

## Informe de Monitoreo Social 2009 PROVINCIA DE JUJUY

SISTEMATIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS POR PROVINCIA O MUNICIPIO – Noviembre 2009.  
Periodo analizado: Septiembre 2008 a Agosto 2009.

### Entrevistas realizadas: 4

- Responsable del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, Dra. Alicia Campanera.
- Ginecóloga del Centro de Salud Mariano Moreno, Silvia Brizuela.
- Jefe del Servicio de Tocoginecología, Dr. Hugo Mamaní y Responsable del Servicio de Planificación Familiar, Enfermera Laura Vázquez, del Hospital Ing. Carlos Snopek. (HOSP1)
- Jefe del Servicio de Ginecología, Dr. Salazar y Responsable de la Consejería de SSyR, María Dora Gil, del Hospital Pablo Soria. (HOSP2)

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

El Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva fue creado en el año 1999 a través de la Ley 5133 y su Decreto reglamentario, 2139/2000. Depende de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia. Sin embargo, desde la existencia del Programa Nacional se trabaja preferentemente con esa óptica, lo cual según la entrevistada mejoró la provisión de insumos y el enfoque de atención. El grupo monitoreante no logró encontrar la regulación legal del vínculo entre ambos Programas.

A nivel central no hay participación formal de la sociedad civil organizada en la planificación y evaluación de la ejecución del Programa. Según la entrevistada, hay algunos lugares donde articulan bien y manejan buena relación con estas instituciones, pero a nivel de Programa no se realiza sistemáticamente, “es una deuda”.

Desde el año 2002 la provincia cuenta con un presupuesto descentralizado para la aplicación del Programa en los hospitales. A partir del 2007 se suma una asignación presupuestaria propia para el Programa en su conjunto. Este presupuesto se utiliza exclusivamente para la compra de insumos y las capacitaciones, tanto hacia la comunidad como al interior de los servicios de salud.

Según la entrevistada, el Programa Nacional tiene serios problemas para sostener la continuidad en la provisión de insumos, y la cantidad enviada no alcanza por sí sola para sostener la demanda de la provincia. Tampoco alcanzaría por sí mismo el presupuesto asignado para el Programa a nivel provincial. Este se ejecuta trimestralmente, comprando los MACs necesarios para cubrir la demanda insatisfecha. Además, el Programa Nacional muchas veces no contempla la demanda específica de cada región (según la entrevistada, en el sur la preferencia es el ACO, mientras que en las regiones de NOA y NEA las usuarias eligen el inyectable) Frente a esto, además de las compras provinciales, han hecho intercambio de insumos con otras provincias.

El Programa de SSyR funciona, según un relevamiento del año 2007, en el 77% de los puestos de salud de la provincia. Según la entrevistada al día de hoy debería haber aumentado en algo ese porcentaje, pero no cuentan con el dato actualizado. El Programa tiene bajo cobertura aproximadamente a 25.000 usuarias, aunque se indica que no hay un buen sistema de registro.

El seguimiento de los efectores se hace en los momentos de retiro de MACs por parte de los servicios de salud, y de entrega de la información. También se realizan supervisiones en el marco del FEP (sistema nacional de financiamiento para la supervisión de los servicios de salud donde funcionan Programas de enfermedades transmisibles) Aprovechan esas instancias para charlar con los efectores, hacer sugerencias sobre cómo resolver ciertas situaciones, etc.

En relación al registro de MACs, la entrevistada señala que no tienen registro claro de ACQ, que se hacía antes por fuera de la ley y ahora legalmente, ni de AHE, porque no estaban contempladas en el sistema informático que utilizaba el Programa. La AHE, por ejemplo, queda subsumida a los orales en general, y sólo algunos servicios de salud aclaran la diferencia.

El Programa no cuenta con mecanismos estructurales para que los/las usuarios/as denuncien vulneraciones a sus DSyR por parte de los efectores. Esto es percibido como una deuda importante. Cuando se identifican prestadores que no cumplen con el respeto a los derechos de las usuarias se habla con el responsable para tratar de resolverlo. En la provincia no está reglamentado un registro de objetores de conciencia, pero han tenido problemas con ACQ y DIU. Según el grupo monitoreante, la entrevistada ha acordado en otras ocasiones la necesidad de implementar un monitoreo permanente con el Área de Género de la Universidad Nacional.

