

## **Informe de Monitoreo Social 2009 PROVINCIA DE LA PAMPA**

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

**Periodo analizado: Septiembre 2008 a Agosto 2009.**

### **Entrevistas realizadas: 3**

- Directora de Maternidad e Infancia, Dra. María Juana Costas.
- Directora del Centro de Salud Vicente Fernández (Barrio Los Hornos, Santa Rosa), Patricia Brum.
- Jefe del Servicio de Tocoginecología, Dr. Hugo Reale, y Jefe de División, Dr. Rubén Dayan, del Hospital Dr. Lucio Molas (Cdad. De Santa Rosa)

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

El Programa Provincial de Procreación Responsable funciona dentro de la Dirección de Maternidad e Infancia, Subsecretaría de Salud, Ministerio de Salud. Ha sido creado en el año 1991 (Ley Provincial 1673), tempranamente en relación a la legislación nacional y a la mayoría de las provincias. Además la provincia adhiere a la Ley Nacional 25.673.

Según se desprende de las entrevistas, no hay en la actualidad participación formal de la sociedad civil organizada en la planificación o evaluación del programa, aunque sí participaron en la planificación inicial después de la promulgación de la ley que crea que el Programa.

El Programa no tiene presupuesto propio, sino que depende de la Dirección de Coordinación de Salud, del Ministerio de Salud.

Con este presupuesto, la Coordinación compra MACs dos veces al año.

El Programa de Procreación Responsable funciona en los 110 establecimientos de salud de la provincia, entre Hospitales y CAPs. En todos se entregan MACs y hay consejerías. El DIU, sin embargo, sólo se coloca en algunos lugares de acuerdo a la capacitación de los profesionales y las instalaciones de cada servicio de salud.

Hoy por hoy, el programa cubre al 20,99% de las mujeres en edad fértil. (Promedio nacional: entre 10 y 25%)

EL seguimiento de los efectores se hace solicitando el envío mensual de una planilla de usuarias de MACs a cada establecimiento. No existen de todos modos carriles institucionalizados para que las personas denuncien vulneraciones de sus derechos por parte de los efectores. Para fortalecer esto, el mecanismo es la promoción de derechos en cada presentación a la comunidad del programa.

De todos modos, no se han detectado hasta el momento casos de incumplimiento por parte de los efectores. Lo que se hace es corregir conceptualmente aquellos enfoques que puedan estar desactualizados, sobre todo en localidades sin muchas capacitaciones. Se hace además un encuentro regional de capacitación por año en 8 localidades para todo el equipo de prestadores del programa. Se convoca a todo el equipo (incluyendo administrativos), pero depende de cada servicio quiénes asisten.

A su vez, el Programa articula con otros organismos del Gobierno, particularmente al interior del Ministerio de Salud.

### **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 Vicente Fernández (Barrio Los Hornos, Santa Rosa) y el Servicio de Tocoginecología del Hospital Dr. Lucio Molas (Cdad. De Santa Rosa)

Dentro de este hospital, también trabajan en el marco del Programa el Servicio de Trabajo Social (informes para LT, consejería a mujeres con VIH, violencia sexual, etc.), el Servicio de Pediatría (Consultorio de Salud Integral de Adolescentes) y el Consultorio 8 (test de HIV)

En el servicio de tocoginecología atienden a las usuarias 8 médicos especialistas, 3 parteras de planta, y otras 5 parteras que hacen guardias y participan de las consejerías. El Servicio Social está integrado por 3 trabajadoras sociales, y el Consultorio 8 por 2 médicas clínicas y 1 médica pediatra. Todos ellos son trabajadores rentados del hospital. En el período analizado, sólo los trabajadores del Consultorio 8 han recibido capacitación del Programa Nacional, a fines del 2008.

El CAP cuenta con 1 médica generalista, 1 psicóloga, 1 trabajadora social y un equipo de enfermería; todos rentados. En el período analizado ninguno de estos profesionales recibió capacitación del Programa.

El Servicio de Tocoginecología funciona de lunes a viernes, con turnos programados a la mañana y a la tarde. La espera en estos casos es de 15 minutos. En el CAP hay variadas opciones de turnos según la especialidad. A modo de ejemplo, la médica generalista atiende a la mañana y a la tarde cuatro días por semana. Se atiende la demanda espontánea por orden de llegada.

