

AÑO 2025 • SANTA FE

# **Informe final del monitoreo social del acceso a las prácticas de cuidado de la salud sexual**

**MULTI-  
PALABRAS**

## INFORME FINAL DEL MONITOREO DEL ACCESO A LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL- 2025

### MULTIPALABRAS

#### I. INTRODUCCIÓN

- Antecedentes

MultiPalabras es una alianza de la Multisectorial de Mujeres de Santa Fe y la Asociación Civil Palabras. Militantes feministas que luchamos por la garantía de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, en tanto derechos humanos. Integramos la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y -desde ese lugar- fuimos parte del activismo y de la incidencia política federal, transversal y plural para que el derecho al aborto se convierta en ley en nuestro país. Desde el centro norte de la provincia de Santa Fe hicimos nuestro aporte y en esa historia se inscribe este Segundo Monitoreo Social Santafesino de Acceso a los Cuidados de Salud Sexual.

A través de un breve repaso de los últimos años podemos mencionar algunos momentos de importancia para comprender el presente. En 1985 el Estado argentino reconoció los derechos reproductivos y los derechos sexuales como derechos humanos mediante la ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. En 1994, durante la Reforma de la Constitución Nacional, resistimos a los sectores conservadores que querían incluir en la Carta Magna la existencia de la persona humana desde la concepción. En esa reforma, los derechos sexuales adquirieron rango constitucional a través de la incorporación del artículo 75 inciso 22.

Entre 2001 y 2002 se sancionaron las leyes de Salud Sexual y Procreación Responsable (provincial y nacional), creando programas para proveer anticonceptivos en centros de salud. Antes de la consolidación de estas políticas por parte del Estado, el movimiento de mujeres garantizaba su acceso mediante la distribución autogestionada de métodos anticonceptivos en barrios populares. Este periodo fue fundamental para construir redes con profesionales de la salud comprometidos con la perspectiva de género y derechos.

En esa época se conforma el Consorcio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos (ConDerS), una experiencia federal de monitoreo en políticas de salud sexual que permitieron conocer el estado de situación en los diversos territorios del país.

En 2005 se crea la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito como una red plural e inédita para impulsar la legalización del aborto voluntario. El fallecimiento, en 2007 de Ana María Acevedo, joven de 19 años en Santa Fe se convirtió en un caso emblemático. Se le negó tanto el tratamiento oncológico como el aborto terapéutico (ya legal en ese entonces), vulnerando su derecho a la salud y a la vida. El caso demostró que el Estado no garantizaba ni siquiera los abortos ya contemplados por la

ley. Esto impulsó la necesidad de trabajar con los equipos de salud y la sociedad para defender la autonomía de las personas.

La sanción de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) se transformó en una conquista histórica que valida la autonomía de decisión. Esta victoria legislativa sirve como motor para realizar el presente y los anteriores relevamientos, buscando verificar que lo conquistado en las leyes se efectivice en la realidad.

Las organizaciones no sólo dialogamos con las y los decisores políticos, sino que realizamos una labor pedagógica sobre las necesidades de mujeres y personas del colectivo LGBTIQ+, utilizando el seguimiento y monitoreo de la atención estatal como herramienta técnica para exigir mejoras, en función de los hitos legales que ampliaron derechos :

- Ley de ESI (2006).
- Protocolos ministeriales para la atención de abortos (desde 2007).
- Fallo F.A.L. (2012) de la Corte Suprema, que clarificó el acceso a los abortos legales.

A partir de la reforma de la Constitución de la Provincia de Santa Fe en 2025, contamos con nuevas herramientas plasmadas en los artículos N° 2 y N° 22.<sup>1</sup>

Por otra parte, como organización de la sociedad civil participamos de espacios formales, como el Consejo Asesor del Programa de Procreación Responsable y los Colegiados en Salud Sexual, compartiendo saberes con los equipos de atención. Desde estos ámbitos sostenemos la participación social en salud como parte fundamental del derecho a la salud, ya que posibilita el protagonismo de la comunidad en la toma de decisiones y la gestión de políticas y servicios sanitarios. Sostenemos en ese sentido la definición de la OMS, donde la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino un estado de bienestar físico, mental y social estableciendo que es inseparable de la garantía de los derechos humanos básicos y la dignidad.

---

<sup>1</sup> ARTÍCULO 2. El pueblo y los órganos del Estado que él elige y ejercen la potestad de gobierno están sometidos a los límites que establecen esta Constitución, la Constitución Nacional, los instrumentos internacionales con jerarquía constitucional, los demás tratados internacionales ratificados por el Estado argentino y las leyes dictadas en su consecuencia. La soberanía reside en el pueblo y emana exclusivamente de él. Nadie puede atribuirse legítimamente su ejercicio.

ARTÍCULO 22. Toda persona tiene derecho al cuidado integral de su salud en todos los ciclos de la vida, que incluye los aspectos físico, mental, emocional, ambiental y social; y a decidir sobre su propia salud siempre que no afecte la salud colectiva. La Provincia tutela la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la comunidad. Adopta acciones de prevención, atención, recuperación y rehabilitación de la salud en todos los niveles, con base en la atención primaria y con criterios de universalidad, gratuidad, adecuación, equidad, interdisciplinariedad y oportunidad. La Provincia sostiene un sistema de atención público, gratuito y de calidad. Puede establecer mecanismos de recuperación de los costos de la atención de salud prestada, a obras sociales, prestadoras de servicios de salud u otros sistemas de aseguramiento, en los casos que corresponda. Regula, articula y fiscaliza todas las acciones y prestaciones de salud en su territorio y concreta la política de salud en coordinación con los otros niveles gubernamentales y otras entidades públicas o privadas. El medicamento es considerado un bien social y la Provincia reconoce el interés en su producción pública. La Provincia promueve la educación, formación y capacitación en salud y reconoce la función social de sus trabajadores. Estimula la investigación biomédica sobre los principales problemas de salud, respetando la dignidad de las personas.

**Objetivo general**

- Generar información estratégica sobre cómo el Estado cumple su rol de garante de derechos humanos en salud sexual, pasando de la ley escrita a la práctica real bajo el marco de leyes fundamentales (Salud Sexual, Educación Sexual Integral, Identidad de Género, Interrupción Voluntaria del Embarazo, entre otras).

**Objetivos específicos**

- Identificar cambios y continuidades respecto a las variables relevadas durante el monitoreo del centro norte santafesino del año 2021 y otros realizados a nivel nacional, que nos permitieran proponer acciones de incidencia social en ámbitos estatales (autoridades ministeriales provinciales y territoriales, Consejo Asesor),
- Fortalecer el diálogo con otras organizaciones locales y nacionales
- Promover acciones de incidencia para mejorar la salud sexual en las comunidades –fundamentalmente en el acceso a la información y a la anticoncepción, interrupción legal del embarazo, y prevención de infecciones de transmisión sexual.

Para ello, activistas feministas locales de 10 departamentos del centro-norte santafesino, relevaron la perspectiva de les usuaries que atienden su salud en los efectores públicos.

**II. INFORME DEL MONITOREO DE PRÁCTICAS DE CUIDADO EN SSYR 2025**

En el primer apartado de este informe se abordarán las cuestiones centrales del diseño metodológico, en cuanto a los efectores y localidades seleccionadas, el tipo de muestreo, y la cantidad de encuestas y encuestadoras.

En la segunda parte, las características de las personas relevadas en términos de rango etario, nivel educativo, cantidad de hijos/as, situación laboral, tipo de efector en que consulta habitualmente.

El tercer apartado se concentrará en el análisis general de la información sobre SSYR: caracterización de la atención en el sistema público, acceso a la información, utilización de MAC, y medidas de prevención de ITS.

**1. ASPECTOS METODOLÓGICOS****1.1 METODOLOGÍA DEL MUESTREO**

El proceso de relevamiento se desarrolló mediante distintas acciones/componentes, orientados a realizar, sistematizar, y difundir el relevamiento (encuesta) entre

organizaciones civiles y usuarias de efectores públicos del centro-norte. Dichas acciones fueron:

- Identificación de prácticas a relevar: a partir de los reclamos de usuarias y organizaciones aliadas, se seleccionaron algunas prácticas consideradas críticas como acceso a interrupción voluntaria/legal del embarazo (IVE/ILE), métodos anticonceptivos (MAC), e información sobre salud sexual y reproductiva (SSYR) e infecciones de transmisión sexual (ITS). Los datos relevados se consideraron además en continuidad con el monitoreo realizado en el año 2021<sup>2</sup>, para poder comparar su evolución. Estos ítems se definieron desde la organización contando con el asesoramiento de una socióloga.
- Desarrollo de la herramienta de recolección de datos (encuesta): se trabajó con dos programadores para la elaboración de una aplicación que permita implementar la encuesta tanto online como offline.
- Articulación con organizaciones y activistas locales para realización de las encuestas (convocatoria y capacitación de las encuestadoras)
- Capacitación de las encuestadoras.
- Implementación de la encuesta: se realizó durante las dos últimas semanas de noviembre del 2025. Para ello se solicitó la autorización del Ministerio de Salud.

#### · Características de las personas encuestadas

Se realizó un muestreo por conveniencia seleccionando a personas con capacidad de gestar (mujeres cis y no binarias, varones trans) de los efectores públicos de salud, mayores de 14 y menores de 55 años. Dicho rango etario obedeció a razones fisiológicas (edad reproductiva), legales (a partir de los 14 años pueden decidir de manera autónoma sobre tratamientos no invasivos vinculados a su salud sexual) e institucionales -ya que las pubertades son asistidas mayormente en los centros de salud o en los consultorios de pediatría para prácticas preventivas y de promoción de la salud sexual.

Debido al tamaño de la muestra, para la definición de los rangos etarios se evitó la estratificación en términos estadísticos (14-19 años, 20-24, 24-29, 30-34, 35-39, etc) a fin de facilitar la presentación y lectura de los datos. Optamos, en cambio, por dividirlos en tres grupos, en función de sus características sexuales y reproductivas:

- ❖ 14-21 años (evitando la adolescencia temprana y tomando a partir de la edad de inicio de las relaciones sexuales<sup>3</sup> y la adolescencia media y tardía<sup>4</sup>)

<sup>2</sup> Multipalabras (2021). Monitoreo Social santafesino de acceso a los cuidados de salud sexual. Análisis realizado por la alianza "Multipalabras" conformada por la multisectorial de Mujeres de la pcia de Santa Fe-ARG, y la asociación civil Palabras. Recuperado al 11/10/2025 de

<https://asmgyf.org.ar/2024/08/02/monitoreo-social-santafesino-de-acceso-a-los-cuidados-de-salud-sexual/>

<sup>3</sup> Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil (SAGIJ)

Asociación Médica Argentina de Anticoncepción (AMAdA). Disponible en

<https://www.amada.org.ar/index.php/numeros-antiguos/volumen-17-n-2-2021/64-revista/revista-n2-2021/478-inicio-de-relaciones-sexuales-en-menores-de-15-anos-coercion-decision>

<sup>4</sup> La Sociedad Argentina de Pediatría, en consonancia con su homónima española, diferencia la adolescencia en tres etapas: temprana (10-14 años) enfocada en cambios físicos, media (15-17) con conflictos familiares, y tardía (18-21)

- ❖ 22-40 años (adultez)
- ❖ 41-55 años (perimenopausia)

La cantidad de encuestas a realizar se definió para cada franja etaria, a razón de 8 para los grupos de 14 a 21 y de 41 a 55 años, dando una leve prioridad al grupo de 22-40 años (9 casos) ya que -por considerarse todas ellas en edad reproductiva- consideramos que es el grupo sobre el cual tienen mayor impacto las políticas en SSYR.

#### · Tipo de efector de la encuesta

A fin de favorecer la heterogeneidad en cuanto a procedencia geográfica de las encuestadas, el muestreo se realizó en los efectores de 2do y 3er nivel<sup>5</sup>, que reciben usuarias de diversos barrios y localidades, ya sea por voluntad propia o por derivación desde el primer o segundo nivel. Se relevaron todos los efectores de tercer nivel del centro-norte provincial; y los de segundo correspondientes a las localidades con mayor densidad demográfica. Se priorizaron los ámbitos de consultorio externo, de medicina general en efectores de segundo nivel, o de ginecología y de obstetricia en el tercer nivel de complejidad.

En caso de no lograrse completar el cupo etario en un efector de esas características, se dio la opción de buscar en otros lugares a personas que cumplieran con los requisitos para ser incluidas en el estudio.

#### · Localidades y Nodos

El presente monitoreo, al igual que el estudio anterior, abarcó a localidades de los diferentes nodos sanitarios<sup>6</sup> del centro-norte de la provincia de Santa Fe:

Reconquista (departamentos General Obligado, Vera y Norte del Departamento San Javier): localidades de Reconquista, Villa Ocampo, Romang, Las Toscas, San Antonio de Obligado.

Rafaela (departamentos: Castellanos, Las Colonias y San Martín): localidades de Rafaela, Sunchales, Bella Italia, San Jorge .

Santa Fe (La Capital, San Justo, Garay, sur del Departamento San Javier): localidades de Santa Fe, Santo Tomé, Esperanza, San Justo, Colonia La Criolla, Empalme San Carlos, Gálvez, Sastre, Sauce Viejo.

orientada a la independencia

<https://sepeap.org/la-etapa-de-la-adolescencia/#:~:text=La%20adolescencia%20es%20la%20edad,propias%20de%20la%20edad%20adulta>

<sup>5</sup>Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe (s/a). RED DE EFECTORES DE LA PROVINCIA DE SANTA FE.

