

Informe de Monitoreo Social 2009 PROVINCIA DE FORMOSA

SISTEMATIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS POR PROVINCIA O MUNICIPIO – Noviembre 2009.

Periodo analizado: Septiembre 2008 a Agosto 2009.

Entrevistas realizadas: 3

- Jefe del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, médico ginecólogo Emilio Pereyra.
- Directora del Centro de Salud Barrio “8 de octubre”, enfermera universitaria Miguela Uzaín.
- Médico ginecólogo del Consultorio de Salud Sexual y Procreación Responsable del Hospital de la Madre y el Niño, Dr. Javier Lukestick.

Inserción del Programa en la estructura del gobierno, funcionamiento general y capacitación a profesionales

No existe en la provincia de Formosa una ley provincial que regule las acciones en SSyPR, aunque sí adhieren a la legislación nacional. El Programa depende de la Dirección de Maternidad e Infancia, Subsecretaría de Salud, Ministerio de Desarrollo Humano.

A lo largo de toda la entrevista se observa un alto grado de informalidad del funcionamiento del programa provincial. No hay información accesible, ni recursos humanos suficientes (aparentemente, todo el personal del Programa es voluntario) En este sentido, la participación de la sociedad civil organizada en la planificación y evaluación es prácticamente inexistente. En realidad, la existencia misma del programa parecería ser puramente formal.

El entrevistado indica que fue designado en el cargo recientemente, y que aun está organizándose. Propone que es fundamental articular pero que esto no se hace, y destaca la instancia de entrevista como posibilidad de fortalecer vínculos. Se desprende de la entrevista, además, que el personal actuante en el Programa tiene formación médica, pero carecen de formación en otras áreas. Según el entrevistado, el abordaje de la problemática de salud sexual debería ser multidisciplinario.

El Programa no cuenta con ningún tipo de presupuesto a nivel provincial, sino que administra el presupuesto nacional. Con esta escasez de recursos, es poco lo que el entrevistado siente que puede llevar adelante. El Programa parecería estar reducido a la entrega de MACs. A su vez, durante el último tiempo, gran parte de los recursos provinciales en salud están siendo destinados a los temas de dengue y Gripe A.

En este sentido, desde la provincia no se compran partidas adicionales de insumos, sino que funcionan exclusivamente con los envíos de Nación. En la mirada del entrevistado, la cantidad de MACs con la que cuentan es suficiente.

El Programa funciona en todos los Hospitales y CAPs de la provincia. El entrevistado indica que “la parte médica está cubierta, falta lo otro, la educación y la información”.

En relación a la cobertura del Programa, no se cuenta con datos sólidos. De las 350.000 mujeres que habitan en la provincia, hay alrededor de 13.000 nacimientos por año. De estas, de acuerdo al entrevistado, un 10 ó 15% se encuentra bajo Programa. Es interesante que este cálculo, realizado con números aproximativos por el Jefe de Programa, indica que las acciones están destinadas exclusivamente a mujeres en edad fértil después de la concepción. No habría posibilidad de llegar a otras capas de la población.

El seguimiento de los efectores se hace a través del informe periódico de una planilla de insumos recibidos y entregados, que se realiza en cada centro. No existe un mecanismo claro para que las usuarias puedan denunciar vulneraciones a sus derechos en el sistema de salud. Según el entrevistado, en 20 años en el servicio de ginecología no se ha enterado de ningún reclamo de este tipo, ni se han identificado casos concretos de prestadores que no cumplan con la normativa vigente.

En cuanto a las capacitaciones, la última fue realizada en diciembre del 2008 y estuvo dirigida a directores de hospitales y centros de salud. Durante el 2009 fue imposible porque la provincia se avocó exclusivamente a las capacitaciones en dengue y Gripe A. Según el entrevistado, de todos modos, los médicos son los que menos necesitan capacitación. Aunque admite que la salud de un paciente está en relación con su salud sexual, que no se refiere exclusivamente a una concepción fisiológica, no percibe al necesidad de capacidad al personal médico en otras áreas. Reconoce que no cuentan con especialistas en estos temas. La inexistencia de presupuesto para capacitación, sumado a que el Programa carece de personal asignado –son todos voluntarios–, destina la formación de los profesionales a sus posibilidades e intereses personales, y no se configura como una política pública clara.

