



Monitoreo Social del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Provincia de Entre Ríos

Informe Final

Esta segunda etapa de monitoreo tuvo como finalidad ir generando un debate en base al diagnóstico conjunto sobre la situación de la salud sexual y reproductiva, realizado entre referentes pertenecientes a distintas localidades de la provincia de Entre Ríos.

El grupo de monitoreo en Paraná se fue consolidando, con esfuerzo, estableciendo una dinámica de funcionamiento semanal atendiendo demandas de la comunidad.

Estas consistieron en inquietudes, pedidos de capacitación sobre temáticas relacionadas con derechos sexuales y reproductivos, que el grupo intentó responder en la medida de sus posibilidades. Se plantearon situaciones conflictivas en relación al abandono que sufren algunas mujeres en la atención médica y las responsabilidades del personal de salud entre otros problemas que luego consignaremos.

La permanencia del grupo de monitoreo estuvo dada por el centramiento en la tarea ya que sus miembros pertenecen a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales donde desempeñan una heterogeneidad de tareas no solo las relacionadas con ésta.

Volviendo al informe se puede consignar que las fuentes de datos consultadas para el monitoreo fueron de carácter primario, es decir emergentes de entrevistas, encuestas realizadas a usuarias/os adolescentes y adultas/os de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Se incluyeron además otras informaciones resultantes de investigaciones realizadas en el medio local que por su relación con la problemática estudiada fueron consideradas como aportes relevantes, tal es el caso de los porcentajes de abortos resultantes de la atención a mujeres en hospitales públicos de Entre Ríos.

Asimismo se realizó en forma conjunta con referentes de distintas localidades de la provincia la encuesta propuesta por el Conders a fin de construir un panorama sobre como son visualizados los servicios desde las/os propias/os usuarias/os.

Se realizaron acciones de difusión en los medios de comunicación local de las tareas de monitoreo, dos en medios gráficos, dos en medios televisivos y 3 en medios radiales, , aprovechando el día 28 de mayo para dar a conocer el trabajo concluido de la primera etapa y el que se viene realizando en esta segunda.

Se consignaran a continuación las diferentes actividades desarrolladas.

Encuentros con referentes locales: participaron representantes de los departamentos La Paz, Federación, Concordia, Feliciano, Concepción del Uruguay y Gualguaychú se intentó construir una

red que permitió conocer conflictos en cada localidad así como los obstáculos y facilitadores existentes en relación al funcionamiento del programa nacional y provincial.

Se realizó un taller general intensivo de una jornada de trabajo donde se dieron a conocer los objetivos de la segunda etapa del monitoreo en la provincia y se relevaron datos significativos que permitieron construir un panorama situacional de la salud sexual y reproductiva. Luego se mantuvieron contactos telefónicos y personales que permitieron dar continuidad a las acciones y concretar las encuestas en cada localidad.

Previo al taller realizado se solicitó a las/os participantes que elaboraran un diagnóstico de la situación de su localidad. La guía propuesta para tal efecto, fue similar a del ConDeRS para cada provincia¹.

Reuniones con representantes del Ministerio de Salud de la provincia de Entre Ríos, entre los que se pueden consignar Directora de Atención Primaria de la Salud Lic. Claudia Fillastre, Director de Atención Médica Alejandro Gelmi, Jefa del Programa Maternidad e Infancia, Lic. Sonia Velásquez y Responsable del Programa Salud Sexual y Reproductiva de la provincia de Entre Ríos Lic. Mónica Fassoni.

Esta reunión tuvo por objeto intercambiar y proponer acciones acerca de los hallazgos del monitoreo obtenidos hasta ese momento.

Los funcionarios ratificaron los datos obtenidos en los monitoreos, poniendo énfasis en la falta de decisiones políticas a nivel provincial traducidas en: *no reglamentación de la ley 9501 sobre salud sexual y reproductiva *directivas en pos de implementar los protocolos vigentes en la atención de las mujeres que llegan a los hospitales con abortos iniciados, *el cuidado general de la salud materno-infantil, etc. Mencionan al respecto que la provincia de Entre Ríos ha sido declarada por la Nación en “emergencia sanitaria” no contando con recursos humanos ni materiales acordes a las necesidades de la población.

