



Monitoreo Social del Programa de Salud Sexual y Reproductiva

Provincia de Santiago del Estero

Informe Final

Septiembre del 2006

Equipo de trabajo

- Cecilia Canevari
- Silvia Borsellino
- Magdalena Ramírez
- Graciela Álvarez
- Magalí Blanco
- Jorgelina González Russo
- Eduardo Banegas
- María Teresita Vega

Índice:

1. Introducción
2. Objetivos, metodología y actividades
3. Las listas de chequeo
4. Entrevistas a prestadores/as
5. Entrevista al Director del Programa de Maternidad e Infancia
6. El Taller de monitoreo con prestadoras/es
7. Conclusiones de las Jornadas Reproducción, Sexualidad y Ciudadanía
8. Taller con rectores/as de escuelas del Nivel Polimodal
9. Entrevista a funcionarios del Ministerio de Educación
10. Conclusiones
11. Propuestas

1.- Introducción: situación de contexto

En Santiago del Estero, la situación social y política se encuentra debatiéndose entre sectores reformistas que buscan cambios en las distintas instituciones por un lado y por el otro los sectores conservadores que ocupan lugares estratégicos y tienden hacia la perduración de las prácticas políticas que durante años se sostuvieron en la provincia.

El Ministerio de Salud, continúa a cargo del Dr. Juan Carlos Smith, desde el comienzo de la gestión del gobernador Gerardo Zamora, lo que ha posibilitado una continuidad en los lineamientos políticos señalados, mas allá de las múltiples turbulencias que en determinados momentos han hecho trastabillar la estabilidad del ministro. De la misma manera sigue a cargo de la Dirección de Maternidad e Infancia, el Dr. Lino Lorenzo. El Programa de Salud sexual y procreación responsable se ha ido instalando progresivamente en la geografía provincial y hoy se ejecuta en prácticamente todos los centros de salud de la provincia, aunque con diversas problemáticas en su ejecución.

A partir de la aplicación de programas nacionales se han mejorado los servicios prestados. Desde el proceso de la Intervención Federal, que dio un impulso al sector salud, se han ido incorporando profesionales de diferentes disciplinas a los centros de salud. De esta manera es que actualmente existen obstétricas y Licenciadas en obstetricia que trabajan como prestadoras en el Programa de SS y PR en una gran diversidad de servicios de toda la provincia, en centros periféricos y en hospitales de la ciudad capital y de ciudades y pueblos del interior de la provincia. Sin embargo existe una amenaza sobre la posibilidad de continuidad de estos/as trabajadores/as ya que dependen de contratos precarios.

En el Ministerio de Educación continúa designada como Secretaria de Educación, la Prof. Marcela Menini, quien representa a sectores católicos conservadores. Está como responsable de la articulación entre salud y educación la educadora sanitaria Claudia Nieto.

Hay un avance de sectores conservadores dentro de la Iglesia católica, reforzados por el reciente nombramiento de Monseñor Polti, que proviene del Opus Dei, quien aún no se ha expresado públicamente respecto a la problemática de los derechos sexuales y reproductivos en nuestra provincia.

La sanción de la ley provincial, que consistió en una adhesión llana a la ley nacional, fue aprobada con acuerdo unánime en la Cámara de Diputados de la Provincia en el mes de septiembre del 2005. El escenario se presentó muy favorable debido al escándalo ocurrido con el obispo de la Provincia Mons. Maccarone. La ley aún no tiene una reglamentación que garantice que el estado provincial se haga cargo de la continuidad del programa de salud sexual y procreación responsable con la adjudicación de un presupuesto para el mismo.

La persistencia del Programa en los centros de salud de diferentes niveles de complejidad ha logrado que el mismo se haya difundido y que la cobertura se amplíe progresivamente y se conoce por el boca a boca, ya que no se ha realizado ninguna campaña de difusión del mismo.

En la legislatura provincial hay varios proyectos de ley para la implementación de la educación sexual en las escuelas y un proyecto sobre ligadura tubaria, que se encuentran en debate.

Los debates que se dan a nivel nacional se trasladan necesariamente a los medios y a la opinión pública local y de esta manera la sociedad está mas permeable a debatir temáticas como la educación sexual o la legalización del aborto.

Las mayores dificultades que tuvimos en el desarrollo de esta tarea, han sido las resistencias a dar entrevistas tanto de los funcionarios del área de Salud como de Educación, obstáculo que finalmente sorteamos. Posiblemente se deba a que no hay una cultura, que valide el rol de la sociedad civil, como monitor de las responsabilidades del estado.

2.- Objetivos de la propuesta

Los objetivos que nos hemos propuesto para este proceso de monitoreo del Programa de Salud sexual y procreación responsable en la provincia de Santiago del Estero fueron:

1. Indagar, desde la perspectiva de las/os usuarias/os, la calidad de atención del programa de Salud Sexual y Procreación responsable.
2. Explorar las representaciones, las normas y las prácticas sobre el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos en docentes del nivel polimodal del sistema educativo formal.
3. Explorar las representaciones, las normas y las prácticas sobre el reconocimiento de las personas como sujetos de derechos en funcionarios del área de salud provincial que tengan incidencia en las decisiones de políticas de salud sexual y reproductiva.

4. Indagar las percepciones y valoraciones respecto a la educación sexual en referentes del ámbito educativo de la provincia.

Actividades

Además de las actividades planificadas inicialmente surgieron oportunidades de complementar las fuentes de información en espacios que no estaban previstos. De esta manera, se agrega el informe de las 3^o Jornadas Reproducción, Sexualidad y Ciudadanía y de un Taller realizado con rectores de Escuelas de Nivel de Polimodal de la Provincia.

Surgieron algunas dificultades para concretar las entrevistas con funcionarios tanto del ministerio de salud, como de educación que sostienen cierta actitud de resistencia, para luego concretarse la entrevista con el Director de Maternidad e Infancia y el equipo que trabaja en el Programa.

Las actividades planificadas en el proyecto inicial fueron:

- Encuestas a usuarias/os del programa en servicios públicos de salud que ejecuten el programa de salud sexual y procreación responsable, con la finalidad de conocer la calidad de atención recibida desde su percepción. Se aplicaron las listas de chequeo provistas por el Conders.
- Entrevistas a prestadores/as del Programa de salud sexual y procreación responsable que trabajan en hospitales públicos de la provincia.
- Jornada de trabajo con obstétricas/os, médicos/as, educadores/as para la salud y otros prestadores/as de salud que desarrollan actividades de atención, difusión e información del programa en el primer nivel de atención del área urbana y rural.
- Entrevistas a funcionarios del área del ministerio de salud y jefes de servicios responsables del programa de salud sexual y procreación. Entrevista al Director del Programa y su equipo de trabajo.
- Entrevistas a docentes y directores/as de escuelas del nivel polimodal, terciario y universitario para conocer las representaciones, normas y prácticas en relación a la educación sexual en los ámbitos educativos en los que desarrollan sus actividades.
- Difusión del material del CONDERS entre la población a la cual está destinada (radio, adolescentes, usuarios/as, funcionarios, legisladores, etc).
- Elaboración del informe final con la información obtenida.

3.- Las listas de chequeo

Las listas de chequeo provistas por el CONDERS, se aplicaron a usuarias adultas y adolescentes de los centros de salud, a la salida de los mismos y luego para ambos grupos hay una muestra de estudiantes de la escuela Normal de La Banda y del Instituto Superior de Formación Docente N°1.

Las encuestas fueron realizadas entre los meses de junio y julio del año 2006, en distintos barrios de la ciudad capital y La Banda. Las y los encuestadores fueron estudiantes avanzados de la carrera de educación para la salud de la Universidad Nacional de Santiago del Estero para el caso de las encuestas de los centros y de la Prof. Graciela Álvarez para el caso de las que se realizaron en las instituciones educativas. Cabe señalar que las encuestas callejeras fueron administradas por los/las encuestadores/as y las de los estudiantes fueron autoadministradas.

La aplicación del instrumento presentó algunas dificultades sobre todo con las últimas preguntas del mismo. Por eso se podrá observar que hay un importante número de respuestas de no sabe- no contesta, para estas preguntas. Quizás se deba a cuestiones culturales, vinculadas a la interpretación de los mensajes alternativos que se proponen allí.

En total se hicieron 289 encuestas, 156 a adolescentes y 133 a mujeres usuarias de los servicios de salud. Luego se confeccionaron dos bases de datos en SPSS, versión 13, en las cuales se ingresó la información, para su posterior análisis.

El análisis descriptivo se hizo para cada base de manera independiente, ya que las variables a analizar son diferentes.

Encuestas a adolescentes

Se aplicó a 156 adolescentes de la ciudad capital de Santiago del Estero y en la ciudad de La Banda, en su gran mayoría mujeres, con sólo 3 varones incluidos en la muestra.

Cuadro N° 1: Adolescentes clasificados según su edad

Edad	Nº	%
14 a 17	30	19,23
18 a 21	75	48,08
22 a 25	51	32,69
Total	156	100

Las edades oscilan entre 14 y 25 años, con una edad promedio de 20 años y la mitad de los mismos se encuentra en el rango entre 18 y 21 años. Las entrevistas se realizaron en su mayoría, cuando las usuarias salían de la consulta. Hay 49 encuestas que se aplicaron a estudiantes de la Escuela Nocturna de la Normal de La Banda y estudiantes del Instituto Superior de Formación Docente. Por un error de interpretación del instrumento, al señalar la institución, en vez de indicar el centro de salud al cual asisten o asistieron, indican la institución educativa a la que pertenecen. De manera tal que al analizar la distribución por centros de salud, excluimos estas encuestas y queda el interrogante de cual es el centro de salud donde se han atendido estos/as jóvenes. Quizás en un nuevo proceso de análisis sea necesario excluir de la base a este grupo, para poder hacer una mejor interpretación de los resultados obtenidos.

Cuadro N° 2. Adolescentes clasificados según el tipo establecimiento al que asisten

Establecimiento	N	%
Hospital Regional, maternidad	13	12,1
Maternidad La Banda	35	32,7
UPA Autonomía	7	6,5
UPA Mosconi	7	6,5
UPA N° 4	12	11,2
UPA N° 6	12	11,2
UPA Triángulo	6	5,6
UPA Villa Griselda	15	14,0
Total	107	100,0

Las Unidades Primarias de Atención, se encuentran en barrios de la ciudad capital y Banda. Las de capital son: UPA Autonomía, UPA Mosconi, UPA N°4, UPA N°6 y Hospital Regional, y las de Banda son la Maternidad, Villa Griselda y Triángulo.

Cuadro N° 3: Adolescentes clasificados según la orientación en la institución de salud (Pregunta N° 1)

Orientación	Nº	%
Me perdí	22	14,1
Me orienté fácilmente	129	82,7
no sabe, no contesta	4	2,6
Total	155	100

Dada la realidad de los centros periféricos, que son bastante pequeños, es razonable que la mayoría de los jóvenes se orienten con facilidad, siendo la única institución de mayores dimensiones y que puede generar problemas de orientación, el Hospital Regional.

Cuadro N° 4: Adolescentes clasificados según la disponibilidad de un servicio especial para adolescentes (Pregunta N°2)

Servicio adolescentes	Nº	%
Hay un servicio especial	19	12,2
No hay	130	83,3
no sabe, no contesta	7	4,5
Total	156	100,0

Por lo que pudimos averiguar no existen servicios especiales para adolescentes, salvo en algunos centros en los que tienen horarios destinados a esta población.

Cuadro Nº 5: Adolescentes clasificados según la modalidad en la entrega de turnos (Pregunta Nº3)

Entrega de turnos	Nº	%
Se pide el turno muy temprano	126	80,8
Se puede pedir por teléfono o un rato antes	27	17,3
no sabe, no contesta	3	1,9
Total	156	100,0

La modalidad de entrega de turnos en casi todos los centros es por orden de llegada, presentándose muchas dificultades para otorgar turnos de manera diferente.