A su vez, el Programa no articula con otras instancias del gobierno provincial. Según el entrevistado, aunque sería fundamenta que esto ocurriera, nadie toma la iniciativa de hacerlo.

Características generales de los servicios de salud analizados

Se han monitoreado dos servicios específicos de atención en SSyR en la provincia: el Centro de Salud Barrio “8 de octubre” y el Consultorio Externo de Salud Sexual y Procreación Responsable del Hospital de la Madre y el Niño. Dentro de este hospital también brinda servicios en SSyR el Consultorio de Alta Conjunta, dirigido a aquellas pacientes internadas por parto común o como consecuencia de un aborto incompleto.

En el servicio del hospital atienden a las usuarias una enfermera, una obstetra y un médico ginecólogo. Uno de los pocos capacitados es el entrevistado (que fue también capacitador cuando se reglamentó la lisis tubaria), pero no durante este período. En el consultorio de Alta Conjunta participan cinco médicos.

El CAP cuenta, para la atención en SSyR, con una ginecóloga y una obstetra. La entrevistada menciona que la última capacitación recibida fue hace tres años, por parte del Programa de VIH/Sida. Manifiesta, además, que los programas “no bajan” al nivel de efectores y usuarios.

El Consultorio Externo del hospital funciona martes, miércoles y jueves a la mañana, y atiende a las pacientes con turnos programados. En el CAP ginecología funciona lunes y martes y obstetricia de lunes a viernes, ambos durante todo el día. Se dan turnos programados los viernes para la semana siguiente, dejando algunos turnos libres para atender la demanda espontánea. La espera en general es de 15 ó 20 minutos.

Ambos lugares son gratuitos, y se atiende a cualquier persona con o sin DNI, sin necesidad de ninguna otra documentación. La entrevistada del CAP señala que sí hay barreras para la atención de personas indocumentadas en otros establecimientos, y que, al detectar esta situación, ellas intervienen intentando solucionarla. El entrevistado del hospital también menciona situaciones de discriminación a usuarios/as paraguayos/as en otros hospitales (por ejemplo, el gobierno de la provincia no cubre la medicación de pacientes oncológicos)

Esta institución atiende entre 60 y 85 pacientes por semana entre los dos servicios. Según el entrevistado, aproximadamente el 25% de los partos corresponden a usuarias adolescentes. Es destacable que los Consultorios Externos atienden alrededor de 3 pacientes por día, que parecería un número extremadamente bajo para la media de los servicios en hospitales públicos. Para el CAP, la entrevistada de una cifra global de 670 usuarias al año.

En ambas instituciones las usuarias pueden elegir el/la prestador/a, aunque al haber un profesional de cada especialidad, en el CAP esta opción es limitada.

Atención en Métodos Anticonceptivos (MACs)

Según el Jefe del Programa, Nación distribuye los anticonceptivos regularmente y en cantidad suficiente. A veces se generan demoras de dos o tres días, que no afectan la llegada del MAC a la usuaria. Actualmente están esperando la llegada de los nuevos DIU, dado que tuvieron que descartar 4.000 unidades debido a una falla de esterilización. Independientemente de esto, el entrevistado señala que tienen suficiente stock en caso de que no les suministren MACs por un año.

En los dos establecimientos analizados se entregan todos los métodos previstos en la ley 25.673, aunque en la actualidad el CAP no cuenta con métodos inyectables. El entrevistado del hospital dice no estar en contacto directo con la entrega de MAC, salvo la colocación del DIU, dado que se entregan por farmacia con receta médica, pero considera que la disponibilidad en general es suficiente para cubrir la demanda.

