

**PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

**CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES (CFI)  
CENTRO DE ESTUDIOS DE ESTADO Y SOCIEDAD (CEDES)**

**EXPEDIENTE N: 15694 00 01**

**ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA Y SU CAPACIDAD DE RESPUESTA EN LAS REGIONES  
SANITARIAS VI Y IX DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**

**INFORME FINAL**

**Abril 2017**

**Autoras: Tamar Finzi, Natalia Gualdoni, María Laura Bacigalupo, Andrea  
Formentini**

## Índice

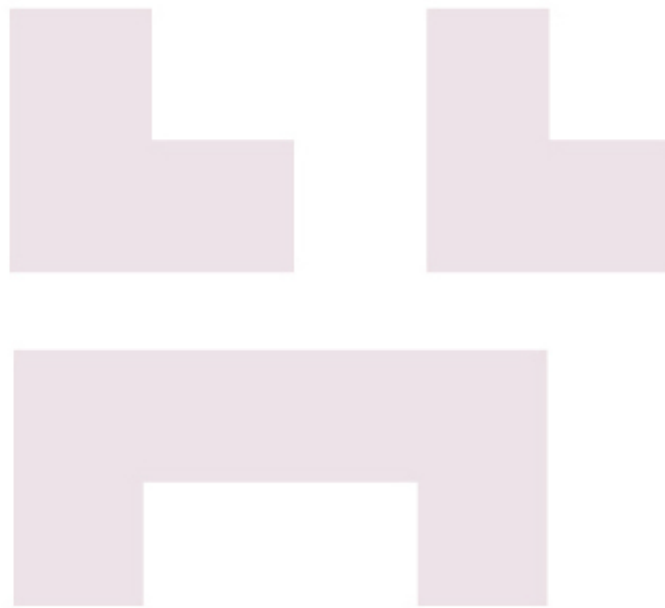
Introducción.....	3
Presentación	
Presentación y objetivos del estudio .....	7
Marco institucional .....	8
Capítulo I: Estado de la cuestión y marco teórico	
Marco conceptual para la caracterización de los servicios de salud sexual y reproductiva .....	11
Compendio normativo sobre derechos sexuales y salud sexual y reproductiva .....	13
Capítulo II: Metodología	
Tipo de diseño, estrategia metodológica y técnicas de obtención y análisis de datos .....	27
Reseña de la implementación del trabajo de campo .....	34
Capítulo III: Resultados	
Caracterización de la demanda de atención de salud sexual y reproductiva en la provincia de Buenos Aires.....	45
Encuesta de salida para evaluar la calidad de atención de las mujeres usuarias de prestaciones de salud sexual y reproductiva de hospitales provinciales .....	80
Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva en los 11 hospitales que componen la muestra.....	95
Caracterización de cada hospital y de los servicios involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres .....	105
Capítulo IV: Recomendaciones finales	
Recomendaciones finales para el fortalecimiento institucional de los servicios de salud sexual y reproductiva.....	244
Bibliografía .....	250
Anexo I .....	254



**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

# INTRODUCCIÓN



El presente documento es el informe final del proyecto “**Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y su capacidad de respuesta en las Regiones Sanitarias VI y IX de la Provincia de Buenos Aires**”.

Se trata un proyecto de colaboración técnica entre el Consejo Federal de Inversiones (CFI), el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de la Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Fue financiado por CFI y coordinado por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Subsecretaría de la Atención de la Salud de las Personas del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en conjunto con el CEDES.

En este informe se describe el proceso de trabajo y los hallazgos del estudio.

Para ello, la información se organiza en cinco capítulos:

- **Presentación:** describe los objetivos del estudio y los antecedentes institucionales que enmarcan su origen y desarrollo.
- **Capítulo I:** aborda el marco teórico asumido por el estudio y la normativa vigente al momento de su desarrollo.
- **Capítulo II:** describe el diseño metodológico implementado para el estudio, las técnicas de recolección, las fuentes de información secundaria, así como una breve reseña de la implementación del trabajo de campo.
- **Capítulo III:** describe los resultados arrojados por el estudio organizados en cuatro productos independientes requeridos por el Programa de SSyR:
  - Producto I: Caracterización de la demanda de atención de salud sexual y reproductiva en la provincia de Buenos Aires.
  - Producto II: Encuesta de salida para evaluar la calidad de atención de las mujeres usuarias de prestaciones de salud sexual y reproductiva de hospitales provinciales.
  - Producto III: Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva en los 11 hospitales que componen la muestra.
  - Producto IV: Caracterización de cada hospital y de los servicios involucrados en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- **Capítulo IV:** a modo de conclusión, desarrolla las recomendaciones

finales en materia de políticas de fortalecimiento de la gestión para mejorar la calidad de atención.

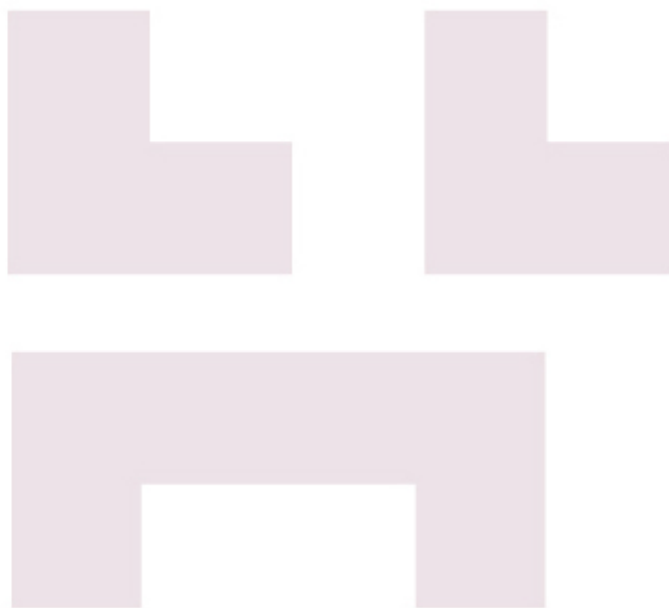




**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

# PRESENTACIÓN



## PRESENTACIÓN Y OBJETIVOS DEL ESTUDIO

El proyecto “**Estado de situación de los servicios de salud sexual y reproductiva y su capacidad de respuesta en las Regiones Sanitarias VI y IX de la Provincia de Buenos Aires**”<sup>1</sup>, en adelante *Más calidad para más mujeres*, tiene como propósito contribuir al fortalecimiento de los servicios que ofrecen prestaciones en salud sexual y reproductiva (SSyR).

Su objetivo es construir un diagnóstico del estado de situación de los servicios de SSyR y su capacidad de respuesta frente a la demanda requerida en las Regiones Sanitarias VI y IX de la Provincia de Buenos Aires.

Para ello, convocó a los equipos de salud de las instituciones hospitalarias seleccionadas a participar en la elaboración de un diagnóstico compartido que centrara la mirada en las formas de organización de los servicios que brindan atención en SSyR, las características de las prestaciones que ofrecen y las estrategias que desarrollan para solucionar problemas habituales en este campo.

Las instituciones de las regiones sanitarias VI y IX que participaron del estudio son: Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Lucio Meléndez”, Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Eurnekian”, Hospital Interzonal General de Agudos “Luisa C. Gandulfo”, Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte”, Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”, Hospital Materno infantil Ana Goitia, Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado “Evita Pueblo”, Hospital Interzonal General de Agudos “Evita”, Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Arturo Oñativia”, Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego” y el Hospital Zonal General de Las Flores.

A partir del diagnóstico construido sobre el estado de situación de los servicios, se elaboraron una serie de recomendaciones en relación a lineamientos estratégicos de futuras acciones de fortalecimiento institucional, que fueron presentadas a los equipo de salud en una jornada de trabajo realizada el día 28 de marzo de 2017 en el Hospital El Dique del Municipio de Ensenada, Provincia de Buenos Aires, en el marco del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia.

Estas recomendaciones buscan delinear las bases de un futuro plan de acción para el fortalecimiento de las capacidades institucionales hacia mejores estándares de calidad en las prestaciones y prácticas de promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, con enfoque de género y equidad social.

---

<sup>1</sup> A fin de facilitar la comunicación institucional del proyecto, así como su difusión y apropiación por parte de los destinatarios, se ha optado por denominarlo: *Más calidad para Más mujeres*.

## MARCO INSTITUCIONAL

El Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable (PPSRyPR) se crea a partir de la Ley 13.066 sancionada en mayo de 2003 con el propósito de garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable, para toda la población sin discriminación alguna (Art. 2 Ley 13.066).

En noviembre de 2003 el Decreto Reglamentario 2327 establece su implementación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

En el año 2007 mediante el Decreto 4559 del Ministerio de Salud se agregan las prácticas denominadas Ligadura de Trompas de Falopio y Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía, como métodos anticonceptivos, en concordancia con la Ley Nacional Nro. 26.130 de anticoncepción quirúrgica.

A su vez, en el año 2006 (Resolución N° 1245) el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la provincia de Buenos Aires aprueba el Plan SER de Salud Sexual y Reproductiva. El mismo tiene como objetivo la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual y cáncer genito-mamario, y busca garantizar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, encuadrándose en las obligaciones emanadas de la Ley 13.066.

Entendiendo que el nombre del Programa Provincial se restringía a la cuestión reproductiva y no daba cuenta de la amplitud de sus alcances y objetivos –acordes además a los avances legislativos ocurridos-, en el año 2015 y mediante Resolución Ministerial N° 3167, pasa a denominarse Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva (PPSSyR). A partir del año 2016, y con el propósito de fortalecerlo institucionalmente, el Programa pasa a la órbita de la Subsecretaría de Atención de Salud de las Personas, Dirección Provincial de Atención de las Personas en el Ciclo de Vida e integra la Unidad de Implementación de Políticas de Género y Atención Integral del Colectivo de la Diversidad Sexual dependiente de dicha Subsecretaría. El Programa integra la iniciativa ministerial Cada Vida Cuenta para la reducción de la morbilidad materna.

La provisión gratuita de métodos anticonceptivos constituye desde el inicio el eje central de la política pública en Salud Sexual y Reproductiva. La principal población destinataria del sistema de aseguramiento de insumos (SAI) del Programa son las mujeres en edad fértil (15 a 49 años). Para el año 2015, según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC), este grupo etario que habitaba la provincia de Buenos Aires se estimaba en



4.110.850 mujeres. Sobre este total, y priorizando aquellas que no tienen obra social ni prepaga y consultan en el sistema público de salud, se calcula que la población meta del SAI2 en la provincia alcanzaría aproximadamente a un millón de mujeres.

El Programa tiene como objetivo garantizar el acceso y la cobertura universal a los servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de derechos. En la actualidad, uno de los principales desafíos que enfrenta el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva en su afán por fortalecer la atención integral de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de derechos, de género y de equidad social es la ausencia de información estandarizada y confiable que permita una correcta toma de decisiones. En ese sentido, entre las recomendaciones realizadas por UNFA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), en la Asistencia Técnica realizada al Programa SSR, durante el mes de abril de 2016, se destaca: "...la importancia de la respuesta del Programa de SSR a los desafíos epidemiológicos y programáticos de la Provincia de Buenos Aires ...integrar las evidencias para una mejor toma de decisiones y definición de prioridades del programa...".

---

<sup>2</sup>**Población Meta del SAI:** A la cantidad de mujeres de 15 a 49 años que no tienen obra social ni prepaga (Censo 2010) y que no estaban embarazadas (se restan los nacidos vivos, DIS), se le descuenta el 10 % porque se estima utilizan DIU. Sobre ese total se considera al 70 %, teniendo en cuenta que hay un porcentaje de mujeres que están buscando un embarazo, que usan métodos naturales o que no concurren al sistema de salud.



**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

# **CAPÍTULO I: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y MARCO TEÓRICO**

## MARCO CONCEPTUAL PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

El marco conceptual que guió la selección de las dimensiones de análisis de este estudio se refiere principalmente al concepto de capacidades estatales; entendida como una noción compuesta por múltiples dimensiones “*que entre otras cosas muestran concepciones vinculadas con la capacidad extractiva, la de implementar políticas u objetivos, la coercitiva, la político institucional, la burocrática y la administrativa*” (Acuña, 2015:15).

Para los objetivos de este estudio se trabajó principalmente sobre la conceptualización y definición del concepto de capacidades institucionales entendida como la habilidad para coordinar el trabajo de diversos programas, subprogramas y efectores de SSyR, y para articular de manera eficaz las acciones desplegadas en el marco del proceso de implementación de la política pública.

De este modo, una mayor dotación de poder institucional permite que los encargados máximos de la gestión inviertan recursos en incrementarlo (apostando a la evaluación, la planificación estratégica, la capacitación), además de avanzar en la difusión masiva hacia la población destinataria.

El estudio focaliza en tres tipos de capacidades institucionales **técnicas, políticas y organizacionales** o “capacidades TOP” (Cornick, 2013). Las capacidades TOP no deben ser vistas como categorías analíticas mutuamente excluyentes entre sí. Por el contrario, en la práctica, estas capacidades interactúan en forma continua durante el proceso de implementación de las políticas. En ese sentido, las capacidades TOP deben ser vistas como un flujo y no como un stock, surgido de un proceso dinámico de construcción, consolidación, erosión e incluso destrucción de esas capacidades.