Cuadro Nº 6: Adolescentes clasificados según el tiempo de espera para recibir atención (Pregunta Nº4)

Tiempo de Espera	Nº	%
Rápido	72	46,2
Tuvo que esperar	80	51,3
no sabe, no contesta	4	2,6
Total	156	100,0

Cuadro Nº 7: Adolescentes clasificados según la limpieza del lugar y presencia de asientos para la espera (Pregunta 5)

Limpieza y asientos	Nº	%
Está limpio, hay asientos	129	82,7
Está sucio, no hay asientos	25	16,0
no sabe, no contesta	2	1,3
Total	156	100,0

Cuadro Nº 8: Adolescentes clasificados según la privacidad que hay en el consultorio (Pregunta 6)

Privacidad en el consultorio	Nº	%
Hay privacidad	127	81,4
No hay privacidad	24	15,4
no sabe, no contesta	5	3,2
Total	156	100,0

Cuadro Nº 9: Adolescentes clasificados según el tiempo dedicado a la atención (Pregunta 7)

Tiempo de atención	Nº	%
Poco tiempo	84	53,8
Bastante tiempo	67	42,9
no sabe, no contesta	5	3,2

Total	156	100,0
-------	-----	-------

Cuadro Nº 10: Adolescentes clasificados según la calidad de la atención en relación al diálogo con el/la prestador/a (Pregunta 8)

Diálogo	Nº	%
Buena escucha	130	83,3
Mala escucha	20	12,8
no sabe, no contesta	6	3,8
Total	156	100,0

Cuadro Nº 11: Adolescentes clasificados según según la comprensión en la comunicación con prestadores/as (Pregunta 9)

Tiempo de la atención	Nº	%
No resolvieron las dudas	30	19,2
Respondieron a las dudas	121	77,6
no sabe, no contesta	5	3,2
Total	156	100,0

Cuadro Nº 12: Adolescentes clasificados según la posibilidad de elección del Método Anticonceptivo (Pregunta 10)

	Nº	%
Elección con consejería	112	71,8
Sin elección	32	20,5
no sabe, no contesta	12	7,7
Total	156	100,0

Cuadro Nº 13: Adolescentes clasificados según un mensaje respecto a su autonomía para decidir la anticoncepción (Pregunta 11)

Mensaje recibido	N	%
Aconsejan volver con su madre	12	7,7
Le otorgan la libertad de decidir	106	67,9
no sabe, no contesta	38	24,4
Total	156	100,0

Cuadro Nº 14: Adolescentes clasificados según la posibilidad de elegir el/la prestador/a (Pregunta 12)

Elección del/a prestador/a	N	%
Pudo elegir	34	21,8
No pudo elegir	107	68,6
no sabe, no contesta	15	9,6
Total	156	100,0

Cuadro Nº 15: Adolescentes clasificados de acuerdo a la posibilidad de seguir siendo atendidos por el mismo/a prestador/a (Pregunta 13)

Continuidad con el vínculo con el prestador/a	N	%
---	---	---

Cada vez un/a prestador/a diferente	79	50,6
Puede elegir prestador/a	65	41,7
no sabe, no contesta	12	7,7
Total	156	100,0

Cuadro Nº 16: Adolescentes clasificados según la calidad de atención discriminada por la edad (Pregunta14)

Calidad de atención hacia adolescentes	N	%
Hay un espacio específico para madres y padres adolescentes	22	14,1
No hay atención específica	91	58,3
no sabe, no contesta	43	27,6
Total	156	100,0

Cuadro Nº 17: Adolescentes clasificados según la posibilidad de dar la opinión respecto de la atención brindada (Pregunta15)

Posibilidad de dar la opinión	N	%
Hay un buzón para dejar la opinión	14	9,0
No se puede dejar la opinión	93	59,6
no sabe, no contesta	49	31,4
Total	156	100,0

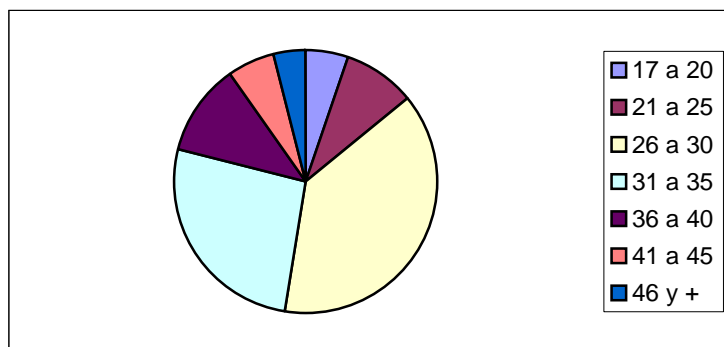
Como se señaló anteriormente el número de respuestas de no sabe, no contesta para las últimas preguntas es sensiblemente superior a las primeras. Esto es el reflejo de un problema de comprensión o de inadecuación de las alternativas presentadas.

Encuestas a mujeres usuarias de los centros de salud de Capital y La Banda.

La lista de chequeo provista por el CONDEERS, se aplicó a 133 mujeres que se atienden en diferentes centros de salud de la ciudad capital de Santiago del Estero y en la ciudad de La Banda. Entre 17 y 53 años, con una edad promedio de 31 años. Las entrevistas se realizaron en su mayoría, cuando las usuarias salían de la consulta. Son 16 las encuestas que se aplicaron a estudiantes de la Escuela Nocturna de la Normal de La Banda y estudiantes del Instituto Superior de Formación Docente.

Cuadro Nº 1: Mujeres clasificadas según su edad

Edad	N	%
17 a 20	7	5.2
21 a 25	12	9.0
26 a 30	51	38.3
31 a 35	35	26.3
36 a 40	15	11.2
41 a 45	8	6.0
46 y +	5	3.7
Total	133	100,0

Gráfico N°1: Distribución de las mujeres según la edad

Aproximadamente el 50% de las mujeres se encuentran en el rango de las edades que van desde los 26 hasta los 36 años, siendo el promedio de 31 años, y hay tres mujeres 49, de 52 y otra de 53 años, que debemos considerar fuera de la edad reproductiva, pero posiblemente usuarias del Programa para los fines de cuidado de su salud sexual.

Cuadro N°2. Mujeres clasificadas según el tipo establecimiento al que asisten

Establecimiento	N	%
Maternidad La Banda	31	26,5
UPA Autonomía	10	8,5
UPA Central Argentino	5	4,3
UPA Mosconi	9	7,7
UPA N° 2	12	10,3
UPA N° 4	11	9,4
UPA N° 6	14	12,0
UPA Triángulo	11	9,4
UPA Villa Griselda	14	12,0
Total	117	100,0

De la misma manera que se hizo con la base de adolescentes, aquí se han sacado para el análisis, las 16 encuestas de las instituciones educativas.

Cuadro N° 3: Mujeres clasificadas según la accesibilidad al lugar de atención (Pregunta N° 1)

Acceso	N°	%
Fácil	112	84,2
Difícil	16	12,0
no sabe, no contesta	5	3,8
Total	134	100,0

Como el relevamiento se hizo en la mayoría de los casos en los centros periféricos, es de suponer que el acceso es mas fácil que a los hospitales de mayor complejidad. Analizando esta variable por institución, las que mayores dificultades de acceso presentan son la UPA el Triangulo y la N°2.

Cuadro N° 4: Mujeres clasificadas según el horario de atención del que disponen (Pregunta N°2)

Horario de atención	N°	%
Solo de mañana	91	68,4
Otros horarios	40	30,1
no sabe, no contesta	2	1,5
Total	133	100,0

Es curioso señalar que existen contradicciones en las encuestas, ya que en los mismos establecimientos, hay mujeres que indican que el horario de atención es sólo por la mañana y otras que existen otros horarios. De esto se puede inferir que no hay una buena difusión de los horarios de atención, que resulta en un desconocimiento por parte de las usuarias.

Cuadro Nº 5: Mujeres clasificadas según la modalidad en la entrega de turnos (Pregunta Nº3)

Entrega de turnos	Nº	%
Se pide el turno a partir de las 4 o 5 de la mañana	91	68,4
Se puede pedir por teléfono o un rato antes	40	30,1
no sabe, no contesta	2	1,5
Total	133	100,0

Estas respuestas son porcentualmente idénticas a las de la pregunta anterior.

Cuadro Nº 6: Mujeres clasificadas según el tiempo de espera para recibir atención (Pregunta Nº4)

Tiempo de Espera	Nº	%
Menos de media hora	75	56,4
Mas de dos horas	53	39,8
no sabe, no contesta	5	3,8
Total	133	100,0

Los lugares con mayor tiempo de espera son la Maternidad de La Banda (15 casos), la UPA Nº4 (11), la UPA Villa Griselda (8) y la UPA Nº6 (7).

Cuadro Nº 7: Mujeres clasificadas según la limpieza del lugar y presencia de asientos para la espera

Limpieza y asientos	Nº	%
Está limpio, hay asientos	126	94,7
Esta sucio, no hay asientos	4	3,0
no sabe, no contesta	3	2,3
Total	133	100,0

Cuadro Nº 8: Mujeres clasificadas según la privacidad que hay en el consultorio (Pregunta 6)

Privacidad en el consultorio	Nº	%
Hay privacidad	105	78,9
No hay privacidad	27	20,3
no sabe, no contesta	1	,8
Total	133	100,0

La UPA Nº2 es la que tiene mayores problemas en la privacidad para la atención de las mujeres en el consultorio, seguida de la UPA El Triangulo de La Banda.

Cuadro Nº 9: Mujeres clasificadas según el tiempo de la consulta en el consultorio (Pregunta 7)

Tiempo de la atención	Nº	%
Poco tiempo	68	51,1
Tiempo suficiente	60	45,1
no sabe, no contesta	5	3,8
Total	133	100,0

Cuadro N° 10: Mujeres clasificadas según la calidad de la atención en relación al diálogo entre la usuaria y el/la prestador/a (Pregunta 8)

Diálogo	Nº	%
Buen diálogo	113	85,0
Atención apurada	16	12,0
no sabe, no contesta	4	3,0
Total	133	100,0

Cuadro N° 11: Mujeres clasificadas según la comprensión de las indicaciones brindadas por prestadores/as (Pregunta 9)

Comprensión del lenguaje	Nº	%
Usan palabras difíciles	20	15,0
Se entiende lo que dicen	113	85,0
Total	133	100,0

Cuadro N° 12: Mujeres clasificadas según la posibilidad de elección del Método Anticonceptivo por parte de las usuarias (Pregunta 10)

	Nº	%
Sin elección	38	28,6
Elección con consejería	86	64,7
no sabe, no contesta	9	6,8
Total	133	100,0

Se debe destacar aquí este 28,6% de las usuarias que mencionan que no tienen posibilidad de opción con el método a elegir, lo cual es notoriamente alto.

Cuadro N° 13: Mujeres clasificadas según un mensaje recibido respecto a su autonomía para decidir la anticoncepción (Pregunta 11)

Mensaje recibido	N	%
Aconsejan obediencia al marido	3	2,3
Le otorgan la libertad de decidir	97	72,9
no sabe, no contesta	33	24,8
Total	133	100,0

En esta pregunta, un 24% de las entrevistadas opta por no contestarla. Y entre las que contestan solamente en tres casos se optó por la alternativa de que recibe el consejo de que obedezca a su pareja.

Cuadro N° 14: Mujeres clasificadas según el trato recibido en el parto (Pregunta 12)

Trato recibido en el parto	N	%
Mal trato	41	30,8
Buen trato	47	35,3
no sabe, no contesta	45	33,8
Total	133	100,0

Las respuestas a esta pregunta está dividida en tres tercios prácticamente iguales. El elevado número de respuestas en no sabe, no contesta puede deberse a que las mujeres encuestadas no hayan tenido un hijo/a, ya que no disponemos de esa información. Analizando esta variable de manera comparada con la edad, no existen diferencias significativas entre las más jóvenes y las de mayor edad, o sea que en lo que respecta al trato no habría cambios que estén dados por una mejora en un período más reciente.