Georreferencia de los Efectores Públicos desplegados en toda la Provincia. Recuperado al 25/9/25 de

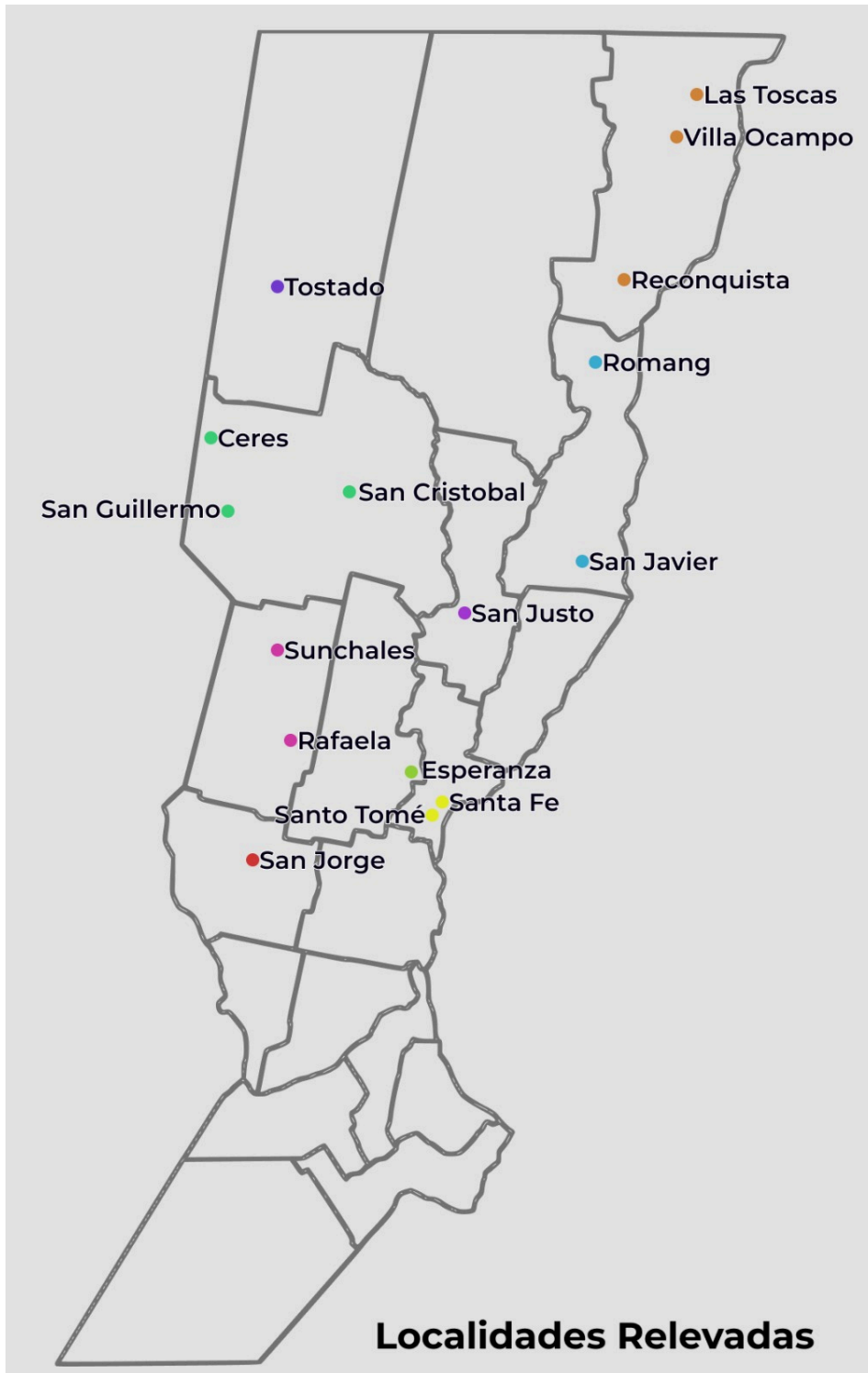
<https://www.santafe.gob.ar/maparecursos/>

<sup>6</sup> Red de atención en salud de la provincia de Santa Fe. Disponible al 5/3/2026 en

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/11456>

Ceres (departamentos San Cristóbal y 9 de Julio): localidades de Ceres, San Cristóbal, Tostado, San Guillermo, Hersilia, La Lucila, Logroño, Suardi, Villa Minetti.

Fig. 1: Localidades comprendidas por el Monitoreo 2025



. Cantidad de encuestas por nodo

Para determinar la cantidad de personas encuestadas nos basamos en su distribución igualitaria por nodo sanitario<sup>7</sup>, a fin de poder realizar comparaciones entre estos y generar acciones de incidencia a partir de los resultados.

En la siguiente tabla se menciona la cantidad de encuestas a realizarse en cada localidad, por cada grupo etario.

Tabla 1: Cantidad de encuestas a desarrollarse por nodo

| NODO SANITARIO           | LOCALIDAD     | GRUPOS DE EDAD | CANTIDAD DE ENCUESTAS |
|--------------------------|---------------|----------------|-----------------------|
| Rafaela                  | Rafaela       | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |
|                          | Sunchales     | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |
|                          | Esperanza     | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |
|                          | San Jorge     | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |
| <b>Total Rafaela</b>     |               |                | 100                   |
| Reconquista              | Reconquista   | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |
|                          | Villa Ocampo  | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |
|                          | Romang        | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |
|                          | Las Toscas    | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |
| <b>Total Reconquista</b> |               |                | 100                   |
| Ceres                    | San Cristóbal | 14-21          | 8                     |
|                          |               | 22-40          | 9                     |
|                          |               | 41-55          | 8                     |

<sup>7</sup> Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe (s/a). Red de atención en salud. Regiones de Salud. Recuperado al 25/9/25 de [https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/112842/\(subtema\)/114560](https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/112842/(subtema)/114560)

|  |               |       |   |
|--|---------------|-------|---|
|  | Ceres         | 14-21 | 8 |
|  |               | 22-40 | 9 |
|  |               | 41-55 | 8 |
|  | Tostado       | 14-21 | 8 |
|  |               | 22-40 | 9 |
|  |               | 41-55 | 8 |
|  | San Guillermo | 14-21 | 8 |
|  |               | 22-40 | 9 |
|  |               | 41-55 | 8 |
| <b>Total Ceres</b>                     |               | 100   |   |
| <b>Santa Fe</b>                        | Santa Fe      | 14-21 | 8 |
|  |               | 22-40 | 9 |
|  |               | 41-55 | 8 |
|  | Santo Tomé    | 14-21 | 8 |
|  |               | 22-40 | 9 |
|  |               | 41-55 | 8 |
|  | San Javier    | 14-21 | 8 |
|  |               | 22-40 | 9 |
|  |               | 41-55 | 8 |
|  | San Justo     | 14-21 | 8 |
|  |               | 22-40 | 9 |
|  |               | 41-55 | 8 |
| <b>Total Santa Fe</b>                  |               | 100   |   |
| <b>Total de encuestas centro norte</b> |               | 400   |   |

#### · Características de las encuestadoras

Para realizar el relevamiento se decidió recuperar las alianzas ya desarrolladas con otras organizaciones del centro-norte provincial que participaron en el Monitoreo 2021: Pieles en Interferencia (Santo Tomé); Mumalá (San Jorge); Asociación Mujeres de la Costa (San Javier); Se Dice de Mí (Esperanza); Feminismos Rafaela (Rafaela); Mapik (Tostado); Colectiva Savia (Reconquista). En localidades donde las organizaciones tuvieron grandes dificultades para sostenerse durante estos 4 años -San Justo, Villa Ocampo, Ceres y San Guillermo-, la recolección de la información fue realizada por activistas feministas independientes.

Participaron un total de 23 encuestadoras. A todas se las capacitó en el uso de la app y la aplicación de la herramienta, a través de video informativo (ver próximo apartado) y dos reuniones para aclarar dudas.

## 1.2. TRABAJO DE CAMPO

- Capacitación y acompañamiento de las encuestadoras

Antes de comenzar el trabajo de campo, se ofrecieron a las encuestadoras diversas instancias y modalidades de capacitación y aproximación a la encuesta, orientadas a evacuar dudas y familiarizarse con la aplicación con la cual se recabaría la información.

Estas instancias fueron:

- dos encuentros de capacitación donde se explicó el uso de la aplicación (guazu.app) y la realización de la encuesta, y se realizaron ajustes al instrumento;
- un video explicativo recorriendo diversos aspectos del estudio, y la forma de utilizar la app, que puede ser visualizado en este link: <https://drive.google.com/file/d/1T04Xuok6vPqS6X3iSQV711BuDUKZlhjl/view>
- un grupo permanente de asistencia a través de whatsapp, del cual participaban los programadores y las coordinadoras de MultiPalabras.

Si bien los encuentros de capacitación se realizaron en días y horarios diferentes para facilitar la participación, la convocatoria fue muy escasa y las consultas se dieron mayormente a través del grupo de whatsapp y la comunicación directa con las coordinadoras.

- Pre-test del cuestionario

Previamente a la implementación del cuestionario, se habilitó un período de prueba de dos semanas para que las encuestadoras pudieran familiarizarse con el mismo y señalar errores o dificultades que requirieron ajustes.

## 1.3. ERRORES IDENTIFICADOS:

De la base confeccionada, fueron eliminados:

- edad mayor a 55 años (7)
- residentes fuera de Santa Fe (5)
- usuarias del sistema de salud privado (12)

La base final quedó constituida por 394 mujeres cis y 1 varón trans.

Algunos errores en la redacción de las preguntas se pudieron corregir oportunamente gracias al trabajo constante con los diseñadores de la aplicación, y otros - vinculados a la recolección de la información- se resolvieron limpiando y sistematizando cuidadosamente la base de datos. A pesar de ello, al momento del relevamiento se pudieron identificar otros que requirieron tratamientos particulares. Estos fueron:

- Errores en el diseño de la forma en que se ingresaban los datos: Preguntas con opciones múltiples, donde al ingresar la respuesta, la misma opción se asignaba a distintos casilleros del formulario excel en función del orden en que había sido seleccionada. Esta dificultad se resolvió tabulando la frecuencia con que aparecía cada variable, descartando como dato el orden de aparición.
- Errores en la implementación de la encuesta: las preguntas de observación sobre el efector (temáticas de los afiches), que eran sólo para la encuestadora, se repetían en cada una de las encuestas; lo cual generó respuestas azarosas y hasta contradictorias. A pesar de ello decidimos utilizar el dato con recaudos midiendo la frecuencia de aparición de cada variable como información global.

## 2. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA

- **Edad de las participantes**

A pesar de los casos eliminados de la muestra, esta se acercó a lo estipulado inicialmente, obteniéndose una distribución de edades que prioriza al grupo de 22 a 40 años.

Gráfico 2: Cantidad de participantes de cada rango etario

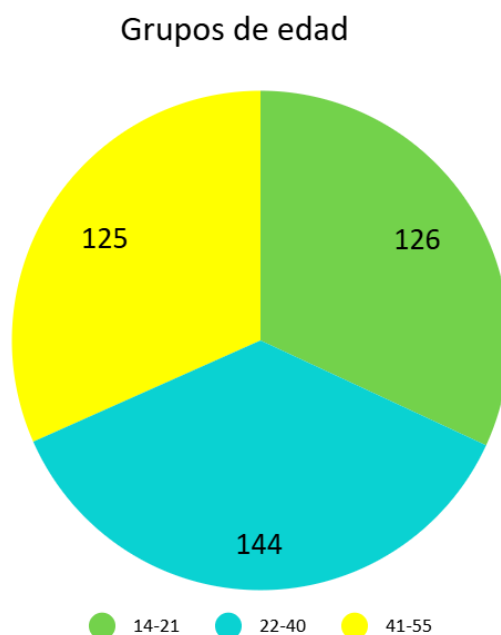


Tabla 2: Cantidad de participantes de cada rango etario, frecuencia y porcentajes

| EDAD  | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| 14-21 | 126        | 31,9       |
| 22-40 | 144        | 36,5       |
| 41-55 | 125        | 31,6       |
| Total | 395        | 100        |

- **Nivel educativo**

La variable “nivel educativo” se relevó como primario, secundario, terciario y universitario, completo e incompleto. Sin embargo, al momento de cruzarla con otras variables, y a fin de simplificar la lectura de la información, se sintetizó en sólo dos:

- menor nivel educativo (primaria incompleta y completa, secundaria incompleta)
- mayor nivel educativo (secundaria completa, terciario y universitario)

Las usuarias que alcanzaron a completar la escolarización obligatoria (nivel secundario completo, nivel superior completo o incompleto), representan el 47,3% de la muestra (Gráfico 3), y sólo el 22% del total tuvo algún recorrido por el nivel superior.

Si desglosamos el nivel educativo por edad, si bien es menor en las más jóvenes por razones obvias, vemos que el porcentaje de personas con mayor escolarización representa el 55.4% de las mujeres de 20-55 años. El grupo de 14-21 refleja una etapa de formación inconclusa (lógico por su edad), mientras que el grupo de 41-55 muestra un nivel educativo menor comparado con sus sucesoras inmediatas, lo que podría indicar un mayor acceso a la educación superior en décadas más recientes. Los datos sugieren que la población de 22 a 40 años representa el pico de formación académica superior, mientras que las de mayor edad tenían comparativamente un menor nivel educativo que ese grupo (Gráfico 4).