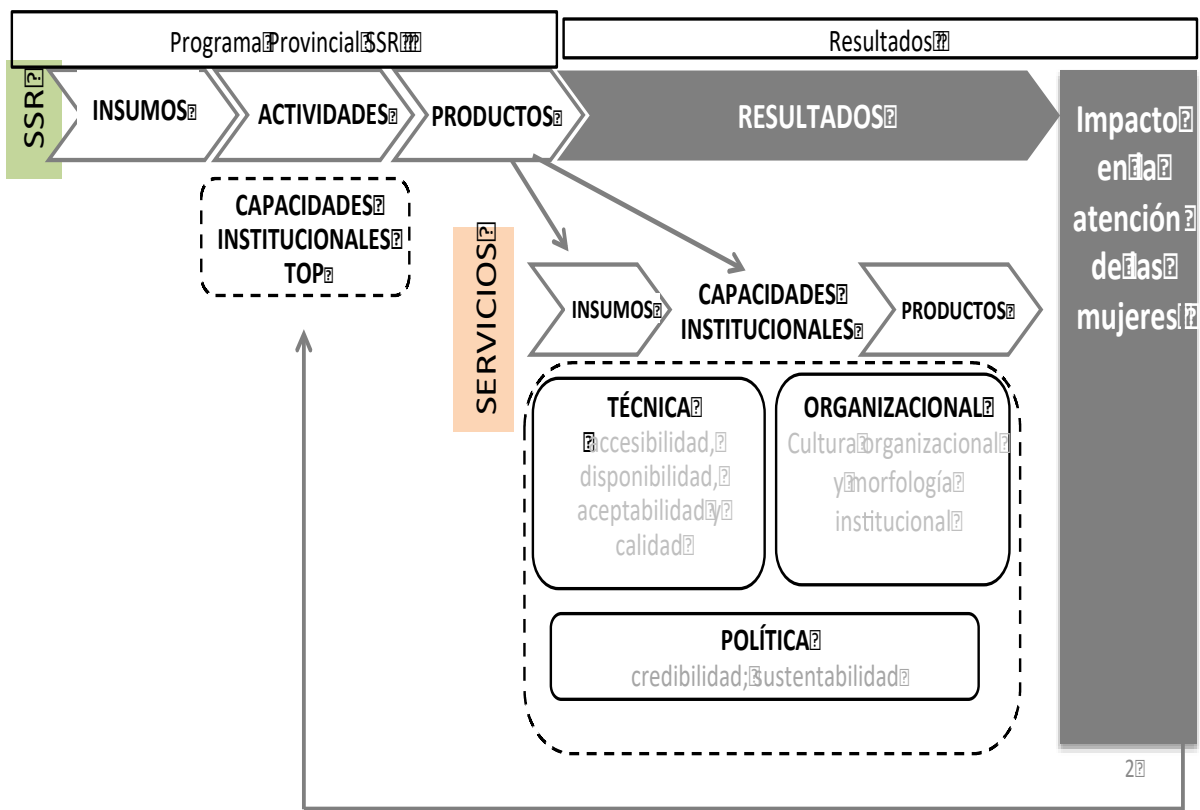
Las actividades y procesos son fundamentales para entender las capacidades organizacionales de los servicios que atienden a la SSyR. La caracterización del modo de organización en cuanto a su cultura organizacional, sus circuitos y protocolos de atención, y cómo deberían realizarse éstos para que existan procesos y sistematizaciones pertinentes para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, y así brindar una respuesta de calidad a quienes asistan a tales servicios, son las variables de análisis que dan cuenta de las capacidades organizacionales. En este sentido, se tomó en cuenta la morfología institucional de los servicios que atienden a la SSyR; como también su cultura organizacional definida principalmente a través de dos conceptos: clima organizacional y facilitación para el cambio.

Las capacidades técnicas se observan a partir de un análisis de los diferentes

atributos que deben poseer estos servicios, es decir qué es esencial para el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos plasmados en la Ley N° 13.066 y establecidas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en relación al derecho a la salud. Los atributos definidos son: **aceptabilidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad**. A partir de ellos se caracterizó la situación en los servicios que atienden a las mujeres (adultas y adolescentes) en cuatro prestaciones específicas: interrupción legal del embarazo (ILE), atención post aborto (APA), acceso a métodos anticonceptivos (MAC) y consejería en salud sexual y reproductiva (Consejería en SSyR).

Finalmente, las capacidades políticas son las que permiten obtener los consensos necesarios hacia el interior con otras instituciones públicas con las que necesita articular el diseño e implementación de servicios que atiendan a la salud sexual y reproductiva de calidad basados en las buenas prácticas existentes. En particular, la capacidad de construir consensos, generar confiabilidad y credibilidad.

Las interrelaciones del marco conceptual del presente estudio pueden ser visto del siguiente modo:



## **COMPENDIO NORMATIVO SOBRE DERECHOS SEXUALES Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

A fin de componer el marco normativo vigente en materia de derechos sexuales y salud sexual y reproductiva se realizó una compilación de la normativa y la jurisprudencia nacional y provincial relevante en:

- Temas específicos sobre SSyR: fertilización asistida, aborto no punible, violencia sexual y consejería pre y post aborto.
- Cuestiones transversales a dichos temas: consentimiento informado, secreto profesional, objeción de conciencia y responsabilidad médica.
- Poblaciones específicas: adolescencia, personas con discapacidad y personas trans.

Respecto a la metodología de trabajo, se utilizó el Digesto Jurídico sobre Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos elaborado por el Programa de Abogacía Feminista de la Facultad de Derecho de la Universidad de Palermo, documento que recopila normativa en la materia al 31 de agosto de 2014.

A partir de esa fecha y hasta la actualidad, se realizó un relevamiento normativo en el sitio web “Infoleg” del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación ([www.infoleg.gob.ar/](http://www.infoleg.gob.ar/)) y en el sitio de legislación bonaerense del Ministerio de Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (<http://www.gob.gba.gov.ar/dijl/>).

Para la búsqueda de normativa se utilizaron las siguientes palabras clave: consentimiento informado, secreto profesional, objeción de conciencia, responsabilidad médica, fertilización asistida, técnicas de reproducción asistida, interrupción legal del embarazo, aborto, violencia sexual y consejería.

A continuación, se detalla la información obtenida organizada del siguiente modo: cada apartado incluye normas nacionales y provinciales, que se clasifican en leyes, decretos, resoluciones y otros insumos relevantes.

### **a) Normativa en temas específicos**

#### **1. Aborto no punible**

##### 1.1. Nivel nacional

##### *Leyes*

- Código Penal, artículo 86.

### *Resoluciones*

- Resolución 989. Ministerio de Salud de la Nación. Apruébase la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto e incorpórase la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Del 09/08/2005; Boletín Oficial 17/08/2005.

### *Otros insumos relevantes*

- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación. Abril, 2015.

## 1.2. Nivel provincial

### *Leyes*

- Ley 14.738. Modifica la Ley 13.066 que creó programa que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable. Crea consejerías. Sancionada el 01/7/2015; Boletín Oficial del 15/09/15.

### *Resoluciones*

Resolución 3146/2012. Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo de atención integral de los abortos no punibles, del 16/07/2012.

## **2. Fertilización asistida**

### 2.1. Nivel nacional

#### *Leyes*

- Código Civil, Ley 26.994, Título V, Capítulo 2. Sancionada el 01/10/2014. Promulgada el 07/10/2014; Boletín Oficial 08/10/2014.

- Ley 26.862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Promulgada el 25/06/2013; Boletín Oficial del 26/06/2013.

#### *Decretos*

- Decreto 956/2013. Reglamentación de la Ley N° 26.862 sobre Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Del 19/07/2013; Boletín Oficial 23/07/2013.

### *Resoluciones*

- Resolución 1305/2015. Ministerio de Salud. Apruébense las normas de habilitación y fiscalización de establecimientos de reproducción medicamente asistida. Boletín Oficial 31/08/2015.
- Resolución 1709/2014. Ministerio de Salud. Sistema único de reintegro. Se incluyen las técnicas de reproducción médicamente asistida de alta complejidad. Boletín Oficial 12/12/2014.

### 2.2. Nivel provincial

#### *Leyes*

- Ley 14.611. Modifica Ley 14.208. Modifica la Ley N° 14.208 por la cual se reconoce a la infertilidad humana como enfermedad (prácticas médicas - técnicas de fertilización - cobertura - IOMA - fertilidad asistida - fecundación - inseminación). Sancionada el 16/7/2014; Boletín Oficial 19/09/2014.
- Ley 14.208. Reconocimiento de la Infertilidad Humana como enfermedad. Reconocimiento de la cobertura médico asistencial integral de las prácticas médicas a través de las técnicas de fertilización asistida. Sancionada el 2/12/2010. Promulgada el 22/12/2010; Boletín Oficial 03/01/2011.
- Ley 11.028. Prácticas médicas de fecundación en seres humanos. Sancionada el 15/11/1990. Promulgada el 12/12/1990; Boletín Oficial 25/01/1991.

#### *Decretos*

- Decreto 376/2015. Sustituye los artículos 1º, 4º y 5º, y se incorporan los arts. 2º y 4 Bis del Anexo Único del Decreto N° 2.980/2010, reglamentario de la Ley 14.208. Del 7/05/2015; Boletín Oficial 29/05/2015.
- Decreto 564/2011. Reconoce la Infertilidad Humana como enfermedad. Modificación del decreto 2980/2010 reglamentario de la Ley 14.208. Del 30/05/2011; Boletín Oficial 08/06/2011.
- Decreto N° 2.980/2010, reglamentario de la Ley 14.208; del 29/12/2010; Boletín Oficial 03/01/2011.

## **3. Violencia sexual**

### 3.1. Nivel nacional

#### *Leyes*

- Código Penal de la Nación. Ley 11.179. Libro Segundo. Título III.
- Ley 26.879. Creación de registro nacional de datos genéticos. Promulgada el 23/07/2013; Boletín Oficial 24/07/2013.
- Ley 25.087. Delitos contra la integridad sexual. Modificación del Código Penal. Promulgada el 14/04/1999; Boletín Oficial 14/05/1999.

#### *Resoluciones*

- Resolución 1167/2011. Ministerio de Seguridad. Directivas para la Coordinación de Acciones a seguir para la atención de personas damnificadas en delitos contra la integridad sexual. Del 22/11/2011; Boletín Oficial 29/11/2011.

#### *Otros insumos relevantes*

- Protocolo para la atención integral de Personas Víctimas de Violaciones sexuales. Ministerio de Salud de la Nación. Agosto, 2011.

### 3.2. Nivel provincial

#### *Resoluciones*

- Resolución 2520. Ministerio de Justicia y Seguridad. Constituir una comisión policial a fin de asistir a presuntas víctimas de abuso sexual, violación o cualquier otro delito contra la integridad sexual, e informar de los derechos que la asisten a los efectos de dar inicio a las actuaciones judiciales. Del 22/06/2011; Boletín Oficial 27/07/2011.
- Resolución 5752/2007. Ministerio de Salud. Programa Provincial de Salud para la Prevención de la Violencia Familiar y Sexual y la Asistencia a las Víctimas. Modifica resolución 304/07. Aprueba Protocolo de acción ante víctimas de violación y Protocolo y guía de prevención y atención de víctimas de violencia familiar y sexual para el primer nivel de atención. Del 19/10/2007; Boletín Oficial 26/11/2007.
- Resolución 1959/2010. Ministerio de Salud. Protocolo de atención para Víctimas de la trata de personas en el sistema de salud.

## **4. Consejería pre y post aborto**

### 4.1. Nivel nacional

#### *Decretos*



- Decreto 1282/2003. Decreto reglamentario de la Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Del 23/05/2003; Boletín Oficial 26/05/2003.

#### *Resoluciones*

- Resolución conjunta 10/2013 y 77/2013. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, y Ministerio de Salud. "Plan Estratégico de Salud Integral en el Servicio Penitenciario Federal 2012-2015". Protocolo de atención de la salud sexual y reproductiva. Del 23/01/2013; Boletín Oficial 30/01/2013.

- Resolución 1087/2010. Ministerio de Salud. Plan operativo para la reducción de la mortalidad materno infantil. Del 22/06/2010; Boletín Oficial 02/07/2010.

- Resolución 989. Ministerio de Salud. Apruébese la Guía para el Mejoramiento de la Atención Post Aborto e incorpórase la misma al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Del 09/08/2005; Boletín Oficial 17/08/2005.

#### *Otros insumos relevantes*

- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación. Abril, 2015.

## 4.2. Nivel provincial

#### *Leyes*

- Ley 14.802. Modifica artículos de la Ley 11.745 ref.: colegio de obstétricas. Regula su ejercicio profesional. Sancionada el 30/9/2015; Boletín Oficial 21/12/2015.

- Ley 14.738. Modifica la Ley 13066 que creó programa que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable. Crea consejerías. Sancionada el 01/7/2015; Boletín Oficial 15/09/15.

#### *Decretos*

- Decreto 2327/2003. Programa provincial destinado a garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable. Reglamentación de la ley 13.066. Del 28/11/2003; Boletín Oficial 31/12/2003.

#### *Resoluciones*

- Resolución 3146/2012. Ministerio de Salud. Protocolo de atención integral de los abortos no punibles. Del 16/07/2012.

## **b) Normativa sobre cuestiones transversales a los temas específicos**

### **1. Consentimiento informado**

#### 1.1. Nivel nacional

##### *Leyes*

- Código Civil, Ley 26.994, Título V, Capítulo 2. Promulgada el 07/10/2014. Boletín Oficial 08/10/2014.
- Ley 26.657, de Derecho a la protección de la salud mental. Promulgada el 02/12/2010; Boletín Oficial 03/12/2010.
- Ley 26.742. Modifica la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Sancionada el 9/5/2012. Promulgada de Hecho el 24/5/2012. Boletín Oficial del 24/5/2012.
- Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud. Promulgada el 21/10/2009; Boletín Oficial 19/11/2009.
- Ley 24.193. Trasplantes de órganos y materiales anatómicos. Promulgada el 24/03/1993; Boletín Oficial 26/04/1993.

##### *Decretos*

- Decreto 603/2013. Reglamenta la Ley de Salud Mental. Del 28/5/2013; Boletín Oficial del 29/5/2013.
- Decreto 1089/2012. Reglamenta a la Ley 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud. Del 05/07/2012; Boletín Oficial del 6/7/2012.

##### *Resoluciones*

- Resolución 65/2015. Ministerio de Salud de la Nación. Aprueba como marco interpretativo del Código Civil y Comercial vigente el documento de acuerdos elaborado en la “Mesa de trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial, lectura desde los derechos sexuales y reproductivos”. Del 9/12/2015; Boletín Oficial del 8/1/2016.

- Resolución 561. Superintendencia de Servicios de Salud. Modelo de consentimiento informado. Del 26/03/2014; Boletín Oficial del 03/04/2014.

## 1.2. Nivel provincial

### *Leyes*

- Ley 14.464 sobre Derechos del Paciente, historia clínica y consentimiento informado. Adhesión a la ley nacional. Promulgada el 13/12/2012; Boletín Oficial 25/02/2013.

### *Resoluciones*

- Resolución 3146/2012. Ministerio de Salud. Protocolo de atención integral de los abortos no punibles. Promulgada el 16/07/2012.

## 2. **Secreto profesional**

### 2.1. Nivel nacional

#### *Leyes*

- Código Penal de la Nación Argentina
- Código Procesal Penal de la Nación
- Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud. Promulgada el 21/10/2009; Boletín Oficial 19/11/2009.
- Ley 25.326. Protección de los datos personales. Promulgada el 30/10/2000; Boletín Oficial 02/11/2000.

#### *Decretos*

- Decreto 1089/2012. Reglamenta a la Ley 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud. Del 05/07/2012; Boletín Oficial del 6/7/2012.

### 2.2. Nivel provincial

#### *Leyes*

- Ley 14464 sobre Derechos del Paciente, historia clínica y consentimiento informado. Adhesión a la ley nacional. Promulgada el 13/12/2012; Boletín Oficial 25/02/2013.

### **3. Objeción de conciencia**

#### 3.1. Nivel nacional

##### *Leyes*

- Ley 25.673/2003. Crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Sancionada el 30/10/2002. Promulgada de Hecho el 21/11/2002. Boletín Oficial del 22/11/2002.

##### *Decretos*

- Decreto 1282/2003. Decreto reglamentario de la Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Del 23/05/2003; Boletín Oficial 26/05/2003.

##### *Otros insumos relevantes*

- Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Ministerio de Salud de la Nación. Abril, 2015.

#### 3.2. Nivel provincial

##### *Leyes*

- Ley 14.738. Modifica la Ley 13.066 que creó programa que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable. Crea consejerías. Sancionada el 01/7/2015; Boletín Oficial del 15/09/15.

