sus prioridades y estrategias, las acciones y recursos con los cuales ellas son implementadas, y sus resultados.

Un marco analítico de ello se presenta en otro trabajo asociado a este proyecto (Maceira, 2017) para el total del país, concentrando la recolección de información en las temáticas específicas de las estructuras de programas.

En conjunto, estos elementos pueden complementar un planteo de equidad de derechos, involucrando el estudio del *policy making process*, el proceso de toma de decisiones de política que afecta y es afectado por los actores y sus percepciones.

Desde la órbita nacional, el fortalecimiento de instituciones de coordinación y colaboración entre provincias, tanto en gestión (Consejo Federal de Salud, COFESA) como en legislación (Consejo Federal Legislativo en Salud, Co.Fe.Le.Sa). Ellas constituyen los espacios formales idóneos para articular estrategias comunes e incidir en la reducción de las brechas de equidad en garantía e implementación de derechos a la salud, particularmente en grupos etarios con impacto directo sobre los perfiles epidemiológicos y las pautas de comportamiento saludable a futuro.

Referencias bibliográficas

- Blaxter, M. (1987) Fifty years on inequalities in health. In: Hobcraft J, Murphy M [Ed]. Proceedings of the British Society for Population Studies. Oxford, Oxford University Press.
- Maceira, D. (2014) “Envejecimiento y Desafíos para el Sistema de Salud Argentino”, Capítulo 6 en Gragnolati y Roffman, comp. “Oportunidades y Desafíos Económicos de la Transición Demográfica en Argentina”, The World Bank Group.
- Maceira, D. (2017) “Programas de Salud Adolescente en Argentina. Objetivos, Prioridades y Estructura Organizacional”, Documento de Trabajo CEDES-UNICEF.
- Mooney, G. (1982) “Equity in health care: confronting the confusion”. Aberdeen, University of Aberdeen (Health Economics Research Unit, Discussion paper N° 11/82).
- Whitehead, M. (1990) “The concepts and principles of equity and health”. Document EUR/ICP/RPD414-7734r Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

-WHO (1995) Social justice and equity in health. Report on a WHO meeting (Leeds, United Kingdom, 1985). Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1986 (ICP/HSR/804/m02).

-Consulta de normativa en sitio oficial de INFOLEG, Información Legislativa y Documental, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina www.infoleg.gob.ar

-LEGISALUD Portal Oficial de Ministerio de Salud de la Nación Argentina <http://leg.msal.gov.ar/>

Cuadro 1

Integralidad de Derechos

TEMÁTICAS	NACIÓN	CHACO	JUJUY	LA RIOJA	MISIONES	SALTA
INTEGRALIDAD DE DERECHOS	<p><u>Ley 26.061 Protección Integral Derechos Niños, Niñas y Adolescentes:</u> El Estado deben garantizar el acceso a servicios de salud, programas de asistencia integral, rehabilitación e integración; programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia.</p> <p>Dificultades: Condiciones estructurales del sistema político que dificultan el acceso efectivo de los N,Ny A al plexo de os derechos establecidos (condiciones de pobreza, dificultades para el acceso a la vivienda, a la alimentación, a la salud, entre otros). Específicamente en materia de salud, resistencias en los niveles de atención para abordar servicios y tratos especializados con los adolescentes</p>	Ley Provincial n° 7162, de protección integral de derechos resaltando el funcionamiento de los órganos estatales que participan junto a la Provincia y los municipios.	Ley N° 5.288 Protección integral de la niñez, adolescencia y familia a través de la implementación de planes de prevención; promoción; asistencia; rehabilitación e inserción social.	Ley 8848 Protección integral de los derechos del niño, adolescente y la familia, y define os organismos de planificación y ejecución de políticas. Ministerio de Desarrollo Social, a través de la Subsecretaría de Derechos Humanos y familia y el Fondo especial para la niñez adolescencia y familia. Adhiere a la Ley Nacional 26061	Ley N° II-16 (antes Ley 3820) Ley de Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes. Es una ley marco que establece los derechos fundamentales y garantías y crea un Consejo Provincial de Garantías de los Derechos de Niños, Niñas, Adolescentes y la Familia, como organismo intersectorial de articulación.	Ley 7039- Protección de la Niñez y la Adolescencia fue sancionada con anterioridad a la ley nacional (26061/2005). Llevó a la creación de la Secretaría de la Niñez, Adolescencia y la Familia con rango ministerial, responsable de su aplicación hasta 2005. En 2005 sus funciones fueron asumidas por el Ministerio de Desarrollo Humano. Con la descentralización (Decreto 472/2010) la responsabilidad queda formalmente en manos de los municipios (Decreto 1616/2010) bajo la supervisión de la desaparecida Secretaría de Igualdad de Oportunidades.