Se realiza por lo menos una capacitación anual a los efectores por regiones (Puna, Quebrada, etc.), siempre de forma multidisciplinaria y de los temas que vayan apareciendo. Han hecho sobre AHE, ACQ, mejoramiento de la calidad de atención postaborto, protocolo de violación (en este caso, también realizaron un seguimiento posterior para ver su aplicación) Durante este año aun no han realizado ninguna, pero está planificada una sobre adolescencia. Según la entrevistada, ven la necesidad de apuntalar los mecanismos de decisión de los adolescentes, ya que no es posible que decidan solos: los inyectables son muy fuertes para esta población, el DIU no es posible colocarlo si no han tenido hijos, etc. La idea es que esto se complemente con capacitaciones internas en cada servicio según los problemas detectados.

También realizan capacitaciones con el Programa ANAHI (que trabaja con pueblos originarios), y otras que aparezcan a demanda.

El Programa articula con otros sectores del gobierno, fundamentalmente al interior del área de salud (por ejemplo, con el Programa de SIDA), también son convocados cada vez más por los penitenciarios federales y provinciales. Con el Ministerio de Educación siempre han articulado, pero esto no está formalizado.

### **Características generales de los servicios de salud analizados**

Se han monitoreado tres servicios específicos de atención en SSyR en la provincia: el Centro de Salud Mariano Moreno, los Servicios de Tocoginecología y Planificación Familiar del Hospital Ing. Carlos Snopek y los Servicios de Ginecología y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Pablo Soria. En esta institución también el Servicio de Maternidad y Parto brinda servicios en SSyR, pero todos trabajan conjuntamente en este aspecto.

En el CAP, trabajan en relación al Programa el servicio de Ginecología (lunes a viernes a la mañana) y el de Planificación Familiar (sólo jueves a la mañana), que brinda el asesoramiento en MACs. Participan una ginecóloga y dos trabajadoras administrativas. En el HOSP2 participan varios médicos/as y tres educadoras para la salud. El servicio de Consejería, en este caso, atiende a la mañana cuatro veces por semana, y el de Ginecología todos los días. En el HOSP1 atienden de lunes a viernes a la mañana una enfermera, una auxiliar y una administrativa, bajo las órdenes del doctor entrevistado.

Ninguno de ellos ha recibido capacitación por parte del Programa durante el período analizado. En el CAP, es la entrevistada quien capacita a las administrativas que realizan consejería. En el HOSP1, quienes atienden son instruidas por el tocoginecólogo a cargo.

En esta institución, al igual que en el Consultorio de Consejería del HOSP2, se atiende a las usuarias por orden de llegada, con una espera mínima. En el Servicio de ginecología del HOSP2 los turnos son programados en el día, y al espera puede extenderse a 2 ó 3 horas. También es así para el caso del CAP.

En los hospitales analizados atienden a cualquier persona con o sin DNI –incluyendo a los migrantes-. En el HOSP2 piden algún documento que acredite identidad. Si no tiene, deberá acercarse al Servicio de Asistencia Social del hospital, pero de todos modos será atendido. Para la consejería, si no es una usuaria de primera vez, se pide un carnet donde se registra qué MAC está consumiendo, el último retiro, etc.

En el CAP, en cambio, la entrevistada muestra una actitud profundamente discriminatoria hacia los migrantes, al negarse a atenderlos a menos que se encuentren radicados en el país. Esto es particularmente preocupante dado que este servicio de salud se ubica en un barrio que ha sido tradicionalmente lugar de asentamiento de inmigrantes bolivianos/as.

Los tres servicios son gratuitos.