En el hospital no se solicitan estudios previos para la entrega de MACs. El grupo monitoreante observó de todos modos un cartel que indicaba que para la colocación del DIU era “requisito indispensable” la realización del PAP, aunque esto no surgió en la entrevista. En el CAP, se les solicita a las usuarias nuevas estudios de laboratorio, y a todas se les realiza el PAP (la entrevistada indica que tienen una cobertura en este sentido del 99%) De todos modos, la prioridad está en no perder a la usuaria, con lo cual se intenta resolver todo en el momento. Aparentemente, son las propias usuarias las que en general solicitan los estudios.

En ambos establecimientos, el MAC es elegido por la usuaria, después de la orientación del profesional. Se entrega a cada usuaria el MAC seleccionado. En el CAP actualmente tienen problemas con la demanda de inyectables, dado que es un método muy utilizado sobre todo por las usuarias adolescentes, y no tienen posibilidad de dar respuesta a sus reclamos. A mujeres multiparas les recomiendan en general la elección del DIU o la ligadura de trompas.

En el caso de los **ACO**, la entrega es de una caja por vez en los dos establecimientos.

En relación al **preservativo masculino**, el hospital entrega entre 5 y 10 por persona, de acuerdo a la demanda (el grupo monitoreante aclara que la normativa es de 12 por mes por persona) En el CAP, en cambio, se entregan sobres que contienen 15 preservativos, y no hay limitaciones en cuántos sobres puede retirar cada usuaria. En el hospital no se pueden retirar por fuera del horario de atención, y el entrevistado dice que no existe esta demanda, más propia de los centros de atención primaria. En el CAP se pueden retirar por guardia. Además, hacen distribuciones periódicas en escuelas y comedores de la zona. Según indican, gran parte de los usuarios de este método son adolescentes, básicamente mujeres.¹ Ninguno de los dos lugares cuenta con dispensers a través de los cuáles las personas puedan acceder directamente a este MAC.

A nivel provincial se lleva adelante la distribución gratuita de preservativos en acontecimientos públicos relacionados con el tema (por ejemplo, el Día Mundial de Lucha contra el SIDA) Es una estrategia ocasional.

La **anticoncepción de emergencia** puede retirarse durante las 24hs en los dos establecimientos analizados, y va siempre acompañada de consejería. En el CAP la entrega se realiza por farmacia, y allí orientan a las usuarias en el uso de la pastilla. Incluso se aprovecha ese momento para coordinar turnos con ginecología en el momento. Según la entrevistada, hay establecida una confianza con el barrio a través de un trabajo comunitario fuerte, que posibilita que las usuarias jóvenes se acerquen a comentar sobre las situaciones riesgosas y de descuido en sus relaciones sexuales. En el hospital, en cambio, señalan que en general las usuarias no solicitan este método, y que en los casos que ocurre se sugiere que se acerquen al consultorio, para evitar casos en que sea utilizado como MAC de uso cotidiano. Según las observaciones del

¹ La entrevistada indica que a través del retiro de preservativos por guardia se descubrió un caso de explotación sexual a una adolescente, que retiraba grandes cantidades de preservativos en forma reiterada. Se investigó desde el centro de salud y se descubrió la situación, dando intervención a minoridad y al juzgado correspondiente.

grupo monitoreante, el entrevistado hace constantemente referencia a que muchas usuarias “no entienden” las explicaciones.

La **anticoncepción quirúrgica** (ligadura de trompas y vasectomía) no se realiza en el centro de atención primaria porque no cuenta con infraestructura para este tipo de intervenciones. De todos modos indican que cualquier paciente puede solicitar la **ligadura de trompas**, y se deriva al Hospital de la Madre y el Niño con el resultado del PAP y la firma de la usuaria. También es requisito ser mayor de edad. Aparentemente, está en funcionamiento un sistema de referencia y contra-referencia con el hospital que funciona correctamente y cuentan en esa institución con una médica referente para la zona. Según indican, una vez que está el consentimiento para la práctica, prácticamente no hay demora. Según la entrevistada, una vez que la usuaria firma, “ya es una mujer feliz, es como tomar un helado en el desierto”.