Se carece de: *condiciones de bioseguridad en la atención de los partos y *falta de capacitación del personal de salud, ello conlleva en ocasiones a un trato deshumanizado de la población.

Se acuerda con los datos emergentes del monitoreo relacionado con la falta de articulación entre los programas provinciales de prevención del cáncer génito mamario y el de VIH/SIDA.

Ante la demanda de las acciones a encarar manifiestan escepticismo sobre las posibilidades de modificar las situaciones, viendo el panorama como ajeno y cuya responsabilidad los/as excede. Además mencionan que debe ser la población la que demande cambios exigiendo al Estado, instando a que desde el equipo de monitoreo se ejerza el poder ciudadano.

Metodología utilizada:

Aplicación de 283 encuestas propuestas por el CoNDeRS

Estas encuestas fueron aplicadas en las localidades Paraná, La Paz, Concordia, Feliciano, Concepción del Uruguay y Gualaguaychú por referentes locales y con capacitación previa.

En primer lugar cada una de las localidades se seleccionó teniendo en cuenta: a) poder contar con referentes de confianza y comprometidas/os con los derechos sexuales y reproductivos que pudieran garantizar las listas de chequeos, para el mismo fin -b) que se pudiera contar con acceso a la comunidad c) determinar localidades con una importante población de usuarios/as, mujeres y varones adolescentes y adultos/os -d) poder contar con datos pre-diagnósticos relacionados al acceso a servicios, condiciones de salud y pobreza, y otras características socioculturales transversales (conocimiento sobre los derechos ciudadanos, nivel de instrucción-educación, etc. Estas definiciones fueron fundamentalmente para garantizar y potencializar los resultados pretendidos. Esto demandó una serie de tareas de articulación, consulta y sistematización de la información con el asesoramiento

¹ La guía de preguntas sobre las que se trabajó se incluye en un anexo.

del grupo de monitoreo. Algunas de las dudas que se presentaban estaban relacionadas con la escasa claridad de las preguntas a realizar lo que exigió establecer criterios comunes entre quienes aplicaban la encuesta. La muestra sugerida por Conders fue de 146 para los adultos y 137 a adolescentes. Se elaboró un programa especial para cargar los datos de las encuestas, que serían el insumo para el posterior análisis.

Observaciones: las/os encuestadoras/es realizaron un registro de observaciones donde registraban aquellos dichos no contemplados en las encuestas, la situación de los servicios en cuanto a equipamiento, trato a las/os usuarias/os y los tiempos de asistencia de los profesionales.

DIAGNÓSTICO DE LA SITUACION CONTEXTUAL

Se señalan a continuación los principales problemas detectados.

En este sentido se parte de la grave situación de pobreza estructural y de la crisis del sistema de salud que afecta a la provincia.

Se visualiza en algunos municipios que pueden realizarse propuestas tendientes a modificar y superar las dificultades. Es el ejemplo de Gualeguaychú donde han construido un trabajo en red con adolescentes y profesionales de los distintos centros de salud.

CONDICIONES DE VIDA DE LAS MUJERES

Esta información tuvo como fuentes: los pre-diagnósticos elaborados por las referentes socializados en los talleres, las sistematizaciones de trabajos anteriores que se desarrollan desde las diferentes áreas académicas, programas, y/o proyectos tanto de la Universidad Nacional de Entre Ríos (Fac. de Trabajo Social, Fac. Cs. de la Salud, Programa de Prevención de las ITS y el SIDA-SEUyC.) como de los municipios, ongs., etc.

El valioso aporte de las/os usuarias/os chequeadas/os en las entrevistas: información esta que no queda registrada en las listas fue cuidadosamente considerada para nuestro análisis.