Cuadro Nº 15: Mujeres clasificadas según la percepción de discriminación por su sexo o estado civil. (Pregunta 13)

Discriminación por sexo o estado civil	N	%
Percibe discriminación por ser soltera	2	1,5
Percibe mejor atención por ser mujer	77	57,9
no sabe, no contesta	54	40,6
Total	133	100,0

Cuadro Nº 16: Mujeres clasificadas según la discriminación a la mujer que asiste con un aborto en curso (Pregunta14)

Discriminación a la mujer con aborto en curso	N	%
Mal Trato	14	10,5
Buen trato	15	11,3
no sabe, no contesta	104	78,2
Total	133	100,0

Cuadro Nº 17: Mujeres clasificadas según la atención que se brinda en casos de mujeres víctimas de violencia sexual (Pregunta15)

Atención a mujeres víctimas de violencia sexual	N	%
Sin AE ni asesoramiento jurídico	7	5,3
Con tratamiento y asesoramiento	5	3,8
no sabe, no contesta	121	91,0
Total	133	100,0

Estas dos preguntas, referidas al aborto y a las víctimas de violencia sexual, tienen un porcentaje muy alto de respuestas nulas, vinculadas posiblemente a que no le ha tocado de cerca el tema, o por la dificultad de hablar de temas que suelen ser tabú.

Cuadro Nº 18: Mujeres clasificadas según personalización del trato (Pregunta 16)

Personalización del trato	Nº	%
No hicieron preguntas sobre sus condiciones de vida	19	14,3
Solo hicieron preguntas de su vida reproductiva	69	51,9
no sabe, no contesta	45	33,8
Total	133	100,0

Esta respuesta tiene un número importante de no sabe no contesta, pero luego la mayoría coincide con que la relación establecida es sólo dirigida a cuestiones médicas.

Cuadro Nº 19: Mujeres clasificadas según la satisfacción de la atención y la tendencia a la recomendación del centro de salud (Pregunta 17)

Satisfacción de la prestación	N	%
Lo recomendaría	101	75,9
No volvería	14	10,5
no sabe, no contesta	18	13,5
Total	133	100,0

La satisfacción de las usuarias es alta y si quitáramos las respuestas nulas, porcentualmente aumentaría al 88%.

4.- Entrevistas a prestadores/as

Se realizaron entrevistas a prestadores/as de centros de salud de la provincia con el objetivo de indagar sobre su trabajo, las representaciones, las normas y las prácticas que tienen respecto a las usuarias.

Hospital de Campo Gallo

Entrevista a Veronica Bertotto

Campo Gallo es una localidad del norte de la provincia a 250 Km. de la ciudad capital, en el departamento Copo, con una población de aproximadamente 15.000 habitantes.

El programa de SS y PR comienza a funcionar en el hospital de Campo Gallo en marzo del 2004 bajo la coordinación de una ginecóloga, había alrededor de 40 mujeres bajo programa que retiraban las pastillas. De a poco fue incorporándose la obstétrica a la atención de las mujeres.

El programa no tiene buena difusión, la mujeres se enteran por que alguna retiró las pastillas y comenta a las amigas o porque vino para un parto y ahí se las capta.

En el 2005 el programa trabajó con talleres en la escuela con las madres de los chicos, y en el colegio secundario con los chicos de noveno del EGB. Con el Colegio católico es difícil llegar, son muy cerrados. Es preferible hablar a los chicos fuera del colegio.

En la actualidad son dos obstétricas que coordinan el programa, hay 1250 mujeres bajo programa, teniendo en cuenta los datos de APS del hospital habrían 1536 mujeres en edad reproductiva, por lo que serian un 60% de mujeres que están bajo programa.

En el caso de los/as adolescentes van al programa, generalmente son las chicas que ya tuvieron un hijo, y también acuden acompañadas por las madres para empezar a cuidarse.

Con respecto a la provisión de los anticonceptivos, están teniendo problemas porque el Ministerio no está mandando las rendiciones a tiempo a la nación y eso afecta la marcha del Programa. Han estado faltando inyectables o se han disminuido la cantidades al 50%. Entonces no se le puede dar la opción a la mujer que desea elegir inyectables. *"Abandonar el método porque no hay, es gravísimo"*.

En el caso de los jóvenes se acercan al programa son pocos, en general son aquellos que acompañan a sus novias, serán alrededor de 4 o 5 varones, si hay chicos que retiran los condones de noche y le piden al señor que atiende la farmacia que es varón o al peón de patio. Los muchachos buscan a un varón para pedirle los preservativos. A los varones es muy difícil incorporarlos. El uso del preservativo se usa también para prevenir el HIV. En Campo Gallo no se conocen casos de HIV, pero existe el temor.

Lo que están implementando es que aquellas mujeres que van al programa que tiene hijos adolescentes los anoten y retiran para ellos los profilácticos. En el caso de los varones adultos generalmente retiran la hermana, y hay mujeres que retiran solamente condones. Tenemos un registro de 30 varones en el programa pero son mas ya que están los que retiran de noche por la farmacia que no están registrados. Les aconseja que vayan en grupo.

El programa es muy bueno para las mujeres, les mejora el humor, se cuidan mas, están mas arregladas.

En cuestión de partos en el 2002-2003 había arriba de los 350 partos, y ahora en el 2006 tiene 70 partos, antes tenían 15 partos por mes y ahora alrededor de 6 partos por mes. Es notorio la disminución de los abortos, (llegan 1 por mes), ya sea por el programa o porque ha cambiado la técnica. Las mujeres consultan antes del aborto, piden la inyección y la pastilla de oxaprost. Reciben orientación para que no asuman riesgos con el uso de la sonda.

Con respecto a la relación con la iglesia y el programa, hay una apertura por parte de las religiosas que están en Campo Gallo y se trabaja en conjunto, en talleres, charlas ya que en el convento hay adolescentes que viven con las religiosas. El sacerdote le pidió hacer un taller para difundir el programa, pero luego señaló que sus superiores no le permitían.

El médico que va a realizar las ecografías es un ginecólogo y lleva todo para hacer los PAP, colposcopia, biopsia, y la colocación de los DIU.

La relación con la dirección del hospital fue cambiando, anteriormente estaba la médica ginecóloga que también coordinaba el programa obstaculizando el trabajo del programa, asume otro director y continuaban los obstáculos, después de mucha lucha por parte de la obstétrica, logra tener un espacio amplio para la atención de las usuarias del programa.

Se atienden alrededor de 38 o 40 mujeres por día, siendo por mes las consultas alrededor de 500 mujeres.

De lunes a miércoles se hace consultorio por la mañana y de siesta; por la tarde saben que la obstétrica esta de guardia y a veces acuden por que no pudieron llegar en el horario de consultorio.

El trabajo del consultorio es consejería y entrega de las pastillas, y hay una apertura por parte de las mujeres ya que el consultorio en donde se trabaja es mas grande, privado y ellas pueden hablar mas tranquilas.

El Plan Nacer ha beneficiado al Hospital, no directamente a los prestadores. Atiende niños/as hasta los 6 años y mujeres embarazadas, se benefició el servicio del hospital, ya que este paga al hospital por cada atención de las beneficiarias, ahora tienen ecógrafo, insumos para realizar laboratorio, contratación del medico que realiza la ecografías todo pagado por el plan. Mejora directamente la atención que se brinda y mejoran también las condiciones de trabajo de los prestadores/as de los servicios.

El plan paga \$350 cada parto, en diez partos mensuales serian \$3500, sumado a cada laboratorio mas las ecografías; el hospital se beneficia con este plan, es decir si bajan los partos se perjudica el hospital. Lo que mas se paga son los partos. Cuando Verónica plantea su preocupación a su equipo, por la continuidad del Programa de SS yPR; una médica del hospital le dice: *"tanto mejor, para que tengamos mas partos"*.

Con esta implementación disminuyen las derivaciones al contar con todo lo necesario para la atención, además del deseo de que el hospital cobre el dinero. El hospital puede contratar personal, para cubrir necesidades del hospital. Los directores están amparados, hay directores que roban.

Hospital de Fernández.

Entrevista al Dr. Villaroel y Obst. Andrea Alaniz

El Hospital de la Ciudad de Fernández, se encuentra a 50 km. al sur de la ciudad capital y es cabecera de zona sanitaria, con alrededor del 20.000 habitantes. El Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable está funcionando desde hace dos años y medio aproximadamente, hecho que coincide con la incorporación de las primeras dos profesionales obstétricas al personal hospitalario, quienes aportaron mejoras de la atención perinatólogica del mismo, y son las coordinadoras del programa. Se entrevistó al director alterno del Hospital y a una obstétrica a cargo del Programa.

El trabajo es compartido entre las 7 obstétricas y los dos médicos tocoginecólogos, y ambos grupos de profesionales realizan las actividades de consejería. La entrega de los anticonceptivos se realiza en la farmacia con la receta entregada en el consultorio, y acompañada por el documento de la usuaria o en su defecto el acta de nacimiento. Esta norma que fue establecida 15 días previos a la visita, por parte del Director del Hospital, en la búsqueda de controlar el movimiento de los medicamentos. Mientras que otra normativa es la exigencia de PAP hasta la tercera entrega de anticonceptivos como máximo.

La entrega de métodos se realiza de una unidad por vez, por lo que las usuarias que tienen obstáculos para la de accesibilidad deben asistir todos los meses para retirar el mismo, sin contemplarse lo que esto significa para ellas en cuestión de tiempo y dinero.

El horario de atención de la farmacia es de 8 a 13 hs, motivo por el cual si una usuaria recibe consejería por la tarde, debe regresar por la mañana nuevamente para retirar el anticonceptivo elegido. Otro inconveniente con la entrega en la farmacia que refieren las usuarias, es la exposición pública a la que las someten, ya que en la fila hay vecinos y todos saben que ella se encuentra bajo programa. Esta modalidad de entrega, posiblemente desaliente a las mujeres a asistir al Programa. Este es un obstáculo importante para el acceso al Programa, ya que las mujeres deben venir necesariamente en el horario de atención de la farmacia y luego se ven expuestas socialmente a la evidencia de que consumen anticonceptivos, en una pequeña ciudad donde todos y todas se conocen.

La consejería se realiza por la mañana de 8 a 13 hs y la tarde de 17 a 19, a través de la obstétrica de guardia, y en forma paralela con la atención de embarazadas y puérperas. Los tocoginecólogos atienden los casos especiales en los días y horarios que realizan consultorio, que son Miércoles y Viernes de 8 a 12, y Martes y Viernes a partir de las 12:30 hs.

Los PAP son realizados por las obstétricas durante la tarde, mientras que los médicos especialistas realizan PAP y colposcopia en sus horarios de consultorio. Las muestras se envían al Hospital Independencia para su análisis y demoran 15 a 20 días en entregar los resultados.

Los criterios para la realización de la consejería y entrega de métodos se basan en los de la OMS, mientras que para la colocación de DIU los requisitos fueron impuestos por los médicos ginecólogos, quienes los colocan, y las que incluyen PAP y colposcopia recientes, ecografía previa, y la presencia de sangrado menstrual al momento de la colocación.

El total de usuarias/os asciende a 852, de los cuales sólo 2 son varones, y de este total se reparten en 547 con anticonceptivos orales combinados, 105 con inyectables, y 197 con DIU. No se tiene cifras de los usuarios que eligen el preservativo o el doble método, mientras que las deserciones hasta el momento ascienden a 157.

El servicio cuenta con H.C.P.B. (Historia Clínica Perinatal Base) e Historia Clínicas del Programa, Salud Sexual y Reproductiva (comunes en toda la Provincia), y se maneja con los criterios de elegibilidad de la OMS.. No hay historia clínica única.

5.- Entrevista al Director de Maternidad e Infancia de la Provincia.

La entrevista con el Director de Maternidad e Infancia, se concretó luego de varias postergaciones el día 11 de septiembre entre las 12 y las 13.30.

Estaban presentes Lino Lorenzo, médico neonatólogo y director de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la provincia de Santiago del Estero y dos integrantes del equipo de la dirección Mónica Burgos (médica) y Mari Paz Pinto (Educatora Sanitaria). La entrevista transcurrió en el despacho del director en el ministerio.

