

Informe de Monitoreo Social 2009 PROVINCIA DE MENDOZA

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

Periodo analizado: Septiembre 2008 a Agosto 2009.

Entrevistas realizadas: 3

- Jefa del Programa Provincial de Salud Reproductiva, Alicia Wernicke de Motta.
- Médico tocoginecólogo, encargado del servicio de gineco-obstetricia del Centro de Salud N°16 (Villanueva, Guaymallén), Rodolfo Zoni.
- Jefa de la sección de Salud Reproductiva del Hospital Lagomaggiore, Roxana Cabrera.

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

El Programa Provincial de Salud Reproductiva funciona en el marco de la Ley 6.433 (1996), dentro de la Dirección de Promoción, Prevención y Atención Primaria, Subsecretaría de Gestión. Entra en funcionamiento en el año 1998, y desde ese momento ha habido nuevas resoluciones para ampliar las prestaciones, incorporando ligadura tubaria y anticoncepción de emergencia. En este momento, según la entrevistada, se están manejando más con la Ley Nacional.

Según se desprende de las entrevistas, la participación de la sociedad civil organizada en la planificación o evaluación del programa se da por vías informales. Centralmente, han articulado con CEPAS (Centro de Educación, pareja y Asistencia a la Sexualidad) En general contrataban a esta asociación para el dictado de capacitaciones, pero en el último período no lo han hecho por decisiones presupuestarias.

El Programa tiene presupuesto propio que depende de Loterías y Casinos. Este año no se ha publicitado la ejecución presupuestaria, pero sí es posible obtener esta información. Se utiliza para llevar adelante capacitaciones, comprar insumos cuando hay faltantes o no llegan a tiempo los envíos de Nación, así como para financiar gastos administrativos y de gestión, como el flete de envío desde Nación.

La compra de MACs por parte de la provincia se hace de acuerdo a la necesidad. En el último tiempo se han comprado anticonceptivos de 20 microgramos, preservativos e inyectables, y se ha presentado un expediente para realizar una nueva compra de inyectables (que este año no fueron enviados por Nación) y de DIU.

El Programa de Procreación Responsable funciona en todos los establecimientos de salud de la provincia, entre Hospitales, CAPs y postas sanitarias. En todos se entregan MACs y hay consejerías, pero los servicios varían según las posibilidades de los profesionales (por ejemplo, si en un centro de salud no hay ginecólogos/as, probablemente no se pueda acceder a la colocación de DIU)

Hoy por hoy están modificando el modo de medir la cobertura del programa. Anteriormente calculaban la población recibiendo insumos, más las mujeres cursando un embarazo y las mujeres que desean un embarazo. Esto daba aproximadamente la mitad de la población femenina en edad fértil. Hoy por hoy se mide la población bajo aseguramiento de insumos: 25.000 mujeres.

El seguimiento de los efectores se hace solicitando el envío periódico de una planilla de insumos recibidos y entregados. También mantienen con los efectores reuniones periódicas, haciendo sugerencias para superar dificultades y coordinando acciones (por ejemplo, si en un centro de salud no se puede garantizar al colocación de DIU, se establecen canales institucionales de vinculación con el hospital más cercano)

Se han detectado varios casos de vulneración de los derechos de las mujeres, básicamente por colocación de DIU, ligadura tubaria y vasectomía. En estos casos, se habla con el prestador, y si tiene algún problema u objeción de conciencia se recuerda que es su responsabilidad conseguir quién lleve adelante el procedimiento. La prioridad es que se ejecuten las necesidades de las usuarias.

Hay canales de denuncia para que las mujeres puedan transmitir estas situaciones a las autoridades. Una vía es a través del seguimiento domiciliario de mujeres con HIV, o que han pasado por una situación de aborto o entrega en adopción (es notable que la entrevistada llama a esto “mujeres en crisis con la maternidad”) En estos seguimientos está garantizado el espacio para que cada una comente cómo fue atendida. La otra vía es la telefónica. Llama mucha gente por consultas, y la mayoría de las denuncias se dan por casos de ligadura tubaria. En estos casos se comunican con el efector, y solicitan a la denunciante que se vuelva a comunicar para informar si ha cambiado la situación.