Salud Sexual y Reproductiva

TEMÁTICAS	NACIÓN	CHACO	JUJUY	LA RIOJA	MISIONES	SALTA
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	<p><u>Ley 25673: ceación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable:</u> Establece el derecho de los/ las adolescentes a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así como a la anticoncepción transitoria.</p> <p>Dificultades: el paradigma tutelar sigue presente en las prácticas de los sistemas de salud. Este enfoque exige que los servicios de salud se encuentren capacitados y orientados en la atención integral, el acceso a la anticoncepción sin ningún tipo de prejuicio hacia los N,NyA</p>	Adhiere al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.	Ley N° 5133 Programa provincial de maternidad y paternidad responsable y de prevención de enfermedades sexuales de transmisión sexual	Ley N° 7049 Educación Sexual y Reproductiva	Programa Provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable	Ley 7311 Sexualidad Responsable: Promover la salud individual y familiar. Revalorizar el rol del varon y la mujer estimulando el ejercicio responsable de la sexualidad.

Cuadro 2

Aborto no Punible

TEMÁTICAS	NACIÓN	CHACO	JUJUY	LA RIOJA	MISIONES	SALTA
ABORTO NO PUNIBLE	<p>LEY 11.179 Código Penal de la Nación Argentina y Fallo Nº 259 XLVI de la CSJN.</p> <p>El fallo exortó a implementar y hacer operativo, tanto en niveles nacionales como provinciales y municipales, protocolos hospitalarios para la concreta atención de abortos no punibles. Exorta a la implementación de protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles. Dificultades: Aún con el antecedente del Fallo Nº 259 XLVI de la CSJN sobre el caso "F., A. L. s/ medida autosatisfactiva", algunas instituciones se niegan a realizar esta práctica, alegando la objeción de conciencia, colocando trabas y obstaculizando el efectivo ejercicio de este derecho.</p>	Adoptó la Guía Técnica para la Atención Integral de Abortos No Punibles Nº 7064, donde se fija el procedimiento que se debe seguir en casos donde corra riesgo la vida de la mujer	Resolución 8687/2012 Adhiere a la Guía Técnica Nacional del año 2010	Resolución 1510/2012 Adhiere a la Guía Técnica Nacional del año 2010	Misiones no tiene normativa al respecto	Guía para la asistencia integral de toda víctima sexual y la concreta atención de los abortos no punibles (Resolución conjunta 215/12 Min de Derechos Humanos y 797/12 Min de Salud.

Parto Humanizado

TEMÁTICAS	NACIÓN	CHACO	JUJUY	LA RIOJA	MISIONES	SALTA
PARTO HUMANIZADO	<p>Ley N° 25.929 de Parto Respetado:</p> <p>Establece los derechos de las mujeres y adolescentes en relación el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto tanto en el ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.</p> <p>Define una tipología de violencia (institucional, obstétrica).</p> <p>Dificultades: la implementación de las Maternidades seguras y centradas en la familia potencia el abordaje con este enfoque, no obstante, implica un cambio de paradigma en materia de trato respetado que requiere un trabajo profundo de sensibilización para el cambio en el personal sanitario.</p>	Ley 7555 (2015) que adhiere la Provincia del Chaco a la Ley Nacional Nº 25.929 "Ley de Parto Humanizado"	Ley 5952 "Derecho de la mujer en relación al embarazo, trabajo de parto y posparto" Adhiere a la Ley Nacional	Ley 7817 "Derecho de la mujer en relación al embarazo, trabajo de parto y posparto" Adhiere a la Ley Nacional	Ley 4821 "Derecho de la mujer en relación al embarazo, trabajo de parto y posparto" Adhiere a la Ley Nacional	No tiene normativa sobre parto humanizado