Gráfico 3: Nivel educativo, porcentajes

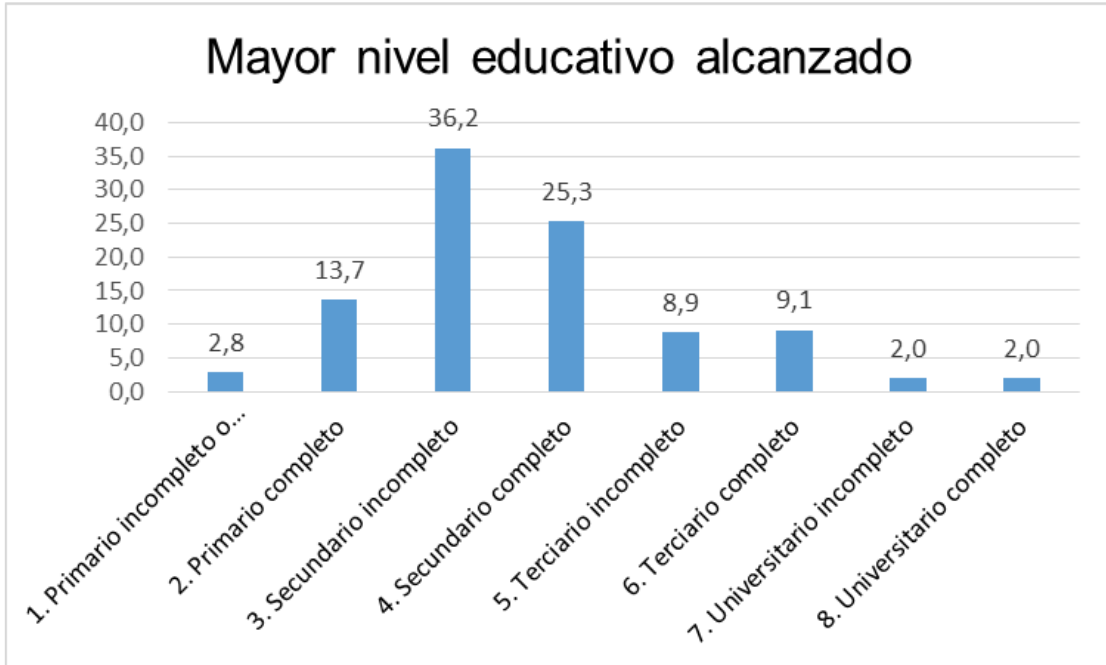


Gráfico 4: Nivel educativo según rango de edad

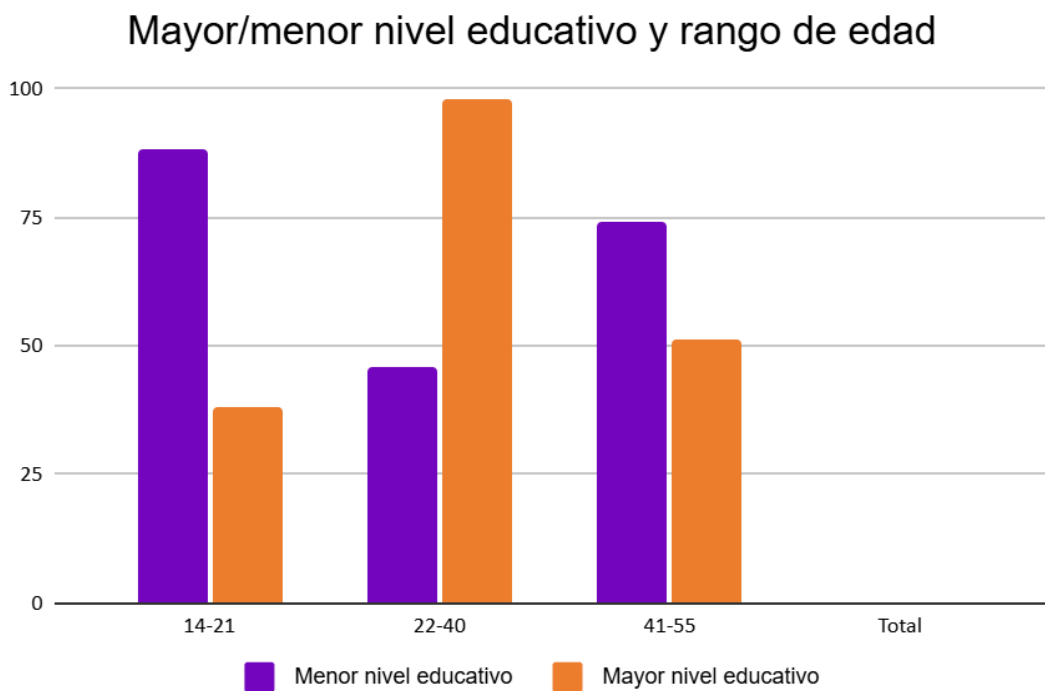


Tabla 3: Mayor o menor nivel educativo por grupo etario

| EDAD  | Menor nivel educativo | Mayor nivel educativo | TOTAL |
|-------|-----------------------|-----------------------|-------|
| 14-21 | 88                    | 38                    | 126   |
| 22-40 | 46                    | 98                    | 144   |
| 41-55 | 74                    | 51                    | 125   |
| Total | 208                   | 187                   | 395   |

- **Paridad**

En la muestra relevada, poco más de la mitad de las participantes tenían hijos (Gráfico 4), con un promedio de 2,5 hijxs. La mayor parte de la población analizada se concentra entre quienes no tienen hijos y quienes tienen de 2 a 4.

Al cruzar este dato con el nivel educativo (Gráfico 6), llama la atención que en las multíparas este es muy similar a las nulíparas, pero se reduce marcadamente en las grandes multíparas (+5 hijos). Es decir, a través de la comparativa de las barras se pueden establecer las siguientes correlaciones: a medida que aumenta el número de hijos (especialmente a partir de los 5), el nivel educativo tiende a ser menor. El grupo de personas con 1 hijo parece ser el que proporcionalmente ha alcanzado mayores niveles educativos en comparación con su propio volumen total.

Gráfico 5: Porcentaje de mujeres con y sin hijos/as



Gráfico 6: Distribución de la cantidad de hijos

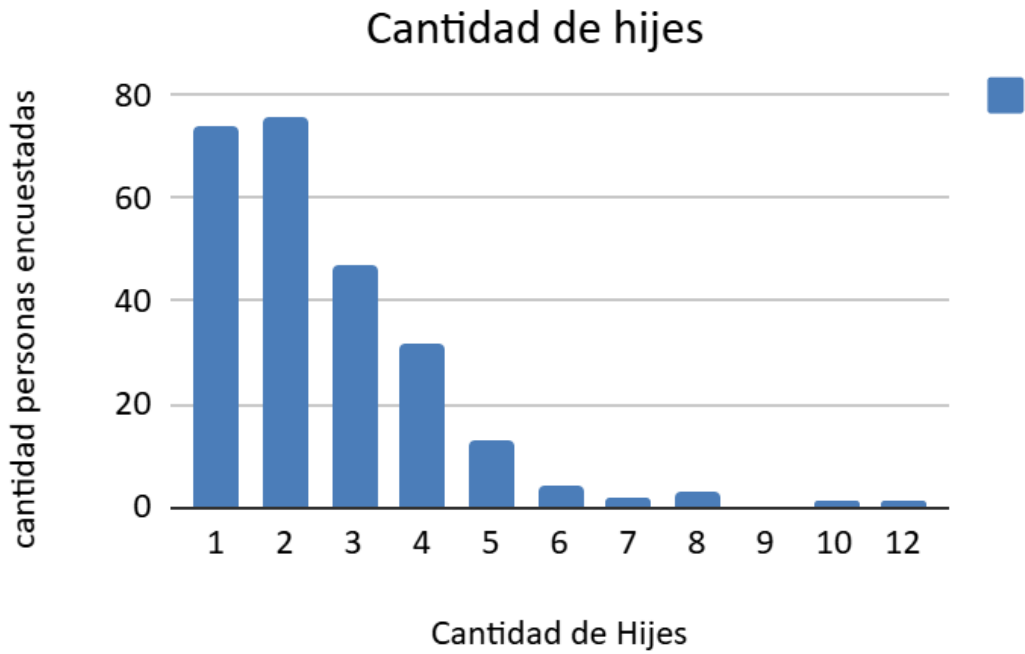


Gráfico 7: Paridad según mayor o menor nivel educativo

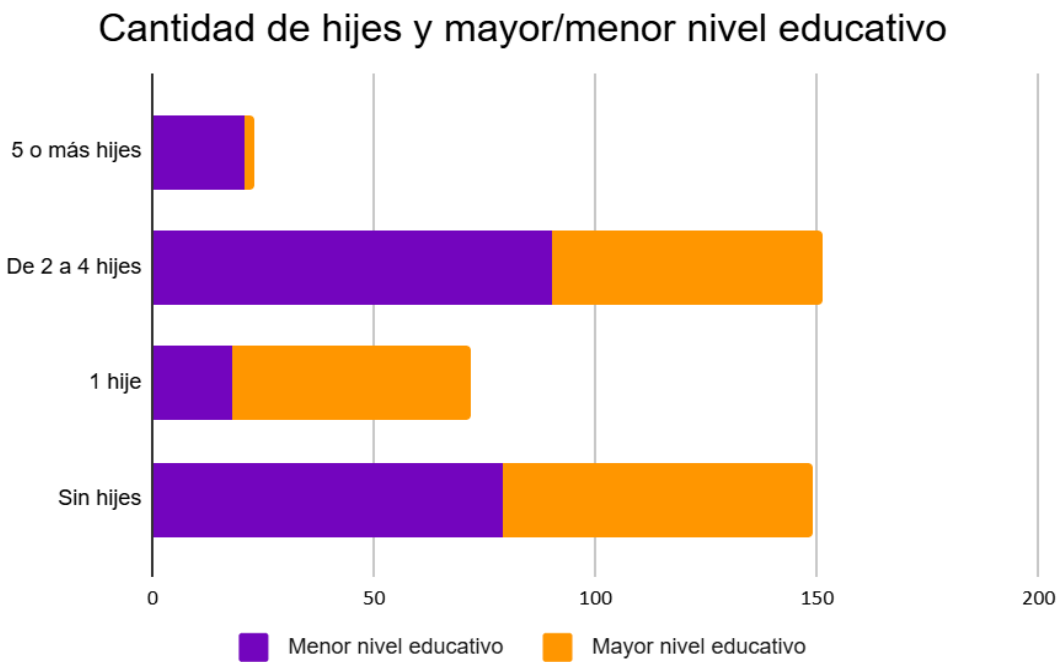


Tabla 4: Paridad según mayor o menor nivel educativo

| PARIDAD               | Sin hijos | 1 hijo | De 2 a 4 hijos | 5 o más hijos |
|-----------------------|-----------|--------|----------------|---------------|
| Menor nivel educativo | 79        | 18     | 90             | 21            |
| Mayor nivel educativo | 70        | 54     | 61             | 2             |
| Total                 | 149       | 72     | 151            | 23            |

- **Situación laboral**

En cuanto a la situación laboral, la distribución fue bastante similar entre mujeres con trabajo pago y desocupadas, con una leve mayoría de estas últimas (Gráfico 8). Sin embargo, sólo el 46.6% (n=91) de las usuarias desempleadas reciben algún tipo de ayuda social, frente al 35.3% (n=58) de quienes tienen un trabajo pago. Es posible que muchas de las personas pertenecientes a este último grupo reciban el beneficio por alguna contraprestación, por lo cual mencionan realizar trabajo pago.

Gráfico 8: Situación laboral de las personas encuestadas, porcentajes

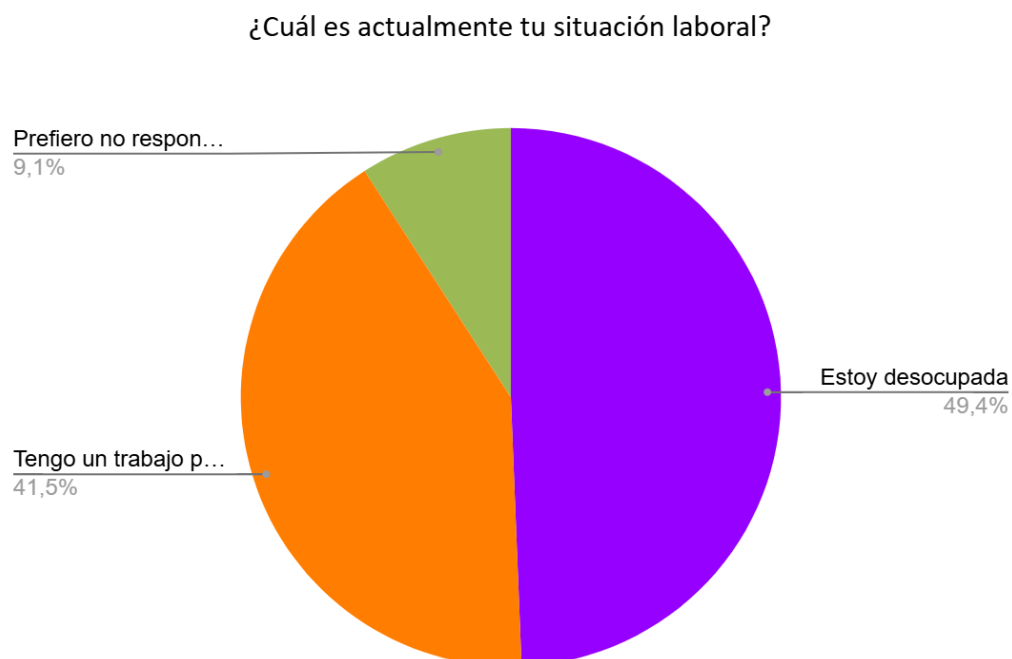


Tabla 5: Situación laboral de las personas encuestadas, números absolutos

| Situación Laboral     | TOTAL |
|-----------------------|-------|
| Estoy desocupada      | 195   |
| Tengo un trabajo pago | 164   |
| Prefiero no responder | 36    |
| TOTAL                 | 395   |

### 3. ANÁLISIS GENERAL DE LA INFORMACIÓN SOBRE SSYR

En el presente apartado se caracterizará a las mujeres cis y varones trans que consultan en los efectores públicos de salud en cuanto a:

- acceso al sistema de salud: primer nivel u hospitalario, continuidad de la atención profesional;
- acceso a la información sobre Línea 0800, anticoncepción y aborto seguro;
- acceso a insumos anticonceptivos,
- conocimiento y utilización de medidas de prevención del VIH e ITS

Además, se revisarán las características de los efectores públicos donde se llevó adelante el relevamiento en cuanto a oferta de información y preservativos.

#### 3.1. Acceso al sistema de salud

Como se puede observar en el Gráfico 9, casi dos tercios de las personas relevadas atiende su salud en el ámbito hospitalario; sin embargo, es posible que la referencia con el hospital obedezca a un sesgo propio del muestreo, que se decidió realizar en este ámbito. Cabe destacar que la mayor parte de las personas refiere ser atendida usualmente por el mismo profesional (Gráfico 10).

Gráfico 9: Ámbito de atención de la salud

¿En qué tipo de efector consultás habitualmente?

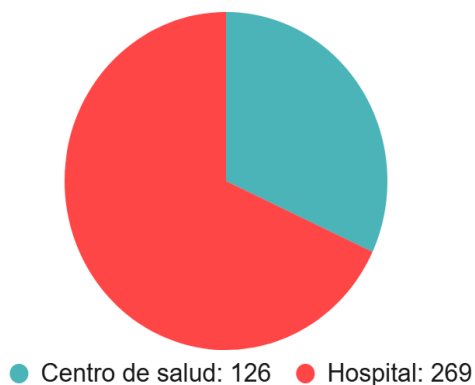
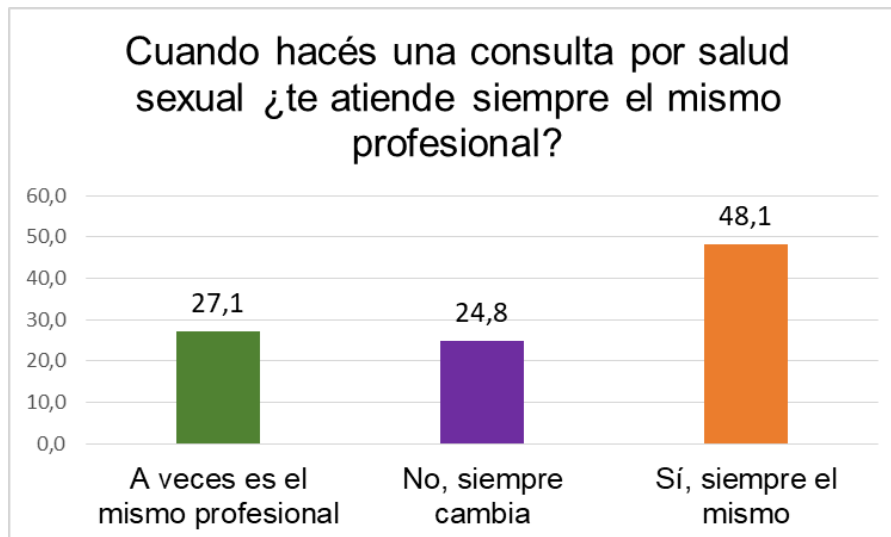


Gráfico 10: Continuidad profesional en la atención médica



### 3.2. Acceso a la información en Salud Sexual y Reproductiva

En cuanto al acceso a la información, más del 80% de las encuestadas fue asesorada en anticoncepción en el efector al que concurre habitualmente (Gráfico 11). Sin embargo, casi el mismo porcentaje desconoce si aquí se brinda información sobre aborto legal (Gráfico 12), o a dónde podrían acudir en caso de necesitar esta práctica (Gráfico 13).