Ambos servicios son gratuitos, y atienden a cualquier persona con o sin DNI, sin necesidad de ninguna otra documentación. En el CAP, en los casos de control ginecológico, se pide una libreta entregada por el Programa donde figuran los controles previos. Para el caso de los migrantes bolivianos son documentación argentina, se les solicita la Cédula Boliviana, y se les recomienda hacer los trámites migratorios.

Esta institución atiende alrededor de 27 pacientes por día, y se realizaron 84 PAPs desde julio del 2008 hasta septiembre del 2009. Para el Servicio de Tocoginecología del hospital, los entrevistados indican que, del total de las prácticas, el 20% corresponde a prestaciones en SSyR. A su vez, entre el 23 y el 25% de la población que asiste es de 19 años o menor.

En ambas instituciones es complicado que los usuarios puedan elegir qué prestador/a desean que las atienda. En el hospital depende del turno y el profesional disponible. En el CAP, hay una sola médica generalista. De todos modos, pueden solicitar que otras profesionales del servicio les hagan el PAP.

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

Los entrevistados refieren que, del total de MACs necesarios para la ejecución del Programa, el 70% son comprados por el gobierno provincial, mientras que sólo el 30% es aportado por el gobierno nacional. Por este motivo no hay faltante de MACs, y se entregan todos los métodos previstos en la ley 25.673 (Hormonales, inyectables, AHE, de barrera, ACQ), tanto en hospital como en centros de atención primaria.

Esto plantea diferencias con aquellas provincias que no tienen métodos formalizados para la compra de MACs y dependen específicamente de la provisión –insuficiente- del gobierno nacional.

En ambos tipos de establecimientos analizados (1 hospital y 1 Centro de Atención Primaria) las usuarias deben realizarse estudios previos para la obtención de cualquier método anticonceptivo que no sea el **preservativo**, que puede ser retirado libremente por cualquier persona que lo requiera. En el caso del CAP analizado, la entrega se hace durante las 24hs en la guardia de enfermería. En el caso del Hospital, en cambio, los preservativos no se retiran por guardia sino por farmacia, que está abierta sólo durante el día. Según observaciones del grupo monitoreante, hay en los baños del hospital dispensers gratuitos.

Se piden en ambos establecimientos PAPs realizados en el último año y colposcopia, y se realiza examen mamario. De acuerdo a la edad, en el hospital también se exige mamografía. En ambos establecimientos los entrevistados indican que, en caso de observarse factores de riesgo en las pacientes, se entregan los MACs antes de la realización de los análisis estipulados por el Programa, otorgando turnos y con el compromiso de la usuaria de regresar para los controles.

En ambos establecimientos, el MAC es elegido por la usuaria, después de una conversación con el médico. Se entrega a cada usuaria el MAC seleccionado, salvo que haya alguna patología para la cual ese método específico se encuentre contraindicado.

En el caso de los **ACO**, la entrega es de una caja por mes tanto en el hospital como en el CAP. En este último establecimiento, se consideran también la distancia de la usuaria al centro y sus posibilidades de viaje, y pueden darse hasta cuatro cajas por consulta.

En relación a la **anticoncepción de emergencia**, en ambos establecimientos puede retirarse durante las 24hs, y va siempre acompañada de consejería. En el caso del hospital, este es el único método anticonceptivo que puede retirarse por guardia.

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. En el hospital se realiza ligadura de trompas con tres métodos: minilaparotomía, intracésarea y laparoscopia. A modo de dato indicativo, durante septiembre de 2009 se realizaron 20 intervenciones de este tipo (la mitad de ellas por laparoscopia).

Para poder acceder a la **ligadura de trompas**, el hospital solicita tres tipos de informes: un examen ginecológico, una evaluación social y una evaluación psicológica, además del consentimiento informado de la paciente. El tiempo de demora promedio es de 2 meses, para una lista de 25 mujeres. A la población de riesgo se le realiza la intervención en el mismo mes de solicitud. Según el grupo monitoreante, durante el año 2009 diversos factores han atrasado la realización de las ligaduras, entre ellas la emergencia sanitaria por epidemia de Gripe A durante el invierno, y el traslado a otro centro sanitario del principal efector encargado de la realización de las ligaduras. A esto se suman también la escasez de espacio quirúrgico y los problemas del área de anestesiología –consignados en el informe 2008-, que retrasan las cirugías programadas en general. Así, al día de hoy, el grupo monitoreante estima la existencia de una demanda atrasada de 300 mujeres.