En el CAP se atienden aproximadamente 300 usuarios/as, de las cuales el 10% lo constituye población adolescente. En tanto hay una sola ginecóloga, las usuarias no pueden elegir el prestador. Lo mismo ocurre en el HOSP1, donde una persona está a cargo de Planificación Familiar. Desde este servicio atienden las consultas de 5 mujeres por día, de las cuales 1 ó 2 son adolescentes. El HOSP2 no pudo transmitir esta información. En este establecimientos sí se puede elegir el/la prestador/a.

### **Atención en Métodos Anticonceptivos (MACs)**

Aunque la entrevistada del Programa indica que puede haber discontinuidad con ciertos métodos, en la actualidad no se perciben en ninguno de los tres servicios de salud analizados faltantes específicos.

Todos entregan los MACs previstos por la ley 25.673, aunque en el caso del CAP no proveen DIU por considerar que implica una “pequeña cirugía” que debe realizarse en el ámbito hospitalario. En el HOSP1 no se piden estudios previos para la entrega de anticoncepción. En el HOSP2 y en el CAP, en cambio, sí lo hacen, salvo para entregar preservativos masculinos. En el CAP piden exudado vaginal, PAP y ecografía, mientras que en el hospital queda a criterio del profesional a cargo.

Se entrega a cada usuaria el MAC seleccionado en el momento sólo en el HOSP2. En el HOSP1 decide el Dr. A cargo según disponibilidad, al igual que en el CAP. En este caso, la entrevistada indica que las usuarias en general piden inyectables por comodidad, pero que ellas insisten en las pastillas porque es necesario que adquieran “responsabilidad y conciencia”.

En esta institución, al igual que en el HOSP2, los **ACO** se entregan de a una caja por vez. En el HOSP1, en cambio, dan insumos para dos o tres meses.

En relación a los **preservativos masculinos**, la cantidad varía en cada establecimiento. Entregan 5 en el HOSP1, 20 en el HOSP2 y 10 en el CAP. En ninguno se pueden retirar fuera de horario, y tampoco cuentan con dispensers. A su vez, de la entrevista a la responsable del Programa surge que no es una actividad sistemática la entrega de este MAC en espacios públicos, sino que se realiza a demanda.

Sólo en el HOSP2 está disponible la **anticoncepción de emergencia** durante las 24hs, aunque sólo para la aplicación del protocolo de violencia sexual. Para otros usos queda a criterio del profesional que cubre el turno. En los tres casos la entrega se acompaña de consejería. La entrevistada del CAP plantea que esto es necesario –por eso no entregan este MAC fuera del horario de atención del centro de salud- porque “la población no tiene conciencia de nada”, y utiliza la AHE en cualquier momento. Aparentemente, sólo le permiten a cada usuaria retirar este método una sola vez.

La entrevistada del Programa señala, a su vez, que persisten muchos prejuicios tanto a nivel de las usuarias como de los profesionales en relación a la AHE. Algunos, por ejemplo, sólo querían entregarla bajo receta. Ella observa falencias en este sentido a nivel provincial.

La **anticoncepción quirúrgica** (ligadura de trompas y vasectomía) no se realiza en el centro de atención primaria porque no cuentan con infraestructura para este tipo de intervenciones. De recibir una solicitud de ligadura tubaria de una paciente no embarazada, la entrevistada indica que, aunque en los hospitales la están haciendo, para ella debe reunir ciertos

requisitos muy puntuales, como que la usuaria ya haya atravesado 4 cesáreas y sea una situación de riesgo, “sino, no”. A su vez, cuentan en el CAP con unas preformas para las LT que, aunque están establecidas para personas idiotas o dementes, la entrevistada considera que debe aplicarse a todas las solicitudes. Se requiere: consentimiento de la usuaria, cometimiento del esposo o responsable y firma del médico.

En el HOSP1, la **ligadura tubaria** se realiza sólo en casos específicos referidos por el Jefe de Tocoginecología, de existir problemas de salud o si la mujer ya ha tenido “muchos” hijos. En esta institución sólo se realizan postparto, y no a mujeres no embarazadas.