Gráfico 11: Porcentaje de mujeres que recibió asesoramiento en MAC en el efector al que acude habitualmente

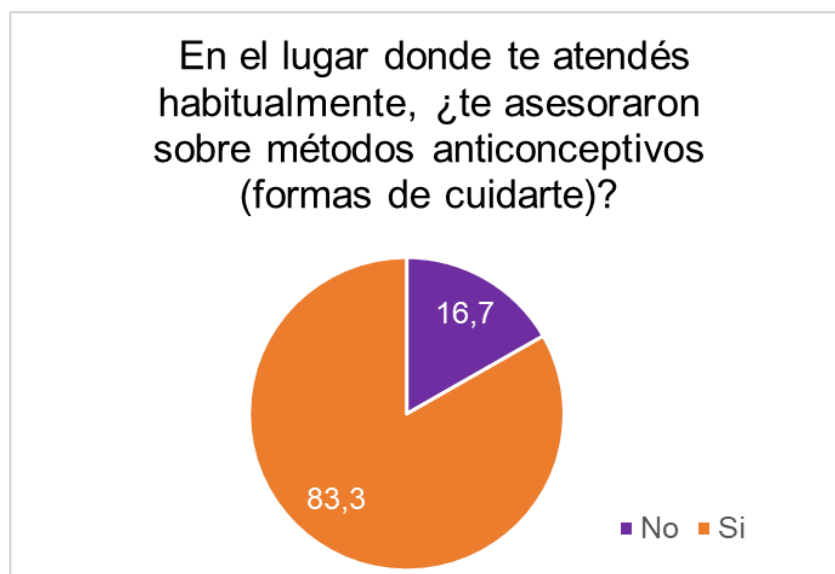


Gráfico 12: Porcentaje de mujeres que refiere haber recibido información sobre IVE/ILE en el efector al que acude habitualmente

En el efector de salud donde consultás habitualmente, ¿se brinda información sobre aborto legal?

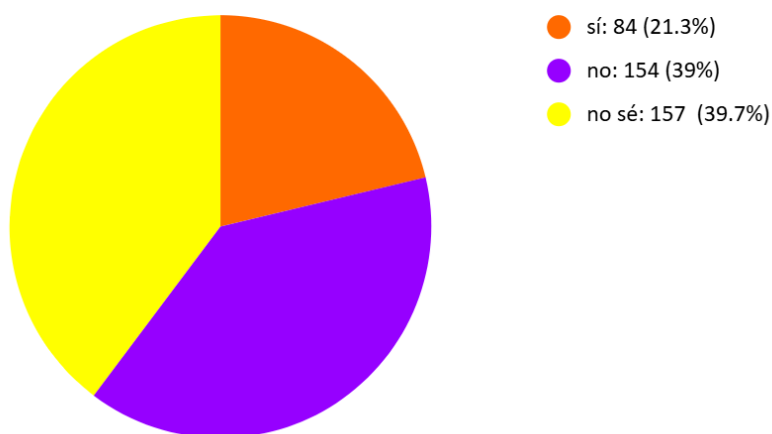
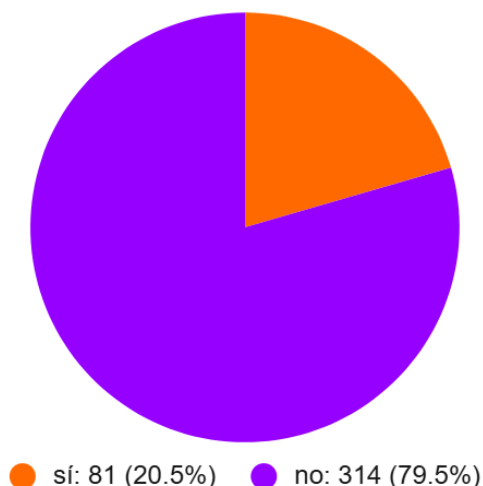


Gráfico 13: Porcentaje de mujeres que conoce a qué efector acudir para realizarse una IVE/ILE

¿Conocés algún centro de salud u hospital donde se hagan abortos legales de forma gratuita?



También es masivo el desconocimiento de la Línea Gratuita 0800 222 3 444 de Salud Sexual (Gráfico 14): el 86.6% (n: 330) de las encuestadas ignora su existencia, y esto se incrementa con la edad (Tabla 6) y se reduce con el mayor nivel educativo (Gráfico 15). Es decir, sólo el 16.4% (n: 65) de las usuarias tiene información sobre esta línea, y son en mayor proporción mujeres de +40 años con bajo nivel educativo.

Gráfico 14: Porcentaje de conocimiento de la Línea Gratuita 0800 222 3 444 de Salud Sexual, según grupo etario

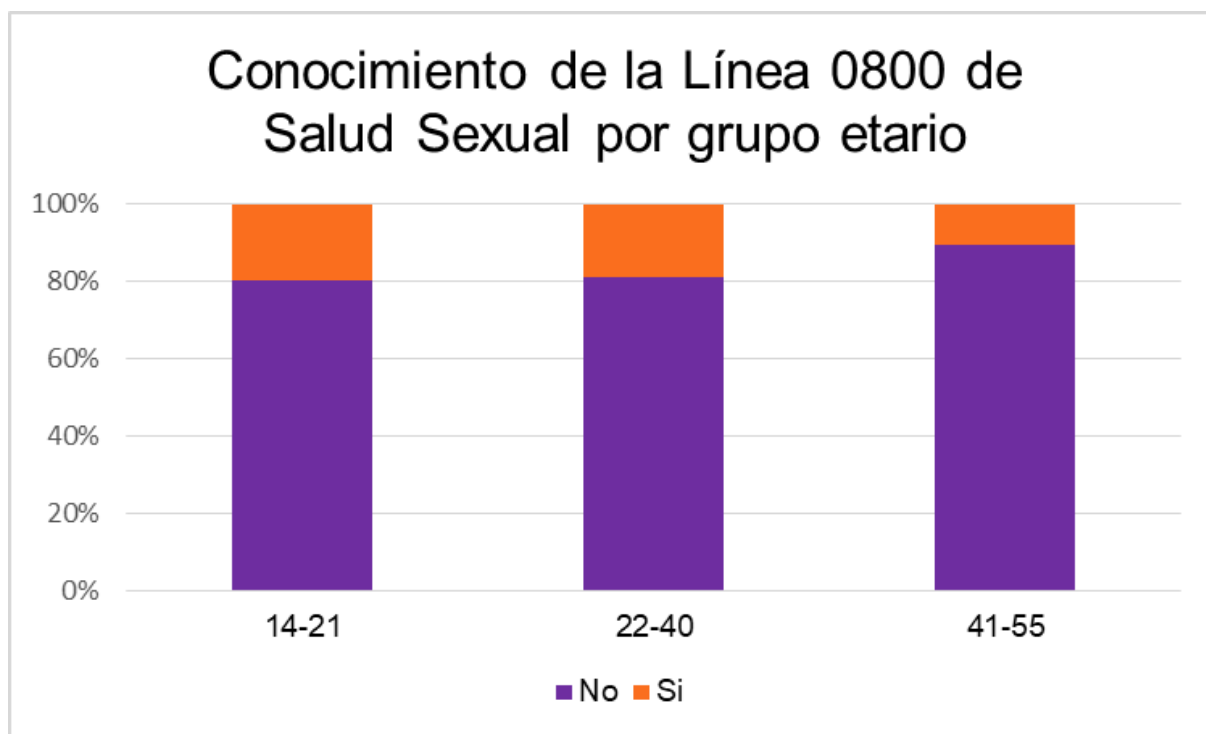
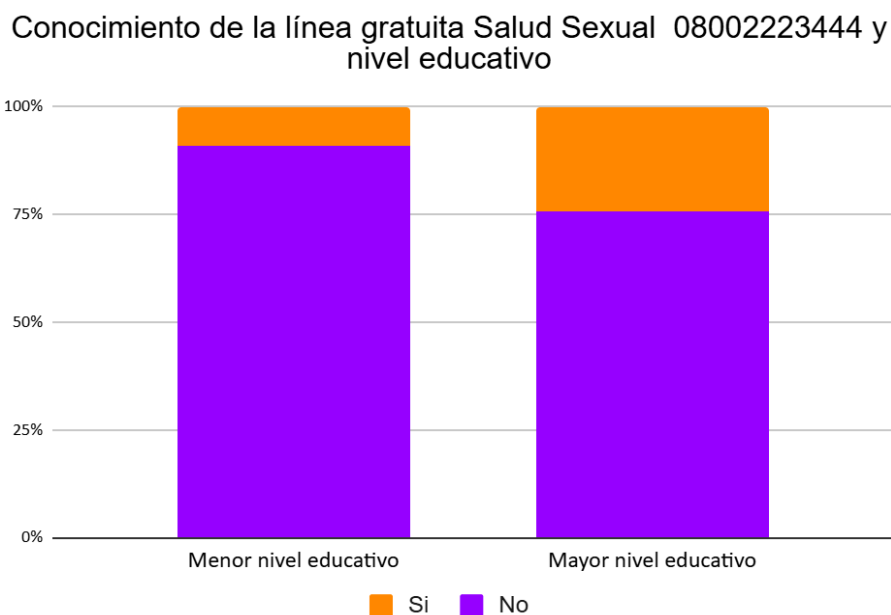


Gráfico 15: Porcentaje de conocimiento de la Línea Gratuita 0800 222 3 444 de Salud Sexual, según nivel educativo



### 3.3. Acceso a MAC

Dos tercios de las personas encuestadas utilizan algún método anticonceptivo (Gráfico 16), lo cual está directamente relacionado con el nivel educativo (Gráfico 17) y el hecho de tener un trabajo pago (Gráfico 18). En cuanto al nivel educativo, la utilización de método es mayor a medida que este se incrementa. La educación formal se revela como un vehículo crítico para el acceso y la decisión de utilizar métodos anticonceptivos, ampliándose la brecha de falta de uso en más de 30 puntos porcentuales entre los extremos de la escala de nivel educativo.

Si relacionamos el uso de métodos con la situación laboral (Tabla 6), el porcentaje de personas que usan un método ronda el 45% tanto entre quienes tienen un trabajo pago como entre las desocupadas. Sin embargo, quienes no usan ningún método duplican su porcentaje entre las desempleadas (61%) en relación a las que perciben un ingreso por su trabajo (30.8%).

Gráfico 16: Porcentaje de personas que utilizan algún método anticonceptivo.



Gráfico 17: Porcentaje de personas que utilizan algún método anticonceptivo, según nivel educativo

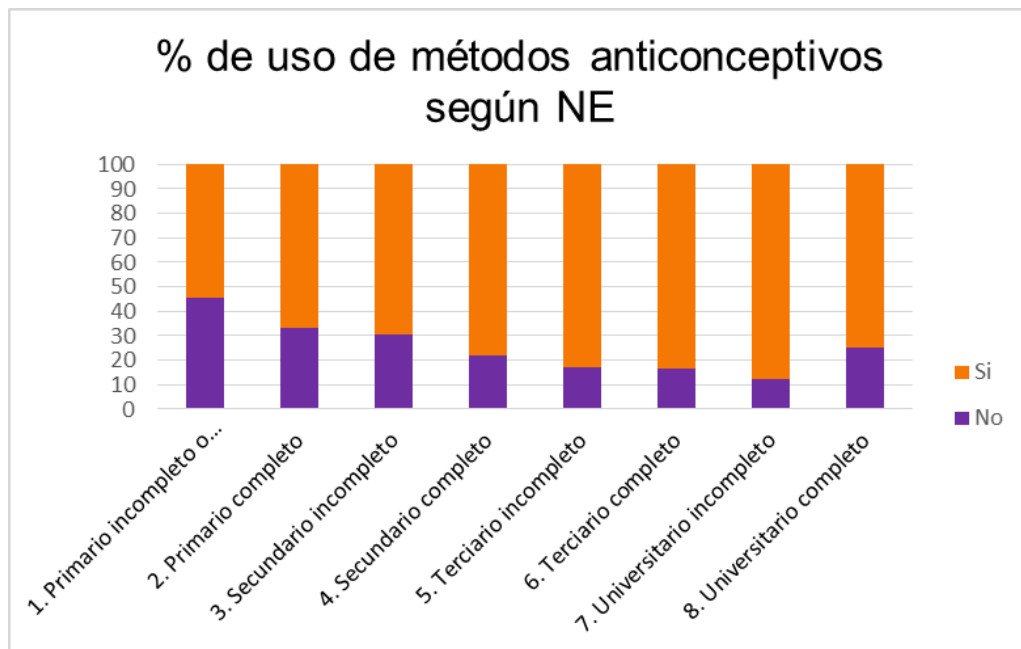


Gráfico 18: Cantidad de personas que utilizan algún método anticonceptivo, según situación laboral

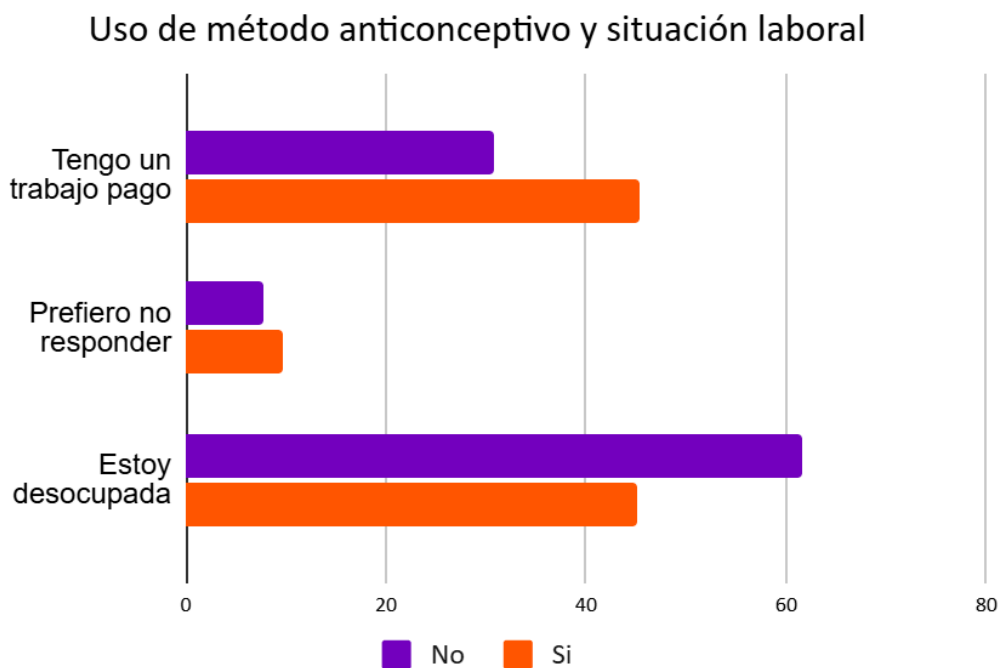


Tabla 6: Porcentaje de personas que utilizan algún método anticonceptivo, según situación laboral

| USO MAC | Estoy desocupada | Prefiero responder no | Tengo un trabajo pago | TOTAL |
|---------|------------------|-----------------------|-----------------------|-------|
| No      | 61,5             | 7,7                   | 30,8                  | 100,0 |
| Si      | 45,0             | 9,6                   | 45,4                  | 100,0 |

Respecto a la gratuidad, dos tercios de quienes utilizan algún método, los reciben de forma gratuita (Gráfico 19) -mayormente en el ámbito hospitalario (Gráfico 20), donde casi el 90% de las encuestadas no tuvo problemas para obtenerlos durante el último año (Gráfico 22). Esta gratuidad beneficia fundamentalmente al grupo de 22 a 40 años (Gráfico 21).