Las entrevistadoras fueron Magdalena Ramírez y Cecilia Canevari, en representación del Conders.

Lino Lorenzo está a cargo de la Dirección de Maternidad e Infancia, desde el inicio de la gestión del actual gobierno de Gerardo Zamora y parte de su equipo es de la planta estable del ministerio, motivo por el cual existe cierta continuidad en las acciones implementadas.

El programa comienza a funcionar en el año 2002, comenzó con 20 centros y actualmente se está implementando en 156 centros de salud de la provincia, lo que incluye, Hospitales de diferentes niveles de complejidad, Unidades periféricas de atención y postas sanitarias.

Hay **26.940** personas bajo programa, en este año entre los meses de enero a julio.

Anticonceptivos entregados y rendidos por el Programa entre enero y julio del 2006

Anticonceptivo	Entregados	Rendidos
Orales	105230	99834
Inyectables	24775	24120.
Lactancia	14838	9870
DIU	1379	1123
Preservativos	104568	96626
Total	250790	207453

Sobre el tema de las rendiciones, el uso de las planillas y las dificultades para que cada responsable rinda a tiempo, trabajan de manera muy esforzada. Le "machacan" a los prestadores para que hagan la rendición de manera correcta. Ha habido algunos problemas por modificaciones en los criterios de las rendiciones propuestos por la nación. Antes se rendían cajas de anticonceptivos y ahora se rinden personas que se encuentran bajo programa.

La cobertura actual del programa es de los 47 hospitales de la provincia, y en un número importante de centros periféricos de capital y Banda. En 25 centros se está colocando DIUs, y en muchos lugares no tienen un consultorio específico para el programa.

Los agentes sanitarios en algunos lugares han recibido capacitación y asumen la tarea de difusión, pero no tienen folletería referida al programa, ni relevan información específica del mismo.

El programa tiene dificultades para disponer y ejecutar el presupuesto asignado por el ministerio. Recién en el mes de agosto se les aprobó el presupuesto del 2006, y aunque se encuentra otorgado, cuando se requiere disponer del dinero, no hay fondos en el ministerio. Esto es un obstáculo para el normal funcionamiento del programa ya que prácticamente opera sin recursos económicos. Y ahora en estos últimos meses del año deberán ejecutar todo el presupuesto asignado. Mientras tanto en los centros de salud no hay historias clínicas, ni formularios para hacer las rendiciones.

Respecto al tema de educación sexual en las escuelas, Lino Lorenzo se mostró muy entusiasta con el tema al que él enmarco dentro de la temática que denominó salud escolar. Se ha firmado un convenio entre el ministerio de salud y el de educación y están trabajando en el tema. Nación envía una propuesta para trabajar en las escuelas y reconoce que es un tema urticante. Ha tenido experiencia en salud escolar en la época en que hizo su residencia médica, con peso, talla, salud bucal, entre otros temas. Hasta el momento

no se han realizado actividades en este sentido durante esta gestión, pero se está trabajando para concretarlo.

En cuanto a las actividades de capacitación refieren haber realizado acciones dirigidas a obstetricos/as, y a dos enfermeros/as, para la extracción de muestras de PAP en todos los Htales. Zonales y que en este sentido se logra articular con el programa de prevención de Ca. de cuello de útero.

Hay gente vinculada al programa que participa de capacitaciones que se realizan en BA.

Cuando comenzó el programa en la provincia, se capacitó a 12 médicos que fueron responsables de su zona sanitaria de poner en marcha el programa y que trabajaron durante el período de la intervención, y cobraron una beca para hacer la tarea. Esa experiencia la evalúan como un fracaso, porque no lograron que elaboraran un informe de lo realizado y solamente 3 personas tienen actitudes positivas hacia el programa.

Para la inserción del DIU, consideran que es necesario que sea colocado por una mano experta y que las obstétricas, si bien podrían hacerlo, se encuentran desprotegidas desde el punto de vista legal ya que la ley de ejercicio profesional que está en vigencia, no contempla la realización de esta práctica. De manera tal que sostienen el criterio que el DIU debe ser colocado por un médico y preferentemente ginecólogo.

Respecto a la realización de un PAP previa colocación del DIU, Lorenzo opina que es necesario hacer un PAP porque no se puede poner un DIU en un cuello que no se sabe si está sano. Entonces aunque demore un tiempo, es importante hacerlo. Para él el objetivo sería trabajar para reducir el tiempo que demora desde que se solicita el turno para hacer el DIU, hasta que entrega el resultado. En este punto no tienen un criterio unívoco con Mónica Burgos, medica del equipo, ya que ella priorizó la colocación del DIU oportunamente, para que no se produzca un embarazo no deseado, aunque el criterio general es que todas las mujeres que están bajo programa tengan acceso al PAP. Reconoció a su vez que los colegas son resistentes a colocar el DIU sin PAP y que en el Htal. Regional demoran tres meses en entregar el resultado citológico. En la búsqueda de una solución a este problema se reforzó el laboratorio del Htal. Independencia, de manera de derivar allí los estudios y reducir los tiempos de espera a una semana. El hecho de que el Plan Nacer pague la práctica ha logrado motivar su realización.

En relación al tema de la anticoncepción de emergencia, no hay ninguna normativa, ni capacitación dentro del programa y su aplicación depende de cada uno/a de los/las prestadores/as.

La Dirección de Maternidad e Infancia ha recibido un financiamiento vía PNUD, por el cual han adquirido fotóforos, lámparas, tres mamógrafos, cajas de colocación de DIU, espéculos entre otros equipamientos, para los centros de salud.

La dirección está articulando con una ONG que se llama Pilotos Solidarios, que son un grupo de médicos que salen en moto y llegan a zonas inhóspitas de la provincia, y actualmente están trabajando en algunas comunidades del Departamento Figueroa.

Expresaron que un obstáculo para el desempeño del programa es la falta de continuidad. Las personas cambian de lugar, rotan o dejan de comprometerse, porque pierden interés, o porque le dejan de pagar. Cada nueva gestión, debe volver a empezar. En muchos casos es la buena (o mala) actitud de las personas involucradas, las que logran que las acciones se realicen exitosamente.

También plantearon como problema, la discontinuidad en la provisión de insumos.

El director expresó la intención de articular con la Universidad Nacional de Santiago del Estero, y con el equipo del Conders aunque no se concretaron las estrategias para llevarlo adelante, quedó abierta la posibilidad del diálogo.

6.- Taller Monitoreo Social en Derechos Sexuales y Reproductivos con prestadores y prestadoras del Programa de Salud sexual y procreación responsable

Los participantes fueron prestadores/as de Salud que trabajan en el primer nivel de atención y en hospitales públicos de la provincia

Objetivos

Intercambiar experiencias entre los/as prestadoras/es del programa en la provincia en relación a la gestión y ejecución del programa de SSyPR.

Analizar las fortalezas y debilidades que se presentan en la ejecución del programa de salud sexual y reproductiva.

Hacer propuestas superadoras de las dificultades y obstáculos que se presentan.

Actividades

- Presentación: Nombre y lugar de trabajo

- Presentación de la convocatoria: qué es el CONDERS, los fines e importancia del Monitero Social, actividades realizadas en Santiago del Estero
- Presentación de la metodología de trabajo, acuerdos respecto al tiempo del trabajo
- Formación de grupos: No más de 5/6 integrantes y por área de trabajo.
- Trabajo grupal:
 - a. Identificar debilidades y fortalezas en la gestión y ejecución del programa de SS y PR a nivel de la comunidad, de la institución y de la atención directa
 - b. Elaborar propuestas de acción pensando espacios de articulación y responsabilidades para la concreción de las mismas
 - c. Plenario:
 - . Presentación de la carpeta con el material
 - . Presentación del trabajo realizado por los grupos

El día 11 de agosto se realizó la Jornada de trabajo con prestadores y prestadoras de los servicios de Salud Sexual y Procreación Responsable de Centros periféricos de la Ciudad Capital, La Banda y algunos hospitales del interior de la provincia, organizada por el equipo local del CONDERS. La misma se realizó en un aula de la Universidad Nacional de Santiago del Estero.

Participaron una médica y 20 obstétricos/as y Licenciados/as en Obstetricia.

Lamentablemente el día del taller se ha extraviado el listado de los/las participantes donde se les solicitaba información sobre la cobertura del Programa en su centro y el número de mujeres que se atienden.

La convocatoria se hizo a las personas que se encuentran trabajando en el Programa en los distintos centros de salud.

Comenzamos con una presentación del CONDERS, explicando los objetivos del monitoreo social y entregamos a cada participante una carpeta con información sobre el consorcio y material de difusión. A su vez se adjuntó material sobre anticoncepción de emergencia, y un texto sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Luego se explicaron los objetivos del espacio del taller y la metodología de trabajo en el mismo.

La metodología propuesta fue el trabajo grupal y se conformaron cuatro grupos que conversaron sobre las fortalezas y las debilidades del Programa a nivel central, de la institución a la que pertenecen y de la comunidad en la que trabajan, para luego acordar propuestas de superación de los problemas que se presentan.

GRUPO Nº 1

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Compromiso del personal obstétrico. • Accesibilidad de los métodos por parte de las usuarias (gratuitos). • Posibilidad de captar y prevenir E.T.S. 	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación que rija el rol obstétrico. • Falta de coordinación y capacitación del personal encargado de la entrega de insumos. • Falta de insumos a nivel provincial. • Anticoncepción de emergencia. • Profesionales que obstaculizan el buen funcionamiento del programa.
PROPUESTAS	ESTRATEGIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la coordinación de programa. • Capacitación del personal encargado de la entrega de insumos. • Acercamiento del Programa a los efectores. • Modificación de la Ley a favor del profesional obstétrico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley de salud sexual y reproductiva provincial. • Cambiar el Director de Maternidad e Infancia. • Capacitaciones y actualización. • Incorporación de recurso humano. • Difusión masiva del programa. • Subvención de proyectos. • Trabajo en terreno. • Encuentros mensuales de los efectores. • Creación de consultorios para adolescentes. • Normatización del Programa en los centros

asistenciales.

GRUPO Nº 2

FORTALEZAS (Varían según el servicio realidades muy diferentes)	DEBILIDADES
<p><i>MATERNIDAD DE LA BANDA:</i></p> <p>Apoyo de la Dirección del Hospital. Espacio físico. Informatización del programa.</p> <p><i>U.P.A.:</i></p> <p>Personal que apoya y colabora (agentes sanitarios) Salud a la comunidad.</p> <p><i>COMUNIDAD:</i></p> <p>Adhesión a los M.A.C. Aumento de la demanda. Participación.</p> <p><i>PRESTADORES DE SERVICIO:</i></p> <p>Interés por la capacitación.</p>	<p><i>HOSPITAL INDEPENDENCIA:</i></p> <p>Monopolio demagógico del programa. Falta de apoyo de la Dirección.</p> <p><i>U.P.A.:</i></p> <p>Infraestructura deficiente para charlas y consultorio. Contratos precarios de trabajo. Sobrecarga laboral (por aumento de la demanda) - falta de personal.</p> <p><i>MINISTERIO:</i></p> <p>Discontinuidad en la provisión de insumos. Falta de compromiso con el programa. Deficiente comunicación con los prestadores. Burocracia administrativa.</p> <p><i>COMUNIDAD:</i></p> <p>Bajo nivel de educación. Falta de interés del usuario ¿?</p> <p><i>PRESTADORES:</i></p> <p>Autocrítica Falta de supervisión de las prestaciones.</p>

GRUPO Nº 3

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Reconocimiento de las mujeres usuarias. Acompañamiento del equipo de salud. Espacio físico. Existencia del programa. Entrega a libre demanda sin restricciones.</p>	<p>No reconocimiento al rol de la obstétrica. Falta de cobertura del área responsable. Atención centrada en la demanda y no en la oferta. Recurso humano del programa a nivel central. Desconocimiento de la población, acerca de la existencia del programa de salud</p>