En el hospital, piden estudios de rutina pre-quirúrgicos (electrocardiograma, análisis de sangre) y consentimiento informado. Se realizan tanto a mujeres no embarazadas como postparto normal, aunque en estos casos es después de tres meses, para evitar riesgos de infección. Según el entrevistado, la “tasa de arrepentimiento” es mayor cuando se realiza en forma inmediatamente posterior al parto. A su vez, se les explica a las usuarias que no necesitan autorización de la pareja para realizarse esta práctica. La demora es la misma que para cualquier cirugía.

La **vasectomía**, no se realiza en ninguno de los establecimientos analizados. En el CAP no han recibido solicitudes al respecto, y en el Hospital de la Madre y el Niño no se atienden pacientes varones. El entrevistado de esta institución señala que en el Hospital Central se han realizado tres desde el Servicio de Urología.

Consejerías, acceso a la información y vínculo con la comunidad

En ambos servicios se ofrece consejería a las usuarias. En el CAP se realiza fundamentalmente dentro de la consulta individual, como parte del trabajo diario. En el hospital, se realiza de forma individual a todas las que lo demanden en los Consultorios Externos, y en el de Alta Conjunta a las pacientes internadas postparto o legrado postaborto (no se las atiende en conjunto), a través de charlas grupales. En los dos casos es una actividad claramente establecida dentro del servicio.

En el CAP se realiza consejería prenatal y en período de puerperio, y en el hospital sólo en este último caso. En ambos casos se incluye a la pareja si la mujer así lo decide, pero se indica en las entrevistas que son pocos los casos en que esto ocurre.

En el hospital no se realizan charlas en sala de espera, pero en el CAP se aprovecha esta instancia para comunicar algunas informaciones, como la llegada de MACs anteriormente faltantes.

Como ya hemos dicho, el CAP cuenta con un sólido trabajo comunitario. En una primera etapa, hace varios años, realizaban consejería casa por casa, explicando los usos de cada MAC y sus beneficios. Según la entrevistada, esto da sus frutos en la actualidad, especialmente en la solicitud de métodos que pueden generar mayores miedos, como la AHE. Hoy por hoy realizan talleres con la obstetra y muchas veces el pediatra en algunas casas donde se suelen juntar las mujeres de la zona. La entrevistada indica que “su consultorio es la comunidad”, y que las actividades extramuros son de las más presentes en la acción cotidiana de la institución. A su vez, hacen trabajos conjuntos con los colegios.

Atención en Adolescencia

En el CAP, no hay un servicio o espacio específico de atención en SSyR para adolescentes ni actividades educativas intramuros específicas. De todos modos, la entrevistada señala que la mayor parte de la población que se acerca es “joven”, y altamente consciente de su planificación a partir del trabajo en los colegios. “Hay adolescentes que desconocen todo con respecto al aparato reproductor, pero te exigen preservativos Camaleón negros.”

En el hospital, el servicio analizado tampoco cuenta con un equipo especializado para esta población, ni se realizan actividades educativas o de captación activa. Se entregan MACs sin condiciones a esta población, pero se les pregunta si los padres están al tanto de su acercamiento al Programa.

Atención en HIV-SIDA

El CAP ofrece test de detección de HIV a los pacientes en general, y los adolescentes pueden acceder a él sin autorización adulta. En todos los casos se deriva al “Consultorio 8” del Hospital Central porque el centro de salud sólo realiza los controles de rutina. En la actualidad tienen 7 u 8 casos en observación, uno de ellos de una adolescente que solicitó reserva en relación a los padres.

En el hospital, la realización del test está normatizado para las embarazadas sólo a demanda del paciente, pero se realiza también a todo paciente que lo solicite. Se ofrece diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS.

En ambos establecimientos se brinda asesoramiento en MACs a personas que viven con HIV-Sida articulando con el Hospital Central.