En cuanto a capacitación, se han dictado dos cursos de anticoncepción en situaciones especiales y cursos de segundo nivel en consejería en SSyR. Han participado de esto médicos, obstetras, trabajadores sociales, psicólogos y enfermeros, aunque no es posible saber en qué proporción en relación al total de personal vinculado al Programa. También se aprovechan los monitoreos a efectores en terreno para reforzar la capacitación.

A su vez, el Programa articula con otros organismos del Gobierno, como el Instituto de la Mujer, la Dirección General de Escuelas, la Dirección de Asistencia a Víctimas de Delitos, PROMEBA (Programa de Mejoramiento de Barrios), Seguridad y Gobierno.

Características generales de los servicios de salud analizados

Se han monitoreado dos servicios específicos de atención en SSyR en la provincia: el Servicio de Gineco-obstetricia del Centro de Salud N°16 (Villanueva, Guaymallén) y la Sección de Salud Reproductiva del Hospital Luis Lagomaggiore. Dentro de este hospital, no se descarta que servicios como Tocoginecología o Consultorios Generales también realicen alguna atención en SSyR, pero en términos se concentran en el servicio analizado.

En el servicio del hospital atienden a las usuarias 2 tocoginecólogas con orientación en SSyR, 1 enfermera, una secretaria y trabajadoras sociales. No hay datos sobre cuántos profesionales han recibido capacitación del Programa en el período analizado, pero se indica que sí existen estos espacios.

El CAP cuenta con 4 tocoginecólogos y personal de farmacia y enfermería. En el período analizado 1 de los médicos –el entrevistado- recibió de parte del Programa un curso de segundo nivel de consejería.

El servicio del hospital funciona de lunes a viernes a la mañana, y atiende a las pacientes por orden de llegada, a demanda. En el CAP los profesionales atienden de lunes a viernes de 8 a 18hs, y los sábados de 8 a 12hs. En este caso, se dan turnos programados de un día para el otro, salvo lo de control de embarazo que son diferidos.

En el hospital se requiere el pago de una “donación voluntaria”, y se atiende a cualquier persona con o sin DNI, sin necesidad de ninguna otra documentación. El CAP es totalmente gratuito y, aunque el sistema de registros de pacientes en administración requiere el dato de DNI, el entrevistado señala que ha atendido a pacientes indocumentados. En esta entrevista también se indica que el paciente debe ser mayor de edad para poder ser atendido, pero esto no parece así a partir de las respuestas posteriores.

Esta institución atiende alrededor de 48 pacientes por día, de las cuáles entre 15 y 20 realizan consultas en SSyR. Según el entrevistado, entre el 10 y el 15% serían adolescentes. En el servicio del hospital, se atienden alrededor de 30 pacientes por día.

En ambas instituciones las usuarias pueden elegir el/ prestador/a, a menos que no queden turnos disponibles.

Atención en Métodos Anticonceptivos (MACs)

Actualmente, el único anticonceptivo faltante es el Inyectable. Nación no envió este método durante el año 2009, y la compra realizada por el gobierno provincial a mitad de año ya fue utilizada. Próximamente se estará realizando una segunda compra. Hubo problemas con el modelo enviado de DIU y tuvieron que darse de baja 5000, pero aun así todavía se encuentra disponible (de todos modos, se realizará una compra junto con los inyectables)

En términos generales, de la entrevista realizada a la Jefa del programa se desprende que los insumos enviados por Nación deben ser complementados por compras provinciales.