	<p>sexual y procreación responsable. Desconocimiento de los efectores y responsables sanitarios del programa. Desconocimiento de los funcionarios de los tratados y convenciones internacionales sobre los derechos de las mujeres. Medicalización del programa. Falta de recurso humano y de la capacitación del mismo.</p>
OPORTUNIDADES	AMENZAS
<p>Generación de espacios para el debate. Mejor interacción entre los proveedores y las/os usuarias/os.</p>	<p>Director del programa de salud sexual y reproductiva y su equipo. Falta de continuidad en la provisión Finalización de la provisión de insumos por parte de Nación. Ausencia de legislación de la Ley de Salud Reproductiva.</p>

GRUPO Nº 4

	DEBILIDADES	FORTALEZAS
PROGRAMA		
	<p>Un Director no involucrado con el Programa. Falta de difusión del Programa a la comunidad. Discontinuidad de M.A.C. e insumos. Restricción en la cantidad de M.A.C. entregados. Falta de capacitación y actualización. Falta de auditorías – evaluaciones. Abandono de los proveedores. Falta de acción por parte de la Dirección de Maternidad e Infancia para que el Programa sea subvencionado por la provincia.</p>	<p>Buena relación con el personal. Entrega diaria de los M.A.C.</p>
INSTITUCION	<p>Horarios de atención restringidos. Entrega de M.A.C por farmacia. Restricción en la cantidad de los M.A.C. entregados. Barreras para la colocación de DIU. Falta de lugar exclusivo y apropiado para la consejería. Falta de compromiso del personal y trabajo en equipo. Falta de médicos especialistas. Falta de seguimiento de las usuarias dadas de baja.</p>	<p>Inclusión del obstétrico en la atención de salud sexual y reproductiva. Disponibilidad de insumos. Búsqueda de trabajo en equipo interdisciplinario. Coordinadores de las U.P.As que acompañan el funcionamiento.</p>

	Asistencialismo.	
COMUNIDAD	Bajo nivel educacional. Barreras geográficas y económicas. Falta de toma de conciencia de los usuarios (empoderamiento) Problemática de género.	Creciente adhesión al programa. Incorporación de varones.

Como el día del taller no se logró concluir con los acuerdos para hacer las propuestas, se decidió que luego de sistematizar los resultados del trabajo de los talleres y las desgrabaciones de la conversación, nos volviéramos a reunir. Este encuentro se hizo el día 23 de agosto con la participación de un número menor de personas (15) y se llegaron a los siguientes acuerdos de propuestas, retomando las que se habían propuesto anteriormente.

Propuestas
<p>Incorporar un sistema informático, para hacer informes, rendiciones. Mayor colaboración y capacitación del personal administrativo. Continuidad en la provisión de insumos. Adecuación de la provisión de acuerdo a la población bajo programa. Desburocratizar la entrega mensual de insumos y unificar criterios para el llenado de las planillas. Contar con provisión suficiente de la H.C. del Programa. Espacios de intercambio y capacitación entre los/as proveedores/as. Mejorar la calidad del material Kit para la realización del PAP. Contar con un presupuesto provincial para la compra de insumos del Programa. Difusión en los medios de comunicación social y a través de material impreso adecuado a la realidad en la que se trabaja. Reorganización de APS para garantizar que los médicos/as radiantes, agentes sanitarios trabajen con el Programa de SS y PR. Difundir y cumplir efectivamente la normativa del Programa Nacional, NO dejarlo a criterios personales. Fortalecer el equipo interdisciplinario a través de capacitaciones y sensibilizar en Derechos Humanos y Género. Independizar el Programa de SS y PR de la Dirección de Maternidad e Infancia con un Director/a comprometido y sensible con la temática. Programar actividades en terreno. Mejorar la infraestructura para garantizar el trabajo del Programa (extensión horaria y privacidad). Garantizar la estabilidad de los/as del Programa /salud. Sanción de la reforma de la Ley de ejercicio Profesional del Obstétrico/a. Reglamentar la Ley Provincial de SS y PR. Crear espacios para la atención de adolescentes. Promover y difundir estrategias para la Participación Comunitaria. Definir mecanismos de seguimiento, evaluación y monitoreo de las actividades de los/as proveedores en el marco del Programa.</p>

7.- 3º Jornadas Reproducción, sexualidad y ciudadanía Por el derecho al Buen Trato

Si bien esta Jornadas no han sido incluidas en la propuesta presentada al CONDERS, consideramos oportuno incluir el relatorio resumido de las mismas con las conclusiones y propuestas de los trabajos de taller ya que los temas tratados se vinculan estrechamente a los objetivos de monitoreo social.

En el Paraninfo de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, entre los días 17 y 18 de mayo se reunieron alrededor de 700 personas en las 3ª Jornadas Reproducción, sexualidad y ciudadanía, bajo el lema *Por el derecho al buen trato*. El propósito de las mismas fue crear un espacio de reflexión y debate sobre la problemática de violencia en las instituciones de salud y su repercusión en la salud sexual y reproductiva. Por otro lado se trabajó de manera participativa en Talleres temáticos para elaborar propuestas de intervención interdisciplinaria que garanticen la calidad de atención y buen trato. Hubo un

gran compromiso con el trabajo de personas provenientes de distintos sectores de la comunidad, estudiantes, profesionales de la ciudad capital y del interior de la provincia, que colmaron la sala de reuniones y los talleres activamente.

Estas jornadas fueron organizadas por docentes - investigadores / as y estudiantes de la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud, la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Provincia, el Servicio de Maternidad del Hospital Regional Ramón Carrillo y la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia. Se trabajó de manera colaborativa con el Insgenar (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo) de la ciudad de Rosario (Santa Fe) y el CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer y contó con el apoyo de IWHC (International Women's Health Coalition), y la UNFPA (Fondo de Población de Naciones Unidas).

La modalidad de trabajo fueron conferencias, mesas debates, talleres temáticos y un plenario. Las conferencias de apertura estuvo a cargo de la Lic. Stella Garrido, que se desempeña como Directora de Maternidad e Infancia de la provincia de Jujuy, quien hizo un análisis conceptual sobre los modos en que las estructuras sociales autoritarias y jerárquicas construyen relaciones de violencia que se reproducen dentro de la misma. Luego la Lic. Cristina Zurutuza, representante del CLADEM - Buenos Aires, analizó la problemática desde la perspectiva de los derechos humanos que forman parte de las declaraciones y convenciones internacionales y de la misma Constitución Nacional que protegen a las mujeres en particular contra todas las formas de violencia. Para finalizar este primer día se presentó un panel sobre experiencias locales con la presencia de el Dr. Miguel Curioni, la Obst. Stella Zamudio y la Lic. Cecilia Canevari.

En la segunda jornada, la Lic. Gloria Shuster y la Lic. Susana Armichiardi presentaron los resultados de un trabajo de investigación realizado en la ciudad de Rosario y ciudades vecinas sobre el maltrato hacia las mujeres en los servicios de salud. Luego se presentó una obra de teatro *Con todo al Aire*, con la actuación de dos actrices de la ciudad de Rosario. Esta obra fue hecha en base a relatos verídicos de mujeres atendidas en los hospitales y presenta crudamente el ejercicio de la violencia sobre las mujeres que buscan atención en su proceso reproductivo.

Luego comenzó el trabajo en talleres de diversas temáticas: Consejería en salud sexual y Reproductiva, Atención post aborto, Violencia contra las mujeres y sus efectos en la Salud Pública, El cuerpo como territorio de derechos, Educación sexual en la adolescencia, la Asociación de Mujeres Meretrices Argentinas presentaron su experiencia, las Mujeres del Barrio Campo Contreras también compartieron su trabajo en la lucha contra la violencia, entre otros temas mas. Estos talleres fueron coordinados por personas expertas en las temáticas abordadas. Las conclusiones se presentaron en un plenario general con una activa participación de la asamblea y se apuntó a generar propuestas que busquen transformar las relaciones de violencia entre las personas y en particular dentro de los servicios de salud.

Propuestas de los Talleres

I.- Taller Mujeres organizadas contra la violencia

¿Por qué nos cuesta tanto destapar la olla?

- Desconocemos los tipos de violencia que existen y también la tenemos neutralizada.
- Vivimos muy fragmentados y no tenemos espacios ni metodologías que nos permitan sacar lo que nos pasa.
- Por la organización patriarcal en la que vivimos.
- Desconocemos la Ley de Violencia Familiar a la que la Provincia se adhiere.
- Por la cultura del silencio.
- Temor a mirar como estamos. Al cambio.

Rompamos la Cadena del Maltrato

¿Como?

- Valorar la vida.
- Concientizarnos de nuestros derechos.
- Saber escuchar y hacernos escuchar.
- Estimular la participación activa.
- Generar espacios constructivos e innovadores.
- Promover espacios de intercambios de experiencias e informaciones.
- Difundir y desarrollar redes existentes en Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Adoptar actitudes reflexivas.
- Promover Mesa de Diálogo, en Cámara de Diputados sobre legislación reproductiva.
- Difundir a través de los medios de comunicación trabajos, campañas informativas, representaciones teatrales, campañas informativas de los DDHH para poner fin a las situaciones de maltratos.
- Promover la organización y la unidad de las mujeres para la conquista de sus derechos.

¿Qué actitud tomar ante esto?

- Comprometernos con la realidad.
- Reforzar a las comunidades con espacios de Reflexión-Acción.
- Sensibilizar para desnaturalizar la violencia a través de Jornadas y Campañas.
- Contención a la familia y en general al hombre violento.
- Armar redes institucionales locales.

II.- Taller de Argumentos sobre el Aborto.

Este fue un taller muy numeroso y se dieron discusiones polémicas que dificultaron el llegar a un acuerdo. De manera tal que se presentan las diversidades de posturas que se plantearon.

Estamos *a favor* del aborto porque:

- Una mujer sufre una violación.
- Por la ausencia de la Educación Sexual.
- Porque la mujer tiene derecho a la decisión de elegir, si quiere o no tener su hijo.
- En personas discapacitadas.

En contra:

- Se mata una vida, que tiene los mismos derechos que nosotros "El derecho a la vida".
- Por comodidad.
- Las personas que lo hacen por placer sabiendo que hay métodos para prevenir el embarazo.
- Nosotros opinamos que: la Educación Sexual debe empezar a temprana edad (para evitar consecuencias) En nuestro grupo no todos opinamos de la misma manera. Algunos creen que nadie tiene derecho a decidir sobre la vida de los demás, porque Dios es único que da la vida y tiene derecho a decidir sobre nosotros. Pero otros creemos que se debe "legalizar el aborto" para evitar la mortalidad en las mujeres, al igual que la natalidad de los hijos no deseados.

☺ * ☺

- Cada persona tiene derecho a decidir sobre sí mismo y no debe ser juzgado sin saber el porqué lo hace. Cada uno tiene razón y motivos por las acciones que realiza.

☺ * ☺

¡Dios será el único encargado de juzgarnos!

Legalización vs. Despenalización

SI

- Se evitarían prácticas abortivas inseguras.
- Disminuirían los índices de Morbimortalidad.
- Para que las mujeres de bajos recursos tengan las mismas posibilidades de decidir y actuar sin riesgos, que las que poseen que las que poseen recursos económicos.

NO

- Legalmente una persona es considerada como tal desde el momento de la concepción.
- El producto de la concepción "como persona" tiene derechos como cualquier otro sujeto de Derecho.
- Llevaría a un libertinaje sexual, sobre todo entre los adolescentes.

SI a la Despenalización / NO a la Legalización

Para lograr la legalización se debe primero cambiar todo el ordenamiento jurídico.

☺ * ☺

- Creemos que se debe promover primero la educación sexual en todos los ámbitos.
- Legalización en casos específicos como: violación, embarazo en menores, enfermedades que no dan esperanza de vida.
- En casos comunes, NO.
- Entes de decidir "sí o no", se deben sancionar leyes que apunten a una educación sexual apropiada, políticas de adopción menos burocráticas, erradicación de la indigencia. "Que el aborto no sea un parche" de problemas mayores.

☺ * ☺

Argumentos favorables para la Legalización del Aborto

- Cuando la salud de la madre está en riesgo.
- Cuando la malformación del feto obligue a dicha práctica.
- Embarazo no deseado: producto de una violación.