Atención Posaborto

Según el Jefe de Programa, se utiliza la Guía elaborada por el Ministerio de Salud Nacional. Indica que las acciones pre-aborto están normatizadas, al igual que la atención médica, pero que lo que continúa faltando es un sólido acompañamiento psicológico para estos casos. El entrevistado plantea que hoy por hoy se produce un trato más humanitario en relación a otras épocas. Por ejemplo, ya no se realiza denuncia a menos que esté en serio peligro la vida de la paciente. Sí se registra en la historia clínica como “aborto séptico provocado”. Para el Jefe de Programa, es necesario orientar las acciones a la prevención de los “embarazos imprevistos”, para evitar las complicaciones de morbilidad que tiene el procedimiento de aborto (según el entrevistado, del 85% en condiciones clandestinas, y del 5% en condiciones sanitarias adecuadas) A su vez, plantea que en 40 años de servicio, nunca nadie se acercó a hablarle de estos temas, hasta el momento de la entrevista.

Cuando se presentan mujeres con síntomas de aborto incompleto, en el CAP se pide ambulancia a nivel central y se deriva al Hospital de la Madre y el Niño, sin realizar la denuncia. Se intenta más bien conocer y evaluar las circunstancias que llevaron a la mujer a tomar esta decisión.

En el hospital, en cambio, sí se tratan mujeres con síntomas de aborto incompleto. Se les da ingreso para hacerles el legrado. No se hace contención de la paciente en el momento porque, según el entrevistado, no cuentan con personal para hacerlo. La consejería se hace en el Consultorio de Alta Conjunta, postaborto.

Se aplica la guía de mejoramiento de la atención elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación básicamente antes del Alta. Aparentemente, el personal la conoce aunque no se realizaron capacitaciones específicas al respecto. Se utiliza siempre la técnica AMEU, y el misoprostol más bien para los casos de feto muerto intrauterino y no tanto para aborto incompleto.

En la consejería posterior, se entregan MACs, básicamente ACO o inyectables; no se coloca DIU en ese momento. Según el entrevistado, nunca se realiza la denuncia policial.

Al hospital no llegan consultas de mujeres con deseos de interrumpir un embarazo. En el CAP, en cambio, se evalúa cada uno de estos casos que se acercan, y se deriva al Hospital (sobre todo cuando el embarazo es producto de una violación o situación de alto riesgo) De todos modos, indican que intentan en la consejería que no lleve adelante el procedimiento. Incluso, la entrevistada comenta el caso de una enfermera del centro de salud que realizaba abortos y que fue denunciada.

En ninguna de las dos instituciones existen materiales impresos indicando signos de alarma y cuidados posaborto.

Aborto no punible

El Jefe del Programa indica que se respeta el Código Penal en estos casos. En este sentido, considera que sólo entra en esta categoría “el embarazo producto de una violación en personas sin uso de razón”. Para casos de, por ejemplo, anencefalias, sólo realizarían el procedimiento con junta médica y autorización del juez.

En el CAP estos casos se derivan directamente al hospital.

El entrevistado del hospital señala que, aunque no explícitamente, sí se realizan los procedimientos encuadrados en la legislación vigente. Comenta una situación en la que llegó al servicio, derivada de otro hospital que había judicializado el caso, una chica oligofrénica embarazada a causa de una violación. A pesar de enmarcarse en la normativa, se practicó el aborto simulando que había sido un aborto espontáneo, “para evitar problemas”. Después hicieron el legrado, e incluso se acercó un médico forense a certificar lo que había ocurrido porque el caso estaba previamente judicializado.

No tiene claros los motivos por los que se actúa de esta manera, dado que, según indica, no hay una “normativa del servicio” al respecto. El procedimiento queda a criterio del profesional.

Sí se ha aplicado el misoprostol a pacientes con riesgo oncológico.

Atención del parto

En el CAP no se efectúan partos por no contar con servicios de internación ni se ofrecen cursos de preparación pre-parto.

En el hospital analizado no se permite la presencia de un/a acompañante (“por cuestiones de servicio e infraestructura”) Tampoco se respetan las pautas culturales de la mujer, y el entrevistado no ha tenido experiencia de solicitudes de este tipo. Sí se ofrecen cursos de preparación para el parto, en psicoprofilaxis obstétrica, pero son muy pocas las mujeres que son derivadas o a las que se les ofrece esta alternativa. No depende del servicio analizado.