##### *Resoluciones*

- Resolución 3146/2012. Ministerio de Salud. Protocolo de atención integral de los abortos no punibles. Del 16/07/2012.

### **4. Responsabilidad médica**

#### 4.1. Nivel nacional

##### *Leyes*

- Código Penal. Incumplimiento de los deberes de funcionario público. Artículo 249.

- Ley 26.742. Modifica la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Sancionada el 9/5/2012. Promulgada de Hecho el 24/5/2012. Boletín Oficial del 24/5/2012.
- Ley 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud. Promulgada el 21/10/2009; Boletín Oficial del 19/11/2009.
- Ley 25.188. Ética en el ejercicio de la función pública. Promulgada el 29/09/1999; Boletín Oficial del 01/11/1999.
- Ley 25.164. Ley Marco de Regulación de Empleo Público Nacional. Promulgada el 15/09/1999; Boletín Oficial del 08/10/1999.

#### *Decretos*

- Decreto 1089/2012. Reglamenta a la Ley 26529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la salud. Del 05/07/2012; Boletín Oficial del 6/7/2012.

#### 4.2. Nivel provincial

##### *Leyes*

- Ley 14.802. Modifica artículos de la ley 11745, ref.: colegio de obstétricas. regula su ejercicio profesional. Boletín Oficial del 21/12/2015.
- Ley 14.464 sobre Derechos del Paciente, historia clínica y consentimiento informado. Adhesión a la ley nacional. Promulgada el 13/12/2012; Boletín Oficial del 25/02/2013.
- Ley 11.745. Colegio de obstétricas. Regula su ejercicio profesional. Boletín Oficial del 29/01/1996.

### **c) Normativa sobre poblaciones específicas**

#### **1. Adolescentes**

##### **1.1. Nivel nacional**

###### *Leyes*

- Ley 26.742. Modifica la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud. Sancionada el 9/5/2012. Promulgada de Hecho el 24/5/2012. Boletín Oficial

del 24/5/2012.

- Ley 26.061. Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Boletín Oficial del 26/10/2005.
- Ley 25.673. Crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Sancionada el 30/10/2002. Promulgada de Hecho el 21/11/2002. Boletín Oficial del 22/11/2002.
- Ley 23.849. Aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño. Promulgada el 16/10/1990; Boletín Oficial del 22/10/1990.

#### *Decretos*

- Decreto 415/2006. Decreto reglamentario de la Ley 26.061, de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Del 17/04/2006; Boletín Oficial del 18/04/2006.
- Decreto 1282/2003. Decreto reglamentario de la Ley 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Del 23/05/2003; Boletín Oficial del 26/05/2003.

#### *Resoluciones*

- Resolución 65/2015. Ministerio de Salud de la Nación. Aprueba como marco interpretativo del Código Civil y Comercial vigente el documento de acuerdos elaborado en la “Mesa de trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial, lectura desde los derechos sexuales y reproductivos”. Del 9/12/2015; Boletín Oficial del 8/1/2016.

## **1.2. Nivel provincial**

### *Leyes*

- Ley 14.738. Modifica la Ley 13.066 que creó programa que garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable. Crea consejerías. Sancionada el 01/7/2015; Boletín Oficial del 15/09/15.
- Ley 13.298. Promoción y protección integral de los derechos de los niños. Promulgada el 14/01/2005; Boletín Oficial del 27/01/2005.

### *Decretos*

Decreto 300/2005. Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños. Reglamentación ley 13.298. Del 07/03/2005; Boletín Oficial del 23/03/2005.

## **2. Personas con discapacidad**

### **2.1. Nivel nacional**

#### *Leyes*

- Ley 26.657, de Derecho a la protección de la salud mental. Promulgada el 02/12/2010; Boletín Oficial del 03/12/2010.
- Ley 26.378, que aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Promulgada el 06/06/2008; Boletín Oficial del 09/06/2008.
- Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Promulgada el 02/12/1997; Boletín Oficial del 05/12/1997.
- Ley 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados. Promulgada el 16/03/1981; Boletín Oficial del 20/03/1981.

#### *Decretos*

- Decreto 762/97. Sistema único de prestaciones básicas para personas con discapacidad.

#### *Resoluciones*

- Resolución 65/2015. Ministerio de Salud de la Nación. Aprueba como marco interpretativo del Código Civil y Comercial vigente el documento de acuerdos elaborado en la “Mesa de trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial, lectura desde los derechos sexuales y reproductivos”. Del 9/12/2015; Boletín Oficial del 8/1/2016.

### **2.2. Nivel provincial**

- Ley 10.592. Régimen jurídico básico e integral para las personas discapacitadas. Promulgada el 13/11/1987; Boletín Oficial del 01/12/1987.
- Decreto 3020/2002. Reglamentación de establecimientos destinados a la atención de personas con discapacidad. Derogación del dec. 3105/2000. Promulgado el 13/12/2002; Boletín Oficial del 13/01/2003.
- Decreto 1149/1990. Régimen jurídico básico e integral para las personas discapacitadas. Reglamentación.

## **3. Personas trans**

### 3.1. Nivel nacional

#### *Leyes*

- Ley 26.862. Acceso integral a los procedimientos y técnicas médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida. Promulgada el 25/06/2013; Boletín Oficial 26/06/2013.
- Ley 26.743. Identidad de género. Sancionada el 9/5/2012. Promulgada el 23/05/2012; Boletín Oficial del 24/05/2012.
- Ley 26.657, de Derecho a la protección de la salud mental. Promulgada el 02/12/2010; Boletín Oficial del 03/12/2010.

#### *Decretos*

- Decreto 903/2015. Reglamenta art. 11 de la Ley 26.743. Del 20/5/2015; Boletín Oficial del 29/5/2015.

#### *Resoluciones*

- Resolución 65/2015. Ministerio de Salud de la Nación. Aprueba como marco interpretativo del Código Civil y Comercial vigente el documento de acuerdos elaborado en la “Mesa de trabajo: Nuevo Código Civil y Comercial, lectura desde los derechos sexuales y reproductivos”. Del 9/12/2015; Boletín Oficial del 8/1/2016.

#### *Otros insumos relevantes*

- Guía para la Atención de la salud integral de personas trans. Ministerio de Salud de la Nación. Junio, 2015.

### 3.2. Nivel provincial

#### *Resoluciones*

- Resolución 2359/07. Estableció que las personas trans que recurren a los servicios de salud deben ser reconocidas públicamente por su nombre de elección. Ministerio de Salud.
- Resolución 2/2011. Estableció la obligatoriedad de respetar la identidad de género autopercebida de lxs usuarixs por parte del personal de los hospitales provinciales. Ministerio de Salud.

#### *Otros insumos relevantes*

- Guía para referentes sobre salud sexual y reproductiva y prevención de la violencia hacia poblaciones LGBT. Ministerio de Salud. Programa Provincial



de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género y Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Septiembre, 2015.





**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

## **CAPÍTULO II: METODOLOGÍA**



## TIPO DE DISEÑO, ESTRATEGIA METODOLÓGICA Y TÉCNICAS DE OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

### Diseño metodológico del estudio

El diseño metodológico definido para el estudio fue de tipo de cuanti-cualitativo, se buscó caracteriza los servicios de SSyR de las regiones mencionadas y de la población que demanda dichos servicios.

Los aspectos cualitativos del estudio se centraron en la caracterización de los servicios de SSyR a partir de la aplicación de estrategias de relevamiento de información participativas y desarrollos metodológicos específicos (grupos focales, entrevistas e instancias de observación).

Los aspectos cuantitativos y poblacionales (demanda) se abordaron a partir de la sistematización y análisis de la información secundaria disponible en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 y la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013, a los efectos de describir la situación de la SSyR (con foco en el uso de anticonceptivos) de la población de la Provincia de Buenos Aires.

### Estrategia metodológica y técnicas de obtención y análisis de datos

El estudio se realizó con una metodología de enfoque participativo y con la implementación de técnicas de evaluación rápida.

Su estrategia principal fue lograr que varios miembros de los equipos de salud participen activamente de las actividades del estudio. Para ello, todas las técnicas de relevamiento de información que se utilizaron buscaron involucrar a los referentes de los equipos de salud de los hospitales convocados.

El estudio se compone de los siguientes ejes de análisis:

1) Prestaciones en SSyR: acceso a métodos anticonceptivos (MAC), atención postaborto (APA), interrupción legal del embarazo (ILE) y consejería en SSyR, en las que se observaron cuatro atributos: (i) disponibilidad, (ii) accesibilidad, (iii) aceptabilidad y (iv) calidad; definidos del siguiente modo:

**i) Disponibilidad:** se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo institucional. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud (Ramos,

Bergallo, Romero y Feijoo; 2009).

**ii) Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas: i) No discriminación: los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos; ii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud (Ramos, Bergallo, Romero y Feijoo; 2009).

**iii) Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate (Ramos, Bergallo, Romero y Feijoo; 2009).

**iv) Calidad.** Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas (Ramos, Bergallo, Romero y Feijoo; 2009).

Esta caracterización prestará atención no solo a la atención que se brinda a las mujeres, sino también abarcará poblaciones específicas: mujeres adolescentes; niñas, niños y adolescentes en situación de abuso y mujeres víctimas de violencia.

- 2) Descripción de la cultura organizacional de los servicios que atienden a la SSyR en las once unidades asistenciales seleccionadas. Este trabajo

entiende a la cultura organizacional como el conjunto de valores, creencias, normas, prácticas, usos y costumbres que condicionan la actuación de las personas y genera una identidad compartida. Tiene un carácter informal y no necesariamente coincide con los reglamentos, las políticas o los manuales oficiales (El ABC de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia: 2015).

Las subdimensiones que componen la noción de cultura organizacional utilizadas a los fines de este estudio son: clima organizacional y facilitación del cambio. Las mismas fueron operacionalizadas del siguiente modo:

Sub-dimensión	Analizadores
Clima Organizacional	<b>Liderazgo:</b> capacidad de tomar iniciativa, gestionar, convocar, promover la comunicación y el trabajo en equipo, incentivar, motivar y evaluar a un grupo o equipo influyendo con estas capacidades en un grupo de personas.
	<b>Conflictos:</b> proceso en el que hay oposición de intereses, necesidades y/o valores no satisfechos.
	<b>Comunicación:</b> proceso de producción, circulación y consumo de significados entre los miembros de un grupo u organización y sus públicos.
Facilitación del cambio	<b>Facilitación organizacional:</b> actividades e intervenciones realizadas por parte de los líderes para preparar a la organización para el cambio.
	<b>Consensos y compromisos institucionales:</b> nivel de acuerdo para llevar a cabo el cambio propuesto; grado de compromiso y acuerdo existente entre los líderes de la organización (dirección y jefaturas de los servicios) para implementar el cambio.
	<b>Beneficios organizacionales:</b> percepción del personal sobre los beneficios que el cambio puede reportar al equipo y/o los usuarios.
	<b>Autoeficacia - confianza en el cambio:</b> confianza del equipo en que el cambio sea posible y que tienen la capacidad de implementarlo y mantenerlo en el tiempo.

Elaboración propia en base el ABC de la Maternidad Segura y Centrada en la Familia (2015)

Para la descripción de la estructura institucional se tomaron como ejes de análisis los circuitos por los cuales atraviesan todas las personas que son atendidas en los servicios que atienden a la SSyR, cómo también los circuitos

de obtención de los medicamentos y métodos anticonceptivos.

Cada componente de la metodología tiene objetivos, unidades de análisis y procedimientos específicos. Para el primer componente la unidad de análisis fueron las cuatro prestaciones anteriormente mencionadas en el marco de los servicios que atienden a la SSyR de las mujeres y poblaciones específicas que toma este estudio.

El segundo componente toma como unidad de análisis las áreas identificadas y vinculadas con la atención de la SSyR, sea en el ámbito de un servicio específico como el de ginecología y/o obstetricia; cómo también en el marco de un consultorio y/o un proyecto que atienda a la SSyR.

La metodología fue diseñada para ser flexible en su aplicación atendiendo las eventualidades que puedan surgir y las particularidades de cada institución. Combina entrevistas en profundidad con observación participante y pequeños grupos de debate (modalidad grupo focal).

Para el desarrollo de estas técnicas se diseñaron los siguientes instrumentos<sup>3</sup>:

A- Guías de pautas para entrevistas

- 1- Director/a Hospital
- 2- Jefe/a de servicio médico
- 3- Referente de farmacia
- 4- Referente del servicio social
- 5- Referente del servicio de salud mental
- 6- Referente de enfermería
- 7- Médico/a de Planta

B- Pautas taller de análisis de residentes (grupo focal)

C- Tabla guía de observación y registro fotográfico

Cada instrumento aborda aristas específicas del esquema de análisis. Los diferentes perfiles de los equipos de salud en cada hospital respondieron sobre diferentes temas y compusieron desde sus diferentes perspectivas la

---

<sup>3</sup> Los instrumentos completos pueden verse en Anexo I

caracterización de la atención de la SSyR en su unidad asistencial.

Actividades y técnicas		Objetivos centrales
Entrevista inicial Director/a del hospital		Presentación del proyecto; consideraciones sobre la atención de la SSyR; contexto institucional y oportunidades para la mejora en la atención.
Entrevistas a jefes de servicios médicos	Ginecología	Caracterización de las prestaciones ILE, APA, MAC y Consejería en SSyR en función de su accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad; estructura y clima organizacional del servicio; relación con otros servicios; oportunidades para la mejora de la atención en SSyR.
	Obstetricia	Estructura y clima organizacional; caracterización de las prestaciones ILE, APA, MAC y Consejería en SSyR en función de su accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad; oportunidades para la mejora de la atención en SSyR.
Entrevistas a referentes de otros servicios	Farmacia	Relación con los servicios que atienden la SSyR y entrega de medicamentos e insumos a pacientes ambulatorios e internados; disponibilidad de variedad de medicamentos e insumos anticonceptivos, orientación al paciente sobre el uso correcto de los medicamentos.
	Servicio Social	Acciones conjuntas con los servicios que atienden la SSyR en torno a las prestaciones consejería de SSyR, APA, ILE, MAC.
	Salud Mental	
	Enfermería	Perspectiva sobre la atención de las mujeres en SSyR, circuitos de atención y protocolos.
Entrevista a médico/a de planta		Caracterización de las prestaciones ILE, APA, MAC y Consejería en SSyR en función de su accesibilidad, aceptabilidad, calidad y disponibilidad; estructura y clima organizacional del servicio; relación con otros servicios; oportunidades para la mejora de la atención en SSyR.
Taller de análisis	Residentes	Formación sobre protocolos específicos que atiendan a la SSyR de las mujeres en las 4

		prestaciones; clima organizacional
Guía de observación	Hospital y sala de espera en particular	Estructura edilicia general y localización de los consultorios/salas que atienden a la SSyR; señalética (disponibilidad y accesibilidad) y privacidad del paciente en consultorios.