Argumentos desfavorables

- Cuando no se quiere incrementar el número de hijos en una familia constituida.

SI a la Despenalización / NO a la Legalización

☞ ★ ☜

- Educación e información para prevenir embarazos no deseables.
- Legalización con condiciones. Ejemplo: violaciones.
- Despenalización en todos los casos.

Conclusión: "No nos olvidemos de los derechos en general."

☞ ★ ☜

Despenalización del aborto en casos particulares. Ejemplo: Incorporar casos que no estén contemplados a los 3 casos existentes en la actualidad. Ejemplo: violación.

No a la Legalización

III.- Taller para adolescentes "Conociendo nuestros derechos para poder decidir" Estudiantes del 3º EGB del Instituto "Santo Tomás de Aquino"

¿Qué esperamos del Estado y la Sociedad?

- El Estado debe destinar más fondos para la realización de jornadas, campañas y talleres.
- Favorecer la incorporación de servicios de información de los derechos y obligaciones de las distintas instituciones.
- Promulgar leyes provinciales para la Salud Sexual y Reproductiva.

Estado ↔ Sociedad

Acciones que como jóvenes y como parte de la sociedad realizarían para ayudar e informar a otros jóvenes.

- Promover y motivar a la juventud para que participen de las jornadas que brindan las instituciones.
- Realizar encuentros con jóvenes desactualizados de la problemática sanitaria actual.
- Proyectar visitas a escuelas rurales para informar sobre los derechos de la salud.
- Colaborar con los U.P.A. de cada comunidad.
- Fomentar el buen trato en las instituciones de salud.

☞ ★ ☜

- Generar espacios juveniles.
- Crear en los servicios de Salud Pública, Centros de Asesoramiento sobre los derechos de los usuarios.
- Difundir entre los alumnos de otros cursos lo aprendido.
- Generar cursos de capacitación destinados a padres, como primeros educadores.
- Esperamos del Estado que den a conocer nuestros derechos y obligaciones como ciudadanos.
- Implementar en la currícula espacios relacionados con la Educación Sexual.
- Formar grupos de jóvenes en las comunidades de los barrios para tratar diferentes temas de Salud y problemáticas sociales.

IV.- Taller de la Mesa de Diálogo. Coordinado por Cristina Zurutuza

- Diseñar políticas de salud de Estado, que incluyan el mejoramiento de los tres niveles de atención, trabajando hacia una mayor integración de las jurisdicciones nacional, provincial, municipal, e incorporar a la ciudadanía en su diseño y evaluación.
- Que dichas políticas se diseñen vinculando todas la áreas y niveles de gobierno y administración (educación, medio ambiente, cultura) optimizando su funcionamiento y recursos.

- Tratar de lograr una articulación de los distintos programas de salud, posibilitando el trabajo integral de los agentes sanitarios, promotores y educadores de salud y el resto del personal de salud.
- Brindar estímulos específicos para el trabajo grupal, en equipo y multidisciplinario.
- Promover la creación de canales de rendición de cuentas y denuncias para estimular la plena participación comunitaria.
- Formular y ejecutar políticas de formación y educación en Derechos Humanos/Género, en las escuelas, universidades, capacitación continua en servicio, revaluando la tarea de los promotores de salud.
- Establecer criterios de prioridad entre los distintos programas de salud, para establecer una atención integral y optimizar recursos.

V.- Taller sobre el cuidado de las trabajadoras sexuales en la prevención de las ITS

- Conocer nuestros derechos y ponerlos en práctica.
- Crear una oficina de Derechos Humanos en instituciones de salud en general.
- Campañas de concientización y educación en promoción de derechos orientados a niños, adolescentes y sociedad en general.
- Campañas de concientización y educación en prevención de ITS.
- Creación de una Jefatura del programa VIH/Sida en Santiago del Estero.

VI.- Taller sobre Consejería en Salud Sexual y Reproductiva

- Humanizar la comunicación en todos los niveles.
- Educación con respecto a nuestros derechos, por medio de charlas, seminarios, talleres, etc.
- Compromiso de ejecutar políticas públicas a nivel comunitario.
- Compromiso personal para el cambio.
- Promover una red de consejería, a través de la difusión, teniendo en cuenta la realidad del medio.
- Concientización de la desnaturalización del maltrato.
- Diagnóstico, planificación, consecución y evaluación constante de proyectos.
- Consejería desde la familia.
- Expandir los lugares exclusivos para la consejería.
- Mayor difusión de los Derechos Humanos.
- Capacitación en general en los diferentes ámbitos socioculturales y económicos, adecuados a la realidad de cada comunidad.
- Exigir educación sexual en todos los niveles de la educación.
- Que el Estado se haga cargo de las situaciones de violencia.
- Utilización de los medios masivos.

VII.- Taller de prestadores de servicios de salud

- La capacitación del personal para la mejor "Atención".
- Proveer de equipamiento a todos los servicios de salud.
- Difusión de información en relación a los Derechos de la Mujer, durante el embarazo, parto y puerperio.
- El equipo de Salud tenga vocación en el ejercicio de su práctica.

Durante las 3º Jornadas reproducción sexualidad y ciudadanía, se habilitó una mesa de difusión del material del CONDEERS, como así también otra mesa de difusión y adhesión a la campaña por el aborto legal seguro y gratuito y por la Convención por los derechos reproductivos.

8.- Taller realizado con directivos de las escuelas de Capital, La Banda y localidades del interior de la provincia.

Coordinan: Silvia Borsellino y Cecilia Canevari

El presente informe sintetiza el taller realizado en el marco del Programa Nacional de Prevención del VIH/SIDA en la Escuela, ejecutado por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación y ejecutado en la Provincia de Santiago del Estero a través de la Subsecretaría de Educación a cargo de la Coordinadora provincial E.P.S Claudia Nieto. Se realizó el día 29 de junio del 2006.

Los participantes al taller fueron varones y mujeres con cargos de rectores, rectoras y secretarios/as de escuelas públicas y colegios del nivel polimodal de la ciudad Capital, La Banda y algunas localidades del interior de la provincia de Santiago del Estero.

El eje temático del taller se centró en el tema de prevención VIH/Sida en la población escolar adolescente desde la perspectiva de Derechos Humanos; Derechos Sexuales y Reproductivos y Género, de acuerdo a la propuesta planteada en una presentación inicial de videoconferencia dictada por María del Carmen

Feijoo; representante UNFPA enlace argentino. Esta actividad fue el disparador inicial para motivar el debate con los directivos/as que participaron del mismo. Esta conferencia tuvo lugar un día en que Argentina jugaba un partido del mundial. De tal manera, que una vez concluida la conferencia, los y las participantes se fueron a ver el partido y se decidió postergar el taller.

Entonces en una segunda instancia se desarrolló un taller participativo con los directivos convocados por la Subsecretaría de Educación, que fue identificado por el equipo de monitoreo del Conders como una oportunidad para recoger las opiniones del grupo respecto a la educación sexual a adolescentes y jóvenes en el ámbito educativo.

Participaron aproximadamente 23 personas, 9 varones y 14 mujeres de diferentes edades.

El objetivo del mismo fue analizar con los y las participantes las facilidades u obstáculos que se presentan en el ámbito escolar para desarrollar actividades de educación sexual como uno de los elementos fundamentales para avanzar en las estrategias de promoción y prevención en VIH/Sida, embarazos no deseados, embarazos adolescentes y reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos en la población adolescente escolar.

La metodología de trabajo se basó en reflexión y análisis de la realidad con la cual trabajan en relación a este tema y a la problemática que identifican en la población escolar. Se formaron pequeños grupos de trabajo en los cuales debían identificar los problemas más frecuentes que se presentan en las escuelas con la población adolescente señalando las facilidades y obstáculos que se presentan en relación a educación sexual.

Es importante aclarar que el análisis del tema generó inicialmente algunos comentarios de resistencia fundadas en la sobre exigencia a las tareas y actividades que desarrollan en la escuela y el nivel de responsabilidad que implicaría asumir la educación sexual de los adolescentes. Parecían estar obligados a permanecer en el taller y expresaron que estaban muy sobrecargados de tareas y compromisos.

Al mismo tiempo algunas mujeres participantes mostraron su preocupación respecto de la realidad que enfrentan los jóvenes y adolescentes en relación a los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y los problemas relacionados con la violencia familiar y el abuso sexual. Un rector argumentó que en realidad el uso del preservativo y de los anticonceptivos era parte de un plan para controlar la natalidad, que provenía de los países desarrollados.

Obstáculos o dificultades identificadas:

Difícil asumir la responsabilidad de la educación sexual sin el consentimiento de la familia

Equipos docentes que no tienen capacitación o entrenamiento específico en el tema

Visiones biologicista y fragmentadas de los problemas que enfrentan los jóvenes y adolescentes en su vida sexual y reproductiva

Imposibilidad de asumir actividades y responsabilidades en el tema con las limitaciones operativas y de insumos que tienen las escuelas.

Sobrecarga de responsabilidades y tareas sin contar con respaldo de políticas o proyectos "serios" que tengan continuidad y permanencia

Existen opiniones de las autoridades locales que se oponen a hablar sobre la difusión y prevención a través del uso del preservativo u otros métodos anticonceptivos.

Falta de respaldo para abordar la educación sexual como parte de la política educativa y ausencia de legislación específica.

Dificultad para identificar y trabajar desde una perspectiva de derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos y género.

Falta de coordinación y continuidad de las propuestas de capacitación. Rupturas y fragmentaciones.

No hay respaldo legal que fundamente y avale nuestro accionar como docentes

Mitos religiosos vinculados a la pobreza y a la educación sexual

La escuela sola no puede modificar estructuras arraigadas

La realidad es diversa

Falta una política educativa profunda

La responsabilidad no puede ser asumida solo por la escuela

Es difícil cuestionar la autoridad del padre

Facilidades y propuestas de intervención:

Demandas de los adolescentes y jóvenes sobre educación sexual en las escuelas

Necesidad de acordar conceptos, metodologías y contenidos transversales en el tema y contar con equipos capacitados en el tema.

Recibir capacitaciones específicas y trabajar en coordinación con el Ministerio de Salud y el Programa en Salud Sexual y Procreación Responsable.

Recibir apoyo y directivas claras sobre educación sexual desde las autoridades de las cuales dependen.

Conclusiones:

Existe un reconocimiento de los problemas que enfrentan los adolescentes y jóvenes en su vida sexual y reproductiva que son visualizados como consecuencia de la falta de información y educación, pero también expresan resistencias desde sus creencias religiosas, prejuicios y sus competencias como docentes. Señalan a la familia como la principal responsable de la educación sexual, como también de la ausencia de contención y control de la vida sexual de los adolescentes. No se sienten legitimados a asumir la responsabilidad solos sin contar con la aprobación familiar, social y de las autoridades superiores. Sienten una sobrecarga de tareas, responsabilidades y funciones que no les permite abocarse a su trabajo principal y les significa

9.- Entrevistas a Funcionarios del Ministerio de Educación

Se cursaron notas a los/as siguientes funcionarios del área educativa:

- Subsecretaria de Educación (Lic. Marcela Menini).
- Directora de Nivel Terciario (Prof. Cristina Bertolotti de Farías).
- Directora de Nivel Medio(Prof. Ma. F. Ruiz de Giordano).
- Presidente del Consejo Gral. de Educación

Las notas fueron presentadas por Mesa de Entradas de las dependencias correspondientes. Se gestionó en reiteradas oportunidades una respuesta. En algunos casos, por ausencia del funcionario, o por "falta de tiempo" de éste, no fue posible concretar las entrevistas solicitadas.

En el caso de la Directora del Nivel Terciario, ésta alegó razones de agenda para denegar la entrevista. En cambio sí accedió a contestar un cuestionario por vía del correo electrónico. De este modo remitimos las preguntas y obtuvimos una sintética respuesta. Cabe aclarar que en el primer encuentro (cuando fuimos a presentar la nota para acordar la entrevista) nos manifestó que ella "*de eso no sabía nada*", que debíamos dirigirnos al área de "*educación para la salud*" del Ministerio de Educación.