En el HOSP2, en cambio, se puede realizar el procedimiento a este tipo de usuarias. Se ponen en consideración la edad de la mujer, la cantidad de hijos/as, el estado de salud y su situación socioeconómica. Con esta información el profesional determina la urgencia “mediata o inmediata” de la intervención. Para los casos postparto se requiere el consentimiento firmado y que la mujer sea mayor de edad, y se realiza por laparoscopia.

En relación a la **vasectomía**, los entrevistados del CAP y del HOSP1 indican que no hay solicitudes, aunque sí existe la oferta en el servicio de salud. En el HOSP2 señalan que no se ha realizado ninguna. Sólo han tenido cinco consultas de las cuáles dos están en la etapa de diagnóstico. Se piden los mismos requisitos que para la LT. Esta diversidad en la demanda de ACQ entre usuarias y usuarios del sistema de salud, nos habla, también, de cuáles son los carriles por donde discurren las mayores resistencias culturales.

### **Consejerías, acceso a la información y vínculo con la comunidad**

La entrevistada indica que han intentado garantizar la existencia de consejerías interdisciplinarias y multitemáticas en todos los establecimientos de salud de mediano tamaño. La idea es establecer equipos rotativos de consejería –incluyendo al personal administrativo y de maestranza- para permitir la existencia de por lo menos dos horas diarias de consultorio de este tipo en todos los establecimientos. Si no está el médico habitual, que quien atienda sepa a qué profesional recurrir para la realización de recetas. No han logrado, sin embargo, que esto funcione adecuadamente en todos lados.

En esta línea, el HOSP1 no ofrece consejería por falta de personal, de tiempo y de espacio. Sí se recomiendan MACs durante el puerperio, incluyendo a la pareja de ser posible. No se realizan charlas en sala de espera por falta de personal y capacitación al respecto, ni cuentan con materiales de difusión apropiados: sólo tienen unos posters hechos a mano, rotos y con faltas de ortografía.

En el HOSP2 y el CAP, en cambio, sí se realiza consejería en anticoncepción y cuentan con material informativo a la vista, aunque es escaso.

La consejería está a cargo de profesionales en el HOSP2 y también de administrativos capacitados en el CAP, y se realiza tanto en el control prenatal como en el puerperio. En el hospital se lleva a cabo cama por cama, a veces en charlas grupales y en la consulta individual. En el caso del CAP se ofrece en la consulta ginecológica o de control de embarazo. En ninguna de estas instituciones se realizan charlas en sala de espera.

En relación a la inclusión de la pareja en las consejerías, se realiza siempre que la paciente está de acuerdo. En el CAP indican que en general el hombre no está interesado en participar en estos temas, y que refuerzan en la consulta la autonomía de las mujeres para tomar estas decisiones, en relación a las resistencias culturales que observan. La entrevistada indica que la información sobre anticoncepción existe y está disponible, pero a la población no le interesa: “la mayoría ignora, o no quiere saber, o no le interesa; tenemos una población bruta, una población ignorante.”

Tanto desde el HOSP2 como desde el CAP analizado se realizan ciertas actividades de difusión en SSyR hacia la comunidad. En el hospital es básicamente a demanda, en general de los centros vecinales. En el CAP trabajan con las escuelas secundarias.

### **Atención en Adolescencia**

En ninguna de las instituciones existen servicios especializados en la atención de adolescentes, ni se realizan actividades educativas destinadas específicamente a esta población –salvo los talleres en colegios secundarios que llevan adelante desde el CAP–.

Sólo en el HOSP2 los adolescentes tienen acceso sin restricciones a los MACs, con consejería previa. En el HOSP1 no se entregan anticonceptivos a personas entre 10 y 19 años, “por restricciones establecidas por el doctor”; y en el CAP sólo lo hacen con autorización adulta. Según la entrevistada, los padres consideran que desde el centro de salud incentivan a los jóvenes a mantener relaciones sexuales.

En ninguno de los establecimientos analizados existen estrategias de captación activa de adolescentes. Incluso, la entrevistada del CAP señala que los adolescentes no se acercan por este tipo de consultas.