Prevención de cáncer de cuello de útero

En el caso del CAP analizado, se realizan PAPs a todas las usuarias, con una cobertura del 98%.

Las estrategias de captación activa de mujeres fuera de edad reproductiva se realizan casa por casa. Están trabajando con una diputada y un grupo de mujeres que acercan la información sobre estas usuarias.

En el hospital se realiza PAP a libre demanda por consultorio, y a las internadas en los casos de complicaciones en este sentido. No existen estrategias de captación activa de mujeres fuera de edad reproductiva, sólo se las atiende si se acercan espontáneamente.

Mecanismos generales de difusión del programa

De acuerdo al entrevistado del Programa, la información se encuentra accesible a nivel de los centros de salud y hospitales. Además, se informa públicamente sobre el Programa a través de talleres en el Ministerio. De todos modos, se indica que hace falta mayor información.

La difusión se hace a través de publicaciones periódicas e información radial y televisiva. También a través de reuniones. El entrevistado no informa sobre qué temáticas, ni con qué periodicidad.

En cuanto a la existencia de materiales de difusión de producción local, se indica que se han confeccionado algunos para unos talleres destinados a la población barrial, que serían llevados adelante por médicos/as, obstetras y enfermeras/os. También se distribuyen folletos y cartillas de producción nacional.

Educación Sexual

La Provincia de Formosa ha adherido a la legislación nacional sobre el tema, y tiene además una legislación propia (el entrevistado del Programa no cuenta con mayores datos, pero la Ley es la 1230, del año 1996)

Se indica, de todos modos, que en los establecimientos educativos no se llevan adelante acciones en este sentido, y que la ley no se cumple. Desde el Programa no se han desarrollado acciones en este sentido.

Violencia Sexual

Existe un protocolo de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual. De acuerdo al jefe del Programa, siguen en vigencia los “kits de violencia”, a través de los cuales se provee con AHE la víctima.

Algunas conclusiones

-De la entrevista al Jefe del Programa se desprende que los modos de funcionamiento del Programa Provincial son altamente informales. No cuentan con procedimientos claramente establecidos, con presupuesto propio, ni con personal asignado. Quienes participan lo hacen voluntariamente. En estas condiciones, las posibilidades de planificación estratégica están reducidas al mínimo. **El Programa se limita a cumplir, en la medida de lo posible, la entrega de anticonceptivos.** El entrevistado ha asumido su cargo recientemente, y gran parte de sus respuestas provienen de su visión personal o su experiencia previa como Jefe de Servicio del hospital de la Madre y el Niño.

-Según el Jefe de Programa, no cuentan con **personal** idóneo con formación en salud sexual y reproductiva, ni se llevan adelante capacitaciones sistemáticas al respecto.

-No hay vinculación con la **sociedad civil** organizada en ningún sentido. De hecho, el entrevistado del Programa reivindica la instancia de entrevista como un primer contacto. Desde el Programa tampoco mantienen relaciones con otras **instancias gubernamentales**, “porque nadie toma la iniciativa”. Incluso, el entrevistado declara que en 20 años de trabajo en estos temas, es la primera vez que alguien se le acerca a hablar sobre la situación del aborto.

-No hay información públicamente disponible ni difusión de las actividades del Programa. Del mismo modo, el registro interno de datos tampoco parece estar establecido sistemáticamente.

-No hay mecanismo para recibir denuncias por vulneraciones a los derechos SSyR. El hecho de que no se haya conocido en 20 años ningún reclamo en torno a este tema no habla tanto de la calidad del servicio brindado por el Programa, como de la necesidad de empoderamiento de las mujeres en cuanto a sus derechos. Esto se enmarca también en la inexistencia de mecanismos de difusión, y en las escasas sino nulas acciones de ESI.