Gráfico 19: Porcentaje de personas que obtiene el MAC de manera paga o gratuita

### Cómo obtiene los anticonceptivos

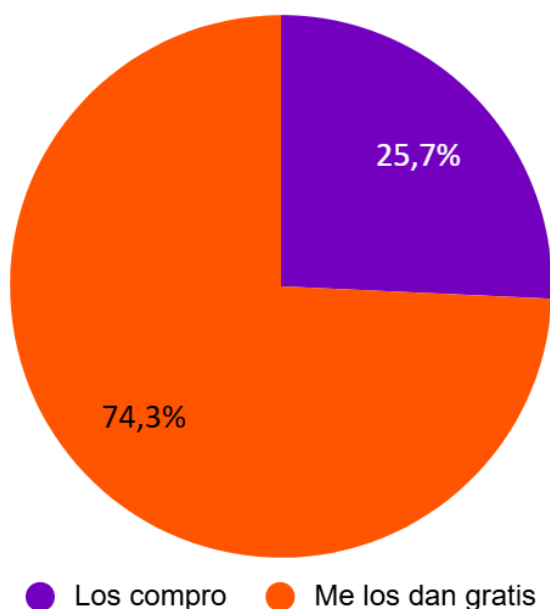


Gráfico 20: Forma de obtención de los MAC, números absolutos

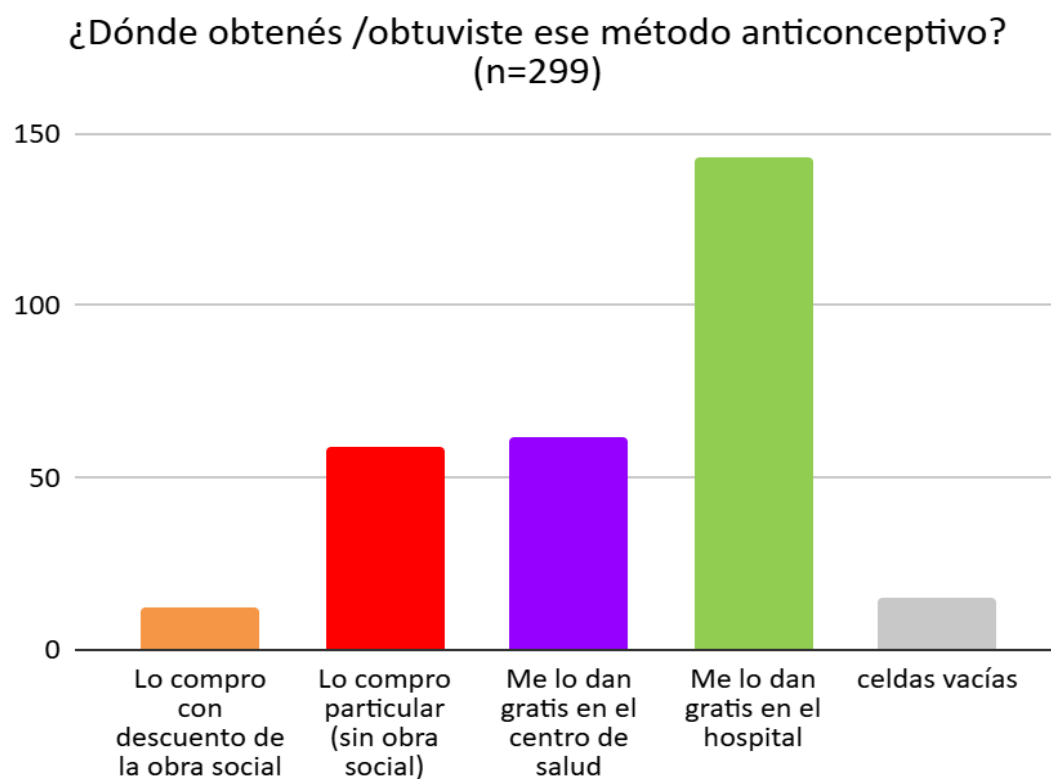


Tabla 7: Forma de obtención de los MAC según grupo etario, números absolutos

| CÓMO OBTIENE MAC | 14-21 años | 22-40 años | 41-55 años |
|------------------|------------|------------|------------|
| Compro           | 18         | 37         | 16         |
| Gratis           | 80         | 71         | 54         |
| TOTAL ABSOLUTO   | 98         | 108        | 70         |

Gráfico 21: Forma de obtención de los MAC según grupo etario, números absolutos

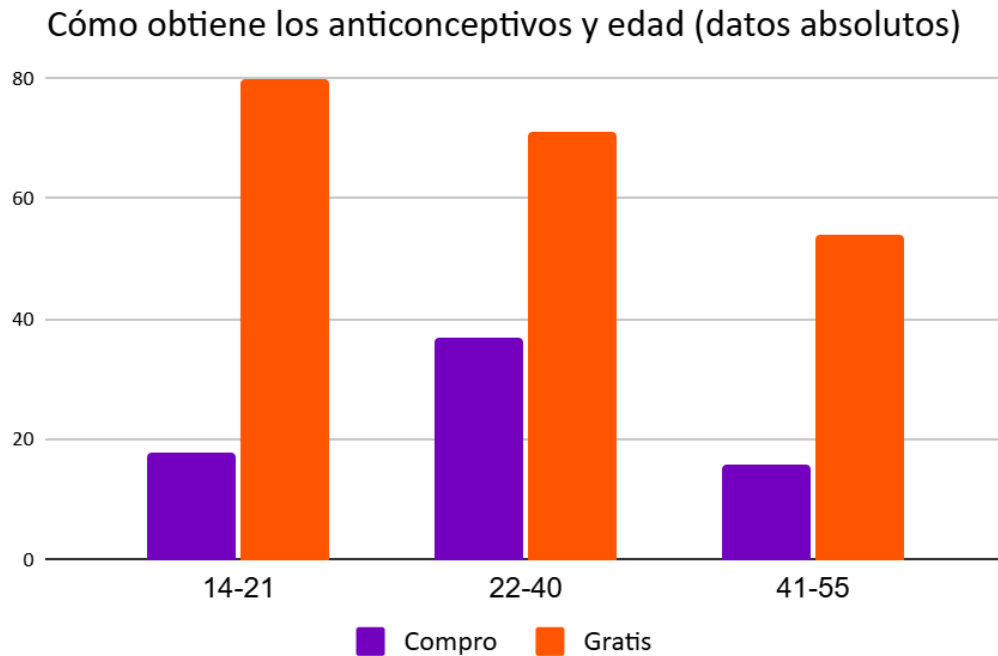
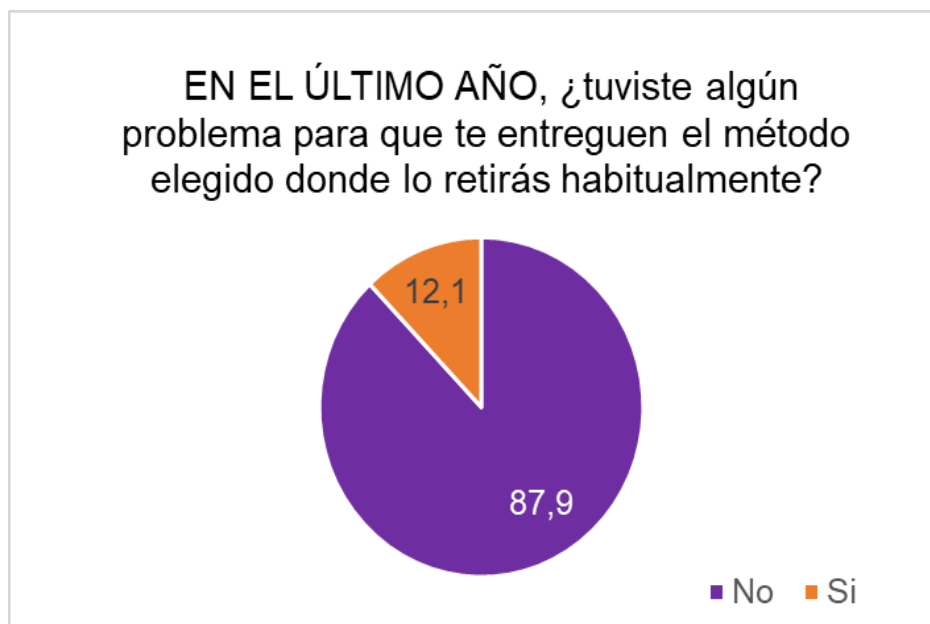


Gráfico 22: Porcentaje de personas con y sin dificultades en la obtención de su MAC durante el último año



En cuanto a la opción anticonceptiva, es necesario aclarar que sólo se relevaron los métodos “naturales” y los provistos gratuitamente en el sistema de salud para las personas con útero, dejando de lado la vasectomía y aquellos de distribución comercial (como el parche). En cuanto al DIU, no se lo diferenció del SIU por considerarlo una cuestión técnica y para evitar confusión entre las usuarias y encuestadoras.

La opción anticonceptiva de la mayor parte de las encuestadas son los métodos hormonales (pastillas e implante/ “chip”) o preservativos (Gráfico 23, Tabla 8). Sin embargo, esto varía en relación a la edad: mientras las usuarias de 41 a 55 años prefieren la ligadura tubaria, el DIU, o los métodos naturales, las más jóvenes se inclinan por los métodos hormonales (Gráfico 24). Algo similar ocurre con las personas con hijxs, cuyas opciones anticonceptivas son más variadas que en las nulíparas -que utilizan muy poco el DIU, y nunca la ligadura tubaria (Gráfico 25).

Gráfico 23: Opciones anticonceptivas de las usuarias del sistema público de salud, números absolutos

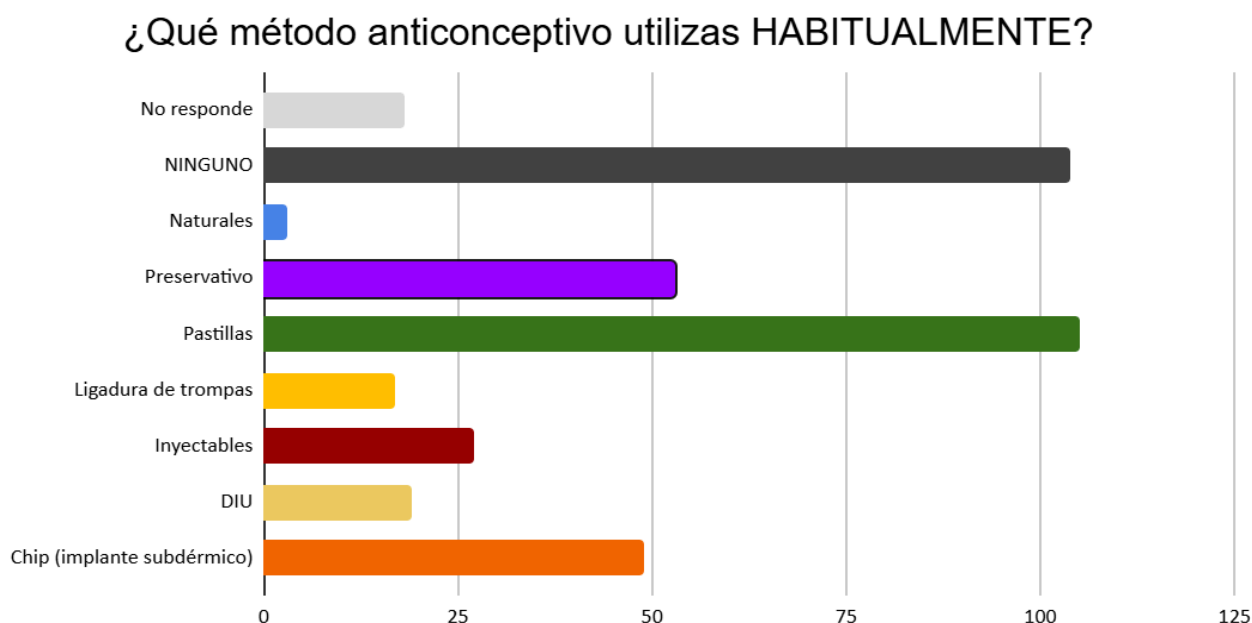


Tabla 8: Opciones anticonceptivas de las usuarias del sistema público de salud, números absolutos

| ¿Qué método anticonceptivo utilizas HABITUALMENTE? |     |
|--|-----|
| Chip (implante subdérmico)                         | 49  |
| DIU  | 19  |
| Inyectables  | 27  |
| Ligadura de trompas                                | 17  |
| Pastillas  | 105 |
| Preservativo                                       | 53  |
| Naturales  | 3   |
| NINGUNO  | 104 |
| No responde  | 18  |
| TOTAL  | 395 |

Gráfico 24: Opciones anticonceptivas de las usuarias del sistema público de salud, según edad