### **Atención en HIV-SIDA**

En el CAP se brinda test de HIV a las personas mayores de edad, y a los adolescentes con autorización adulta. En el HOSP1 no cuentan con este servicio. Si hay sospecha o solicitud del usuario/a, se lo/la deriva al Hospital San Roque. En el HOSP1, corresponde a otro servicio esta tarea.

En los tres establecimientos se brinda asesoramiento en SSyR y MACs a personas que viven con HIV/Sida, y se ofrece diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS.

### **Atención Posaborto**

La Responsable provincial del Programa indica que se aplica la Guía de Mejoramiento de la Atención del Ministerio de Salud de la Nación, y que hay un programa específico para esto al interior de la Dirección de Maternidad e Infancia.

Junto con ellos, han hecho capacitaciones, tanto a nivel humano como para la aplicación de la técnica AMEU, que minimiza la complejidad. Esto fue un avance dado que la provincia sólo tiene 5 hospitales con quirófano. Ahora, también se habla del uso del misoprostol para los abortos incompletos, pero legalmente aun no se usa. El grupo monitoreante observa que tampoco se encuentra normatizado el AMEU, y que en términos generales estos casos se siguen derivando a los hospitales con quirófano.

En el caso del CAP analizado, al recibir casos de aborto incompleto se deriva de urgencia a algún hospital para que se le realice el tratamiento adecuado. De todos modos la entrevistada no parece conocer la Guía de Mejoramiento de la Calidad de Atención del Ministerio de Salud de la Nación.

Tampoco la conocen en el HOSP1. Sólo en el HOSP2 indican que los profesionales están al tanto de este procedimiento, pero que no se aplica de forma taxativa sino que queda a criterio de quien esté a cargo. Si el caso lo permite, en este servicio practican AMEU, y no usan misoprostol para los abortos incompletos. En el HOSP1 utilizan ambas técnicas.

En los dos hospitales realizan consejería postaborto y entregan MACs antes del alta, incluyendo la colocación de DIU. No cuentan con materiales impresos sobre cuidados y signos de alarma posteriores para entregar a las usuarias.

En el CAP y el HOSP1 no se realiza denuncia, y en el HOSP2 se hace únicamente cuando el aborto mal hecho ha derivado en el vaciamiento de los órganos reproductivos de la mujer.

De recibir una paciente con deseos de interrumpir su embarazo, en el HOSP1 pasan por encima de esta situación, le aconsejan continuarla y le dan turno para control. En el CAP y el HOSP2, en cambio, se limitan a dar a conocer los riesgos, los beneficios y consecuencias posibles. En este hospital, incluso, a veces comentan en qué lugares hay médicos que lo hacen correctamente, y se aclara que no se puede hacer en el sistema público de salud.

### **Aborto no punible**

Según la Responsable del Programa Provincial, existe protocolo nacional para la atención de estos casos, pero no está discutida su implementación en la provincia. Para la entrevistada del Programa es una deuda importante, junto con el registro de objetores de conciencia.

Esto queda claro en los establecimientos analizados: en los dos hospitales alegan que es imposible cumplir con la legislación vigente en tanto no hay profesionales que lo lleven adelante. Se evidencian notables problemas a partir de la objeción de conciencia.

### **Atención del parto**

Sobre este punto, sólo hay información disponible sobre el HOSP1 –en el CAP no se realizan este tipo de prácticas-. No se permite al presencia de un/a acompañante, no se respetan las pautas culturales de la mujer y no se ofrecen cursos de preparación para el parto. Según los entrevistados, no cuentan ni con las instalaciones ni con el personal capacitado para este tipo de cosas.

### **Prevención de cáncer de cuello de útero**

Tanto en el caso del CAP como del HOSP2 existen criterios institucionales para la realización del PAP una vez al año. En el HOSP1, depende, nuevamente, de “la orden del doctor”.

En esta institución no existen estrategias de captación activa de mujeres postmenopáusicas por falta de medios. En el CAP se llevan adelante acciones en este sentido, aunque no se especifican cuáles. El HOSP2, aparentemente, cuenta con mecanismos de difusión en medios radiales y televisivos sobre este tema.