Finalmente, a los efectos del análisis de la conformación de la demanda de las prestaciones de SSyR, se realizó la sistematización y análisis de la información secundaria disponible en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR), la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR) y en la base de datos del Sistema Informático Perinatal 2015 (SIP).

Al respecto, es importante aclarar que las fuentes de datos tienen objetivos y características diferentes y ninguna se adapta completamente al propósito del presente estudio. No obstante, lo cual, permitieron realizar una descripción de la situación de la SSyR, tomando como un eje central el uso de anticonceptivos, de la población de la Provincia de Buenos Aires.

La ENFR se llevó a cabo conjuntamente por el Ministerio de Salud de la Nación y el Instituto Nacional de Estadística y Censos. Sus objetivos son conocer la distribución de los factores de riesgo en la población de 18 años y más; estimar su prevalencia y determinar el perfil de la población bajo riesgo a través de sus características sociodemográficas, socioeconómicas, educativas y del entorno familiar social.

El diseño muestral es probabilístico y multietápico. La población objetivo comprende las mujeres y varones de 18 años y más que residen en hogares particulares en localidades de 5.000 y más habitantes de la República Argentina. La encuesta permite considerar los distintos dominios de estimación, siendo de nuestro interés la provincia de Buenos Aires que puede dividirse en 24 partidos del Gran Buenos Aires y resto de la provincia. El rendimiento específico de la muestra fue del 56.1% y el 74.1% respectivamente.

La ENSSyR tiene como objetivo general generar información acerca de la SSyR de los varones de 14 a 59 años y las mujeres de 14 a 49 años en centros urbanos de 2.000 o más habitantes. Este estudio permitió obtener información para las 6 regiones estadísticas del país: Gran Buenos Aires (Ciudad de Buenos Aires y 24 partidos del conurbano bonaerense); Pampeana (resto de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos, La Pampa y Santa Fe); Noroeste (Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, Santiago del Estero y Tucumán); Noreste (Chaco, Corrientes, Formosa Misiones), Cuyo (Mendoza, San Juan y San Luis), Patagónica ( Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra



del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur). El diseño muestral de la ENSSyR fue probabilístico y multietápico y se realizó de manera asociada a la Encuesta Anual de Hogares Urbanos (EAHU), en el marco del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH). Esto significa que la muestra de viviendas se seleccionó sobre aquellas viviendas de la EAHU del tercer trimestre de 2012 con al menos una mujer de 14 a 49 años y/o al menos un varón de 14 a 59 años. La utilización de la EAHU como marco de muestreo de la ENSSyR tuvo como principal objetivo facilitar el contacto de la población objetivo. El relevamiento de datos fue llevado a cabo entre mayo y junio de 2013 en conjunto con las Direcciones Provinciales de Estadística.

	ENFR 2009	ENSSyR 2013
Población objetivo	Mujeres y varones de 18 años y más que residen en hogares particulares en localidades de 5.000 y más habitantes de la República Argentina	Mujeres de 14 a 49 años y varones de 14 a 59 años que residen en hogares particulares en localidades de 2.000 y más habitantes de la República Argentina
Nivel de desagregación	24 partidos del GBA y resto de la provincia de Buenos Aires	GBA y Región Pampeana (no es posible discriminar al interior de estas regiones estadísticas, por lo que no hay datos para la Pcia. de Buenos Aires separadamente)
Variables	Uso actual (a veces, siempre, no) Método utilizado	Condición de iniciación sexual Uso de MAC en la primera relación sexual Condición de actividad sexual Uso actual Método utilizado Decisión sobre el método Gratuidad Lugar de obtención

## RESEÑA DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO

La implementación del trabajo de campo puede describirse de acuerdo a las siguientes etapas:

- *Etapas 1: Comunicación institucional del proyecto Más calidad para más Mujeres y coordinación de la agenda de trabajo.*

Para ello se elaboraron materiales de presentación del proyecto y de la propuesta metodológica para los referentes de las regiones sanitarias y los directores de los 11 hospitales seleccionados para el estudio, se realizaron los contactos formales mediante las autoridades del Programa de SSyR, y a su vez, se realizaron contactos informales con actores clave para adecuar los instrumentos y la planificación del trabajo de campo.

Los hospitales elegidos por el Programa de SSyR para participar del estudio fueron:

Región Sanitaria	Hospital	Municipio	Categoría
VI	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Lucio Meléndez"	Almirante Brown	II
VI	Hospital Interzonal de Ezeiza "Dr. Alberto Antranik Eurnekian"	Ezeiza	III B
VI	Hospital Interzonal General de Agudos "Luisa C. Gandulfo"	Lomas de Zamora	II
VI	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Isidoro Iriarte"	Quilmes	III B
VI	Hospital Zonal General de Agudos "Mi Pueblo"	Florencio Varela	III B
VI	Hospital Materno infantil Ana Goitia	Avellaneda	II
VI	Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado "Evita Pueblo"	Berazategui	III A
VI	Hospital Interzonal General de Agudos "Evita"	Lanús	III B
VI	Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Arturo Oñativia"	Almirante Brown	III B
IX	Hospital Zonal Especializado en Pediatría "Argentina Diego"	Azul	III A
IX	Hospital Zonal General de Las Flores	Las Flores	II

➤ *Etapa 2: Testeo y adecuación de instrumentos de recolección de datos.*

Para la realización del testeo se eligió el Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” del Municipio de Lanús, debido a la experiencia de trabajo conjunta del Programa de SSyR con algunos de sus referentes, y las características particulares de la institución.

El equipo de trabajo contactó a las autoridades del hospital a fin de explicar las características del trabajo de campo y coordinar una fecha de visita a la institución. En esa oportunidad se entrevistó a la directora y director asociado, a los jefes de servicio de ginecología y obstetricia, a médicos de planta y a residentes; y se implementó la guía de observación con los registros fotográficos.

La dinámica y mecanismo de comunicación y abordaje para comenzar el trabajo de campo resultaron adecuados y según lo previsto por el equipo de trabajo. Los instrumentos de recolección de información diseñados, en líneas generales, funcionaron adecuadamente, aunque se realizaron algunas modificaciones relacionadas con las preguntas a fin de capturar la especificidad de cada rol.

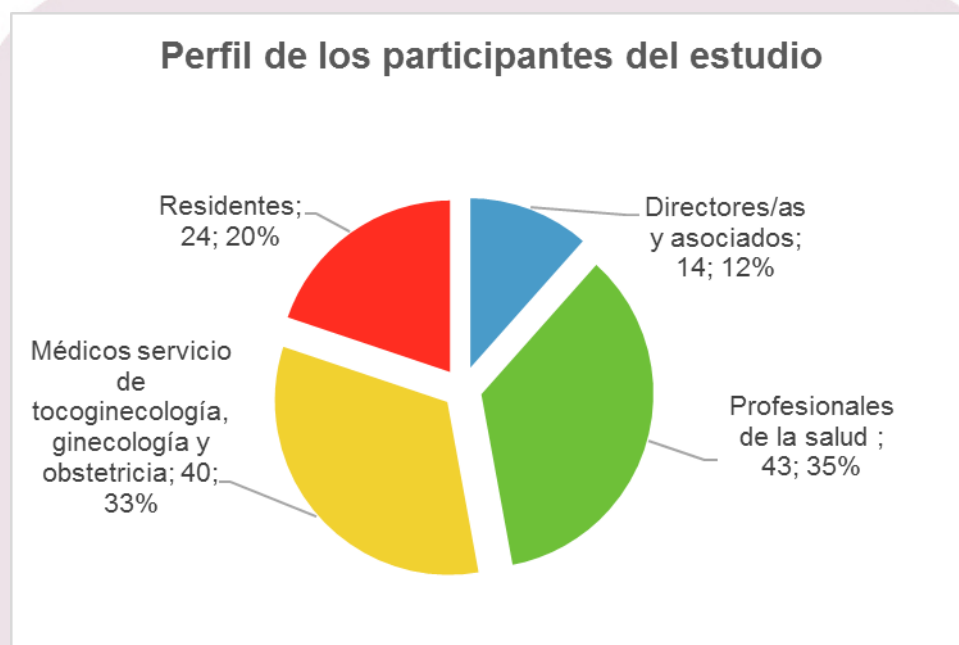
➤ *Etapa 3: Implementación de entrevistas y guías de observación en las once unidades asistenciales.*

Los criterios de elegibilidad para conformar la muestra de efectores de salud entrevistados fueron: que se trabaje en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres; especialmente en el acceso a métodos anticonceptivos, consejería en SSyR, atención post-aborto e interrupción legal del embarazo; y en la atención de población adolescente.

La técnica para componer la muestra de este trabajo se basó en la denominada “bola de nieve”, la cual se desarrolla a través de entrevistas exploratorias en donde los actores claves mencionan a otros potenciales informantes claves. Por ello las entrevistas se implementaron procurando respetar el siguiente orden: 1) Director/a; 2) Jefas/es de Servicio de Ginecología; 3) Jefas/es de Servicio de Obstetricia; 4) Médicos/as de planta o becarios; 5) Médicos residentes; 6) Servicios de apoyo - Farmacia; Servicio Social; Salud Mental; 7) Enfermería.

En total se entrevistó a 121 profesionales y agentes de salud. En el gráfico

siguiente se representa la distribución de los entrevistados según su perfil:



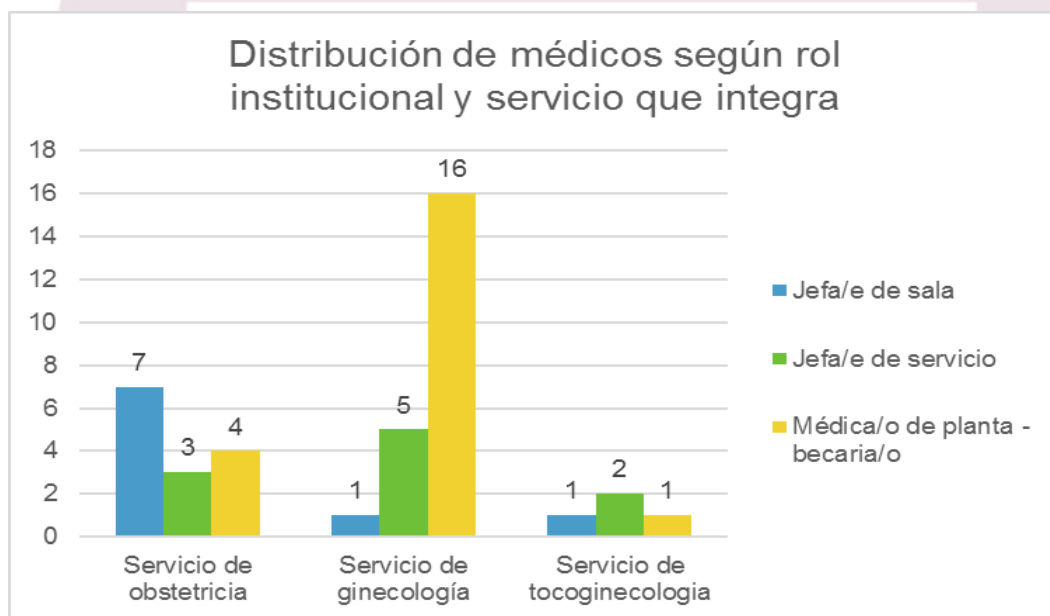
Como puede observarse, a los fines de destacar las diversas perspectivas integradas en el estudio en el gráfico se agrupan los médicos integrantes de los servicios de tocoginecología, obstetricia y ginecología sin distinción de su jerarquía institucional; los profesionales de la salud integrantes de los servicios de farmacia, salud mental, enfermería y obstétricas; y los residentes de las residencias de tocoginecología y obstétrica.

Se entrevistaron a todos los directores de los hospitales participantes y, en algunos casos, a los directores asociados. Muchos de estos directivos asumieron estos cargos recientemente, y manifestaron cierta expectativa con la nueva gestión y con la implementación de este estudio debido a que resulta una oportunidad a corto plazo para concretar cambios positivos en la atención de las mujeres.

En este sentido, también se percibió tal expectativa en la mayoría de los profesionales participantes, que asumieron el momento de las entrevistas como espacio de reflexión sobre la práctica cotidiana y oportunidades de mejora en cuanto a la atención.

Respecto a los perfiles profesionales, en los gráficos subsiguientes puede observarse la participación de los servicios según el rol institucional:

**Gráfico 2**



Respecto al gráfico 2, se entrevistaron en total diez (10) jefes de servicio y nueve (9) jefes de sala o sub jefes. Es decir, que en la mayoría de los hospitales que contaban con los dos servicios médicos, pudo entrevistarse a ambos jefes; o al jefe del servicio de tocoginecología, en los casos en que los servicios estaban integrados de este modo.

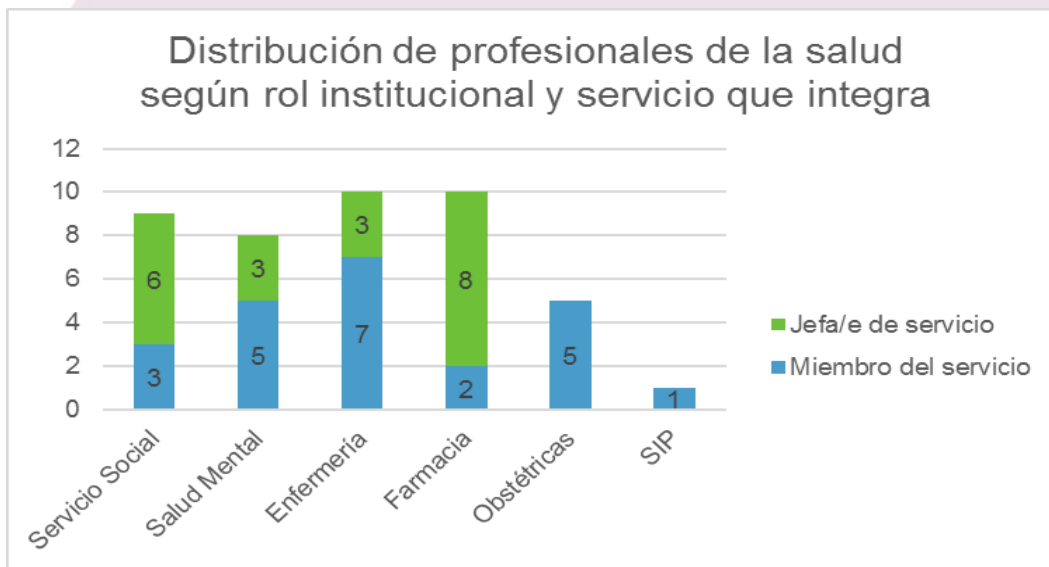
Esto es relevante porque los servicios tienen prácticas y protocolos de abordajes diferenciados respecto a las mismas prestaciones, como la consejería, APA o ILE, basados por ejemplo en la edad gestacional de las mujeres. Capturar las miradas de ambos servicios es sustantivo para la caracterización cabal del modo en que se realizan las prestaciones en cada hospital.