La Directora de Nivel Medio- por su parte- accedió a atendernos- al cabo de una antesala de más de una hora.

Entrevista con la Directora del Nivel Medio, Prof. María Fernanda Ruiz de Giordano, efectuada el 29 de agosto de 2006.

La funcionaria accedió a la entrevista, previa solicitud de audiencia, la que le fue requerida mediante nota. En un primer momento nos derivó - a través de su Secretaria- para hablar con la Prof. Claudia Nieto Mesías, Coordinadora del Programa de Educación para la Salud del Ministerio de Educación. Ante nuestra insistencia, argumentando que deseábamos hablar con decisores políticos, accedió a responder un breve cuestionario.

P:- ¿Conoce Ud. la existencia de la Ley Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, y del programa preventivo que se desarrolla en los centros de salud?

R:- ...De lo que tengo conocimiento es que por ejemplo, en los hospitales, en las UPA's otorgan anticonceptivos a las jovencitas o a mujeres que van a retirar...De esto tengo conocimiento así, extraoficialmente, que por ejemplo, hacen reuniones a las que van las chicas, donde se enseñan a usar los anticonceptivos, los distintos métodos. El problema que ellos tienen es que llevan la pastilla y por ahí no saben qué tienen que hacer con la pastilla. No incluyo este programa de SIDA que sí sé que viene trabajando muy bien desde hace tiempo...

P:-¿ Conoce Ud. qué acciones se realizan desde el Estado- en sus diferentes ámbitos- en el marco del programa nacional de Salud sexual y reproductiva?

P: -¿ Qué opinión le merece la propuesta de esta Ley?

R:- Repito, no conozco puntualmente lo que dice...

P: -¿ Cuáles cree Ud. que deberían ser esas acciones en el ámbito educativo?

R:- De capacitación, sobre todo, a los docentes. Porque, como pertenecemos a otra generación, verdaderamente no sabemos de esto. Necesitamos prepararnos, para poder ayudar a los chicos...

P:- ¿Cuál es su opinión sobre la posibilidad de ofrecer educación sexual en las instituciones educativas? ¿De qué modo debería ofrecerse ésta? ¿Quiénes deberían hacerlo?

R:- Estoy de acuerdo, me parece una necesidad. Se lo hace desde el área de Biología, pero creo que debería ser un tema transversal, porque si le preguntan, cualquier profesor debería estar en condiciones de responder a los planteos de sus alumnos...Y debería incorporarse en esta tarea a los padres, sobre todo para los padres de chicos de EGB 3 y Polimodal, que están ausentes: dejan a sus hijos en depósito en las escuelas, y nunca aparecen...

P:- Piensa ud. que los docentes están convenientemente preparados para desarrollar esta tarea?

R:- Creo que nos falta mucha preparación, para vencer los miedos que generan estos temas, cuando nos los plantean los alumnos..

P:- En caso contrario, ¿qué acciones deberían implementarse para lograr esta preparación?

R:-....

P:- ¿Están estas acciones incluidas en la agenda de esa Dirección?

R:- Todo eso se canaliza a través de la “coordinación del programa de educación para la salud”, del Ministerio.

Fuera de micrófono nos manifestó su preocupación por las posibles “resistencias” que la implementación de programas de educación sexual pudieran traer, por parte no sólo de los padres, sino también de los propios docentes. “Sin embargo- nos dijo- veo que esto es una necesidad urgente!”

Se reproduce aquí la respuesta enviada vía correo electrónico de la directora del nivel terciario:

From: *nivelterciario@arnet.com.ar*

Reply-To: *nivelterciario@arnet.com.ar*

To: *graciela alvarez <gra_ma6@hotmail.com>*

Subject: *Re: CONDEERS*

Date: *Tue, 29 Aug 2006 09:34:29 -0300 (ART)*

>Graciela: No se tiene conocimiento, ni obra en la Dirección de Nivel documentación referida al tema.

>* Se conoce a través de las publicaciones periodísticas y algunas acciones institucionales, a través de proyectos.

>* Pese a no conocer las propuestas de la Ley, se estima de gran importancia contar con la misma en el ámbito provincial.

>* Se considera que la Educación sexual debiera instituirse en todos los niveles del sistema, incorporarse espacios curriculares específicos. Ejemplo: Educación sexual- Escuela y deberían estar a cargo de docentes especializados en el tema (profesores de Educación para la Salud9.

>* Requieren de capacitación por personal idóneo.

>Atentamente.

10.- Conclusiones

La información recogida para este monitoreo es abundante, y proveniente de fuentes diversas y en algunos casos con posturas contrapuestas. Las entrevistas a los funcionarios de salud y educación, el taller de prestadores/as, el taller con rectores/as de secundarios, las listas de chequeo, los talleres de las Jornadas Reproducción, Sexualidad y Ciudadanía donde participaron profesionales, estudiantes secundarios y universitarios, trabajadoras sexuales, grupos comunitarios, representan esta diversidad. El análisis en consecuencia, ha sido complejo y posiblemente no sea exhaustivo.

El impacto del Programa

Hay un acuerdo general entre las personas entrevistadas de lo positivo que ha sido la implementación del programa y que hay un aumento progresivo de la demanda, a partir de la comunicación que hacen las mujeres entre sí, ya que no se ha hecho prácticamente difusión del mismo.

La cobertura en la provincia se ha ido ampliando y el programa está funcionando en todos los hospitales de la provincia y en un gran número de centros periféricos, sobre todo de la ciudad capital y Banda.

Los servicios de salud, estructura y equipamiento

Los centros de salud han mejorado sensiblemente la infraestructura, el equipamiento y la calidad de atención como consecuencia de la aplicación de políticas sanitarias, derivadas de programas nacionales y con apoyo provincial. El Plan NACER, está posibilitando que los centros dispongan de un presupuesto que les permite cubrir necesidades que antes estaban sometidas a la burocracia central. La Dirección de Maternidad e Infancia a través del proyecto PNUD ha reforzado el equipamiento en los centros de salud.

En las listas de chequeo, tanto las mujeres como los y las jóvenes refieren que las cuestiones vinculadas a la estructura en la gran mayoría (entre el 80 y 90%) hay buena orientación y accesibilidad, limpieza y lugares adecuados para la espera y intimidad en el lugar donde transcurre la consulta. Sin embargo los y las prestadores refieren que en muchos lugares no tienen el espacio adecuado para llevar adelante la consejería.

Este dinero se recibe por cada práctica que se realiza con mujeres embarazadas y niños menores de seis años. Está manejado por los directores de hospital y son ellos quienes deciden discrecionalmente el destino de lo recaudado por el plan nacer. Ha habido varios problemas de manejos de fondos con fines que no beneficiaban a los servicios de maternidad e infancia y hay un par de causas iniciadas a funcionarios.

Las direcciones de Hospital y de los centros periféricos con la autonomía que tienen para manejar fondos, ha resultado en una concentración de poder en este cargo que ahora resulta estratégico.

De esta manera mejora directamente la atención que se brinda y las condiciones de trabajo de los prestadores/as de los servicios, por la disponibilidad de recursos, insumos e infraestructura.

La lógica económica de recaudar de acuerdo a la práctica, hace que si cada parto se paga \$350, sea deseable que las mujeres tengan hijos, y que el programa decaiga¹. Y se puede haber una tendencia a realizar sobreprácticas en pos de una mayor recaudación.

Los Insumos

El problema de la continuidad en la provisión de insumos es clave, para todas personas vinculadas al Programa. Esto es visualizado como muy perjudicial para las mujeres que se ven expuestas a situaciones de riesgo de un embarazo no deseado y asimismo por la violación de sus derechos.

El anticonceptivo inyectable es el insumo que se encuentra en este momento en carencia. Meses atrás fue el ACO para la lactancia.

Las razones de la falta de continuidad tienen diferentes interpretaciones, desde el punto de vista de los actores sociales. Desde el nivel central dicen que tienen problemas para que los prestadores hagan las rendiciones a tiempo. Hay versiones entre los y las prestadoras de que no se envían a tiempo las rendiciones a BA, y por eso se demora la provisión.

Los recursos humanos

El tema de los recursos humanos y las personas, su compromiso, la voluntad puesta en la tarea, la actitud, la sensibilización frente al tema género o frente a los derechos y las necesidades de las usuarias, son emergentes que han surgido de manera transversal en todas las instancias del monitoreo. Se presenta como un nudo gordiano que influye fuertemente en el éxito o el fracaso de las acciones que se intentan llevar adelante.

Uno de los cambios mas notorios que han ocurrido en el sector salud de la provincia es la incorporación de un número muy importante de profesionales y personal en general para cubrir las necesidades fundamentalmente de los centros periféricos de atención y de los hospitales del interior. Este fenómeno a generado una gran renovación del personal de los servicios, con gente joven y recientemente graduada.

Sin embargo la situación de muchos de estos trabajadores/as del área de la salud es precaria ya que dependen en su gran mayoría de contratos de locación de servicios que se renuevan con plazos cortos. Esto dificulta planificaciones y compromisos a largo plazo.

En la mayoría de los hospitales de la provincia el programa está atendido por obstétricos/as que son por lo general personas mas sensibles a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y varones. Esto es una ventaja por un lado por la calidad de atención brindada, pero a su vez como no es personal médico, el programa tiende a estar desjerarquizado por los directivos médicos.

El personal obstétrico, se encuentra sobrecargado de tareas, y no realizan en su mayoría actividades de atención primaria, con promoción y educación en las comunidades. Tampoco se hace seguimiento a las mujeres que abandonan el programa. La mayoría trabajan a demanda y en un consultorio. Existe a su vez una gran sobrecarga de planillas administrativas que se deben completar y que demandan gran cantidad de tiempo.

Hay un conflicto de competencias e incumbencias entre los y las obstétricos y los y las médicos. La falta de un marco regulatorio claro no ayuda a la resolución del mismo. La colocación del DIU es uno de los temas en conflicto. En la mayoría de los centros lo coloca el/la médico/a y en algunos las/los obstétricas/os lo hacen con el amparo del médico/a. Hay a su vez conflictos por pequeños espacios de poder entre el personal con mayor antigüedad y el recientemente llegado, con el acceso a la llave, los insumos, o con el personal administrativo que se resiste a hacer las tareas que demanda el programa, cuestiones que perjudican a la calidad de atención ofrecida. En suma hay dificultades para el trabajo en equipo por estas competencias.

El postgrado en medicina social y comunitaria también ha movilizad e interpelado a muchos/as prestadores/as, que buscan perfeccionarse y actualizarse.

En varias instituciones son los directivos los que ponen obstáculos a la implementación del Programa. En Fernández el director alterno parece estar mas preocupado por la rendición correcta de los medicamentos que por el acceso de las mujeres a la provisión de los insumos del programa.

Pero fundamentalmente el éxito del Programa depende del compromiso del personal que está a cargo y de los directivos del centro de salud. Un directivo con actitud restrictiva obstaculiza el buen desempeño de los/las profesionales.

¹ Ver entrevista a Verónica Bertotto

Calidad de atención brindada

Casi el 70% de las mujeres refieren que en el centro las atienden solamente por la mañana y que los turnos se dan por orden de llegada, motivo por el cual deben ir a sacar turnos muy temprano porque sino quedan sin ser atendidas. De esta manera las esperas siguen siendo prolongadas, en un 40% de las mujeres han esperado mas de dos horas. En algunas UPAS, se está trabajando en otros horarios a la siesta o la tarde y también con la modalidad de entrega de turnos anticipados.

Parece haber en los hospitales del interior mas flexibilidad en los horarios de atención con una priorización de las mujeres que vienen del campo. La determinación del lugar donde funciona la atención del programa y el horario en que se atiende, depende de decisiones que pueden jerarquizar o minimizar la importancia del mismo.

El tiempo dedicado a la consulta, tanto en el caso de mas mujeres usuarias, como los adolescentes, la mitad opinan que el tiempo es suficiente y la otra mitad que es insuficiente. Esto está relacionado con la sobrecarga mencionada anteriormente.