### **Mecanismos generales de difusión del programa**

Aunque las responsables del Programa tienen sistematizada información relevante en cuanto a entrega y uso de MACs, no está claro cómo podría accederse públicamente a esta información.

A su vez, el Programa no ha realizado nunca campañas masivas de difusión a nivel de los medios de comunicación. Para este tipo de acciones, según la entrevistada, pesa bastante la intervención de la Iglesia Católica. Hay también un temor a difundir, que se acerquen más usuarias, y no poder responder a la nueva demanda.

Cuentan con un solo folleto de producción local, realizado hace menos de un año y orientado con un perfil de derechos, información sobre el aparato genital y sobre MACs. También difunden los materiales del gobierno nacional. Durante el 2009, a su vez, recibieron materiales de organizaciones y sociedades científicas latinoamericanas orientados a los adolescentes, llamados “Tu vida, tu decisión”. Cuentan con 7000 folletos de este tipo. Según se desprende de la entrevista, estos folletos se distribuyen fundamentalmente a nivel de los efectores, y a demanda para otras actividades.

### **Educación Sexual**

La Provincia se encuentra actualmente en un proceso de debate y aprobación de una nueva ley provincial de educación, que incorporaría cuestiones específicas de Educación Sexual Integral. Por este motivo no se está aplicando la ley nacional sobre el tema. La Ministra de Educación ha dicho que la ley se aplicará en el año 2010, sea cual sea el estado del debate.



El Programa tuvo intenciones de participar en las mesas de discusión sobre el tema, pero finalmente ha quedado en manos del sector de salud del Ministerio de Educación. La entrevistada presume que colaborarán en su momento con las capacitaciones específicas a docentes.

### Violencia Sexual

Existe en la provincia un protocolo de atención en violencia sexual, que incluye AHE, antirretrovirales y derivación al servicio de atención a víctimas de violencia. No se difundió masivamente, salvo a través de lagunas notas periodísticas al momento de su lanzamiento.

### Algunas conclusiones

-Aunque la Provincia cuenta con una ley propia de creación del Programa Provincial desde el año 1999, en la actualidad funcionan centralmente con la legislación nacional. Cuentan con **presupuesto** propio para la compra de insumos y capacitaciones.

-No se evidencia participación formal de la **sociedad civil** organizada en la planificación y evaluación de la ejecución del Programa. Según la entrevistada, esto es una deuda pendiente. Sí se articula con otros Programas del gobierno provincial.

-No está garantizada la posibilidad de **acceso público a información** en torno a la ejecución del Programa, ni al uso o cantidad de los fondos disponibles. Tampoco se realizan **campañas** masivas de difusión de información sobre cuestiones de SSyR. La presión de la Iglesia, así como el miedo a no poder satisfacer la demanda, aparecen como los principales obstáculos en este sentido.

-El programa complementa con compras propias los insumos enviados por el gobierno nacional que es poco constante en sus envíos y escaso en cantidades. Realizan compras trimestrales de los insumos que hagan falta según el momento específico.

-No se registran en este momento **faltantes específicos de MACs**. De todos modos, la entrevistada del programa indica que suele haber problemas con los inyectables, dada la fuerte demanda que hay por este método.

-Según la entrevistada del Programa, aunque no hay reglamentado un registro de **objetores de conciencia**, han tenido problemas con la ACQ y la colocación del DIU.

-En cuanto a la **AHE**, sólo en el HOSP2 está disponible durante las 24hs. En los otros dos espacios sólo se entrega en el horario de atención. Además, la entrevistada del CAP muestra una actitud discriminatoria y despreciativa de las usuarias al plantear que "no tienen conciencia de nada". Esto no se ve, además, como una problemática del servicio de salud, sino como una incapacidad propia, innata, de las interesadas.

A nivel del Programa, la entrevistada indica que han tenido problemas con los profesionales para la entrega de este MAC.

-En cuanto a la **Ligadura de Trompas**, se evidencian reservas por parte de los profesionales a realizar este procedimiento, particularmente para las solicitudes de mujeres no embarazadas. En el HOSP2, la decisión final está en manos del médico,

después de una evaluación de la situación general de la mujer. En el HOSP1 no se realizan, y en el CAP se desaconsejan a menos que la usuaria “haya pasado por cuatro cesáreas y corra serios riesgos”.