En relación a la **vasectomía**, los entrevistados indican que, aunque se ofrece, genera resistencia tanto en los hombres como en las mujeres. La realización de estas intervenciones está en la órbita del servicio de urología, pero en este servicio (tocoginecología, que es el principal prestador en SSyR del hospital) la propuesta se hace a través de las mujeres que asisten, que en general rechazan de antemano la idea anticipando la negación de sus parejas. Según observaciones del grupo monitoreante, se han realizado desde la existencia de la ley (Agosto del 2006) sólo 15 vasectomías.

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

Aunque en ambos establecimientos se realiza consejería en anticoncepción, las modalidades parecerían ser distintas. El CAP analizado tiene una política mucho más firme en este sentido que lo que se observa para el hospital.

En ambos espacios hay material informativo a la vista. En el hospital, no se encuentra difusión del programa en los pasillos, pero sí en los consultorios del servicio.

Según los entrevistados, en el CAP se aprovecha toda consulta para ofrecer consejería en SSyR, más allá del motivo de la consulta, a mujeres adultas, adolescentes y parejas. En el hospital, en cambio, esta parecería ser una limitación. Según uno de los entrevistados, si una paciente consulta por un cáncer de mamas “no podemos hablar de anticoncepción”, aunque hay ciertas preguntas sobre este tema que son parte del interrogatorio habitual de las consultas. En este servicio de salud la consejería se ofrece a todas las pacientes que se van de alta del servicio y a cualquier otra persona que lo requiera.

En ambos casos, la consejería está a cargo de profesionales 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 el consultorio externo. En el caso del CAP, se realiza en la consulta individual. En ninguno de los dos establecimientos se cuenta con días y horarios específicos para consejería, sino que se realiza a partir de las consultas. En ninguno de los dos se realizan charlas en sala de espera o espacios colectivos de la institución. Los entrevistados del hospital refieren que esa actividad “corresponde al primer nivel de atención”, mientras que en el CAP no cuentan con espacio apropiado para esto en la sala de espera.

En relación a la inclusión de la pareja en las consejerías, se realiza si la paciente está de acuerdo. En el CAP indican que es frecuente que parejas adolescentes se acerquen a consultar en conjunto sobre métodos anticonceptivos. En el hospital, en cambio, indican que en general la pareja no se acerca a estos espacios.

En tanto en el hospital proponen que no es tarea del servicio realizar tareas de difusión hacia la comunidad, y que están desvinculados de otros sectores como Educación para la Salud, en el CAP se llevan adelante los días miércoles actividades de difusión en escuelas. A su vez, aunque consideran que es difícil trabajar con la comunidad, tienen vínculos con algunos referentes que acercan al Centro casos complejos, y lo vinculan con las familias.

### **Atención en Adolescencia**

En el CAP, no hay un servicio o espacio específico de atención en SSyR para adolescentes, sino que se realiza siempre más allá del motivo de la consulta. Se entregan MACs desde los 14 años, sin necesidad de que los menores asistan con sus padres. Las actividades educativas en escuelas, sin embargo, involucra a niños desde los 9 años (4to. Grado de primaria)

No se ven estrategias de captación activa de adolescentes. Lo que sí se hace es recomendar a las pacientes que vuelvan a la consulta con amigas.

Las profesionales observan que ha habido casos de abuso sexual y violación en el barrio, y que esto ha hecho que las madres lleven a sus hijas tempranamente a consultas sobre métodos anticonceptivos y cuidados en general. Este puede ser el factor por el cual, según la entrevistada, no se presenta embarazo adolescente en el barrio.