Del mismo modo, la opinión de los servicios social, de salud mental, farmacia y enfermería sobre la atención de la SSyR de las mujeres fue sustantiva para aportar integralidad a la descripción de los circuitos de atención que transitan las mujeres. En todos los hospitales en que estas especialidades tenían jerarquía de servicio pudo entrevistarse a al menos uno de los jefes, como se observa en el gráfico 3.

Asimismo, se integra en este gráfico al personal no médico del servicio de

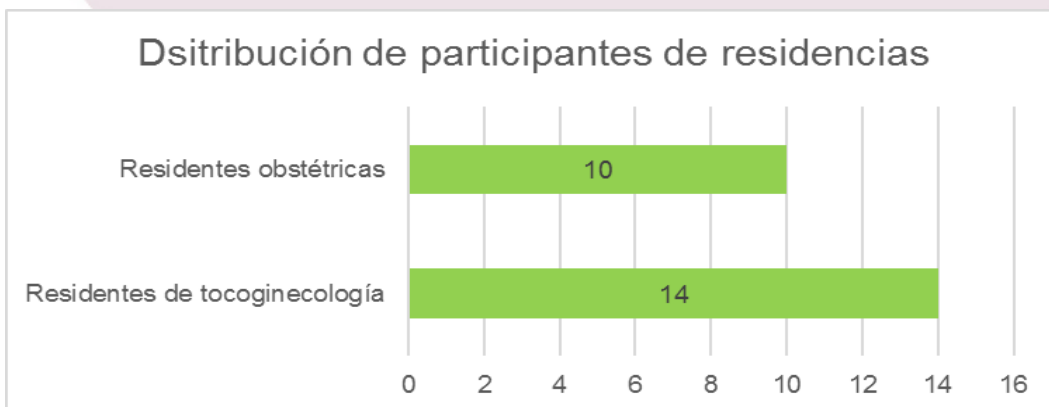
obstetricia o tocoginecología, sean licenciadas en obstetricia u obstétricas.

**Gráfico 3**



Respecto de los residentes, se agrupan en este gráfico los residentes que fueron entrevistados y los que participaron de alguno de los 3 grupos focales realizados. Puede observarse que se trabajó tanto con médicos residentes de tocoginecología como con residentes de la Licenciatura en Obstetricia.

**Gráfico 4**



Finalmente, en líneas generales se percibió por parte de quienes fueron entrevistados una muy buena predisposición y apertura frente al estudio. No

obstante, lo cual, en algunas unidades asistenciales las autoridades tuvieron una actitud inicial reticente, posiblemente relacionada con la suposición de que se iba a evaluar el funcionamiento o modo de atención de la institución. Al transcurrir el trabajo en la institución estas resistencias fueron desapareciendo.

➤ *Etapa 4: Grupos de debate (grupos focales).*

Los grupos focales se implementaron en los hospitales Eurnekian, Argentina Diego y Evita Pueblo, con residentes de tocoginecología y/o residentes de obstetricia según el caso.

La elección de los hospitales estuvo guiada por la dinámica de trabajo de las residencias. Considerando que estos hospitales cuentan con un espacio de ateneo semanal, pudo realizarse el grupo focal sin interferir en el trabajo diario del servicio. En los hospitales restantes que no contaban con estos ámbitos o “tiempo protegido de reflexión” se subsanó la situación con entrevistas grupales de al menos dos personas.

La dinámica de los grupos funcionó adecuadamente, se generaron intercambios de opiniones, se pudo profundizar sobre cada uno de los temas propuestos, como también se lograron elaborar propuesta de mejora y capacitaciones contextualizadas para cada uno de los hospitales.

En el Hospital “Eurnekian” se realizó un grupo focal con residentes en el ámbito destinado al ateneo. Si bien los participantes estaban avisados de la actividad no tuvieron que ser convocados especialmente, cuestión que facilitó la concurrencia y su buena predisposición. El grupo estuvo integrado por un total de 6 (seis) médicos de 1ro, 2do y 3er año de la residencia de toco ginecología.

En el caso del Hospital “Argentina Diego” se realizó el grupo focal con residentes de la Licenciatura en Obstetricia. El grupo estuvo integrado por 6 (seis) Licenciadas obstétricas, entre las cuales se encontraba la jefa de residentes, una residente de 1ro, dos de 2do y dos de 3ro, que se desempeñan en el servicio de obstetricia del hospital.

En el Hospital “Evita Pueblo” se realizó un grupo focal con residentes que fueron convocadas espontáneamente a participar del grupo, considerándolo parte de los momentos habituales de reflexión y discusión que tienen como equipo. El grupo estuvo encabezado por la Jefa e instructora de residentes, quien fue la facilitadora para concretar el encuentro, y contó además con la participación de 4 (cuatro) residentes obstétricas y 2 (dos) médicas de planta del servicio de ginecología.

Los grupos comenzaron con un bloque de preguntas más generales sobre la

dinámica de funcionamiento cotidiana y los problemas más frecuentes con los que se encuentran en los servicios. Los participantes pudieron opinar acerca de la atención que se les brinda a las mujeres en los servicios en los que se desempeñan; lo que permitió generar un buen clima de conversación y favorecer la disposición para expresar sus opiniones en un marco de libertad y respeto.

En un segundo momento se avanzó con las preguntas vinculadas a la atención que se les brinda a las mujeres en relación a las cuatro prestaciones sobre las que el estudio indaga: MAC, consejería sobre SSyR, ILE y APA. Este momento tuvo características especiales en cada hospital según los grupos estuvieran integrados por residentes médicos u obstétricas.

En el caso del Hospital Eurnekian los residentes participantes pudieron responder respecto de la atención que se ofrece en el hospital en torno a las cuatro prestaciones mencionadas, señalando la participación que como residentes tienen en relación a cada prestación, manifestando de manera clara los circuitos de atención y las intervenciones que les competen en cada caso.

En relación a la provisión de métodos anticonceptivos hubo acuerdo entre los profesionales respecto de que existe una preocupación especial del equipo de residentes para que todas las mujeres se vayan del hospital con un método anticonceptivo.

En cuanto a la interrupción legal del embarazo los residentes manifestaron mayores disidencias. Las posturas individuales fueron expresadas dejando en claro que dentro del mismo grupo de residentes existen profesionales objetores de conciencia, no obstante lo cual, se garantiza el derecho de la mujer a acceder a la atención. Asimismo, los profesionales también dejaron ver los conflictos que se dan en torno a ILE en el hospital, manifestando que hay desacuerdo entre los dos servicios que componen la residencia, el de ginecología y el de obstetricia. Mientras que, en el servicio de ginecología, refieren que se garantiza la atención de los casos de ILE; en el de obstetricia en cambio, encuentran mayores obstrucciones y afirman que la mayoría de los profesionales se declaran objetores de conciencia o presentan contradicciones según la edad gestacional.

En general este bloque de preguntas posibilitó el intercambio de opiniones, y al mismo tiempo puso en evidencia las dificultades y resistencias que encuentran los residentes al impulsar la introducción de cambios, encontrándose muchas veces con barreras generacionales o resistencias de parte de los profesionales jefes de servicios o de mayor antigüedad en los cargos.



En el caso del Hospital Argentina Diego, las residentes obstétricas manifestaron tener una mayor participación en las prestaciones vinculadas a métodos anticonceptivos y consejerías de SSyR; mientras que en relación a ILE y APA las obstétricas no brindan las prestaciones. En este momento del grupo focal las participantes pudieron explayarse en la descripción de la dinámica de atención cotidiana, señalando las características particulares vinculadas a la realidad local y a una población que se conoce entre sí, y como esto favorece u obtura la atención. En relación a la provisión de métodos anticonceptivos, por ejemplo, se señaló que el conocimiento de la población muchas veces favorece el seguimiento o la localización de las pacientes en el caso que no vuelvan al hospital para la continuidad del tratamiento. En cuanto a ILE, si bien las obstétricas no brindan la prestación, pudieron comentar sus pareceres, señalando las resistencias que perciben y los cambios que se dieron en el hospital al asumir la nueva dirección; refirieron que anteriormente todos los profesionales se declaraban objetores de conciencia, situación que se revirtió este año cuando una de las nuevas directoras revoca su postura posibilitando el acceso de las mujeres a la interrupción legal del embarazo. Este momento del grupo focal, fue muy propicio para que las profesionales expresaran sus puntos de vista sobre las dificultades con que se encuentran las mujeres que solicitan ILE en el hospital, evidenciando dudas, prejuicios y temores que se dan en relación a esta prestación.

En el caso del Hospital “Evita Pueblo”, se tematizó sobre las consejerías de SSyR destacando que se brindan en todos los ámbitos posibles: durante la internación, en el puerperio inmediato o en situación de post aborto; también en la atención por consultorios externos, a través del consultorio de asesoramiento para la lactancia, que complementó sus prestaciones sumando consejería.

En relación a métodos anticonceptivos las obstétricas que participaron del grupo focal afirmaron estar habilitadas para la colocación de DIU, previa capacitación, en el marco de lo establecido por la ley provincial. En este sentido, mencionaron una buena disposición en el servicio de ginecología para acompañar el aprendizaje de las residentes obstétricas, quienes en varias ocasiones están presentes durante la colocación cuando la realizan los tocoginecólogos. También se mencionó que en el hospital se practica la ligadura tubaria por vía vaginal. Por otra parte, las profesionales coincidieron en señalar el faltante de métodos anticonceptivos de barrera.

Al referirse a la atención de las mujeres en situación de post aborto, aseguraron que no hay distinción en la atención que se le brinda a una mujer si es un aborto o una puérpera. En todos los casos se brinda consejería y se facilita el acceso a los métodos anticonceptivos disponibles.

En cuanto a la interrupción legal del embarazo no hubo acuerdo entre las profesionales respecto de la cantidad de casos atendidos, algunas hacían referencia a solo uno mientras que otras hablaban de dos o tres casos. Todas estuvieron de acuerdo en señalar que los casos atendidos eran por orden judicial, a excepción del último que fue atendido siguiendo el “Protocolo para la Atención Integral de la Personas con Derechos a la interrupción legal del Embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación. Mencionan que se trató de una mujer abusada sexualmente, quien firmó todos los consentimientos y accedió a la prestación.

En un tercer momento de los grupos focales, se profundizó en la estrategia de atención de grupos de poblaciones específicas como adolescentes, niños/as y adolescentes en situación de abuso y mujeres víctimas de violencia; se mencionó la existencia de consultorios de adolescencia a partir de los cuales se ofrece una atención específica para esta población, y en el caso del hospital de Azul, además, la existencia de un comité interdisciplinario de violencia.

Finalmente se conversó acerca de las oportunidades de mejora de la atención en SSyR. Este momento de los grupos focales estuvo destinado a la reflexión sobre las propuestas de mejora y las demandas de capacitación.

En el caso del Hospital Eurnekian los residentes acordaron en la necesidad de reforzar el conocimiento y aplicación de protocolos por parte de todos los profesionales, considerando la importancia de los mismos para que la atención sea estandarizada y no quede librada a la voluntad del médico que brinda la prestación. Los residentes evidenciaron que en la actualidad persisten conductas viciadas y una importante resistencia a los cambios sobre todo de los profesionales mayores. También mostraron acuerdo en la necesidad de acceder a capacitaciones obligatorias para todos los profesionales y contextualizadas, de manera que permitan abordar las temáticas en relación a la realidad concreta de ese hospital; y sirva para garantizar un piso común de actualización de conocimientos, ya sea para la realización de AMEU por guardia, colocación de DIU o para el tratamiento de los casos de ILE. Es importante señalar que este grupo de residentes se auto percibe como impulsor de los cambios y actualizaciones que se dan en el hospital.

En el caso del Hospital Argentina Diego, las obstétricas mostraron acuerdo en que se encuentran en un momento propicio para implementar cambios en pos de mejorar la atención que se brinda en el hospital ante una solicitud de ILE, por los motivos mencionados anteriormente; también refirieron la necesidad de acceder a capacitaciones vinculadas a la temática para todos los profesionales, fueran o no objetores de conciencia.

En el Hospital “Evita Pueblo”, las residentes acordaron en la necesidad de capacitaciones que sirvan para regularizar la aplicación de protocolos por parte de todos los profesionales, considerando la importancia de los mismos para que la atención sea estandarizada y no quede librada a la voluntad de los médicos. Las residentes subrayaron una importante resistencia a los cambios sobre todo de los profesionales mayores. Es importante señalar que, como sucede en otros hospitales, este grupo de residentes se auto percibe como impulsor de los cambios y actualizaciones que se dan en su hospital.

➤ *Etapa 5: Procesamiento y sistematización de la información.*

Finalizado el trabajo de campo se desgrabaron las entrevistas para luego realizar la reducción de la información para cada uno de los hospitales. Al ser un trabajo cualitativo los pasos que se siguieron para el procesamiento de la información fueron los siguientes:

- a) obtención de la información a través de las entrevistas y grupos focales desgrabados;
- b) ordenamiento de la información a través de la utilización y selección de las dimensiones, para luego volcarlo en una grilla de reducción de la información<sup>4</sup>. Para el ordenamiento de la información las dimensiones seleccionadas fueron: estructura edilicia de la atención en SSyR, composición de la atención en SSyR, clima organizacional, articulación con servicio social, salud mental y otros servicios, percepciones sobre la atención de las mujeres en SSyR, caracterización de acceso a MAC, caracterización del acceso a ILE, caracterización de APA y consejerías en SSyR. También se agruparon las opiniones respecto a poblaciones específicas como adolescentes y mujeres en situación de abuso, y los relatos sobre las necesidades de capacitación y oportunidades de mejora para la atención en las prestaciones;
- c) codificar la información a través de las etiquetas de indicadores;
- d) integración de la información a través de los informes de caracterización de cada una de las unidades asistenciales.

---

<sup>4</sup> Ver Anexo II

## **CAPITULO II: RESULTADOS**

## **CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN DE SSR EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.**

Para caracterizar la demanda de las prestaciones de SSR en la Provincia de Buenos Aires se analizó de la información disponible en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR), la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013 (ENSSyR) y en la base de datos del Sistema Informático Perinatal 2015 (SIP).

El análisis de la información que contienen las fuentes permite realizar un acercamiento descriptivo a la situación de la SSyR, tomando como eje el uso de métodos anticonceptivos de la población de la Provincia de Buenos Aires.

A continuación, se presentan los principales resultados para cada una de las fuentes por separado.

### **Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009**

De acuerdo a los resultados arrojados por la ENFR, el 90% de las mujeres de 18 a 49 años son sexualmente activas al momento de la encuesta.

Entre la población de mujeres sexualmente activas, el 72,7% se cuida siempre que tiene relaciones sexuales y el 9,2 se cuida “a veces”. Un 18,1% declara no cuidarse.

El cuidado es diferencial por edad. Las mujeres más jóvenes se cuidan más que las de mayor edad, pero la proporción de las que dicen cuidarse “a veces” es mayor en este grupo que en el resto.

Entre las mujeres que están finalizando su vida reproductiva, el porcentaje que no se cuida es del 38%. La encuesta no permite conocer los motivos. Podría inferirse que son mujeres que utilizan métodos quirúrgicos, o que ya entraron en la menopausia.