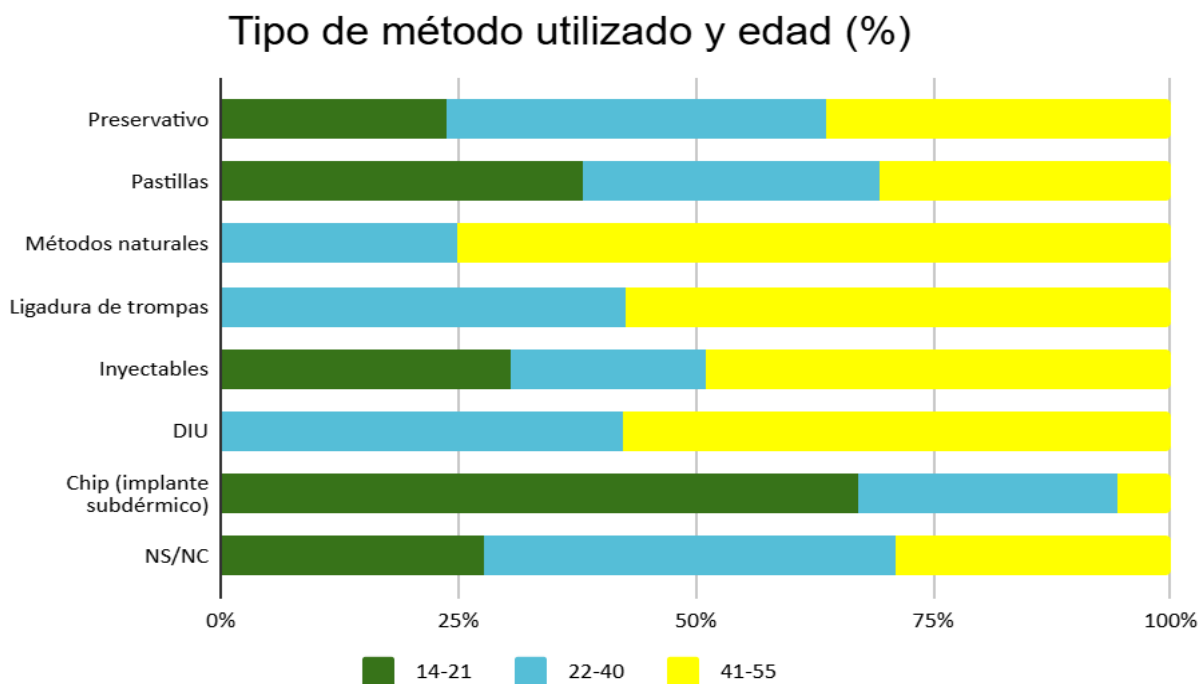
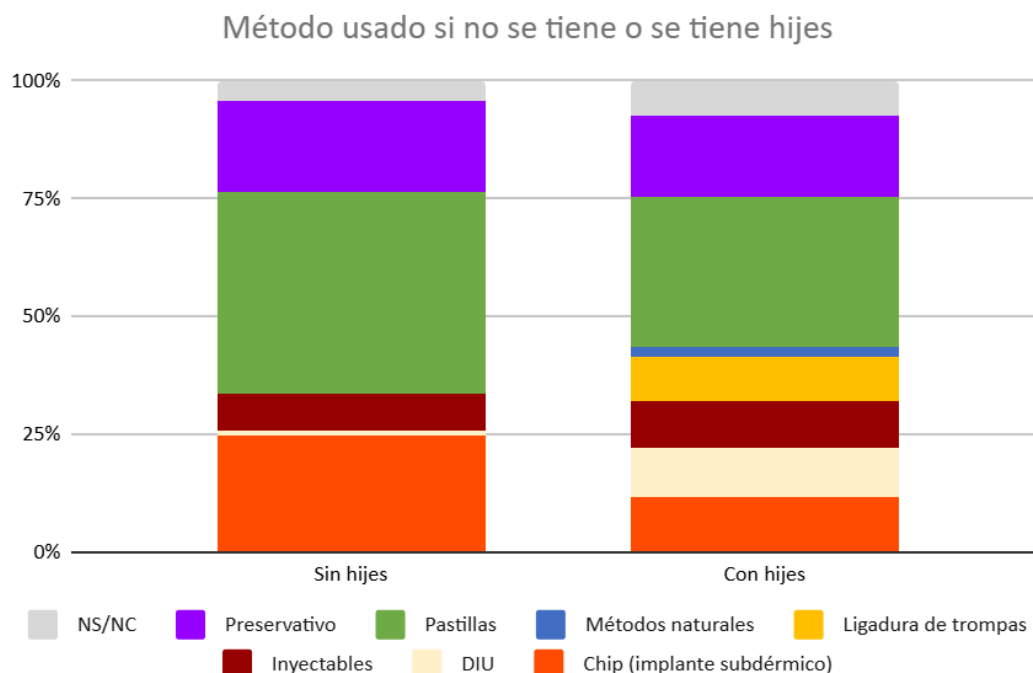


Gráfico 25: Opciones anticonceptivas de las usuarias del sistema público de salud, según tengan o no hijxs



El tipo de anticoncepción elegida también se modifica en función del nivel educativo: si bien las pastillas son siempre el método más usado, las personas con menos escolarización optan más por el implante, la lisis o los inyectables; mientras que entre las de mayor nivel educativo se utilizan más el DIU, y los métodos naturales. El preservativo tiene similar porcentaje de uso en ambos grupos (Gráfico 26). Llama la atención que el porcentaje de quienes eligen métodos naturales (Tabla 9) es el doble entre las de mayor nivel educativo (1,3%, frente al 0.7% en las de menor nivel educativo); es probable que esta situación se deba a que dicho grupo está compuesto por mujeres de mayor edad, muchas de ellas en etapa perimenopáusica.

Gráfico 26: Opciones anticonceptivas de las usuarias del sistema público de salud, según nivel educativo

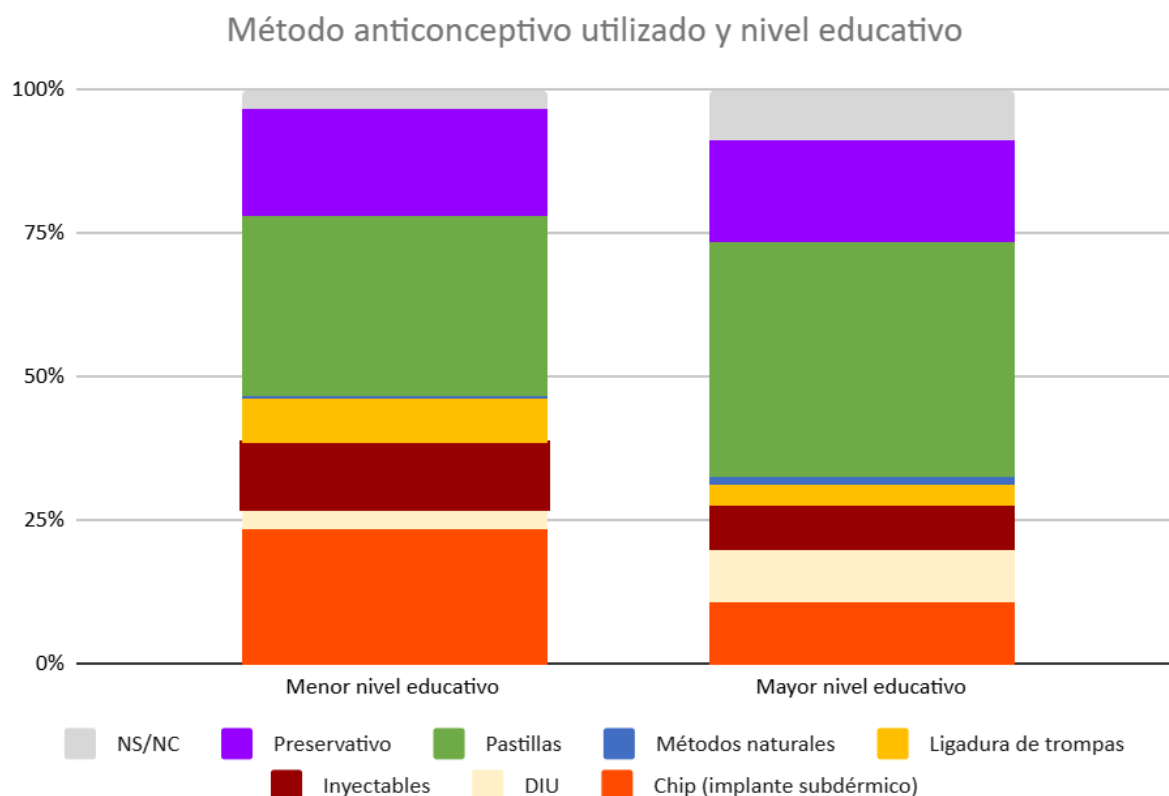


Tabla 9: Opciones anticonceptivas de las usuarias del sistema público de salud, según nivel educativo

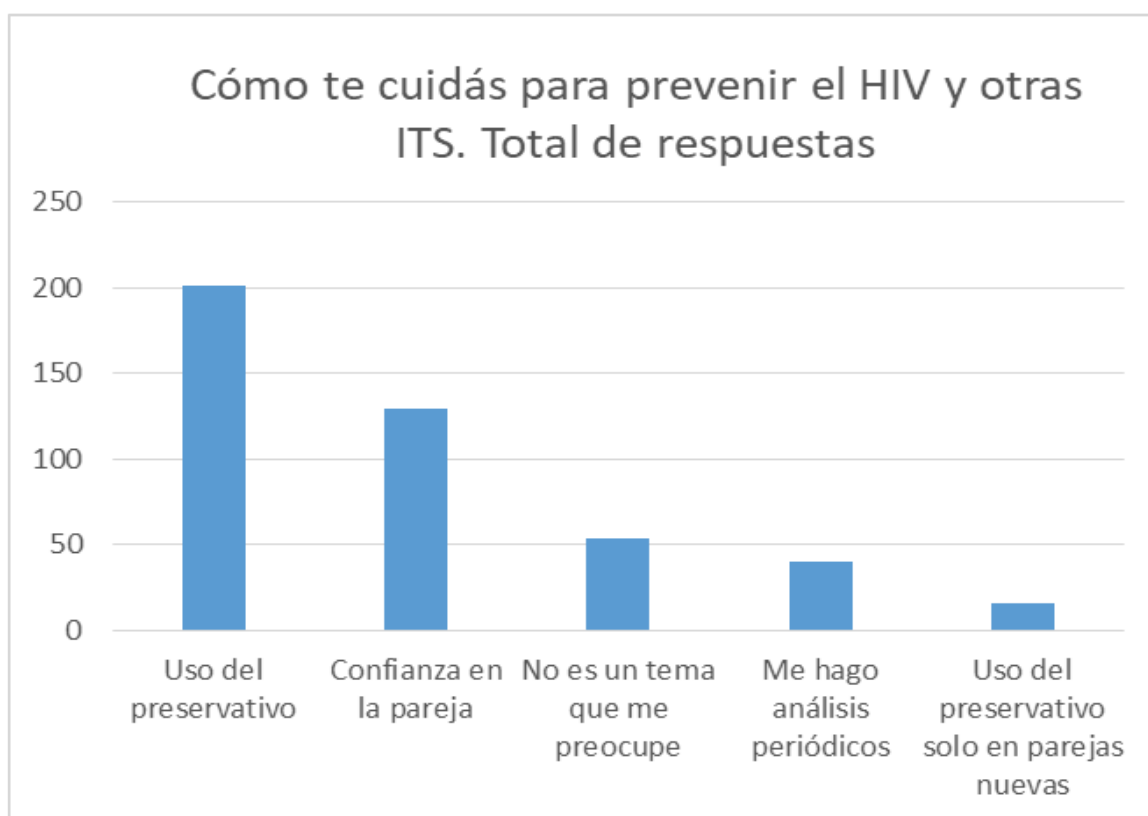
| MAC                        | Menor nivel educativo | Mayor nivel educativo |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Chip (implante subdérmico) | <b>23,4%</b>          | <b>10,7%</b>          |
| DIU                        | 3,5%                  | 9,3%                  |
| Inyectables                | 11,3%                 | 7,3%                  |
| Ligadura de trompas        | 7,8%                  | 4,0%                  |
| Métodos naturales          | 0,7%                  | 1,3%                  |
| Pastillas                  | <b>31,2%</b>          | <b>40,7%</b>          |
| Preservativo               | <b>18,4%</b>          | <b>18,0%</b>          |
| NS/NC                      | 3,5%                  | 8,7%                  |
| <b>Total</b>               | <b>100,0%</b>         | <b>100,0%</b>         |

### 3.4. Medidas de prevención de ITS

En relación a la prevención de ITS, la opción más mencionada fue el uso del preservativo, seguido por la confianza en la pareja (Gráfico 27) -que es proporcionalmente más relevante entre las mayores (Gráfico 28).

Sin embargo, en términos porcentuales sólo la mitad de las personas menciona el uso del preservativo. Cabe resaltar también la baja relevancia que tiene el testeo periódico, que está en penúltimo lugar para todos los grupos etarios.

Gráfico 27: Medidas más mencionadas para la prevención de ITS

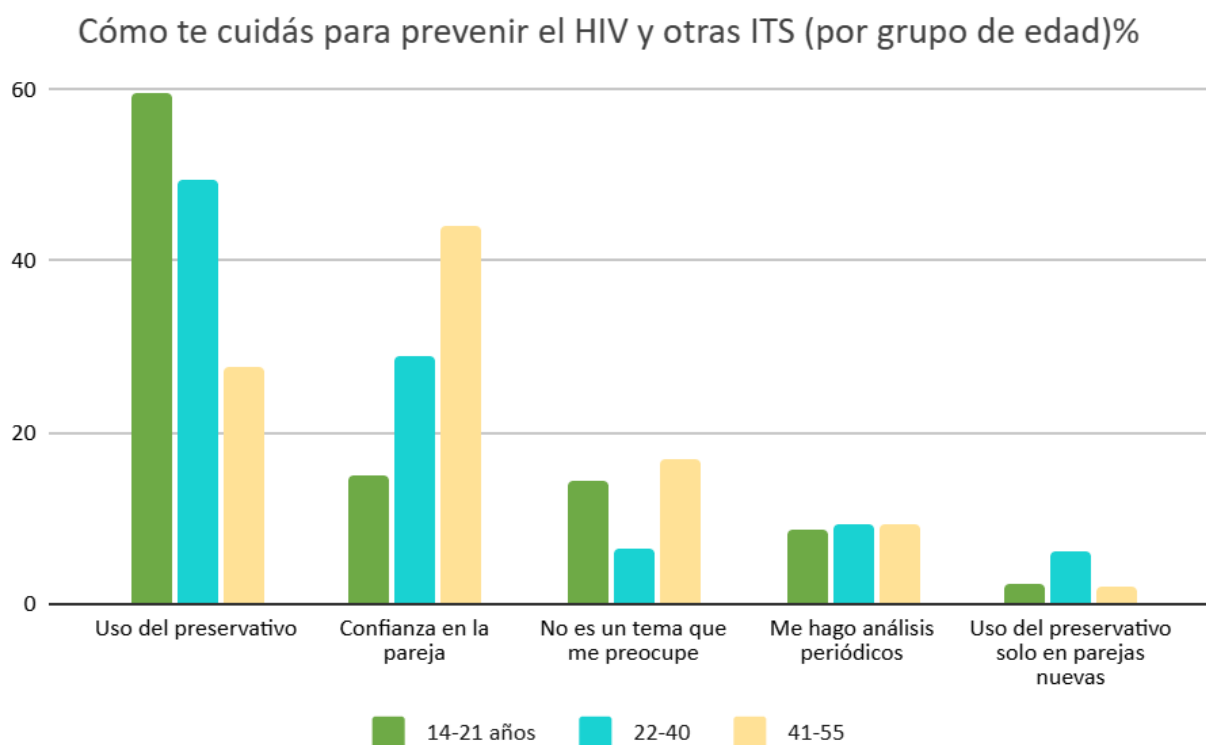


\*Para la elaboración de este gráfico se determinó la frecuencia de cada mención (sin jerarquizar). El resultado no es porcentual sino que muestra frecuencia de menciones, que fue 440.