-No se perciben estrategias programáticas para **incorporar a los varones** al programa de SSyR. Esto podría ayudar a pensar el hecho de que no se hayan realizado **vasectomías** y la escasez de las consultas producidas (cinco en total) Habría en este sentido fuertes resistencias culturales.

La noción de que la responsabilidad del cuidado en anticoncepción es de la mujer se encuentra ampliamente presente en la sociedad. Es preocupante que la política pública se encuentre orientada en el mismo sentido.

-Aparentemente, hay un alto grado de **resistencia cultural** a la ACQ y otros métodos como la AHE, tanto a nivel de los usuarios como de los profesionales del sistema público de salud. En este sentido, las capacitaciones, la difusión de información, y la Educación Sexual Integral deberían ser las estrategias fundamentales para contrarrestar los prejuicios.

**-Atención en adolescencia:** Desde el Programa identifican problemas en este sentido y tienen la intención de realizar una capacitación específica. Consideran que los adolescentes “no pueden decidir solos” la elección del MAC, y que los inyectables y el DIU no son apropiados para esta población. En los establecimientos analizados se percibe una particular despreocupación por esta población. No hay servicios específicos ni se percibe su necesidad. Tampoco se realizan estrategias de captación activa. En el CAP incluso se indica que estos usuarios no se acercan por consultas en SSyR, y no se les provee casi ninguna atención sin autorización adulta.

De todos modos, existe a nivel provincial, dentro de la Dirección de Maternidad e Infancia, un Programa específico de Atención Integral en Adolescencia, que trabaja sobre distintas temáticas a través de talleres comunitarios.

**-Atención Postaborto:** En términos generales, y a pesar de lo expresado por la entrevistada del Programa, se nota un desconocimiento de la Guía para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención Postaborto –sólo el HOSP2 la conoce y aplica-. En el HOSP1 se evidencia una profunda falta de respeto por la capacidad de decisión de las mujeres.

-En relación al **aborto no punible** la situación es crítica. La aplicación del Protocolo Nacional para la provincia aun no está establecida, y esto se traduce, en los dos hospitales analizados, en la falta de profesionales dispuestos a realizar la práctica. Se viola abiertamente lo estipulado por la ley así como los derechos de las mujeres.

- La Provincia se encuentra actualmente en un proceso de debate y aprobación de una nueva ley provincial de educación, que incorporaría cuestiones específicas de **Educación Sexual Integral**. Por este motivo no se está aplicando la ley nacional sobre el tema. Dada la fuerza y la capacidad de acceso al Estado de la Iglesia Católica en la provincia, es pertinente plantear reparos en torno al resultado final de estos debates. Actualmente, entonces, no se realizan acciones de ningún tipo en este tema.

-Se observan falencias importantes de **capacitación a profesionales**, sobre todo en lo que respecta a atención postaborto y a aborto no punible. En este sentido, parecería ser que plantearse una capacitación anual por región como objetivo del Programa no resulta suficiente.

-No se realizan actividades de difusión en SSyR hacia la **comunidad** desde ninguno de los establecimientos analizados. Incluso en el CAP las actividades extramuros se reducen exclusivamente a los talleres en colegios secundarios. La falta de trabajo de base en la comunidad y de estrategias macro de difusión del Programa, sumado a lo limitadas de las estrategias



de captación activa, hace difícil imaginar de qué modo podría aumentar o consolidarse la demanda espontánea del Programa.

-En relación a los **migrantes**, no se evidencia un comportamiento particularmente discriminatorio hacia ellos. Tienen acceso igualitario a la atención con o sin documentación. La excepción está en el CAP analizado, donde la entrevistada pide la radicación en el país como elemento excluyente para garantizar la atención. El grupo monitoreante, de todos modos, observa un trato distante, autoritario y paternalista, más bien asociado a la condición de pobreza que a la nacionalidad. Los comentarios despectivos de la entrevistada del CAP son el mejor ejemplo de esto.