Cuadro 3

Educación Sexual Integral

TEMÁTICAS	NACIÓN	CHACO	JUJUY	LA RIOJA	MISIONES	SALTA
EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL	<p>Ley 26150 Programa Nacional de Salud Sexual Integral: Establece la obligación de incorporar de forma transversal contenidos sobre sexualidad y reproducción en todos los niveles educativos y especifica el derecho a la información y consejería en materia de sexualidad y reproducción de NNyA. Dificultades: Resistencias del sistema educativo en general y de la comunidad de padres con respecto a la implementación de esta norma.</p>	<p>Ley Provincial n° 5.811: Carece de información respecto a la financiación y recursos económicos para llevar a cabo lo propuesto por la ley.</p>	n.a.	Ley 8431, adhiere a la ley nacional (2013)	<p>Ley N° VI-129 (Antes Ley N° 4410) Ley de Educación Sexual Integral. Establece la enseñanza obligatoria sistemática y gradual de la Educación Sexual Integral en los establecimientos educativos públicos, de gestión estatal y privada, dependientes del Consejo General de Educación y del Ministerio de Cultura y Educación de la Provincia, en todos sus niveles.</p>	<p>Decreto 3914 Reglamenta la ley anterior I(Ley Sexualidad Responsable 7311) incorporando la educación sexual en el sistema formal y no formal de educación. Convenio ESI- Ministerio de Educación y Ministerio de Salud. Año 2014 Establece un marco de colaboración interministerial para el abordaje de la ESI en las escuelas.</p>
EDUCACIÓN	<p>Ley Nacional 25.584 Prohibición en establecimientos de Educación Pública de acciones que impidan el inicio o continuidad del ciclo escolar a alumnas embarazadas Prohibir cualquier acción institucional que tienda la marginación, estigmatización o humillación de alumnas embarazadas, en establecimientos de educación pública Dificultades: Necesita recursos para adaptar las estructuras escolares ante una situación de embarazo de una estudiante. Implica la capacitación de docentes para afrontar la situación. Se limita a prohibir acciones institucionales contra la mujer embarazada, pero no promueve espacios de contención para la misma.</p>	<p>Adhiere a la ley nacional, está en vigencia</p>	<p>Adhiere a la ley nacional, está en vigencia</p>	<p>Guías federales de orientación 1 y2 Objetivo: Trabajar y concientizar sobre el "bullying" . No existe normativa en la provincia de La Rioja normativa propia</p>	<p>Ley N° XIX-43 (antes Ley 4017) Prevención del Embarazo Adolescente. Crea un Consejo Asesor para la prevención del Embarazo Adolescente, Establece que el Ministerio de Cultura y Educación incorporará al diseño curricular el tratamiento de la prevención del embarazo adolescente no deseado. Ley XVII N°63 (antes Ley 4446) Creación del Boletín de Salud Escolar. Ley N° VI-167 Creación del Programa "No más Violencia va a la Escuela" (2013) Preveé la realización de talleres para la detección y prevención de la violencia .</p>	n.a.

Cuadro 4

Salud Mental y Suicidio

TEMÁTICAS	NACIÓN	CHACO	JUJUY	LA RIOJA	MISIONES	SALTA
SALUD MENTAL	<p>Ley 26657 de Salud Mental: Asegura el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional.</p> <p>Presupuesto: establece que en forma progresiva y en un plazo no mayor de 3 años desde la sanción de la norma, el poder Ejecutivo incremente las partidas presupuestarias destinadas a Salud Mental hasta alcanzar al menos 10%.</p> <p>Dificultades en la articulación intersectorial y el enfoque comunitario que propicia la ley.</p>	<p>Ley 7574 Ley de Prevención del Suicidio. Adhiere a la Ley Nacional 27130</p>	<p>Ley 5721: regula el abordaje sanitario en materia de salud mental y adicciones</p>	<p>Ley de salud mental N° 9098 Garantiza el derecho y protección de la salud mental de todas las personas y el pleno gozo de los derechos humanos. EN SU ART 35 Y 37 realiza un abordaje en relación a las internaciones voluntarias e involuntarias siendo el sujeto activo en la responsabilidad de su tratamiento, también contempla las problemáticas de adicciones.</p>	<p>Misiones no tiene normativa al respecto, tiene un día de celebración en donde se realizan jornadas y talleres. Ley 4233 Día Provincial de la Salud Mental</p>	<p>Res conjunta 975 – Ministerio de Educación y 732- Ministerio de Salud, Aprueba Convenio Secretaría de Salud Mental y Sub de Planeamiento Educativo.</p> <p>Carta de Servicio de Salud Mental - Res 242D /Ministerio de Salud (2016): Presenta los programas y acciones en que trabaja la Secretaría de Salud Mental.</p>
SUICIDIO	<p>Ley 27130, Ley Nacional Prevención del Suicidio: Tiene por objeto la disminución de la incidencia y prevalencia del suicidio, a través de la prevención, asistencia y posvección (posteriores a un evento autodestructivo destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se quitó la vida). Dificultades: La ley aún no fue reglamentada por el PEN, lo que obstaculiza su implementación.</p>	<p>Ley 7574 Ley de Prevención del Suicidio. Adhiere a la Ley Nacional 27130</p>	<p>Ley 5721: regula el abordaje sanitario en materia de salud mental y adicciones</p>	<p>9098 Ley de Protección de la Salud Mer</p>	<p>Misiones no tiene normativa al respecto, tiene un día de celebración en donde se realizan jornadas y talleres. Ley 4233 Día Provincial de la Salud Mental</p>	<p>Res. 7909 año 2015 Ley adhesión a la Ley Nacional de Prevención del Suicidio. Adhiere a la ley nacional, establece que la obra social provincial debe brindar cobertura en este tipo de situaciones.</p>