Tabla 10: Comparación porcentual de medidas más mencionadas para la prevención de ITS, por grupo etario

| CUIDADO ITS                                 | 14-21 años  | 22-40 años  | 41-55 años |
|---|-------------|-------------|------------|
| Uso del preservativo                        | <b>59,7</b> | <b>49,3</b> | 27,7       |
| Confianza en la pareja                      | <b>15,1</b> | <b>28,8</b> | 44         |
| No es un tema que me preocupe               | <b>14,4</b> | 6,3         | 17         |
| Me hago análisis periódicos                 | 8,6         | <b>9,4</b>  | 9,2        |
| Uso del preservativo solo en parejas nuevas | 2,2         | 6,2         | 2,1        |
| TOTAL %                                     | 100         | 100         | 100        |

Gráfico 28: Comparación porcentual de medidas más mencionadas para la prevención de ITS, por grupo etario



\*Se decidió hacer % de respuestas como consecuencia de que las respuestas por grupo no son equilibradas.

### 3.5. Características de los efectores públicos en relación a estrategias de promoción de la salud: información en sala de espera y dispenser de preservativos

En cuanto a la disponibilidad de información sobre SSYR e insumos en los efectores relevados, debido a los motivos informados en “Errores”, el dato fue relevado según la cantidad de menciones de cada opción.

La información sobre SSYR en sala de espera pasa desapercibida para la mitad de las personas encuestadas (Gráfico 29), lo cual es similar en todos los efectores (Tabla 11). Quienes identifican la existencia de afiches, mencionan que las temáticas son Maternidad y embarazo, ITS, y MAC.

El 47.3% menciona que no hay dispenser de preservativos (Gráfico 30); y sólo el 16,5% de las encuestas refiere disponibilidad de folletería en ese ámbito(Gráfico 31).

Gráfico 29: Porcentaje de encuestadas que identifican afiches sobre SSYR en el efector

Hay afiches sobre temas de salud sexual y reproductiva (%)

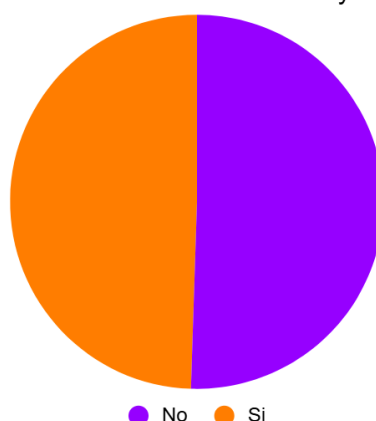


Tabla 11: Cantidad de usuarias que identifican afiches en sala de espera sobre temas de SSYR, por efector

| ¿Hay afiches sobre temas de SSYR?  | No         | Si         | Total encuestas |
|------------------------------------|------------|------------|-----------------|
| Hospital Cullen (SANTA FE)         | 3          | 13         | 16              |
| Hospital Iturraspe (SANTA FE)      | 0          | 10         | 10              |
| Hospital Jaime Ferré (RAFAELA)     | 13         | 12         | 25              |
| Hospital Olga Stucky (RECONQUISTA) | 1          | 2          | 3               |
| Otro hospital                      | 169        | 143        | 312             |
| Otro lugar no hospitalario         | 11         | 18         | 29              |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>197</b> | <b>198</b> | <b>395</b>      |

Tabla 12: Representación porcentual de temas sobre los que se informa en la cartelera de sala de espera de los efectores donde se realizaron las encuestas

| Temas de los afiches en sala de espera | Porcentaje |
|--|------------|
| ITS                                    | 24,4%      |
| Maternidad y embarazo                  | 24,2%      |
| MAC                                    | 21,5%      |
| Violencia de género                    | 12,2%      |
| Sexualidad y adolescencia              | 12%        |
| Horarios de atención de la consejería  | 3,8%       |
| ILE                                    | 3,3%       |
| Diversidad Sexual, población LGTTBI    | 2,3%       |

Gráfico 30: Porcentaje de encuestas que mencionan disponibilidad de dispenser de preservativos en la sala de espera del efector

En la sala de espera, ¿hay caja o dispenser de PRESERVATIVOS?

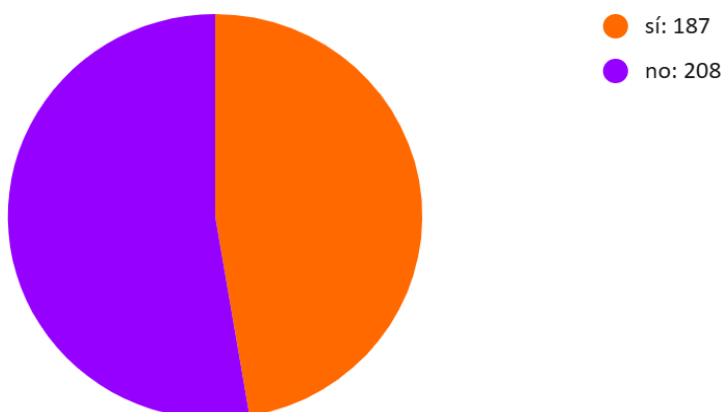
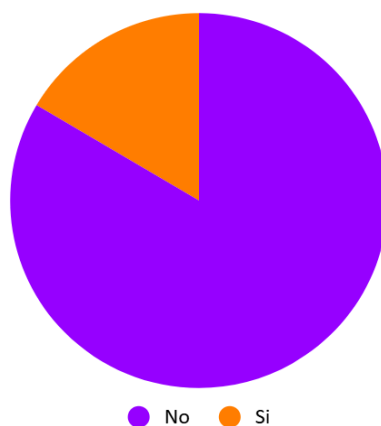


Gráfico 31: Porcentaje de encuestas que mencionan disponibilidad de folletería sobre SSYR en el efector

¿Hay disponibilidad de folletos sobre salud sexual y reproductiva?



## 4. DISCUSIÓN

A fin de contextualizar la discusión, es necesario aclarar en principio que MultiPalabras es una organización de la sociedad civil que trabaja perspectiva de género y derechos humanos sin las herramientas ni la infraestructura estatal o de un centro de investigación (recursos humanos, estadísticos, informáticos y económicos entre otros) .

En este apartado abordaremos los principales aspectos surgidos del análisis de los datos presentados, con la finalidad de identificar el efectivo cumplimiento por parte del estado provincial, del marco legal vigente en SSYR. Asimismo, nos interesa revisar aspectos a mejorar o potenciar en la implementación de las políticas públicas vinculadas a la temática, que nos posibiliten realizar acciones de incidencia.

Con estos objetivos hemos dividido la discusión en tres ejes: los aspectos vinculados a la validación de los datos; los hallazgos más relevantes en cuanto a: las características de la población, el acceso a MAC, la prevención de ITS, el acceso a la información en general y sobre IVE/ILE en particular, el rol de los efectores en la promoción de la salud; y las potenciales líneas de acción que se desprenden de ambos puntos.

### 4.1. Aspectos metodológicos

Como se mencionara inicialmente, la delimitación de la muestra implicó algunos sesgos que es necesario tener en cuenta al momento de analizar los datos. Si bien por una cuestión técnica y económica se desistió de un muestreo representativo, la recolección de la información en los ámbitos hospitalarios implicó que el estudio se centrara en aquellas

usuarias que han efectivamente accedido al sistema de salud. Es decir: quedaron por fuera del relevamiento, aquellas que permanecen desvinculadas debido a diferentes barreras, y tampoco fue posible identificar las características de dichas barreras. Este es un punto a considerar al analizar el alto reporte de "continuidad profesional" o "acceso a métodos" de quienes efectivamente fueron alcanzadas por el estudio.

En relación al monitoreo anterior, que incluyó a centros de salud, es posible que la actual elección posibilite un menor sesgo de localización al estar los datos más desvinculados de dificultades logísticas o administrativas propias de un efector de menor complejidad.

Por otra parte, la ausencia de variables como pareja estable u ocasional, o acceso a la ESI en el ámbito escolar, limitan la interpretación de la información (por ejemplo, por qué la mitad de las usuarias no menciona el uso de preservativo como una medida de cuidado ante las ITS).

En cuanto a las fortalezas y avances en relación al monitoreo anterior, algunas de ellas fueron:

- el uso de tecnología para la recolección de datos: la implementación de una aplicación ad-hoc permitió reducir el error de carga y acelerar este proceso;
- la consolidación de alianzas con otras organizaciones del centro norte provincial y el fortalecimiento de activistas locales independientes: cuatro organizaciones estuvieron presentes en ambos monitoreos (localidades de Esperanza, Tostado, San Javier, Rafaela) y dos se sumaron en esta oportunidad (San Jorge y Reconquista); cinco de las que estuvieron presentes en el 2025, no participaron en esta oportunidad (mayormente porque no se priorizó la localidad en que trabajan). En las localidades donde no se identificaron organizaciones, el relevamiento fue realizado por activistas independientes.
- la incorporación del monitoreo de una mirada sobre las salas de espera como espacios activos para el acceso a la información e insumos (cartelería, folletos, preservativos);
- el asesoramiento por parte de una socióloga, que facilitó la reflexión sobre el instrumento de recolección de los datos, y el procesamiento de estos;
- La implementación de un acompañamiento continuo sincrónico y mediante material audiovisual (video tutorial sobre la aplicación de la encuesta) para reforzar el trabajo de las encuestadoras.
- La realización de material audiovisual con el testimonio de las encuestadoras, como estrategia para dar legitimidad y ampliar la visibilidad del trabajo realizado.

## 4.2. Características de la población relevada

A lo largo de este y los siguientes ítems nos referiremos a la población encuestada con el término “mujeres” dada la abrumadora mayoría de personas con esta identidad de género. Este constituye un primer aspecto relevante de la muestra, ya que sólo se logró encuestar a un varón trans entre 394 mujeres cis. Es preciso considerar, ante la baja presencia de estos usuarios en el sistema sanitario, qué diseño metodológico permitiría dar cuenta de su efectivo acceso al derecho a la SSYR, y cómo problematizar la cisonormatividad de la atención de la salud sexual en los efectores públicos.

En cuanto a los datos relevados, si bien estos muestran una distribución etaria equilibrada, surgen algunos aspectos llamativos al revisar la escolaridad y la paridad. Por un lado, la retención escolar parece ser mayor entre las mujeres más jóvenes, ya que el grupo de mayor edad (41-55 años) muestra comparativamente un menor nivel educativo. El grupo de 41-55 años evidencia, además de mayor paridad y menor escolaridad, menor conocimiento del 0800. Cabe en este sentido preguntarse qué políticas existen para la educación sexual en personas que transitan la perimenopausia, y cuáles son las vías por las que este grupo accede a la información sobre SSYR.

Por otra parte, existe una correlación crítica entre nivel educativo y paridad. Las grandes multíparas (+5 hijos) muestran un menor nivel educativo, en consonancia con la bibliografía nacional que señala la educación como el principal predictor de la autonomía reproductiva. La correlación directa entre bajo nivel educativo y alta paridad da cuenta de ocasiones perdidas en la ESI a nivel comunitario, que beneficiaría a aquellas personas que quedan por fuera de las instituciones. Por otra parte, la reducción de la paridad en el grupo con mayor educación refleja probablemente la posibilidad de "proyectos de vida" distintos a la maternidad biológica. Más allá de la relevancia del sistema educativo, nos preguntamos qué rol cabe al sistema de salud en la posibilidad de pensar, generar, y acompañar estas alternativas. Este interrogante nos da pie para analizar el siguiente punto.

## 4.3. Acceso a MAC: barreras invisibles

Las participantes de este monitoreo mencionaron menor continuidad en la atención profesional (47.6 % frente a 69% en el 2021), a pesar de lo cual el nivel de asesoramiento en MAC no mostró grandes diferencias (82.2% en 2025, 85,7% en 2021).

Sin embargo, los datos de este monitoreo, al igual que el anterior, denotan una brecha entre la evidencia científica en relación a la efectividad y elegibilidad de los métodos de larga duración (LARCs), y la garantía del derecho a la salud traducida como acceso a la información y práctica clínica territorial.

En el caso de la ligadura tubaria y los inyectables, su utilización es menor en la muestra actual; sin embargo, los LARCs refirieron ser más utilizados: el uso del Chip (implante subdérmico) ascendió del 9.7% en 2021 al 16.7% en 2025, y con el DIU pasó algo similar, pasando del 3.4% en 2021 al 6.4% de la muestra en 2025.

A pesar de ese incremento, el uso de ambos métodos entraña marcadas diferencias. El implante subdérmico se ha consolidado como el método líder en jóvenes (14-21 años) y sectores de menor nivel educativo, lo cual puede responder a una política pública focalizada en reducir el embarazo no intencional en poblaciones vulnerables. En este marco, cabe destacar que entre 2017 y 2023, la provincia de Santa Fe adoptó los lineamientos técnicos y las capacitaciones del Plan ENIA, recibiendo (y adquiriendo también) insumos como los implantes subdérmicos; todo ello a pesar de no haberse incluido en dicho plan como provincia priorizada. Sin embargo, esto abre interrogantes sobre las características de las consejerías: ¿se elige el implante por autonomía o porque hay una tendencia a proponerlo a ciertos perfiles sociales? ¿Cuáles son los criterios con los que se prioriza este método frente al DIU, más duradero y efectivo en términos de costo/beneficio?

Por otra parte, contrariamente a lo que ocurre con el implante, en el caso del DIU puede observarse una situación estable de subutilización: los datos confirman que, a diferencia de otros grupos, las nulíparas casi no lo utilizan, y su elección entre las más jóvenes es nula. Esto sugiere que la disponibilidad del insumo no es la principal barrera, y que esta se debe posiblemente a la falta de información y sensibilización entre esos grupos, o a un sesgo profesional persistente. Lo cierto es que dicha situación contradice la evidencia científica actual: los protocolos del Ministerio de Salud (2024-2026) recomiendan al DIU como un método de primera línea para adolescentes y nulíparas por su alta eficacia, y los criterios médicos de elegibilidad de la OMS lo catalogan como categoría 1 (sin restricciones) para nulíparas. Esto abre interrogantes en relación a la persistencia de mitos y prejuicios entre profesionales de la salud en relación a los LARCs, a los circuitos para su colocación y recambio, y a la difusión de sus ventajas entre la población señalada.