1. Pobreza estructural

El deterioro de las condiciones de vida en relación a la educación, el trabajo, la precarización laboral, los problemas alimentarios, los ambientales, etc. marcan claramente las dificultades que tiene la mayoría de la población para acceder a mejores estados de salud. A la complejidad que presentan estas problemáticas, tal es el caso de la salud sexual y reproductiva, se agregan otras relacionadas con los lugares de subordinación y vulnerabilidad que sufren las mujeres y los/las adolescentes.

La dificultad por reconocerse como portadoras/es de derechos humanos, se hace visible en las bajas expectativas y niveles de exigencia que presentan las poblaciones relacionados a lograr mejores condiciones de salud.

La percepción de que está bien lo que se les brinda sin reclamar o exigir otras posibilidades en la atención y el cuidado, es una característica frecuentemente presente en las distintas localidades referenciadas. Se advierte que a mayor precariedad de las condiciones de salud, menores demandas se realizan a los efectores.

Las características de la población están directamente relacionadas con la pobreza estructural, agravada por la persistencia de la misma en estas dos últimas décadas.

Como datos significativos se pueden precisar con respecto al porcentaje de mujeres adolescentes con NBI² que en Concordia suman un 56%; en Federación un 44%; en Federal un 64%; en La Paz un 64%,

El no acceso a la educación es un rasgo relevante que también marca las posibilidades de acercamiento a los servicios de salud pública estatal, y los mayores riesgos en el ejercicio del derecho a la salud.

La gente menciona el uso de medicina alternativa: como ir al curandero, tomar yuyos, recurrir a los consejos de los vecinos, como otras formas de proveerse de medios para su atención.

² La sigla NBI corresponde a necesidades básicas insuficientes.

Asimismo se observan otras condiciones que evidencian un agravamiento de las condiciones de vida: viviendas precarias y sin posibilidades de mejoramiento, hacinamiento que favorece la existencia de relaciones abusivas, promiscuidad y falta de privacidad.

Las mujeres siguen siendo las principales destinatarias de esas consecuencias: abortos con complicaciones determinan la llegada de por lo menos cuatro casos por día, de mujeres de entre 25 y 34 años, a los hospitales públicos de la provincia, muchos de esos casos responden a adolescentes con embarazos no deseados culminados en abortos.

La carencia de capacitación de los recursos humanos, para actuar frente a la diversidad de situaciones. La compleja realidad por la que atraviesa el sistema de salud desfinanciado y desintegrado, presenta una particularidad: la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva es posible gracias a la buena voluntad y disposición de algunos integrantes de los equipos de salud, y muchas veces esa actitud proviene de la misma ciudadanía.

2. Jefaturas de hogar femenina

Escasa presencia de los varones en la asunción de tareas domésticas, cuidado de la salud y escolaridad de los hijos, resistencia a las prácticas preventivas, sostenidas en mitos, en modelos de dominación patriarcal. Estos modelos son reforzados en la pobreza y reproducidos desde el modelo médico hegemónico. Es casi mayoritario el número de mujeres que llegan a las consultas de embarazos solas, sobre todo y aun más en los casos de mujeres adolescentes /jóvenes. Las políticas sociales también reproducen este esquema donde la madre es la encargada de la salud y alimentación familiar.

3. Inicio temprano de las relaciones sexuales.

Se evidencia en la mayoría de los relatos de las referentes el inicio de las relaciones entre los 13 y 14 años, así también son tomados como repetidos los casos de abusos e incesto en los grupos familiares.

4. Mitos y creencias:

Existen diversidad de mitos y creencias vinculados sobre todo a determinados métodos anticonceptivos como el DIU o espiral. En los talleres que se realizan desde un proyecto de extensión en la Facultad de Trabajo Social las adolescentes señalan que no toman pastillas porque las engordan o porque "...vienen falladas...". En este caso el personal de salud muchas veces acompaña estas creencias, por la falta de capacitación y referencias conceptuales que no son socializadas entre el equipo de salud, por la falta de comunicación coordinación y tiempo disponible de los/as profesionales.

CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD y sus consecuencias en el programa de salud sexual y reproductiva.