En los dos establecimientos analizados se entregan todos los métodos previstos en la ley 25.673 (Hormonales, inyectables, AHE, de barrera, ACQ y DIU), aunque en la actualidad ninguno de los dos cuenta con métodos inyectables (en el centro de salud, al momento de la entrevista hacía más de 30 días que registraban faltante de este MAC) En el centro de salud hubo también faltante de ACO que para el momento de la entrevista ya estaba normalizado, y tuvieron problemas con el DIU enviado por el Programa, que era de difícil colocación hasta que cambiaron la marca.

Ninguno de los dos servicios de salud exige estudios previos para la entrega de MACs. Para la colocación de DIU en el hospital se realiza un análisis de Subunidad Beta, pero esto no es un impedimento. La idea es que la paciente salga de la consejería con el método elegido. En el CAP sólo realizan una evaluación clínica general para antes de entregar el MAC.

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 aunque se soliciten estudios posteriores, salvo que haya cuestiones médicas para la cual ese método específico se encuentre contraindicado.

En el caso de los **ACO**, la entrega es de tres cajas por vez en el CAP (puede ser más, pero la idea es garantizar un control de 4 veces al año para garantizar el funcionamiento del método), y de cinco ó seis, dependiendo de la paciente y la disponibilidad, en el hospital. En este establecimiento se considera la distancia de la usuaria al centro y sus posibilidades de viaje.

En relación al **preservativo masculino**, en el CAP indica que se encuentra “desmedicalizado”. Se entregan alrededor de 15 por persona, registrando el nombre del solicitante y la cantidad entregada. En el hospital, en cambio, se entregan entre 30 y 40 unidades, según la demanda del paciente. Ninguno de los dos lugares cuenta con dispensers a través de los cuáles las personas puedan acceder directamente a este MAC.

A nivel provincial existe una disposición de la Dirección de Promoción, Prevención y Atención Primaria de la Salud que prohíbe la distribución gratuita de preservativos en eventos masivos (ver Monitoreo Social Mendoza 2008) Lo que sí se hace desde el Programa es asistir con insumos a ONGs o instituciones educativas que lo requieran.

La **anticoncepción de emergencia** puede retirarse durante las 24hs en los dos establecimientos analizados, y va siempre acompañada de consejería. En el CAP el entrevistado indica que existen pruritos y desinformación en algunos miembros del equipo de salud. Se está trabajando en este tema, pero por ahora es difícil que se comprometan con el método.

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 con el triple formulario que solicitan: médico, psicológico y social. En el hospital exigen estos tres informes para acceder a la LT, además del consentimiento informado, que serán evaluados por un equipo interdisciplinario.

Este servicio está disponible tanto para mujeres embarazadas como no embarazadas, con el mismo mecanismo. Una vez aprobada la solicitud, los turnos demoran aproximadamente un año. Según el entrevistado, las demoras se originan en el quirófano por falta de presupuesto, dado que para estas intervenciones se debe pagar aparte al anestesista, al médico/a y al cirujano/a. Se hacen alrededor de 6 LT por mes.

En relación a la **vasectomía**, los requisitos son los mismos. El entrevistado indica que no se ha realizado ninguna en el período analizado, peor que para lo que resta del año 2009 hay dos personas en espera. El procedimiento depende del Servicio de Urología, y tiene menor demora por la escasa demanda. En el CAP no se ha recibido ninguna solicitud de este tipo. El entrevistado propone que la vasectomía está poco popularizada por desinformación. En general, los hombres creen

que el procedimiento influye sobre su virilidad. En este sentido, la anticoncepción continúa siendo considerada una cuestión específica de la mujer.

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 de anticoncepción, y a través de charlas de refuerzo en los controles periódicos a las pacientes. Según el entrevistado, hay pocos recursos humanos como para establecer un espacio específico de consejería. En el hospital, esta actividad está claramente pautada en el servicio. Se realiza cama por cama a las pacientes internadas, con explicaciones grupales sobre el uso de MACs. Puede haber también entrevistas personales si la paciente lo requiere. Se desprende de la entrevista que la consejería se lleva adelante específicamente en la sala de internación, por eso tampoco está garantizada la privacidad.