Entre las que están en la cúspide de la vida reproductiva, un 16% no se cuida, quizás porque están buscando un embarazo.

Si se analiza el cuidado en las relaciones sexuales según la situación conyugal, se observa que las mujeres solteras se cuidan siempre en un mayor porcentaje (83%), aunque, 1 de cada 10 reconoce que lo hace “a veces”. Las mujeres unidas/casadas se cuidan siempre en alrededor del 70%.

**Cuadro 1:** PBA. Mujeres sexualmente activas por cuidado en las relaciones sexuales según grupos de edad

Grupos de edad	Actualmente se cuida cuando mantiene relaciones sexuales			Total
	Si, a veces	Sí, siempre	No	
	%	%	%	
18-24	13,3	77,6	9,1	100 706.090
25-34	8,1	75,9	15,9	100 960.668
35-44	8,3	72,3	19,4	100 952.940
45-49	6,7	55,2	38,1	100 355.958
<b>Total</b>	<b>9,2</b>	<b>72,7</b>	<b>18,1</b>	<b>100</b> <b>2.975.656</b>

**Cuadro 2:** PBA. Mujeres sexualmente activas por cuidado en las relaciones sexuales según situación conyugal

Situación conyugal	Actualmente se cuida cuando mantiene relaciones sexuales			Total
	Si, a veces	Sí, siempre	No	
	%	%	%	
Unida	10	69,6	20,4	100 841552
Casada	7	68,3	24,8	100 1135693
Separada/divorc/ viuda	9,7	68,3	22	100 175866
Soltera	11,6	82,9	5,6	100 822545
<b>Total</b>	<b>9,2</b>	<b>72,7</b>	<b>18,1</b>	<b>100</b> <b>2975656</b>

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, en primer lugar, se observó si existe alguna diferencia en la elección de métodos según la consistencia en el uso. Al respecto, el preservativo es el método más utilizado, tanto por las que se cuidan a veces como por las mujeres que se cuidan “siempre”. No obstante, estas últimas utilizan con mayor frecuencia las pastillas anticonceptivas y el

DIU, mientras que las que manifiestan cuidarse “a veces” 8 de cada 10 veces prefieren el preservativo y los métodos tradicionales (ritmo, coito interrumpido).

La forma de indagar no permite hacer ningún tipo de suposiciones respecto a estas diferencias en la elección de métodos, de hecho, quizás interpreten que se cuidan a veces, justamente porque al utilizar un método como el ritmo, sólo se cuiden los días fértiles con un preservativo, y el resto no. Esto podría apoyarse en que entre éstas últimas hay más mujeres que usan más de un método.

**Cuadro 3:** PBA. Mujeres sexualmente activas que se cuidan durante las relaciones sexuales por método utilizado según consistencia en el uso.

Actualmente se cuida cuando mantiene relaciones sexuales	Tipo de método utilizado	Respuestas		Respuestas múltiples
		N	%	% de casos
Sí, a veces	Preservativo	212174	59,2	82,8
	Ritmo	54371	15,2	21,2
	Pastillas anticonceptivas	56761	15,8	22,1
	DIU	14543	4,1	5,7
	Diafragma	2108	0,6	0,8
	Coito interrumpido	11684	3,3	4,6
	Otro	6925	1,9	2,7
	<b>Total</b>	<b>358566</b>	<b>100</b>	<b>139,9</b>
Sí, siempre	Preservativo	1295617	47,6	60
	Ritmo	261015	9,6	12,1
	Pastillas anticonceptivas	805699	29,6	37,3
	DIU	246001	9	11,4
	Diafragma	1370	0,1	0,1
	Coito interrumpido	49624	1,8	2,3
	Otro	60763	2,2	2,8
	<b>Total</b>	<b>2720089</b>	<b>100</b>	<b>126</b>

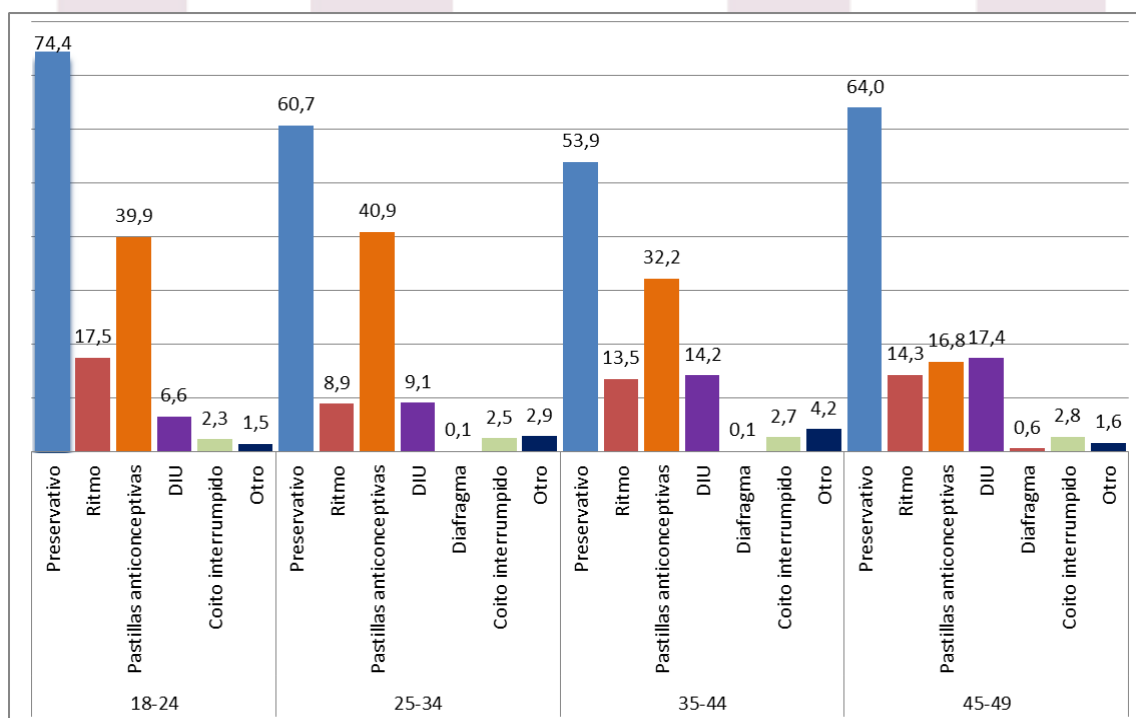
Ahora bien, independientemente de la consistencia en el uso (se considera a todas como que se cuidan), se analizan las diferencias según edad: **el preservativo es siempre el método más utilizado**, independientemente de la edad, sin embargo, entre las mujeres jóvenes alcanza la frecuencia más alta (74% de las menciones).

**Las pastillas anticonceptivas, son el segundo método más utilizado** en todos los grupos de edad, pero las frecuencias relativas mayores se dan entre las más jóvenes (40% para las menores de 35 años).

El uso del DIU no es mayoritario, aunque aumenta conforme aumenta la edad, llegando al 17% entre las de 45-49 años.

El método del ritmo aparece mencionado por el 17% de las más jóvenes (probablemente usado en combinación con el preservativo u otro método).

**Gráfico 1.** PBA. Mujeres sexualmente activas por tipo de método utilizado según grupos de edad. Respuestas múltiples.



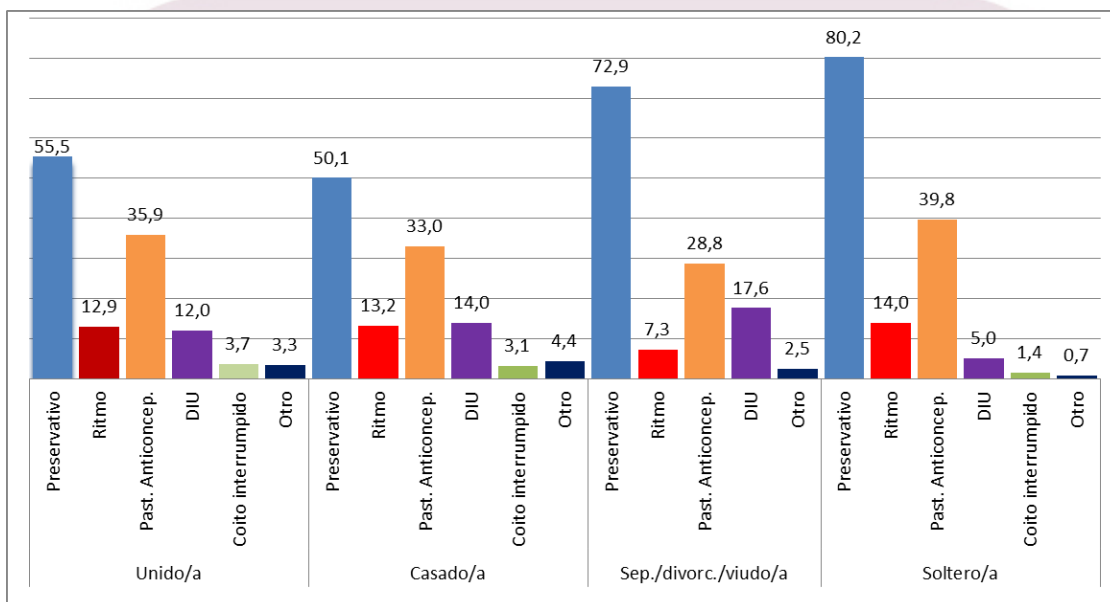
Nota: Se puede mencionar más de un método, por eso los porcentajes no suman 100.

El uso de métodos anticonceptivos de acuerdo a la condición conyugal muestra una vez más la preferencia por el preservativo en primer lugar y las pastillas anticonceptivas en segundo lugar, independientemente de la situación de pareja. Como dato destacable, **el preservativo es utilizado por el 80% de las mujeres solteras sexualmente activas.** (Gráfico 2)

El nivel de instrucción o la condición de pobreza no introducen diferencias significativas en la elección de un método anticonceptivo, siendo en todos los casos el preservativo, seguido de la píldora anticonceptiva el método más utilizado, en especial entre las mujeres con secundario completo o más donde alcanza una incidencia cercana al 40%. (Gráfico 3)

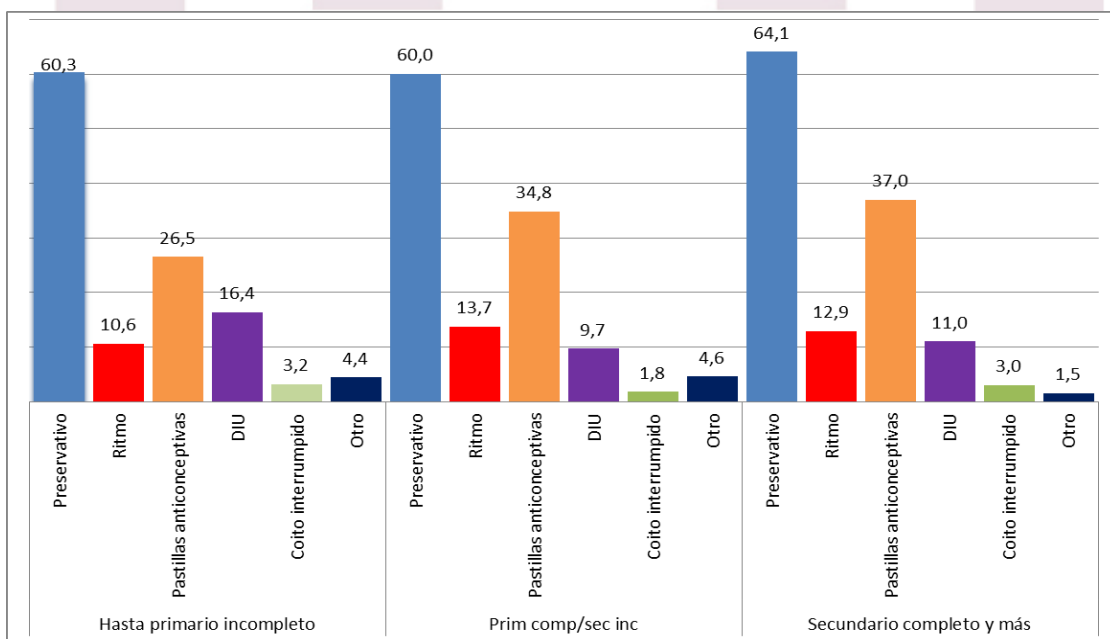


**Gráfico 2.** PBA. Mujeres sexualmente activas por tipo de método utilizado según situación conyugal. Respuestas múltiples.



Nota: Se puede mencionar más de un método, por eso los porcentajes no suman 100.

**Gráfico 3:** PBA. Mujeres sexualmente activas por tipo de método utilizado según nivel de instrucción. Respuestas múltiples.



Nota: Se puede mencionar más de un método, por eso los porcentajes no suman 100.

## Encuesta nacional de salud sexual y reproductiva 2013

### 1.1 MUJERES – Gran Buenos Aires (GBA)

En la ENSSyR, la mayoría de las mujeres entrevistadas está sexualmente iniciada (92,5%). En el grupo de las más jóvenes (15-19 años) la proporción desciende al 60% pero, aun así, son la mayoría dentro de ese grupo de edad (cuadro 4).

**Cuadro 4.** GBA. Mujeres por iniciación sexual según grupos de edad

	¿Ha tenido su primera relación sexual?		Total
	Sí	No	
15-19	60,5%	39,5%	532751
20-24	99,6%	,4%	468946
25-29	97,9%	2,1%	391227
30-34	100,0%		389749
35-39	98,7%	1,3%	395277
40-44	99,3%	,7%	561563
45-49	97,7%	2,3%	453864
	92,5%	7,5%	3193377

El uso de métodos anticonceptivos durante la primera relación sexual es muy elevado, sobre todo entre las más jóvenes. Prácticamente todas las mujeres entre 15 – 24 años utilizaron algún método (superior al 95%), este porcentaje disminuye a medida que se incrementa la edad y entre las mayores (45-49 años) disminuye al 43% (cuadro 5).

Entre las sexualmente iniciadas, la tasa de actividad sexual es alta: 85% mantiene actualmente relaciones sexuales, este porcentaje es menor entre las más jóvenes (73-76%) y mayor entre las de más edad, alcanzando su valor más alto entre las de 35-39 años (97%) (cuadro 6).

**Cuadro 5.** GBA. Mujeres sexualmente iniciadas por uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual según grupos de edad

	En esa primera relación, ¿utilizaron algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?		Total
	Sí	No	
15-19	97,7%	2,3%	322051
20-24	94,8%	5,2%	466956
25-29	86,6%	13,4%	382996
30-34	84,6%	15,4%	389749
35-39	74,1%	25,9%	390251
40-44	55,9%	44,1%	557488
45-49	42,7%	57,3%	443393
	74,8%	25,2%	2952884

**Cuadro 6.** GBA. Mujeres sexualmente iniciadas por condición de actividad sexual según grupos de edad

	¿Actualmente tiene relaciones sexuales?		Total
	Sí	No	
15-19	73,0%	27,0%	322051
20-24	76,1%	23,9%	466956
25-29	81,8%	18,2%	369791
30-34	89,9%	10,1%	389749
35-39	96,8%	3,2%	358820
40-44	88,9%	11,1%	543729
45-49	86,2%	13,8%	424101
	84,9%	15,1%	2875197

El uso de métodos anticonceptivos entre las sexualmente activas es elevado (80,5%) y es mayor entre las más jóvenes observándose que a partir de los 35 años comienza a decaer y se sitúa en niveles cercanos al 70% (cuadro 7).