El sistema de salud provincial demuestra que se ha desembarazado de acciones; en estos momentos todos los insumos y recursos que se utilizan en pos de la salud sexual y reproductiva provienen de Nación.

La Provincia ha designado desde el año 2003 a una persona responsable del programa que trabaja en soledad y no cuenta con un equipo que apoye este trabajo. Esto ha sido detectado en el monitoreo anterior y aún no se ha revertido, al contrario se han complejizado las demandas sin respuesta del estado provincial.

A pesar de estas dificultades, y a partir del esfuerzo de la responsable se ha logrado mantener cubierta a la población con métodos anticonceptivos. Se han registrado los ingresos de las mujeres con aborto en los hospitales de la provincia siendo ésta la primera vez que se logra este registro.

a) Ausencia del marco legal en relación a salud sexual y reproductiva a nivel provincial

Se destaca que en la provincia se contaba con un marco legal apropiado para la disputa política que dio visibilidad a la salud sexual de las mujeres, específicamente en la Sanción de la Ley Provincial 9501 en julio de 2003.

Dicha Ley es el soporte legal y político que debería mejorar la prestación de Salud Pública que de cumplimiento al **compromiso para la reducción de la mortalidad materna, entre otros**. Si bien las acciones de presión por parte de diferentes grupos sociales (políticos, gremiales, universitarios, de la sociedad civil, de foros de discusión ciudadana) han promovido la reglamentación de dicha ley no es menos cierto que la decisión política hasta el momento ha sido transitar por un compás de espera donde mientras tanto se encararan otras acciones.

Dicha ley establece la articulación programática estrecha entre las acciones del sistema de salud y el sistema educativo, a fin de ensamblar propuestas de abordajes complementarias, que tiendan a garantizar los objetivos antes enunciados.

La composición pluralista que supone acercarse al tratamiento del tema condensa en especial algunas barreras de tipo ideológico político que encuentra un cierto equilibrio de resolución cuando se constituye la Comisión Ad Hoc, encargada del diseño curricular de los contenidos de Educación Sexual dentro del Sistema Educativo.

Algunos sectores vinculados a la ortodoxia de la iglesia católica intentan imprimir su sesgo para la elaboración de un plan de educación sexual que responda a la concepción de la iglesia católica. No obstante la impronta particular que estos sectores le otorgan a la mirada de género, sospechando que dicha mirada sería condescendiente con una opción de identidad sexual “no compatible con la condición biológica”, estos lineamientos logran adquirir un nivel de debate público que permitió el ensamble de una propuesta pluralista y crítica que contuviera en su seno las diferencias, los marcos plurales de concepción de la sexualidad como derecho humano fundamental. Algunas de las integrantes del equipo responsable del Monitoreo Social del Conders han sido convocadas a participar del diseño de la estrategia de capacitación a formadores docentes que ha quedado plasmado en una propuesta que aun no se sabe que resultados brindara por la heterogeneidad de perspectivas del grupo de capacitadores y el cuestionamiento permanente que se realiza a no incluir la perspectiva de género.

b) Dificultades en relación al Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva:

Falta de asunción por parte de las autoridades provinciales como programa propio, lo que se implementa es lo que viene de la Nación. Las acciones derivadas del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva no son apropiadas por parte de las/os usuarias/os como provenientes de este sino vistas como beneficios de un Programa Nacional.

- Falta de presupuesto provincial.

No se ha dispuesto aún y a pesar que la ley Provincial de Salud Sexual y Reproductiva lo establece la asignación presupuestaria para su implementación.

- Ausencia de conformación de equipos

Se evidencian carencias en acciones de trabajo en equipo, así también algunos/as integrantes de estos reclaman la falta de capacitación del recurso humano en estas temáticas cuestión que pone en situación de riesgo la atención de la salud sexual y reproductiva, en los centros de salud pública.

Los/as directores/as de los centros de salud no promueven el trabajo grupal, en ocasiones lo ven como una amenaza a su propio espacio de poder.

Cabe mencionar que en uno de los municipios (Gualedguaychú) se vienen realizando intentos de articulación entre los niveles de salud y educación, integración de equipos y preocupación por la capacitación permanente del personal de salud.