Cuadro 5

Adicciones y Trastornos Alimenticios

TEMÁTICAS	NACIÓN	CHACO	JUJUY	LA RIOJA	MISIONES	SALTA
ADICCIONES	<p>Ley N° 26.586 para la Educación sobre las Adicciones y el Consumo Indevido de Drogas</p> <p>* Objetivos: Orientar las prácticas educativas para trabajar en la prevención sobre las adicciones y el consumo indebido de drogas, en todas las modalidades y niveles del Sistema Educativo Nacional. Define el rol de la institución escolar en la prevención del consumo de drogas, establece una serie de objetivos y actividades a encarar en la comunidad educativa desde un enfoque integral de prevención.</p> <p>* Dificultades: El abordaje escolar es insuficiente para encarar la compleja y creciente problemática del consumo de drogas en N.N y A. Dificultades para la articulación con otros organismos que permita sostener y mejorar el abordaje de las acciones.</p>	<p>Ley 6511. Adhiere a la Ley Nacional 26586</p> <p>Ley 6117 Programa Provincial de Prevención y asistencia sanitaria integral en adicciones</p>	<p>Ley 5721: regula el abordaje sanitario en materia de salud mental y adicciones</p>	<p>No existe normativa específica en el área de adicciones propias de la provincia Ley 9329 Programa Provincial de Prevención de Adicciones</p>	<p>Ley N° XVII-23. Regula la Comercialización y Distribución de Pegamentos, Adhesivos y Productos Similares, prohíbe su venta a menores de 18 años y su comercialización en la vía pública.</p> <p>Ley N° (antes Ley 3319) Crea el Registro de Accidentes, Adicciones y Enfermedades no Transmisibles. Crea el Registro de Accidentes, Adicciones y Enfermedades no Transmisibles en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y establece la notificación obligatoria de accidentes, conductas adictivas, etc.</p>	<p>Resolución conjunta MinSalud y otros. Guía de Buenas Prácticas para la intervención el Consumo de Problemática de Drogas (2014), enfocado en el ámbito escolar exclusivamente en situaciones relacionadas al consumo, intoxicación, tratamiento, y venta.</p> <p>Guía Local de Orientación a la Magistratura para la Adecuada Atención de Personas Consumidoras de Sustancias Psicoactivas: Establece un código terapéutico para quienes prestan servicios asistenciales en todos los niveles de Salud y se establece un circuito de evaluación de casos.</p>
TRASTORNOS ALIMENTICIOS	<p>Ley 26396 de Trastornos Alimenticios</p> <p>* Declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos alimentarios (obesidad, bulimia y anorexia nerviosa) .</p> <p>* Crea el Programa Nacional de Prevención y Control de los Trastornos Alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud.</p> <p>* Objetivos del Programa: promover, especialmente entre los niños y adolescentes, conductas nutricionales saludables.</p> <p>Incorpora a la Obesidad-Bulimia-Anorexia en el Plan Médico Obligatorio, [las Obras Sociales sujetas a la Ley N° 23660 y la medicina prepaga sujeta a la Ley N° 24754 (Prepagas) deben incluir los tratamientos y prácticas necesarias (nutricionales, psicológicos, clínicos, quirúrgicos y farmacológicos)].</p> <p>* Dificultades: Si bien la norma posibilitó dispositivos de políticas públicas, su prevalencia e incidencia continúa en crecimiento, identificándose dificultades para implementar el enfoque individuo - familia - comunidad.</p>	<p>Ley 6026. Programa de prevención y control de trastornos alimentarios.</p> <p>Ley 6031. Programa integral provincial para la asistencia a la obesidad.</p> <p>Ley 6401. Programa Campaña Provincial de Concienciación y Promoción de Kioscos Saludables.</p>	<p>Ley 5741. Prevención y control de los trastornos alimentarios.</p>	<p>Ley 6045 Programa de Prevención de Bulimia y Anorexia. Ley 8002 Comité Estratégico para la prevención y lucha de la Obesidad. Ley 7650 Programa Provincial de Prevención y Control de la Anorexia y la Bulimia</p>	<p>Ley VI - N° 125 (antes Ley 4359) Programa Integral de Alimentación Saludable en todos los establecimientos educativos de gestión pública y privada de la Provincia.</p> <p>El Ministerio de Cultura y Educación debe implementar el programa que obligue a los kioscos habilitados en las escuelas deben ofrecer alimentos de bajo tenor graso y poco contenido de azúcar</p>	<p>Ley 7847 Ley de Quioscos Escolares Saludables</p>