En relación a los otros métodos, la difusión del uso de anticoncepción oral se mantiene en ambas muestras a pesar de la existencia de métodos menos dependientes de la usuaria y que permiten una regulación de la fertilidad a largo plazo. Subyacen a esto varias preguntas relacionadas con las características de las consejerías: ¿qué otros métodos se proponen, y qué información se provee sobre ellos, a quienes recién están comenzando su vida sexual y probablemente no proyecten la maternidad en los próximos 6 años? ¿Qué ocurre en el grupo de mujeres perimenopáusicas? ¿Qué dificultades se presentan para el cambio de método, a quienes ya vienen controlando su fertilidad con alternativas de corta duración? ¿Cómo se trabajan estas decisiones desde el equipo de salud? ¿Cómo se difunde esta información? Estos interrogantes sugieren la necesidad de nuevas líneas de investigación, e instancias de capacitación profesional focalizadas en la experiencia de las usuarias de los diferentes grupos etarios. Por otro lado, el uso del preservativo está más difundido en la muestra actual: 19,4% de las encuestadas respondieron que lo utilizan como MAC, frente al 4,8% del muestreo anterior. Esto es una buena noticia en relación a la concientización sobre la necesidad de métodos de barrera, pero requiere una indagación en profundidad sobre el modo en que se utiliza.

Otro aspecto llamativo en relación a la utilización de MAC es su relación con un trabajo pago. Es posible que ambas situaciones se potencien mutuamente: el uso de un MAC permite espaciar la paridad y preservar el trabajo ante condiciones de precariedad laboral, pero también el ingreso económico permite mantener la continuidad en el uso de un

método. En este sentido, la Tabla 7 (gratuidad del método) nos ofrece una pista para el análisis de la relación entre situación laboral y uso de un MAC: muchas usuarias del sistema público compran los anticonceptivos (especialmente en el grupo de 22-40 años). ¿Lo hacen por falta de stock en el hospital?

A pesar de las dificultades en la cadena de suministro del Programa Nacional de Salud Sexual en el último año, y el desfinanciamiento sostenido del sistema de salud público, más del 80% de las usuarias de MAC refiere no haber tenido problemas para obtenerlo durante el último año; si sólo consideramos las 125 personas que lo obtuvieron gratis, el porcentaje de quienes no tuvo ningún problema en la entrega asciende al 90,5 % (113). Estos datos son similares a los del monitoreo 2021, que rechaza la hipótesis de la compra por falta de insumos, y exige considerar otras barreras que trasladan el costo de la anticoncepción a las usuarias del sistema público. Entre esas barreras, es menester tener en cuenta aquellas intrainstitucionales como la burocracia en los turnos, el tiempo de espera, o –en el caso de DIU e Implantes- la escasez de profesionales o recursos técnicos para colocarlos; pero también el costo del transporte, o la falta de información, que atentan contra la soberanía reproductiva.

#### **4.4. Prevención de ITS: un estado que delega en las mujeres**

En el grupo relevado, el uso del preservativo se menciona con frecuencia como una medida preventiva para las ITS, pero esto se da sólo en la mitad de las encuestadas. En los efectores, si bien la anticoncepción y las ITS están entre los temas más presentes en la cartelería, la ausencia de dispensers de preservativos en las salas de espera constituye una oportunidad perdida para el refuerzo de esos mensajes y el énfasis en la prevención.

Ante un incremento histórico de las tasas de sífilis en adultos en Argentina (2024-2026), esos datos, y el hecho de que solo el 9% de las usuarias considera la posibilidad de análisis periódicos (Tabla 10), constituyen señales de alerta epidemiológica. Teniendo en cuenta que, sobre todo durante la etapa reproductiva, las mujeres tienen un acceso a los controles de salud más sostenido que los varones, la baja tasa de testeo entre ellas sugiere un nivel mucho más deficitario entre estos -lo cual explica en parte que la incidencia de ITS entre varones duplique a la de las mujeres (MSN, 2025).

En ese sentido, la "confianza en la pareja" como medida de prevención es un hallazgo preocupante, ya que está ampliamente documentada la dificultad para la negociación del preservativo en parejas estables. Peor aún, en el grupo de 41-55 años, la "confianza en la pareja" (44%) supera ampliamente como medida preventiva, al uso del preservativo (27,7%). Esto, sumado al desconocimiento del estado serológico de sus parejas, deja a las mujeres especialmente expuestas a las ITS. Todo ello nos lleva a preguntarnos ¿qué tipo de medidas de protección serían de utilidad para mujeres adultas cis con pareja estable? Además, y si bien serían necesarios más estudios para corroborar la hipótesis de la falta de testeo en los varones, ¿qué estrategias pueden impulsarse desde la salud pública para promover dicha práctica y el uso de preservativo en este grupo?

El bajísimo nivel de testeo periódico indica, además, que el sistema de salud no ha logrado instalarlo como una medida de rutina para la prevención de ITS, limitándolo a la demanda espontánea o al control prenatal en mujeres cis. Los resultados revelan un estado que no sólo delega en ellas el peso de la prevención, sino que "espera" que pidan el test o los preservativos, en vez de ofrecer ambas medidas activamente, en cada visita e independientemente del género de la persona.

#### **4.5. IVE ILE y acceso a la información: el persistente silencio institucional**

El desconocimiento prevalente respecto a la IVE/ILE y a la Línea 0800, especialmente en sectores de menor educación y mayores de 41 años, da cuenta de una falla en la comunicación institucional. Es notable que, a pesar de tener la Ley 27.610 (IVE/ILE) plenamente vigente desde hace años, los niveles de desconocimiento sobre dónde acudir para un aborto legal no han bajado significativamente respecto al informe anterior. Lo mismo ocurre en el caso de la Línea 0800.

En el caso de la IVE, este incumplimiento, que se evidencia además en la ausencia de folletería y afiches, no es solo una falla administrativa: vulnera el Derecho a la Información amparado por Ley de los Derechos del Paciente (26.529) que establece que los efectores tienen el deber de informar activamente respecto a las prácticas de cuidado de la salud.

Paradójicamente, mientras que el 80% de las encuestadas recibió asesoramiento en MAC, la misma proporción de personas refiere su ausencia en relación a la IVE/ILE, e ignora la existencia de la Línea 0800. El asesoramiento alto en MAC pero nulo en IVE (Gráficos 9-15) sugiere que el sistema de salud sigue operando bajo un paradigma tutelar o preventivo, y evita comunicar la posibilidad de IVE como derecho consagrado; esta situación genera una "objeción de conciencia institucional" indirecta que reduce la legitimidad de la práctica y genera una barrera al momento de requerirla.

En cuanto a la Línea Gratuita 0800, y más allá del desconocimiento, cabe preguntarse si, en una época y contexto social en que prácticamente todas las comunicaciones son mediante telefonía móvil y redes sociales, esta estrategia sigue teniendo la misma utilidad. ¿Es una falla de difusión del Ministerio, o las usuarias no consideran que sea una alternativa acorde a sus posibilidades?

#### **4.6. El rol de los efectores en la promoción de la salud**

La observación de la información e insumos disponibles en los efectores (Gráficos 29-31), es coherente con las falencias evidenciadas. En el monitoreo de 2024, se mencionaba la falta de señalética clara; los datos de 2026 confirman que la sala de espera sigue siendo un "espacio de silencio". La mitad de las salas de espera permanece "muda" en términos de cartelera o gratuidad de los preservativos, y sólo el 16% de las encuestas reportó folletería. En el caso de IVE/ILE este silencio se profundiza: el tema está presente en sólo el 3.3% de las salas de espera que tienen afiches (52%).

¿Qué impacto tiene un ámbito visualmente vacío en la predisposición de una usuaria a preguntar por temas "tabú" como el aborto? ¿Qué dice sobre la responsabilidad del Estado en dar a conocer este derecho? La falta de cartelera y dispensers de preservativos implica la pérdida de oportunidades para la promoción de la salud y la prevención en los momentos de espera en el sistema público, e invalida el concepto de salud integral relegando a los efectores al rol de proveedores de asistencia e insumos.

#### 4.7. Propuestas para la incidencia

A fin de generar acciones de incidencia, en la próxima etapa del análisis de esta información nos proponemos realizar una diferenciación por nodo sanitario. De todas maneras, en este primer avance podemos identificar varios aspectos para poner en agenda movimientos concretos en pos de la mejora en la implementación de las políticas de cuidado en SSYR.

Algunos hallazgos críticos de este monitoreo, son:

**Brecha de Información:** El 80% desconoce dónde acceder a una IVE/ILE o a la línea 0800, a pesar de atenderse habitualmente en el sistema público.

**Invisibilidad de ITS:** entre las mujeres mayores (41-55 años) la confianza en la pareja es mencionada en el 44% de los casos como método de prevención. Solo el 9% considera relevante el testeo rutinario.

**Obstáculos en LARC:** persiste el sesgo profesional para el acceso al DIU en nulíparas, limitando las opciones de las más jóvenes a métodos hormonales de corta duración.

Con base en esos hallazgos, proponemos las siguientes acciones:

**Garantizar la "Sala de Espera Activa" en el 100% de los efectores:** facilitar información obligatoria, concreta, accesible y en términos comprensibles, mediante el desarrollo de actividades y la exhibición de folletería y posters sobre rutas de acceso a IVE/ILE, que garantice el cumplimiento de la Ley 27.610. Dar mayor visibilidad a la Línea 0800 de SSYR, facilitando información sobre esta (stickers, folletos) a todas las personas que realicen una consulta en salud.

**Protocolizar el uso de LARC (DIU/ Implantes) en adolescentes y nulíparas:** realizar capacitaciones obligatorias con perspectiva de derechos para evitar sesgos profesionales. Monitorear y eliminar las barreras burocráticas y técnicas en cada efector, sobre todo para la colocación de DIU y la extracción de implantes.

**Desburocratizar la gratuidad de MAC de corta duración:** Investigar por qué usuarias del sector público terminan comprando anticonceptivos en farmacias. Agilizar la entrega para evitar el gasto de bolsillo en población desocupada (49.4% de la muestra). Garantizar stock en MAC de corta duración y de barrera. Asegurar la presencia de dispensers de preservativos visibles y accesibles en el 100% de las salas de espera.

**Oferta activa y rutinización del testeo para ITS en cada consulta de salud:** Implementar el ofrecimiento de pruebas rápidas de ITS en personas en edad reproductiva (con mayor énfasis entre mayores de 40 años), independientemente del género, en consultas generales y en sala de espera.

**Implementar estrategias de cuidado de la salud sexual en mujeres perimenopáusicas**, con énfasis en anticoncepción e ITS.

**Generar alternativas viables para la generación de reclamos y provisión de información**, ya sea facilitando una línea fija para el acceso a la Línea 0800, como generando otras alternativas acordes al contexto tecnológico actual.

**Desarrollar en todos los efectores, actividades de ESI comunitaria con enfoque en SSyR**: Fortalecer la articulación salud-educación y salud-organizaciones territoriales, para que el conocimiento sobre métodos no dependa del nivel educativo alcanzado, sino de la formación ciudadana básica. Promover articulaciones intersectoriales para garantizar la llegada del sistema de salud a quienes no llegan a los efectores.

## 5. CONCLUSIONES

El monitoreo realizado por MultiPalabras en el 2025 comprendió a 395 personas (mujeres cis y varones trans), usuarias de efectores públicos mayormente hospitalarios.

Los datos relevados denuncian una realidad crítica: existe un marco legal de vanguardia, pero una ejecución estatal deficitaria. A pesar de la vigencia de las Leyes 25.673 (Salud Sexual) y 27.610 (IVE/ILE), el sistema de salud sigue funcionando en muchos aspectos bajo una lógica de demanda espontánea que traslada la carga del acceso a las usuarias y desprotege especialmente a las más vulneradas.

Si bien la gratuidad de los MAC es un pilar consolidado, no está garantizada entre mujeres trabajadoras; también el derecho a la información sobre IVE/ILE, y la prevención activa de ITS mediante el testeo y el uso de preservativo, siguen supeditados al capital educativo y la situación laboral de las usuarias profundizando las brechas de inequidad en salud.

En cuanto a la IVE, a más de 5 años de la sanción de la Ley, alrededor del 80% de las usuarias desconoce si en su centro de salud se garantiza el aborto legal, o en qué lugar solicitar la práctica. La ausencia de asesoramiento, como así también de cartelería y folletería (detectada en más de la mitad de los efectores) no es un olvido administrativo: es una omisión de deberes que vulnera el derecho a la información, configura una barrera de acceso indirecta, y refuerza el estigma sobre los cuerpos con capacidad de gestar.

La información relevada demuestra la capacidad de las organizaciones sociales para generar datos primarios donde el Estado suele tener subregistro, y proponer acciones concretas orientadas a la remoción de barreras, la garantía de la equidad e igualdad en salud, y la reivindicación de los efectores como instituciones cuya función va más allá de la satisfacción de demandas.

Por último, nos interesa resaltar la necesidad de fortalecer las políticas comunicacionales en materia de SSyR, cuya debilidad desdibuja la garantía estatal y hace que el acceso termine dependiendo de la voluntad del profesional o del equipo de salud. SIN COMUNICACIÓN PÚBLICA Y ADECUADA DE LOS DERECHOS, NO HAY EQUIDAD EN SALUD, ya que estos quedan librados a las decisiones y posibilidades individuales.

**Equipo de diseño de Proyecto de Monitoreo Social de Acceso a la Salud Sexual:**

María Serra  
María Fernanda Pagura  
María Flavia Del Rosso  
Mabel Busaniche  
Silvia Ferrero  
Mariángeles Guerrero  
Beatriz Gutiérrez  
Sandra López  
Patricia Méndez Lissi Marisa Poggi  
Miriam Urgorri

**Participaron del Monitoreo Social de Acceso a la Salud Sexual realizando las encuestas las siguientes compañeras:**

Agostina Fernández. Reconquista. Colectiva Savia.  
Marlén Ortiz. Reconquista. Colectiva Savia.  
Noelia Barolín. Reconquista. Colectiva Savia.  
Andi Florentin. Villa Ocampo.  
Carolina Strina. San Justo.  
Daniela Jaquelina Verón. Las Toscas  
Débora Juárez. Ceres.  
Gabriela Maldonado, Tostado. Grupo MAPIK.  
Rosana Oitana, Esperanza. Se Dice De Mí.  
Guillermina Cherry, Esperanza. Se Dice de Mí  
Nicole Maillard, Esperanza. Se Dice de Mí.  
María Julieta Widder, Esperanza. Se Dice de Mí.  
Irina Lerda, San Guillermo.  
Lorena Viola, Santo Tomé. Pieles en Interferencia.  
Romina Sotello, Santo Tomé, Pieles en Interferencia  
María José Zocchi, San Jorge. MUMALÁ  
María Victoria Mammarelli, San Cristóbal.  
Mariángeles Pérez, Sunchales.  
Nadia Vardé. San Javier. Asociación Comunitaria Mujeres de la Costa Sol Hubeli. San Javier. Asociación Comunitaria Mujeres de la Costa  
Zaira Aranda. Romang.  
Romina Donzelli, Santa Fe, Multi Palabras.  
Verónica Huaco del Carpio. Rafaela. Asamblea Feminista Rafaela

**Equipo Técnico App Guazú:**

Sociólogo Nicolas Seja y Licenciado en Ciencias Políticas Luciano Albizzati.