Falta de estímulo y apoyo en recursos para la conformación de equipos interdisciplinarios.

En la mayoría de los asentamientos no hay incorporación de profesionales de otras disciplinas, si bien existen profesionales que brindan sus servicios ad-honorem dentro del equipo, no se perciben voluntades institucionales de incorporar recursos humanos reconocidos desde el financiamiento. Ej:

obstétricas ad-honorem, sin nombramientos o en cargos de técnicos, enfermería, trabajadores sociales contratados etc.

En estos momentos se están realizando medidas de fuerza a través de los gremios para pedir incorporación del personal contratado a la planta permanente.

La falta de capacitación y conformación de los equipos imposibilita abordar situaciones complejas como son las provenientes de familias abusadoras, la violencia contra las mujeres, la prostitución; esta última situación fue denunciada en varias oportunidades en localidades como Chajarí. En Diamante en los playones, lugar en el que para los camioneros se ofrecen niñas y adolescentes para la prostitución.

Los profesionales cuentan los casos de abuso con anécdotas como ésta contada por una obstetra "...esa que ves ahí tuvo 3 hijos de su padre, es mas cuando viene a parir pide que entre el padre con ella a la sala de parto y si no lo hacemos entrar ella no colabora..."

Cuando se la indagó acerca de que si alguna vez alguien había denunciado dicha situación me dijo que no, que en Feliciano eso surge a diario. Palabras textuales **"...es retardada... que le vas a explicar, no entiendes que dejarla no mas así es feliz la pobre..."**

- Inexistencia de articulación entre diferentes niveles de intervención

No existe articulación entre los niveles local (municipal) - provincial y nacional, como tampoco entre los diferentes programas de los mismos niveles. No hay políticas de integración entre los diferentes niveles. Las que se realizan son por voluntad de los propios actores involucrados.

- Falta de articulación programa ETS-vih/SIDA y cáncer gínico-mamario:

Tampoco hay articulación entre los programas vinculados a algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva, y en estos casos se desconocen las acciones que realizan estos dos programas de nivel provincial, ya que los mismos tienen acotadas sus acciones a la atención médica de las/os pacientes. Es escasa la disponibilidad de mamógrafos en la provincia, los turnos para las mamografías demoran aproximadamente dos meses.

Se expresan situaciones graves: como por ejemplo faltas de medidas de prevención en mujeres que son portadoras de VIH que van a parir al Hospital San Roque de la Ciudad de Paraná y no les suministran los cuidados necesarios. En el caso de una mujer lo pidió expresamente y le dijeron que no era necesario tomar medidas especiales.

En los centros de salud se deben pensar estrategias para "obligar" a los médicos a realizar los PAP porque no surge de ellos el interés por realizarlos.

En general las mujeres y los propios profesionales no saben a que lugar dirigirse para hacer los reclamos con respecto al funcionamiento del programa de cáncer genito-mamario.

- Faltan insumos en algunos periodos de tiempo

Los recursos que se envían a los centros de salud son insuficientes en relación a la demanda. Pero por otra parte hubo desabastecimiento de algunos medicamentos como anticoncepción para el período de lactancia, d.i.u., etc.

Estas dificultades muchas veces están relacionadas a la inexistencia de responsables para realizar el registro estadístico y el consolidado mensual para solicitar los métodos anticonceptivos.

Asimismo en algunos centros de salud se da indiscriminadamente preservativos, comentando la población que "son vendidos" ya que fallan los mecanismos de control por parte de los efectores de salud.

- Aumento de enfermedades de transmisión sexual.: sífilis en embarazadas.

Como resultante de la ausencia de campañas y acciones vinculadas a la prevención se evidencia un aumento considerado en relación a reaparición de infecciones de transmisión sexual: sífilis, hepatitis B, hepatitis C, etc.

- Falta de protocolos en prevención de sida frente a violación.

No se están aplicando los protocolos de prevención en los casos de violación y accidentes laborales, sobre todo y fundamentalmente en los centros de salud a excepción de Paraná.