En el hospital, el Servicio de Tocoginecología no tiene un equipo especializado para adolescentes. Hay, sin embargo, un Consultorio en Salud Integral de Adolescentes con abordaje Psiconeuroinmunoendocrinológico. Aquí hacen consultoría general sobre cuidados, sexualidad, anticoncepción y prevención de ITS. A su vez, la Dra. Marquina (a cargo de este servicio) está hace 10 años presentando un proyecto de creación de un Servicio General para adolescentes, aun sin respuesta de las autoridades del hospital.

La misma Dra. Realiza, por motivación individual, salidas informativas a escuelas, pero no existe para esto una actividad pautada desde el hospital. La consejería se realiza a demanda y no cuenta con días y horarios preestablecidos. En este servicio, los adolescentes pueden acceder a MACs desde los 13 años. En cambio, en el Servicio de Tocoginecología es posible acceder desde los 16 años.

### **Atención en HIV-SIDA**

En relación a este punto, el CAP ofrece test de detección de HIV a los pacientes en los que se observen factores de riesgo y a niños de bajo peso sin causa aparente o con patologías pulmonares recurrentes. Los menores de 18 años en general no pueden acceder al test sin autorización de los padres, aunque se decide en cada caso de forma específica. A su vez, el CAP no ofrece diagnóstico y tratamiento de ITS, sino que hace la solicitud al hospital.

En el hospital, se realiza el test de forma rutinaria a embarazadas y se ofrece a quienes lo requieran. Existe el llamado "Consultorio 8", donde se realiza el estudio de forma gratuita y anónima, sin orden médica ni historia clínica. Para adolescentes, se avisa a los padres en caso de que dé positivo. En el Consultorio en Salud Integral de Adolescentes se ofrece a todos, especialmente a aquellos con factores de riesgo en su historia personal y a niños de Hogares de Mujeres y varones. En este establecimiento se ofrece diagnóstico y tratamiento gratuito de ITS.

En ambos establecimientos se brinda asesoramiento en MACs a personas que viven con HIV-Sida

### **Atención Posaborto**

En el CAP, no ha habido casos de atención posaborto provocado, aunque sí se dan abortos espontáneos. Ante la posibilidad de que alguna paciente planteara la necesidad de un aborto, se le aconsejaría no realizarlo en condiciones

adecuadas, y no se realizaría la denuncia. Según el grupo monitoreante, los profesionales del CAP muestran apertura frente a la temática, aunque desconocen la Guía de Mejoramiento de la Calidad de la Atención Posaborto del Ministerio de Salud de la Nación.

En el hospital, en cambio, sí se tratan mujeres con síntomas de aborto incompleto. Se habla de “mujeres en situación de aborto y se lo trata como una patología ginecológica más”. Se pregunta a las pacientes de qué modo iniciaron el aborto para poder indicar el tratamiento. Actualmente, están intentando implementar la Guía Nacional.

Según la Directora del Programa a nivel provincial, hay dos hospitales que tienen programas específicos de atención posaborto (el analizado y el Hospital Centeno, de Gral. Pico), que se quiere replicar a toda la provincia. Se adhiere al Programa Nacional en sus aspectos generales, pero no en la técnica AMEU. Se hace raspado con anestesia general (curetaje) A su vez, se entregó a todos los jefes de servicio el protocolo nacional del año 2006.

En el hospital analizado no se utiliza tampoco el misoprostol para casos de aborto.

La presunción de aborto provocado se inscribe en la historia clínica de la paciente, pero no se realiza la denuncia.

En relación a la atención en MACs postaborto, se ofrece consejería y se entrega el método elegido por la paciente. En el caso del DIU, se coloca alrededor de 30 días después, o con la primera menstruación. Según los entrevistados, sólo podría implementarse inmediatamente si se tratara de un aborto incompleto sin signos de infección, pero de todas formas prefieren esperar a que el útero recupere su tamaño normal dado que se asume la falta de continuidad de los controles médicos posteriores.

En relación a las consultas en las que las mujeres se presentan con voluntad de interrumpir un embarazo no deseado, en principio se observa si la situación se encuadra en el derecho al aborto no punible. Si no es así, se brinda consejería en opciones y reducción de daños, sobre todo acentuando aquellas cosas que no deben hacerse por ser riesgosas. No se da información sobre, por ejemplo, el misoprostol –que, según los entrevistados, ya es muy conocido-, sino que se indica a las pacientes que pueden encontrar información en internet.