**Cuadro 7.** GBA. Mujeres sexualmente activas por uso actual de métodos anticonceptivos según

	Actualmente, ¿usted o la persona con quien tiene relaciones sexuales utilizan algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?		Total
	Sí	No	
15-19	85,9%	14,1%	234998
20-24	83,6%	16,4%	355436
25-29	85,6%	14,4%	302652
30-34	90,5%	9,5%	350575
35-39	78,1%	21,9%	347306
40-44	73,7%	26,3%	483377
45-49	71,8%	28,2%	365663
	80,5%	19,5%	2440007

La elección de métodos se concentra principalmente en 2: 40% elige el preservativo y otro 38% la píldora anticonceptiva. El restante 20% se distribuye en DIU (9,7%), ligadura tubaria (5,3%), métodos tradicionales que sumados alcanzan al 4,3% y por último los inyectables con el 2,7% (Cuadro 8A).

Al utilizar variables de control, es posible observar diferencias en el método principal que utilizan las mujeres. A mayor nivel de instrucción, aumenta tanto la proporción de las que usan pastillas anticonceptivas como las que usan preservativo (alrededor del 42% respectivamente) y disminuye la proporción de las que usan DIU, ligadura tubaria e inyectables. Las usuarias del método del ritmo, si bien representan una mínima proporción, también se incrementan entre las más educadas respecto del total. En cambio, entre las de menor nivel educativo, los métodos que aumentan son el DIU, la ligadura y disminuye el uso de preservativos.

**Cuadro 8A.** GBA. Mujeres sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo utilizado según grupos de edad

	¿Cuál es el método que utiliza principalmente?								Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU, espiral, T de cobre	Preservativo, condón, forro	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas (esterilización femenina)	Ritmo (método de los días)	Retiro (el hombre se retira)	Otro	
15-19	44,7%		52,5%	2,8%					201835
20-24	51,2%	2,9%	43,7%	2,2%					297210
25-29	32,1%	6,8%	58,2%		1,7%		1,3%		259126
30-34	40,7%	12,3%	40,1%	1,2%	2,4%	,7%	2,6%		317255
35-39	39,1%	15,9%	20,6%	9,0%	9,6%	4,3%	1,5%		271182
40-44	33,2%	14,2%	30,7%	2,7%	14,9%		4,2%		356022
45-49	23,0%	11,9%	40,1%	1,1%	4,3%	6,2%	9,1%	4,4%	262653
	37,6%	9,7%	39,9%	2,7%	5,2%	1,5%	2,8%	,6%	1965283

**Cuadro 8B.** GBA. Mujeres sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo utilizado según máximo nivel de instrucción alcanzado

Nivel de instrucción	Método que utiliza principalmente (en porcentaje)								Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU	Preservativo	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Retiro		
Hasta primario completo	25,4	12,8	37,8	0,8	9,3	1,2	9,1	325060	
Secundario incompleto	37,5	19,0	30,2	3,8	6,8	-	2,7	348460	
Secundario completo	38,2	9,1	43,6	5,1	1,3	2,0	0,7	508840	
Terc/universinc y más	42,3	4,7	42,7	1,4	5,3	2,1	1,6	782923	
Total	37,6	9,7	39,9	2,7	5,2	1,5	2,8	1965283	

Si se toma en cuenta la situación conyugal, es posible observar que, entre las solteras, aumenta el uso del preservativo y las pastillas anticonceptivas mientras que, entre las casadas aumentan los métodos como el DIU, la ligadura tubaria. El comportamiento de las separadas/divorciadas/viudas no se puede analizar ya que el número de casos es insuficiente para obtener estimaciones robustas (Cuadro 8c).

En la ENNSyR 2013 hay una pregunta sobre nivel de ingresos del hogar, pero tiene un elevado nivel de no respuesta, lo cual invalida su utilización como variable de control. En cambio, se prefiere utilizar la variable sobre material de los pisos de la vivienda<sup>5</sup> como proxy de situación socioeconómica del hogar, desde el punto de vista de las carencias estructurales, asociadas a situaciones de pobreza crónica. Las mujeres que habitan en hogares con material del piso malo, usan en mayor proporción métodos tradicionales, como el coito interrumpido, los anticonceptivos inyectables y el preservativo y en menor medida las pastillas anticonceptivas (Cuadro 8d).

**Cuadro 8C.** GBA. Mujeres sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo utilizado según situación conyugal

Situación conyugal	Método que utiliza principalmente (en porcentajes)							Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU	Preservativo	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Rétiro	
Unida/casada	32,9	12,5	38,4	1,8	7,4	2,3	3,9	1323647
Separada/divorc/viuda	38,4	9,6	30,5	17,7	3,7	0,0	0,0	113294
Soltera	49,3	2,8	45,7	1,6	0,0	0,0	0,6	528342
Total	37,6	9,7	39,9	2,7	5,2	1,5	2,8	1965283

<sup>5</sup> Las categorías de la variable material de los pisos se dicotomizaron en dos situaciones “Bueno” que incluye los pisos de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombra y “Malo” que agrupa los pisos de cemento, ladrillo y tierra. Se considera que las personas que habitan en viviendas cuyo material de los pisos es malo pertenecen a un estrato socioeconómico bajo.

**Cuadro 8D.** GBA. Mujeres sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo utilizado según material predominante de los pisos

Material predominante de los pisos	Método que utiliza principalmente (en porcentajes)							Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU	Preservativo	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Retiro	
Bueno	39,5	10,7	39,4	1,9	5,0	1,8	1,0	1639497
Malo	28,3	4,7	42,7	6,6	6,2		11,6	325786
Total	37,6	9,7	39,9	2,7	5,2	1,5	2,8	1965283

Respecto a la forma de elección del método en la mayoría de los casos, las mujeres eligen solas, o junto con sus parejas el método anticonceptivo. Entre las más jóvenes cobra mayor importancia la pareja como persona que decide qué método utilizar. De acuerdo a las respuestas, los profesionales de la salud no juegan un rol preponderante en la elección de los métodos, sólo se observa entre las mujeres de 45 a 49 años, un 20% que refiere haber escogido el método por consejo de un profesional de la salud (cuadro 9).

**Cuadro 9.** GBA. Mujeres sexualmente activas por tipo de método anticonceptivo\*

	Método anticonceptivo (re calculado usando principal y secundario)								Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU	Preservativo	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Retiro	Otro	
15-19	4,2%		93,9%	1,8%					201835
20-24	25,6%	1,9%	72,5%						297210
25-29	27,7%	5,7%	63,7%		1,7%		1,3%		259126
30-34	29,8%	7,0%	57,5%		2,4%	,7%	2,6%		317255
35-39	18,0%	15,9%	41,6%	9,0%	9,6%	4,3%	1,5%		271182

40-44	30,1%	14,2%	33,9%	2,7%	14,9%		4,2%		356022
45-49	23,0%	11,9%	40,1%	1,1%	4,3%	6,2%	9,1%	4,4%	262653
	23,8%	8,5%	55,5%	2,1%	5,2%	1,5%	2,8%	,6%	1965283

\* La variable método anticonceptivo se recalculó utilizando la información de las variables método principal y método secundario que utiliza actualmente para rescatar el uso de preservativo.

La mayoría de las mujeres no recibió de forma gratuita el método anticonceptivo de su elección, sin embargo, esta pregunta debería ser considerada con cuidado, ya que hay métodos a los que por su naturaleza no aplica la cuestión de la gratuidad (ritmo/retiro) y sin embargo presentan respuestas (y respuestas negativas!). Sólo el 33% de las usuarias de métodos refiere haberlo obtenido de forma gratuita. Este porcentaje varía de acuerdo al método elegido, en los casos en que la implementación del método requiere de un profesional de la salud, el porcentaje se eleva (no obstante tomar en cuenta que la proporción de mujeres que utiliza dichos métodos es escasa). Por ejemplo, 6 de cada 10 mujeres que usan DIU lo obtuvieron de forma gratuita y 8 de cada 10 que tienen una ligadura de trompas también. En cambio, entre las usuarias de pastillas solo el 28% y el 22% de las usuarias de preservativo obtuvo los métodos de forma gratuita.

**Cuadro 10.** GBA. Mujeres usuarias de algún método anticonceptivo por persona que decidió sobre el método según

	¿Quién tomó la decisión acerca del método principal que utiliza?					Total
	Usted junto a la persona con quien tiene relaciones	Usted sola	La persona con quien tiene relaciones	Profesional de la salud	Otros	
15-19	49,6%	40,4%	8,7%		1,4%	201835
20-24	52,3%	44,3%	1,1%	2,2%		297210
25-29	59,3%	31,0%	2,5%	7,2%		259126
30-34	57,9%	41,0%	1,1%			317255
35-39	51,2%	47,1%	1,6%			271182
40-44	48,7%	42,5%	4,2%	4,5%		356022
45-49	42,1%	36,9%	2,0%	19,0%		262653



	51,7%	40,7%	2,8%	4,6%	,1%	1965283
--	-------	-------	------	------	-----	---------

La proporción de mujeres que obtuvieron gratuitamente su método anticonceptivo aumenta a medida que disminuye el nivel de instrucción (en este caso, la variable puede considerarse como proxy del nivel socioeconómico). Si consideramos sólo los métodos para los cuales es factible la obtención gratuita o no, se observa que entre las de menor nivel de instrucción hay una proporción más alta de mujeres que refieren haber obtenido el método gratuitamente (Cuadro 11).

Entre las mujeres que no tienen cobertura de salud por obra social o prepaga, también se observa una proporción mayor de obtención gratuita del método (38%) (Cuadro 12).

En el caso de haber recibido el método gratuitamente, se indaga por el lugar de obtención. El hospital público es el lugar mencionado por el 48% de las mujeres, seguido de la salita o centro de atención primaria de la salud, por el 22% (Cuadro 13).

**Cuadro 11.** GBA. Mujeres usuarias de métodos anticonceptivos por gratuidad del método anticonceptivo según tipo de método

Tipo de método	Mujeres que lo consiguieron de forma gratuita	
	%	N
Pastilla anticonceptiva	28,8	213211
DIU	59,0	112425
Preservativo	22,9	179275
Anticonceptivo inyectable	10,7	5683
Ligadura de trompas	82,6	84383
Ritmo	66,7	20156
Retiro	65,1	35557
Todos los métodos	33,1	650690

**Cuadro 12.** GBA. Mujeres que reciben gratuitamente el método anticonceptivo por método según máximo nivel de instrucción alcanzado

Método que utiliza principalmente		Máximo nivel de instrucción alcanzado				Total
		Hasta primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario/ Univ. inc. y más	
Pastilla anticonceptiva	N	23121	52801	38452	98837	213211
%		28,0	40,4	19,8	29,8	28,8
DIU	N	32235	39159	22582	18449	112425
%		77,5	59,2	49,0	50,3	59,0
Preservativo	N	61941	28392	46201	42741	179275
%		50,4	27,0	20,8	12,80	22,9
Anticonceptivo inyectable	N	-	3692	1991	-	5683
%			27,8	7,6		10,7
Ligadura de trompas	N	30376	12607	4035	37365	84383
%		100,0	52,9	58,7	90,8	82,6
Todos los métodos	N	166119	146063	116618	221890	650690
%		51,1	41,9	22,9	28,0	33,1

**Cuadro 13.** GBA. Gratuidad del método anticonceptivo según cobertura de salud

Cobertura de salud	Conseguido de forma gratuita	
	%	N
Obra social o prepaga	29,8	365600
Sin cobertura	38,7	285090
Total	33,1	650690

Las mujeres sexualmente activas que no utilizan métodos anticonceptivos (19,5%) fueron consultadas por los motivos de no uso. La mitad de ellas refiere no usar ningún método por estar buscando un embarazo o estar embarazada. Otro 20% refiere no poder tener hijos y sólo un 11% dice que no le gusta o no quiere. Un 16% esgrime otras razones. En suma, 3 de cada 10 mujeres esgrimen motivos que podrían ser modificables o sobre los que se podrían

planificar intervenciones de políticas de salud (Cuadro 15). En efecto, entre las mujeres que planificaron su último embarazo, el 80% no estaba utilizando un método anticonceptivo al momento de embarazarse, mientras que entre las que hubieran preferido esperar o no querían más hijos el porcentaje que estaba usando un método anticonceptivo se eleva al 38 y 68% respectivamente. Aún frente a un comportamiento que está en consonancia con la acción racional, hay todavía una proporción importante de mujeres que no estaban usando métodos anticonceptivos (Cuadro 15bis)

**Cuadro 14.** GBA. Mujeres usuarias de métodos anticonceptivos que fueron obtenidos gratuitamente según lugar de obtención

Lugar de obtención	N	%
Hospital público	303623	46,7
Centro de salud/salita	145409	22,3
Farmacia a través de hospital público	8116	1,2
Se lo dio el médico en su consultorio particular/lo cubre la obra social	122900	18,9
Se lo dio un amigo/vecino/pariente	5009	0,8
Otro lugar	29253	4,5
Ns/Nc	36380	5,6
Total	650690	100,0

**Cuadro 15.** GBA. Mujeres no usuarias de métodos anticonceptivos. Distribución de motivos de no uso. Respuestas múltiples

Motivos de no uso de MAC	Respuestas	
	N	%
Desea quedar embarazada	150612	31,7%
La pareja no quiere	11790	2,5%
Cree que no puede quedar embarazada	60867	12,8%
No le gusta usarlos/no quiere	53213	11,2%
No puede tener hijos	47441	10,0%
Está embarazada actualmente	89009	18,7%

Otras razones	76706	16,2%
Total	489638	103,1%

**Cuadro 15 bis.** GBA. Mujeres que tuvieron al menos un hijo por planificación del último embarazo y uso de método anticonceptivo al momento del embarazo

Planificación del embarazo	Estaba utilizando un método anticonceptivo		Total
	Sí	No	
Quería	19,5	80,5	1442442
			100,0
Quería esperar	38,1	61,9	204442
			100,0
No quería hijos/más hijos	68,4	31,6	260029
			100,0
Total	28,1	71,9	1906913
			100,0

## 1.2 VARONES – Gran Buenos Aires

Los datos de la ENSSyR referidos a la iniciación sexual de los varones muestran que al igual que las mujeres, la mayoría de los entrevistados está sexualmente iniciada (90,3%). Existen diferencias según la edad, siendo la proporción de iniciados menor en el grupo de los más jóvenes (59,8%) y estando todos iniciados después de los 30 años. No se verifican diferencias significativas respecto al comportamiento de las mujeres (Cuadro 16).