No cumplimiento de pautas de bio-seguridad en salas obstétricas:

Con relación a los casos de violación ninguna de las entrevistadas manifestó haber pasado por dicha situación ellas o alguna conocida, lo cual nos parece dudoso.

- Atención del parto y violencia contra las mujeres:

En las entrevistas realizadas a usuarias de distintas localidades se han denunciado situaciones de violencia en la atención del parto. Esas van desde el trato peyorativo, la demora en la atención como en la falta de previsión en casos de partos difíciles.

En Feliciano el Hospital no cuenta a diario ni con ginecólogas/os ni pediatras, estas/os profesionales asisten al efector cada 15 días.

Los controles de embarazos y paros quedan a cargo de las obstetras. **No existen las cesarías de urgencias**, solo las programadas, si surge alguna complicación en el parto se deriva al Hospital de La Paz , pero casi nunca se hace, por lo general las obstetras llevan adelante el parto, **utilizan forceps y aprietan los vientres** (esto fue contado por una de las obstetras).

En las pocas visitas domiciliarias que se realizaron nos encontramos con varios casos de negligencia médica o falta de atención: "...lo más impactante fue cuando encontré a un bebe de 5 meses con una bola en la cabeza y la madre no sabía que era, ya que a ella le habían dicho que su nene era normal, además esta mamá en varias oportunidades fue a solicitar al hospital que le dieran turno con el neurólogo y nunca le daban la derivación a Paraná..."

La directora del hospital tenía conocimiento del caso "...pero me dijo que no me calentara que había que operarlo y ya se iba a ocupar del caso..."

Otro caso que se registró en el mes de mayo de este año : Nació por parto natural un bebé de 5 kg, la madre tuvo desgarros y el niño tragó agua en el parto y fue derivado al hospital de Concordia, siendo su estado muy grave.

Un gran número de jóvenes manifiesta el maltrato que habían recibido por parte de los médicos y enfermeras cuando van a realizar los controles de embarazos y cuando van a parir.

Palabras textuales "...Cuando estaba en la sala de parto el médico me dijo recién dejás el chupete" en otro caso se dijo "Como sos primeriza no entendés nada... ninguno te explica nada...te mandan mano, ahora para la próxima ya se.." Sofía 16 años mamá de una beba de 1 año.

Otra mujer hacia referencia a los médicos residentes diciendo "...estas en la sala, donde somos muchas, haciendo trabajo de parto y entra uno y te revisa y después entra otro y también te vuelve a revisar, en el mismo lugar, el problema no es que los chicos recién recibidos tengan que aprender lo que pasa es que no te preguntan nada..."

Otra dijo "...estamos para experimentos de ellos cuando se dan cuenta que sos pobre, además vienen cuando estamos en trabajo de parto y vos que les vas a decir si te duele todo..."

Una de las entrevistadas contó que se había sentido muy sola en el parto porque los médicos no dejaron que su esposo ingresara a la sala de parto, no le dieron ninguna explicación.

Cuando indagamos sobre si les habían gritado (pregunta 12 adultos) una expresa "...a mi no sólo que me gritaron y me agarraron del brazo sino que la enfermera me dió una cachetada y me dijo que no gritara" Laura, 28 años, Feliciano esto le ocurrió cuando tuvo su primer hijo, actualmente tiene 5.

Otra expresa "...a mi no me pasó, pero a una chica que estaba cerca mío... cuando fue la doctora a revisarla le pidió el cuaderno de los controles y le dijo que no lo tenía... entonces le dijo que si había esperado nueve meses que ahora esperara un poco más... la pobre chica se notaba que era media lela o tenía problemas de la cabeza..." Natalia. Concordia 25 años mamá de dos nenes

- **No cumplimiento de protocolo de atención de aborto humanizado y tratamiento post aborto**

Según datos brindados por el Hospital San Roque se desconoce el protocolo de atención del aborto humanizado. Tampoco se prevén acciones de tratamiento post-aborto. En estos momentos se halla internada una mujer de 25 años con riesgo de muerte y ya se había realizado tres abortos antes.