### **Aborto no punible**

Según la Directora del Programa Provincial, no hay un protocolo específico para estos casos. Se requiere denuncia o un informe psiquiátrico para casos de violación y discapacidad mental. Estos requisitos a veces retrasan la práctica.

En el CAP analizado no se han presentado casos, pero en el caso hipotético se derivaría al Hospital Molas.

En el hospital sí se atienden los casos encuadrados en el artículo 86 del Código Penal. Los referentes de la patología de la paciente son quienes determinan la necesidad de un aborto no punible. Este dictamen de los especialistas queda registrado en la historia clínica del paciente, al igual que la realización del aborto. A diferencia de la Directora del Programa, los entrevistados no hacen referencia a la necesidad de denuncia o informe de ningún tipo.

En caso de que no hubiera acuerdo entre los profesionales, puede recurrirse a un Comité de Bioética.

### **Atención del parto**

En el CAP no se efectúan partos por no contar con servicios de internación.

En el hospital, en este sentido, no se respetan las pautas culturales de la mujer, dado que cuentan con un solo modelo de sillón de parto cuyas posiciones no pueden variarse demasiado. A su vez, el proceso de trabajo de parto determina algunas posiciones posibles, por ejemplo, si hay que usar fórceps.

Se ofrecen cursos de preparación para el parto y, salvo en los casos de cesárea, se permite la presencia de un acompañante.

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

En el caso del CAP analizado, se realizan un PAP por año, y cada 6 meses en caso de que aparezcan resultados inflamatorios. (De 84 PAPs realizados, se ha presentado un caso de cáncer de cuello uterino)

En relación a la captación de mujeres fuera de edad reproductiva, se propone la realización del PAP cuando consultan por otros motivos. A su vez, se realizan mamografías a todas las mujeres desde los 40 años de edad.

En el hospital, se realiza PAP y colposcopia a todas las mujeres en edad reproductiva, desde el comienzo de las relaciones sexuales, una vez por año. En el Servicio de Tocoginecología no se realizan estrategias de captación activa de mujeres fuera de edad reproductiva. Según los entrevistados, esta sería una tarea del Área Programática.

### Mecanismos generales de difusión del programa

La dirección del programa permite el acceso por internet a información sobre su existencia y funcionamiento. Antes hubo un blog, hoy están armando una página web.

Este año no han realizado campañas de difusión, porque ha habido otras prioridades (Gripe A, Dengue, muerte súbita y colecho) Según la Directora Provincial del Programa, se eligen acciones que tienen más impacto en la mortalidad.

Se distribuye material de producción propia del Gobierno Provincial (pero no de este año, sino de producciones anteriores), y los materiales del Gobierno Nacional se entregan a los servicios de salud cuando reciben. La Directora indica que este material es en general escaso.

### Educación Sexual

Recién en agosto de este año la Provincia incorporó en la Ley provincial de Educación la Educación Sexual Integral de acuerdo a la Ley nacional 26.150. Se está armando un plan de trabajo para el 2010, con talleres a docentes. Falta el marco regulatorio para la relación entre el Ministerio de Salud y el de Educación.

### Violencia Sexual

Hay un programa que depende de Epidemiología y no directamente del Programa de Procreación Responsable. Según la Directora del Programa, se aplica un protocolo de medicación sin necesidad de denuncia (antirretrovirales, AHE, consejería)

### Algunas conclusiones

-**No se han registrado en la provincia faltantes de MAC**, ya que el 70% de los insumos necesarios son aportados por el presupuesto del gobierno provincial. A su vez, el hecho de ser una provincia pionera en tener un Programa de Procreación Responsable hace que ciertos mecanismos de recepción, entrega y registro de insumos funcionen adecuadamente entre las distintas órbitas del gobierno y los servicios de salud.

-No se evidencian mecanismos establecidos de participación de la **sociedad civil** organizada en la planificación o evaluación del Programa Provincial.

-No se perciben estrategias programáticas para **incorporar a los varones** al programa de SSyR. El hecho de que al interior del hospital el Programa funcione en un servicio orientado exclusivamente a la mujer es un indicador de esto. Este hecho también podría explicar la escasez de **vasectomías** realizadas en el hospital (según los entrevistados, 15 desde la aparición de la ley)

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.