En los dos establecimientos se realiza consejería prenatal y en período de puerperio, y se incluye a la pareja si la mujer así lo decide.

En el hospital se realizan charlas en sala de espera sobre lactancia, en las cuales se informa sobre la existencia del consultorio de SSyR. En el CAP, aunque no se dan charlas, hay en sala de espera televisores en los que se pasan audiovisuales informativos. A su vez, ambos espacios cuentan con materiales informativos a la vista.

El CAP no realiza actividades educativas extramuros. El hospital tampoco porque consideran que esta actividad corresponde a los espacios de Atención Primaria, pero las trabajadoras sociales salen a terreno a captar pacientes.

Atención en Adolescencia

Según la Jefa del Programa, se realizan consejerías específicas dirigidas a esta población como estrategia de captación activa. Sin embargo, esto no ha aparecido en las entrevistas realizadas en los servicios de salud.

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. Hay una ginecóloga especializada en la atención a esta población a la cual se le derivan las pacientes. Se entregan MACs desde los 14 años, sin necesidad de que los menores asistan con sus padres. No se realizan actividades educativas destinadas a este grupo etario, ni se observan estrategias claras de captación. De todos modos, hay un proyecto de creación de una consejería específica, que permitiría un mayor acceso a los adolescentes.

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 mayores de 14 años. Si se acercan solas pacientes menores de esa edad, se intenta citar a los padres. De todos modos, no se oponen trabas para el retiro de preservativos.

Atención en HIV-SIDA

Como decisión estratégica del Programa, se realiza un seguimiento domiciliario de las pacientes con HIV/Sida, para garantizar su cobertura en SSyR.

El CAP ofrece test de detección de HIV a los pacientes en los que se observen factores de riesgo y como parte de los estudios de rutina en el control prenatal. Está también disponible para adolescentes sin necesidad de la autorización de un adulto. Se ofrece diagnóstico y tratamiento de ITS, aunque dicen tener problemas de insumos que no dependen del Programa.

En el hospital, se realiza el test de forma rutinaria a todas las pacientes previo al alta, al igual que el test de hepatitis B y VRC. Los/las adolescentes pueden acceder a esto firmando ellos mismos la autorización para realizar el examen. 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

Según la Jefa del Programa, existe un protocolo para la atención postaborto que incluye la calidad de la atención durante la internación, acompañada de consejería y el seguimiento domiciliario de la paciente para ver la adherencia del MAC que hayan elegido y evaluar el tipo de atención recibida.

Cuando se presentan mujeres con síntomas de aborto incompleto, en el CAP se hace el diagnóstico y se deriva al hospital, sin realizar la denuncia. Existen materiales impresos indicando signos de alarma y cuidados posaborto, pero el entrevistado no está seguro de si se entregan.

En el hospital, en cambio, sí se tratan mujeres con síntomas de aborto incompleto. Ingresan por guardia, se les realiza el raspado, y luego van al consultorio para la consejería y obtención de MACs. Se entrega el método que elija la paciente, inclusive el DIU. Las trabajadoras sociales distribuyen materiales sobre cuidados posaborto.

Se aplica la guía de mejoramiento de la atención elaborada por el Ministerio de Salud de la Nación, e incluso se han realizado charlas a los profesionales para garantizar su funcionamiento. Aparentemente no se realiza la técnica AMEU. La entrevistada indica que están los kits en el hospital, pero considera que no se utilizan habitualmente. Se utiliza el misoprostol para la inducción de aborto, pero no para aborto incompleto porque el cuello del útero se encuentra dilatado.

Según la entrevistada, la realización o no de la denuncia está en manos del profesional a cargo. No hay una política unificada en este sentido.