En el año 2005 se han registrado en esta maternidad un total de 471 abortos, lo que constituye un promedio de 1,3 casos por día. La distribución por población es la siguiente:

Menores de 15 años – 3 casos
De 15 a 19 -----77 casos
De 20 a 29-----201 casos
De 30 a 39-----156 casos
Mayores de 40-----34 casos

En la provincia se registran 4 abortos por día. Durante el 2005 más de 1500 mujeres ingresaron a los hospitales con un aborto en curso. Son mujeres cuyas edades oscilan entre 25 y 34 años.

En el tema de abortos las mujeres entrevistadas no plantearon nada, una sola manifestó que a su hermana la habían insultado porque llegó con pérdidas al hospital. palabras textuales “...algo te habrás metido allá...”.

En Feliciano, hay un gran índice de abortos, cuando llegan al hospital son tratadas como criminales. Como el hospital es el único efector de salud de la ciudad que realiza internaciones y partos las que poseen obra social se van a La Paz.

Palabras de una obstetra “...**encima que se meten porquerías y matan a los hijos pretenden que vos las atiendas por mi se pueden morir...**”

Preguntamos si se registraba la muerte por causa de aborto y la respuesta fue no. Pero reconocieron que hay una gran índice de mortalidad materna como consecuencia de complicaciones por abortos clandestinos.

Una de las obstetras atiende a 20 pacientes en una hora, trabaja de 8 a 9 (una hora) y luego se va a la casa, su sueldo ronda los \$1500, es de planta permanente.

- **Falta de información sobre anticoncepción del día después**

Las/os profesionales dicen que ellos no informan porque no tienen la pastilla pero ahondando en la conversación surge la objeción de conciencia ya que se piensa que es abortivo.

Ningún centro de salud da información sobre esto. Solo lo menciona una profesional obstétrica de la Ciudad de Federación quien aconseja a sus pacientes sobre esta posibilidad.

- Inexistencia de acciones de consejería o de consultorios para adolescentes y mujeres en general

Las dificultades para el acceso de los adolescentes a los centros de salud son expresadas por ellos mismos diciendo que no tienen confianza de ir a plantear el uso de métodos así como la búsqueda de información. Manifiestan que los empleados no guardan reserva de la información lo que motiva el alejamiento de los mismos con el riesgo del embarazo o de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Los centros de salud no disponen de acciones de consejería para adolescentes ni espacios especiales para su atención. De los relevados salvo Gualaguaychú manifestaron que preveían un trabajo dirigido a ellos.

Ninguna adolescente que fue a parir tuvo trato especializado en los efectores de salud.

Las adolescentes y las mujeres adultas comentan que no optaron por algún método anticonceptivo, los profesionales decidieron que método deben usar (por lo general se recomienda la píldora o la inyectable y no explican como se utiliza)

El uso del preservativo no se aconseja en los efectores de Salud, de todas las entrevistadas ninguna había recibido información sobre ITS y VIH/Sida. **Los métodos anticonceptivos solo se distribuyen a las mujeres con hijos y los preservativos a los varones.**

En relación a los métodos anticonceptivos el DIU, no está difundido y una entrevistada expresa que desconfía de las inyectables de la salita, prefiere comprarlos “... **yo los compro, tengo miedo que estén vencidos o sean una porquería...**”

Algunas consideraciones respecto a la encuesta: _ Con relación a las mujeres entrevistadas en general la encuesta resultó acotada, luego de contestarla se explayan en informaciones mas sustantivas que no pueden consignarse en la misma. No obstante el trabajo resultó fructífero en cuanto al cúmulo de información obtenida.