-Tanto en la entrevista del hospital como en la realizada al Jefe del Programa se observa un menosprecio de la capacidad de entendimiento de las usuarias, así como de sus posibilidades de decisión. Estas falencias no se imputan a problemas de la consejería, educación o difusión del Programa, sino a cualidades inherentes de la población que se acerca. En el CAP, por el contrario, se observa un sólido trabajo comunitario y un respeto por las situaciones y condiciones de vida de las usuarias que mejoran la calidad de la atención del servicio y las posibilidades de acceso de mujeres en situaciones problemáticas al sistema público de salud. En este sentido, el CAP promueve un proceso incluyente hacia aquella población

eternamente excluida, mientras que en el hospital se reproducen los mismos modos y parámetros de exclusión a los que esta población se ve sometida en otros aspectos de su vida.

-Aunque el Programa Provincial no cuenta con presupuesto propio, sino que se limitan a administrar el otorgado por el gobierno nacional, y no se realizan compras de insumos, el Jefe del programa no ha registrado **faltantes de MAC**. Sin embargo, en el CAP no cuentan en la actualidad con métodos inyectables. Esto es problemático dado que, de acuerdo a la entrevistada, es el método más solicitado por las usuarias, sobre todo las adolescentes.

-Sólo en el CAP analizado se observan **estrategias de captación** activa de usuarios. Realizan acciones de captación casa por casa en la zona de influencia del centro y trabajan con los colegios del barrio. Incluso están en contacto con una diputada y con grupos de mujeres para llevar adelante acciones en relación a las mujeres fuera de edad reproductiva.

-La **atención en adolescencia** es realmente disímil en el hospital y en el CAP. En la primera institución no tienen estrategias de captación, ni modos específicos de vinculación con esta población. En el CAP, en cambio, trabajan en su mayoría con "jóvenes" que, según indican, son altamente conscientes de sus posibilidades de planificación debido a las acciones comunitarias que se llevan adelante. En ambas instituciones los adolescentes tienen acceso a los MACs.

-En relación a la **ligadura tubaria**, la atención parece funcionar correctamente. Se realiza en el hospital a mujeres embarazadas postparto –aunque tres meses después- y no embarazadas, y funciona correctamente un sistema de referencia y contra-referencia con el CAP.

-No se perciben estrategias programáticas para **incorporar a los varones** al programa de SSyR. La escasez de **vasectomías** realizadas en el Hospital Central -3, según uno de los entrevistados-, y la inexistencia de solicitudes de este tipo en el CAP, da muestras de ello.

El preconcepto de que la responsabilidad del cuidado en anticoncepción es de la mujer se encuentra ampliamente presente en la sociedad, particularmente en los sectores de bajos recursos. Es preocupante que la política pública se encuentre orientada en el mismo sentido.

-La **AHE** está disponible durante las 24hs en ambos establecimientos analizados, de forma gratuita y con consejería. Frente a esta situación, en el CAP directamente se coordinan turnos para el consultorio de ginecología, mientras que en el hospital simplemente se sugiere a las usuarias que se acerquen al mismo.

-**Atención Postaborto**: En ninguno de los dos establecimientos se realiza denuncia policial cuando se sospecha aborto inducido. El personal del hospital conoce y aplica la Guía de Mejoramiento de la Calidad de Atención del Ministerio Nacional, salvo en lo que refiere a la consejería inmediata. En este caso, se realiza recién previo al alta. En el CAP, de recibir a una usuaria con deseos de interrumpir su embarazo, intentan disuadirla. Desde nuestro punto de vista, esto atenta contra los lineamientos establecidos en la Guía Nacional para la consejería pre aborto.

-En el hospital se realizan **abortos no punibles**, aunque de forma encubierta, actuando como si la paciente hubiera realizado un aborto provocado. El entrevistado no sabe por qué los procedimientos se realizan de este modo, dado que no es algo normatizado al interior del servicio.

-Hay grandes falencias en **Educación Sexual Integral**. Aunque la provincia cuenta con una ley propia, y adhiere a la legislación provincial, no se realizan acciones en los establecimientos educativos, ni se promueve esto desde el Programa.