Respecto a la comprensión de las indicaciones y la libertad para decidir, hay bastante consenso entre las usuarias y adolescentes, que es buena. Sin embargo, el 28,6% de las mujeres reconocen que no tienen la posibilidad de elegir el método anticonceptivo.

No existen servicios de atención específica de adolescentes, aunque hay algunos centros que han implementado un horario especial para los mismos.

La normativa existente para la indicación de los métodos anticonceptivos es la que rige a nivel nacional, pero no se cumple en todos los casos. Con respecto a la anticoncepción de emergencia o la atención para mujeres víctimas de violencia sexual, no existe una normativa y depende exclusivamente de la información de la que dispone el/la prestador/a y su voluntad.

La atención dentro del programa se dirige fundamentalmente hacia la entrega de anticonceptivos y hay una tendencia a la medicalización del mismo. Esto se vive como una amenaza y como consecuencia de la sobrecarga de trabajo que hoy tienen los prestadores/as de estos servicios. Las mujeres opinan que la atención se centra en las cuestiones médicas y no en las humanas.

En algunas instituciones la entrega de los anticonceptivos se hace por la farmacia del hospital, lo cual burocratiza el trámite que tiene que hacer la usuaria y las desestimula.

La satisfacción de las usuarias es alta (88%), pero no debe interpretarse que necesariamente se deba a la buena atención brindada, ya que las obstétricas refieren que las mujeres son muy sumisas al poder de los y las profesionales y que no se animan a cuestionarlo. De esta manera están satisfechas aun sin conciencia de sus derechos.

La mirada sobre las usuarias

Las miradas que los y las prestadores/as obstétricos/as tienen sobre las usuarias son diferentes y en algunos casos polémicas. La mayoría ha incorporado una conciencia creciente de los derechos de las usuarias.

Las mujeres que se encuentran bajo programa, en su mayoría son pobres y con bajo nivel educativo. Existen problemas de accesibilidad a los servicios de salud fundamentalmente por barreras geográficas o económicas. Consideran que las usuarias tienen dificultades para autovisualizarse como Sujeta de derechos, y empoderarse para acceder al uso de anticonceptivos o servicios de mejor calidad. También se enfrentan a problemas de género, por los cuales las mujeres tienen dificultades a acceder al método, porque el marido no les da permiso y entonces eligen el inyectable, porque pasa mas desapercibido.

El comenzar a cuidarse resulta en que *Las mujeres están mejor, mejora su aspecto, están contentas, mas cuidadas, arregladas*. Ellas expresan su reconocimiento a los beneficios del Programa y el trabajo de las prestadoras.

Se observó también en algún caso, una cierta actitud paternalista o de tutelaje, al considerar que las mujeres no toman correctamente los anticonceptivos, que no entienden y que por eso hay que controlarlas todos los meses. Reconocen que son asistencialistas.

Otra persona refirió que algunas mujeres tenían falta de interés, para ir a hacerse atender y que por eso no usaban anticonceptivos.

El área educación

En las escuelas del nivel polimodal hay un contexto bastante complejo para priorizar el abordaje de las temáticas vinculadas con la educación sexual, o la educación para la prevención del embarazo adolescente. Los rectores mostraron bastante resistencia para hacerse cargo del problema. Ellos expresan estar

sobrecargados de responsabilidades que se les delegan, los problemas sociales de la pobreza, la alimentación, la violencia social, abuso sexual, la drogadicción, etc. hacen que ellos se pongan a la defensiva y en su mayoría no se comprometan con la temática. Algunas de estas personas tienen mucha antigüedad en el cargo, y están un poco sobrepasados y desmotivados. Es evidente que la tarea docente es stressante y con tendencia al síndrome de Burn out.

La pobreza y la marginalidad los pone frente a familias que no contienen a los y las jóvenes, hay madres de 14 años que van con su bebe a la escuela y se lo cuidan los preceptores.

Por otro lado se escudan en el argumento de los padres y la familia como un eje de resistencia hacia la educación sexual. Son instituciones con mucha tendencia a perdurar sobre lo instituido, resistiendo a lo instituyente y con una estructura con relaciones temerarias y autoritarias.

Expresan un reclamo de un marco legal y capacitación que los contenga para llevar adelante la educación sexual.

La gestión central del programa

Dentro del ministerio de salud hay una fragmentación de los programas y las reparticiones, que hace dificultosa su articulación. Cada espacio tiene su pequeño poder sobre el cual resiste y parece que se perdieran de vista los objetivos generales de la prestación de un servicio de calidad.

Posiblemente la falta de disponibilidad de recursos económicos sea, la mayor dificultad que enfrenta la gestión del programa. Si bien tiene un presupuesto asignado, el mismo llega de manera extemporánea y cuando es necesario, no hay fondos en la caja del ministerio. Esto restringe las posibilidades de acción y genera muchos problemas en la ejecución, partiendo de cuestiones tan elementales como la impresión de papelería o historias clínicas.

La figura del Director de Maternidad e Infancia es polémica y como en algunas oportunidades se ha expresado en contra de la entrega de preservativos a los adolescentes o de la anticoncepción de emergencia, por considerarla abortiva, en el taller de prestadores y en las Jornadas se cuestionó su compromiso con el programa ya que ideológicamente no pareciera coincidir con él.

Las cuestiones burocráticas son actividades del nivel central del programa que insumen muchos esfuerzos. Las preocupaciones por que las rendiciones y los consolidados se hagan a tiempo y de manera correcta, son claves. Cada persona que se encuentra a cargo del programa en cada uno de los centros donde funciona en toda la provincia, debe ir mensualmente hasta el ministerio, a hacer su rendición y retirar los insumos. Si no lo hace directamente el responsable, va otra persona en representación de él. Todos los programas funcionan así, de manera tal que el personal de los hospitales tiene que ir en repetidas oportunidades. Este sistema sobrecarga al personal de una tarea administrativa y *de transporte*, con el consecuente abandono de horas de atención.

Respecto a las estadísticas sanitarias, hay una comisión de seguimiento de la mortalidad materna que hace las autopsias verbales a los familiares de la mujer que ha fallecido. Este año la tendencia indica que no hay un descenso en el número de mujeres que han muerto, respecto de los últimos años. La dirección no dispone de datos sobre la variación en el número de abortos o de partos.

Al no existir ninguna estrategia de monitoreo y evaluación de las acciones del Programa muchos asuntos quedan librados a la buena o mala voluntad del personal. Son quienes deciden en muchos casos arbitrariamente, las normas para la entrega de ACO o colocación de DIU, sin que se respeten las nacionales.

Si bien el nivel central del Programa refiere haber realizado capacitaciones, los y las prestadoras/es, demandan que es necesario llevar adelante programas de actualización y de formación en derechos humanos.

No existe ninguna adecuación del Programa a nivel de la cultura local, ni dirigida a la población rural. No hay materiales de difusión elaborados localmente, ni gráficos, ni radiales.

La dirección no ve como una amenaza la falta de una reglamentación provincial que le adjudique presupuesto al programa, consideran que gracias a que el programa es exitoso, no lo van a suspender. En cambio para los prestadores/as la posibilidad de que finalice el financiamiento del Programa Nacional y la entrega de insumos pone en vilo el trabajo que realizan.

Las estructuras institucionales autoritarias, con un esquema de poder basado en la jerarquía y hegemonía del modelo médico, con la concentración que actualmente tienen de manejo de dinero, hace realmente difícil pensar en la posibilidad de crear espacios mas democráticos y participativos, donde las profesiones no médicas, las comunidades, las familias, las mujeres tengan una voz y estén incluidas.

11.- Propuestas

Las fuentes sobre las que se elaboraron las propuestas han sido la mayoría a partir de talleres participativos. Se intenta aquí rescatar aquellas que son mas significativas. Las mismas no reflejan un consenso generalizado, sino que intentan rescatar la mayor representatividad del discurso dentro de la diversidad.

Legislativas

- La reglamentación en la provincia de la ley de salud sexual y procreación responsable de manera de garantizar la continuidad del Programa, con presupuesto asignado.
- Es necesaria la reforma a la ley que regula el ejercicio profesional de las obstétricas, que permita contener y definir mejor las prácticas que realizan.
- La sanción de una ley sobre educación sexual adecuada a los diferentes niveles de enseñanza.
- Promover la conformación de una Mesa de Diálogo, en Cámara de Diputados sobre legislación sexual, reproductiva, violencia y discriminación.

Políticas

- Diseñar políticas de Estado en salud, que incluyan el mejoramiento de los tres niveles de atención, trabajando hacia una mayor integración de las jurisdicciones nacional, provincial, municipal, e incorporar a la ciudadanía en su diseño y evaluación.
- Que dichas políticas se diseñen vinculando todas las áreas y niveles de gobierno y administración (educación, medio ambiente, cultura) optimizando su funcionamiento y recursos.
- Buscar una articulación de los distintos programas de salud, posibilitando el trabajo integral de los agentes sanitarios, promotores y educadores de salud y el resto del personal de salud.
- Promover la creación de canales de rendición de cuentas y denuncias para estimular la plena participación comunitaria y del equipo de salud.
- Crear espacios de participación para las decisiones del presupuesto asignado o de los recursos que ingresan por los programas a cada Hospital y centro de salud, a través de Consejos con presencia de integrantes del equipo de salud y representantes de organizaciones comunitarias.
- Formular y ejecutar políticas de formación y educación en Derechos Humanos/Género, en las escuelas, universidades, capacitación continua en servicio, revaluando la tarea de los agentes de salud.
- Establecer criterios de prioridad entre los distintos programas de salud, para establecer una atención integral y optimizar recursos.
- Independizar el Programa de SS y PR de la Dirección de Maternidad e Infancia con un Director/a comprometido y sensible con la temática.
- Contar con un presupuesto provincial para la compra de insumos del Programa, difusión, papelería, capacitación.

Programa y servicios

- Brindar estímulos específicos para el trabajo grupal, en equipo y multidisciplinario.
- Garantizar la continuidad en la provisión de insumos.
- Incorporar un sistema informático, para hacer informes, rendiciones y desburocratizar la entrega mensual de insumos unificando criterios para el llenado de las planillas. Es necesaria una mayor colaboración y capacitación del personal administrativo.
- Adecuación de la provisión de insumos de acuerdo a la población bajo programa.
- Mejorar la calidad del material Kit para la realización del PAP.
- Reorganización de APS para garantizar que los médicos/as radiantes, agentes sanitarios trabajen con el Programa de SS y PR.
- Difundir y cumplir efectivamente la normativa del Programa Nacional, sin dejarlo a criterios personales.
- Fortalecer el equipo interdisciplinario a través de capacitaciones y sensibilizar en Derechos Humanos y Género, con espacios de intercambio entre los mismos.
- Promover y difundir estrategias para la Participación Comunitaria.
- Mejorar la infraestructura para garantizar el trabajo del Programa (extensión horaria y privacidad).

- Garantizar la estabilidad de los/as prestadores/as del Programa /salud.
- Definir mecanismos de seguimiento, evaluación y monitoreo de las actividades de los/as proveedores en el marco del Programa.
- Crear espacios específicos para la atención de adolescentes.
- Promover espacios de intercambios de experiencias e informaciones.

Educación

- Acordar conceptos, metodologías y contenidos transversales en el tema y contar con equipos capacitados en el tema.
- Recibir capacitaciones específicas y trabajar en coordinación con el Ministerio de Salud y el Programa en Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Recibir apoyo y directivas claras sobre educación sexual desde las autoridades de las cuales dependen.

Sociedad

- Difundir y desarrollar redes existentes (o nuevas) en Derechos Sexuales y Reproductivos.
- Difundir a través de los medios de comunicación trabajos, campañas informativas, representaciones teatrales, de los DDHH para que se conozca el programa y para poner fin a las situaciones de maltratos.
- Promover los debates sobre la despenalización y legalización del aborto, apuntando a la sensibilización y comprensión de la problemática.
- Articular con la Universidad Nacional y con el Conders para complementar acciones dirigidas a la mejora de la calidad de atención brindada.
- Promover la organización y la unidad de las mujeres para la conquista de sus derechos.