INTERPRETACIONES Y ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES PROBLEMAS DETECTADAS:

SITUACIONES DETECTADAS	POSIBLES CAUSAS
Vulnerabilidad y escasa visibilización de cuidados de las mujeres en relación a su salud sexual y reproductiva.	Desconocimientos de los derechos sexuales y reproductivos por parte de la población, especialmente las mujeres y los adolescentes.
Bajas expectativas y niveles de exigencia relacionadas a lograr mejores condiciones de salud. A mayor precariedad de las condiciones de salud, menores demandas se realizan a los efectores	Escaso nivel de educación y baja autoestima; aceptación pasiva de la población ante el desmantelamiento de los servicios de salud.
Escaso acercamiento a los efectores de salud en zonas rurales y en barrios pobres.	Escasos recursos destinados a zonas rurales. Poco tiempo dedicado a la tarea de atención primaria de la salud y de difusión comunitaria.
Uso de medicina alternativa, ir al curandero, tomar yuyos, recurrir a los consejos de los vecinos son las formas de proveerse de medios para la atención de la salud.	Prevalecen prácticas vinculadas a la cultura popular que se refuerzan por el abandono del estado de acciones integrales en el cuidado de la salud.
Los adolescentes no concurren a los centros de salud para asesoramiento y consulta en la atención de la salud sexual y reproductiva.	Falta de capacitación adecuada y motivación para trabajar con adolescentes. Inexistencia de acciones sustentables que permitan la integración y que los involucren como actores desde sus propias inquietudes.
Ausencia de acciones de conserjería para atender MAC, derechos sexuales y reproductivos y problemas de violencia.	Personal no capacitado, se manejan desde prejuicios y el sentido común.
Incremento de la prostitución de adolescentes y abuso en zonas de tránsito comercial.	Deterioro de las condiciones de vida familiares, la prostitución como alternativa frente a la pobreza. Falta de recursos humanos capacitados para actuar ante situaciones de violencia y abusos.
Escasa presencia de los varones en la asunción de tareas domesticas, cuidado de la salud y escolaridad de los hijos	Pautas culturales patriarcales que reproducen roles tradicionales para las mujeres y los varones. Ignorancia sobre los problemas de género, falta de cuestionamiento de estas pautas desde los efectores de salud.

Conclusiones:

Los datos recogidos en las encuestas no son coincidentes con la apreciación de las encuestadoras y el equipo que llevó adelante el monitoreo. Se aprecia una naturalización con respecto a determinadas condiciones de la atención:

- ✓ Largas horas de espera para conseguir un turno.
- ✓ Atención escueta y poco personalizada, deshumanización.

- ✓ No percepción del derecho a información y explicación sobre los métodos anticonceptivos y por lo tanto el derecho a decidir.
- ✓ Silenciamiento de prácticas violentas que se naturalizan en el espacio de lo público como característica “normal” de esos lugares.

Con respecto al instrumento metodológico utilizado, encontramos limitaciones al momento de su aplicación. La especificidad de categorización dejó afuera otras variantes de respuestas o relatos de situaciones acontecidas en los servicios. Esto fue recogido por las encuestadoras como un registro esencial, a partir de los cuales fue elaborado el presente informe. No obstante, el trabajo resultó fructífero en cuanto al cúmulo de información obtenida.

¹ **CUESTIONARIO SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

A partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable ¿Percibieron cambios en la atención de la salud sexual y reproductiva de la población? Describa brevemente los cambios percibidos

1. ¿Disponen de la cantidad de insumos necesarios para abastecer las necesidades de las usuarias/os de su localidad?
2. ¿Cómo es la distribución de métodos anticonceptivos en los centros de salud y hospitales? Describa alcance, tipo de métodos que se distribuyen, obstáculos detectados, y otros.
3. ¿Se atiende a las/os adolescentes que consultan temas vinculados a la salud sexual y reproductiva? Describa si los atienden solos/as o acompañados/as, si existen consultorios específicos para esta población, y otros aspectos que registran.
4. ¿Se integra o coordina la atención de la salud sexual y reproductiva con prevención del VIH/SIDA y ETS y cáncer genito mamario? Si existe articulación con otros programas descríbalos.
5. Según su opinión, ¿Cuáles son los actores más significativos que intervienen favoreciendo u obstaculizando las actividades sobre salud sexual y reproductiva en su provincia/localidad? Describa brevemente actividades realizadas, repercusión y grado de presencia en la opinión pública.