-No se observan **estrategias de captación** activa de usuarios. La Directora del Programa indica que sí se lleva a cabo para población de alto riesgo, pero esto no ha podido ser contrastado en las demás entrevistas. Básicamente se responde a la demanda, tanto en el CAP como en el hospital.

Puntualmente, no se evidencian estrategias de captación de usuarios adolescentes ni de usuarias postmenopáusicas para la realización de controles.

-La **atención en adolescencia** parecería estar “desregulada”: depende de la actitud personal de los profesionales a cargo. Hay discrepancia al interior del hospital entre los criterios utilizados para la entrega de MACs en el servicio de tocoginecología (16 años) y los expresados en el Consultorio de Salud Integral de Adolescentes (desde los 13 años) Y también con el centro de salud, donde se entregan desde los 14 años. Así, las posibilidades de satisfacción de sus derechos de un usuario adolescente dependen del servicio y el profesional al que se acerque. No hay estrategias programáticas claras.

-A través de comentarios de los entrevistados del Servicio de Tocoginecología sobre la **ligadura tubaria** –por ejemplo, hablando de ella como un método de esterilización y no de anticoncepción-, el grupo monitoreante observa una falta de capacitación en este tema específico, así como un desinterés por la autonomía de las mujeres para decidir sobre su propio cuerpo.

-La **AHE** parece estar disponible 24hs en ambos establecimientos analizados, de forma gratuita y con consejería.

-**Atención Postaborto**: aunque la Directora del Programa Provincial indica que la Guía Nacional ha sido entregada a todos los Jefes de Servicio, en el CAP indican no conocerla. Este hecho es relevante, dado que por la mayor inserción de los CAPs en la comunidad, tendrían mayor posibilidad de detectar estos casos y actuar con rapidez.

-Los profesionales entrevistados en el hospital prefieren hablar de “**embarazo no buscado**” en lugar de “embarazo no deseado”, porque no consideran que una mujer pueda no desear un embarazo. Subyace a esta concepción la maternidad como rol preestablecido de las mujeres.

-Para la situación de **aborto**, los profesionales entrevistados del hospital hablan de “patología”. Esto por un lado parecería facilitar subjetivamente a los profesionales la atención de la paciente, pero a su vez oscurece a la mujer como sujeto de derecho capaz de decidir sobre su propio cuerpo. La decisión tomada de someterse a un aborto, realizado en malas condiciones o con métodos riesgosos, que implica un acto profundo de decisión sobre la propia vida y el propio cuerpo, y representa como tal una instancia de afirmación de la propia subjetividad, es ocultada y transformada en patología por el sistema médico. Este modo de acercarse al tema indica, a nuestro entender, la preeminencia de un Modelo Médico Asistencial por sobre aquel enfoque propio de la Atención Primaria de la Salud.

-Según se desprende de las entrevistas, se han realizado en la provincia **abortos no punibles** sin necesidad de intervención judicial. Estos abortos no se realizan a través de la técnica recomendada por la OMS (AMEU) sino a través del curetaje.

-La falta de conocimiento de la Guía Nacional de Atención Postaborto por parte de los profesionales del CAP indica falencias en el sistema de **capacitación a profesionales**, que parecería dejar afuera a ciertos profesionales o

establecimientos. A su vez, el grupo monitoreante indica esta falta de capacitaciones periódicas, integrales y sistemáticas para todos los/las efectores de la provincia. A modo de ejemplo, refieren que en Santa Rosa no se han realizado capacitaciones desde el año 2006.

-Por cómo está organizado el programa, las cuestiones asociadas a la **violencia sexual** se encuentran desvinculadas de la procreación responsable, y destinada al área de Epidemiología del Ministerio de Salud. Esta situación impide percibir diversos factores asociados a la subordinación de las mujeres y actuar en consecuencia. Se desvincula la SSyR de los modos de distribución del poder en la sociedad.

-Hay grandes falencias en **Educación Sexual Integral**. Recién este año la provincia ha adherido a la ley provincial. Mientras tanto, el único vínculo con las escuelas parecería ser los talleres realizados desde el CAP.

-Incluso desde el CAP, el vínculo con la **comunidad** parece ser mínimo.