Este consultorio capta a las pacientes cuando ya han tenido al bebé, con lo cual no reciben mujeres con deseos de interrumpir un embarazo. Si la paciente manifiesta deseos de darlo en adopción, se llama al Equipo de Adopción. En el CAP indican que de recibir estos casos, realizan contención psicológica y dan a la usuaria información médica, intentando disuadirla de su decisión.

Aborto no punible

Actualmente no existe un protocolo general del Programa para el tratamiento de estos casos. Según la entrevistada, se ha estado trabajando en ello. El grupo monitoreante indica que existe un protocolo a la espera de la firma del ministro desde el inicio de su mandato, sin avances hasta la fecha.

En el CAP no se han presentado casos de este tipo.

La entrevistada del hospital, por su parte, indica que sólo conoce los casos que se han hecho públicos, y que la decisión de cómo actuar está en manos del comité del hospital y no de las profesionales del Consultorio.

Según el grupo monitoreante, desde este hospital se han judicializados casos enmarcados en la normativa actual.

Atención del parto

En el CAP no se efectúan partos por no contar con servicios de internación, aunque sí ofrecen cursos de gimnasia pre-parto dictados por un equipo interdisciplinario.

En el hospital analizado no se permite la presencia de un/a acompañante ("por infraestructura"), ni se respetan las pautas culturales de la mujer porque el procedimiento está preestablecido. Sí se ofrecen cursos de preparación para el parto.

Prevención de cáncer de cuello de útero

En el caso del CAP analizado, se realiza un PAP por año a partir del inicio de las relaciones sexuales. Si dos análisis seguidos dan totalmente normales, se vuelve hacer recién a los 3 años, y si este también da normal, recién se repite 6 años después. Esto, sin embargo, es muy poco frecuente.

No se observan estrategias de captación de mujeres fuera de edad reproductiva. El entrevistado considera que es una población poco tenida en cuenta. No están planteados seguimientos específicos, y hay demandas propias de este sector a las cuales el servicio de salud no puede dar respuesta, como el reemplazo hormonal. Sí hay posibilidades de realizar mamografías y ecografías mamarias y ginecológicas por el Programa de Lucha contra el Cáncer.

En el hospital se realiza PAP a todas las pacientes que llegan. 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

La entrevistada del programa indica que no cuentan con un espacio específico de difusión de las actividades que realizan, aunque esta información sí está disponible en caso de ser solicitada.

En el período analizado no se han realizado tampoco acciones de propaganda, “porque estamos en la actividad cotidiana que nos lleva bastante”. Los materiales de difusión se entregan directamente a los espacios de consejería, que son los encargados de transmitirlos a las usuarias.

Hay material educativo de producción local, algunos destinados a adolescentes (“Cómo cuidar tu salud ginecológica”), y otros para población en general con información sobre MACs (cómo colocar preservativos, DIU, ACO)

De Nación se utilizan unos “libritos” sobre derechos sexuales y reproductivos donde se explica la legislación vigente, y otros sobre anticoncepción de emergencia.

La entrevistada considera que hay suficiente material disponible.

Educación Sexual

La Provincia de Mendoza ha adherido a la legislación nacional sobre el tema. En este sentido, el Programa está capacitando directamente a docentes de 7mo grado. También participaron en la elaboración de los manuales de Educación Sexual para este nivel.

Anteriormente se llevó adelante, a través de CEPAS la capacitación a docentes de Polimodal.

Violencia Sexual

Existe un protocolo local de atención a las mujeres víctimas de violencia sexual, con provisión gratuita de antirretrovirales, AHE, consejería, contención psicológica, vacunación para hepatitis B, antitetánica y antibacteriales. Desde el Instituto de la Mujer se están repartiendo afiches y manuales para los efectores con más posibilidades de recibir este tipo de casos.

Algunas conclusiones

-Aunque el Programa Provincial cuenta con presupuesto propio y se realizan compras de insumos para cubrir las necesidades, **se han registrado faltantes de MAC**, específicamente de inyectables. (Durante todo el año, Nación no envió partidas de este método)

-Aunque se menciona la articulación para ciertas actividades con CEPAS, no se evidencian mecanismos establecidos de participación de la **sociedad civil** organizada en la planificación o evaluación del Programa Provincial. La participación está dada básicamente a través de la realización de talleres y capacitaciones.

-No se observan **estrategias de captación** activa de usuarios. Incluso desde el CAP analizado, el vínculo con la comunidad es mínimo: no se realiza ningún tipo de actividad extramuros.

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

-A su vez, las estrategias de difusión del Programa son inexistentes. No se realizan campañas, no se reparten preservativos, ni se encuentra folletería o afiches por fuera de los centros de salud. Esto, sumado a la falta de actividades en la comunidad y la carencia de estrategias de captación de usuarios, hace imposible saber de qué modo se genera la demanda espontánea.

-La **atención en adolescencia** muestra muchas falencias. No hay estrategias de captación de esta población, y al ser inexistentes incluso las actividades en escuelas no se visualiza de qué modo podría generarse la demanda espontánea. La Jefa del Programa indica que se realizan consejerías específicas para esta población, pero esto no ocurre en los centros analizados.

A su vez, en ambos establecimientos acceden a los anticonceptivos a partir de los 14 años.

-La Jefa de Programa da cuenta de numerosos problemas con los profesionales en relación a la realización de **ligaduras tubarias**. Aunque cuestiones de objeción de conciencia no se ven reflejadas en las entrevistas, es certero asumir que no es sencillo para una usuaria acceder a este procedimiento. En el hospital la demora es de aproximadamente un año, lo cual vulnera de hecho los derechos de las mujeres en SSyR.

-No se perciben estrategias programáticas para **incorporar a los varones** al programa de SSyR. La escasez de **vasectomías** realizadas en el hospital durante este año (aun ninguna, posiblemente dos), 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** parece estar disponible 24hs en ambos establecimientos analizados, de forma gratuita y con consejería. De todos modos el entrevistado del CAP señala que hay resistencias en los profesionales a comprometerse con el método.

-**Atención Postaborto**: En el hospital dicen conocer y aplicar la Guía Nacional, pero no se evidencia una política clara en relación a la judicialización de las pacientes. La presentación o no de la denuncia queda en manos del profesional a cargo, transformando el acercamiento de las usuarias al servicio público de salud en una "ruleta rusa". Esto pasa por encima de la confidencialidad médico-paciente y propone un circuito excluyente de las usuarias en estas situaciones del sistema público de salud.

-Resulta preocupante que la Jefa del Programa Provincial se refiera a las mujeres que han decidido dar bebés en adopción y a aquellas que han pasado por una situación de aborto como "mujeres en crisis de maternidad". Esto denota, a nuestro

entender, una mirada en la que el destino de la mujer es inevitablemente convertirse en madre, así como una objetivación de estas usuarias, que no son percibidas como sujetos de derecho capaces de tomar decisiones reproductivas propias.

-Según las observaciones del grupo monitoreante, el hospital analizado ha tenido casos de judicialización de **abortos no punibles**. La intervención de la justicia en estos casos, una vez más, excluye a las mujeres del servicio público de salud y pone en riesgo su vida.

-De las entrevistas se desprende que, de acercarse una mujer con deseos de interrumpir un embarazo, el enfoque de los profesionales es de “disuasión”. Esto atenta contra los lineamientos de consejería pre aborto estipulados en la Guía Nacional de Mejoramiento de la Calidad de la Atención Posaborto –que los profesionales dicen aplicar-, según la cual el acompañamiento a la usuaria debe ser moralmente neutral.

-Hay grandes falencias en **Educación Sexual Integral**. Aunque se realizan capacitaciones a docentes y manuales, no se llevan adelante talleres en escuelas. Es decir, aparentemente la ESI aun no ha llegado a los estudiantes.

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