**Cuadro 16.** GBA. Varones por iniciación sexual según grupos de edad

Grupo de edad	Ha tenido su primera relación sexual	Frecuencia	Porcentaje
15 a 19 años	Sí	406739	59,8
	No	273764	40,2
	Total	680503	100,0
20 a 29 años	Sí	783394	92,4
	No	64798	7,6
	Total	848192	100,0
30 a 39 años	Sí	749414	98,1
	No	14493	1,9
	Total	763907	100,0
40 a 49 años	Sí	685677	100,0
50 a 59 años	Sí	661470	100,0
Total	Sí	3286694	90,3
	No	353055	9,7
	Total	3639749	100,0

El 68% de los varones expresa haber utilizado algún método anticonceptivo durante la primera relación sexual. Este porcentaje aumenta a medida que disminuye la edad (cuestión que ya había sido observada entre las mujeres) y entre los de más edad (40-59 años) disminuye a alrededor del 40% (Cuadro 17).

La tasa de actividad sexual es alta, el 87% mantiene relaciones sexuales en la actualidad. Sin embargo, este porcentaje es sensiblemente menor entre los más jóvenes (55%), valor menor aún al observado entre las mujeres del mismo grupo etario y mayor entre los de mayor edad (96%) para el grupo de 40-35 años (Cuadro 18).

**Cuadro 17.** GBA. Varones sexualmente iniciados por uso de método anticonceptivo en la primera relación sexual según grupos de edad

	En esa primera relación, ¿utilizaron algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?		Total
	Sí	No	
15-19	97,7%	2,3%	322051
20-24	94,8%	5,2%	466956
25-29	86,6%	13,4%	382996
30-34	84,6%	15,4%	389749
35-39	74,1%	25,9%	390251
40-44	55,9%	44,1%	557488
45-49	42,7%	57,3%	443393
	74,8%	25,2%	2952884

**Cuadro 18.** GBA. Varones sexualmente iniciados por condición de actividad sexual según grupos de edad

	¿Actualmente tiene relaciones sexuales?		Total
	Sí	No	
15-19	73,0%	27,0%	322051
20-24	76,1%	23,9%	466956
25-29	81,8%	18,2%	369791
30-34	89,9%	10,1%	389749
35-39	96,8%	3,2%	358820
40-44	88,9%	11,1%	543729
45-49	86,2%	13,8%	424101
	84,9%	15,1%	2875197

El porcentaje de varones sexualmente activos que utiliza algún método anticonceptivo es del 80% y al igual que las mujeres, dicho porcentaje es

mayor a medida que disminuye la edad. A partir de los 40 años, el porcentaje decrece hasta alcanzar el 60% entre los de 50-59 años (cuadro 19).

**Cuadro 19.** GBA. Varones sexualmente activos por uso actual de métodos anticonceptivos según edad

	Actualmente, ¿usted o la persona con quien tiene relaciones sexuales utilizan algún método anticonceptivo como preservativos, pastillas, retiro, DIU u otros métodos?		Total
	Sí	No	
15-19	85,9%	14,1%	234998
20-24	83,6%	16,4%	355436
25-29	85,6%	14,4%	302652
30-34	90,5%	9,5%	350575
35-39	78,1%	21,9%	347306
40-44	73,7%	26,3%	483377
45-49	71,8%	28,2%	365663
	80,5%	19,5%	2440007

Respecto al método utilizado, el 55% usa preservativo, seguido del 29% que refiere usar la píldora anticonceptiva. El DIU concentra el 8% y los restantes métodos se dividen las proporciones restantes, todos por debajo del 5%. El porcentaje de varones que usa preservativo y píldora anticonceptiva aumenta entre los más jóvenes, mientras que los métodos como el DIU o la ligadura tubaria tienen mayor representatividad entre los de más edad (cuadro 20a).

Los varones tienen una preferencia algo mayor por el preservativo que las mujeres, sin embargo, cabe preguntarse si ello es consecuencia de ser el método que ellos usan en sentido estricto, mientras que el resto de los métodos son usados por sus parejas y quizás estén menos al tanto de lo que eligen.

Se analizó la información sobre tipo de método utilizado según máximo nivel de instrucción, situación conyugal y la variable de material de los pisos como proxy de condición socioeconómica<sup>6</sup> y se observa que el uso del preservativo es mayor entre los de mayor nivel educativo, entre los solteros o

<sup>6</sup> Ver nota al pie 2.

separados/divorciados/viudos y entre los de mejor situación socioeconómica. El método del ritmo, aunque de baja incidencia aumenta entre los casados y los de menor nivel de instrucción o bajo nivel socioeconómico (Cuadros 20b, 20c y 20d).

**Cuadro 20a.** GBA. Varones sexualmente activos por tipo de método anticonceptivo utilizado según grupos de edad

Grupo de edad	Método que utiliza principalmente (en porcentajes)							Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU	Preservativo	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Retiro	N
14-19	32,4	0,0	67,6	0,0	0,0	0,0	0,0	213293
20-29	31,6	3,5	63,8	0,0	1,0	0,0	0,0	574610
30-39	23,6	12,8	54,8	5,3	2,2	1,4	0,0	562684
40-49	31,7	14,1	34,0	2,5	8,5	1,8	7,4	451481
50-59	26,8	2,9	58,0	9,2	2,3	0,0	0,8	335360
Total	28,8	7,7	54,6	3,4	3,0	0,7	1,7	2137428

**Cuadro 20b.** GBA. Varones sexualmente activos por tipo de método anticonceptivo utilizado según máximo nivel de instrucción alcanzado

Nivel de instrucción	Método que utiliza principalmente (en porcentajes)							Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU	Preservativo	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Retiro	N
Hasta primario completo	30,5	4,5	42,8	8,5	4,6	2,0	7,2	408890
Secundario incompleto	29,2	7,0	56,6	3,2	3,5	0,0	0,5	512170
Secundario	28,5	13,7	49,6	3,6	3,3	1,3	0,0	589745



completo								
Terc/Univers inc y más	27,7	4,9	65,5	0,0	1,2	0,0	0,7	626623
Total	28,8	7,7	54,6	3,4	3,0	0,7	1,7	2137428

**Cuadro 20c.** GBA. Varones sexualmente activos por tipo de método anticonceptivo utilizado según situación conyugal

Situación conyugal	Método que utiliza principalmente (en porcentajes)							Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU	Preservativo	Anticonceptivo o inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Retiro	
Unido/casado	29,5	11,1	45,1	4,2	5,5	1,4	3,1	1.153.097
Separado/divorc/viudo	21,1	0,0	66,2	12,7	0,0	0,0	0,0	181.384
Soltero	29,7	4,7	65,7	0,0	0,0	0,0	0,0	802.947
Total	28,8	7,7	54,6	3,4	3,0	0,7	1,7	2.137.428

**Cuadro 20d.** GBA. Varones sexualmente activos por tipo de método anticonceptivo utilizado según material predominante de los pisos

Material predominante de los pisos	Método que utiliza principalmente (en porcentajes)							Total
	Pastilla anticonceptiva	DIU	Preservativo	Anticonceptivo inyectable	Ligadura de trompas	Ritmo	Retiro	
Bueno	27,7	8,6	58,1	1,9	2,7	0,9	0,1	1838723
Malo	36,1	2,3	33,1	12,4	4,9	0,0	11,3	298705
Total	28,8	7,7	54,6	3,4	3,0	0,7	1,7	2137428

El 60% de los varones elige el método anticonceptivo junto a sus parejas, el restante 40% se divide en partes iguales entre quienes toman la decisión solos y quienes dejan la decisión a sus parejas. Si comparamos esto con las respuestas de las mujeres se observa que es mucho menor la proporción de mujeres que dejan en su pareja la elección del método, esto puede tener que ver tanto con el método elegido, es la mujer la que “pone el cuerpo” y por lo tanto el varón le cede la selección como con la división de roles de género en cuestiones de salud sexual y reproductiva de la pareja, sobre todo en parejas más estables. De hecho, entre los varones de mayor edad es más alta la proporción de quienes dejan que sus parejas elija el método. Una situación opuesta a la que se daba entre las mujeres. Los profesionales de la salud no aparecen mencionados como orientadores de la elección, evidenciando la escasa importancia o el alejamiento que existe entre los servicios de salud sexual y reproductiva y los varones (Cuadros 21 y 22).

**Cuadro 21.** GBA. Varones usuarios de algún método anticonceptivo por persona que decidió sobre el método según

	¿Quién tomó la decisión acerca del método principal que utiliza?					Total
	Usted junto a la persona con quien tiene relaciones	Usted sola	La persona con quien tiene relaciones	Profesional de la salud	Otros	
15-19	49,6%	40,4%	8,7%		1,4%	201835
20-24	52,3%	44,3%	1,1%	2,2%		297210
25-29	59,3%	31,0%	2,5%	7,2%		259126
30-34	57,9%	41,0%	1,1%			317255
35-39	51,2%	47,1%	1,6%			271182
40-44	48,7%	42,5%	4,2%	4,5%		356022
45-49	42,1%	36,9%	2,0%	19,0%		262653
	51,7%	40,7%	2,8%	4,6%	,1%	1965283

**Cuadro 22.** GBA. Varones usuarios de métodos anticonceptivos por gratuidad del método anticonceptivo según tipo de método

Tipo de método	Varones que lo consiguieron de forma gratuita	
	%	N
Pastilla anticonceptiva	22,4	138240
DIU	31,3	51850
Preservativo	13,4	156290
Anticonceptivo inyectable	0,0	-
Ligadura de trompas	100,0	63956
Ritmo	48,4	7699
Retiro	100,0	36237
Todos los métodos	21,3	454272

La proporción de varones que recibió el método de forma gratuita es menor aún que la de mujeres. Sólo un 21% y eso porque se toman en cuenta las respuestas respecto al ritmo y el retiro (errores del relevamiento). Si tomamos cada método por separado, el 13% de los usuarios de preservativo (el método más utilizado) lo recibió gratuitamente, el 22% de los usuarios de píldora y un 30% de los usuarios de DIU. La baja proporción de quienes reciben los métodos anticonceptivos de forma gratuita está relacionada con el método preferido por los varones: el preservativo no es muy caro, se compra en diferentes puntos de venta y no es necesaria la prescripción médica. También se relaciona con la baja concurrencia de los varones a la consulta médica en general y de salud sexual y reproductiva en particular (Cuadro 23).

**Cuadro 23.** GBA. Varones que reciben gratuitamente el método anticonceptivo por método según máximo nivel de instrucción alcanzado

Método que utiliza principalmente		Máximo nivel de instrucción alcanzado				Total
		Hasta primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario o Univ. incompleto y más	
Pastilla anticonceptiva	N	64304	21693	16614	35629	138240

%		46,5	15,7	12,0	25,8	22,4
DIU*	N	12221	17551	15600	6478	51850
%		23,6	33,8	30,1	12,5	31,3
Preservativo	N	0	77855	56641	21794	156290
%		0,0	49,8	36,2	13,9	13,4
Ligadura de trompas*	N	18878	18154	19214	7710	63956
%		29,5	28,4	30,0	12,1	100,0
Todos los métodos	N	64304	21693	16614	35629	454272
%		46,5	15,7	12,0	25,8	21,3

\* El número de casos es insuficiente para realizar un análisis estadístico.

Aunque la gratuidad sigue siendo baja, se observa que hay una relación inversa entre nivel de instrucción y gratuidad, ya que la proporción de varones que obtuvieron gratuitamente su método anticonceptivo aumenta a medida que disminuye el nivel de instrucción. También hay mayor gratuidad entre aquellos que no tienen cobertura de salud por obra social o prepaga (Cuadros 24).

Para aquellos que refieren haber recibido el método anticonceptivo gratuitamente, el hospital público y el centro de atención primaria de la salud concentran casi el 60% de las menciones como lugar de obtención, el otro lugar que sigue en importancia es el consultorio médico u obra social con el 19% (Cuadro 25).

¿Por qué los varones no usan métodos anticonceptivos? El 46 % de los no usuarios refiere motivos relacionados con la infertilidad (cree que no puede o no puede tener hijos), otro 23% está buscando un embarazo o tiene a su pareja embarazada. Hay casi un 35% que menciona otros motivos (no le gustan/otras razones/ la pareja no quiere/etc.) que podrían ser modificables (Cuadro 26).

**Cuadro 24.** GBA. Gratuidad del método anticonceptivo según cobertura de salud

Cobertura de salud	Conseguido de forma gratuita	
	%	N
Obra social o prepaga	14,9	213356
Sin cobertura	34,5	240916
Total	21,3	454272

**Cuadro 25.** GBA. Varones usuarios de métodos anticonceptivos que fueron obtenidos gratuitamente según lugar de obtención

Lugar de obtención	N	%
Hospital público	116087	25,6
Centro de salud/salita	149993	33,0
Farmacia a través de hospital público	12501	2,8
Se lo dio el médico en su consultorio particular/lo cubre la obra social	86626	19,1
Se lo dio un amigo/vecino/pariente	17195	3,8
Otro lugar	45656	10,1
Ns/Nc	26214	5,8
Total	454272	100,0

**Cuadro 26.** GBA. Varones no usuarios de métodos anticonceptivos. Distribución de motivos de no uso. Respuestas múltiples

Motivos de no uso de MAC	Respuestas	
	Nº	%
Desea tener hijos	96643	17,5
La pareja no quiere	13455	2,4
Razones religiosas	2683	0,5
Cree que no puede tener hijos	73624	13,3
No le gusta usarlos/no quiere	88961	16,1
En el centro de salud nunca tienen	2974	0,5
No puede tener hijos	182600	33,1
Su pareja está embarazada actualmente	30527	5,5
Otras razones	88651	16,1
Total	489638	105,2%

### **Sistema Informático Perinatal (SIP) 2015**

La estructura de edad de la población que tiene sus partos en los efectores públicos de la provincia de Buenos Aires muestra una estructura de edad joven, con una concentración en las edades reproductivas 20-29 años (44%), aunque también es importante el peso relativo de las de 15 a 19 años (20%). En esto se diferencia de la estructura de la población en general, que está más igualmente distribuida en los grupos quinquenales.

**Cuadro 27.** Distribución de frecuencias por grupos de edad

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
10 a 14	625	0,5	0,5
15 a 19	23905	19,8	20
20 a 24	38030	31,5	31,9
25 a 29	26315	21,8	22,1
30 a 34	17280	14,3	14,5
35 a 39	10159	8,4	8,5
40 a 44	2819	2,3	2,4
45 a 49	138	0,1	0,1
50 y más	1	0	0
Total	119272	98,7	100
Ignorado	1512	1,3	
Total	120784	100	

Con respecto al estado civil se registra una concentración de los casos en las categorías de casada/unión estable, aunque así también un alto nivel de ignorado en el registro. Por la naturaleza del universo bajo análisis (partos) esta población presenta una mayor proporción de mujeres viviendo en pareja (casadas o uniones estables) que la población en general, ya que en la PBA el 53% de la población de 14-49 años está viviendo en pareja.

**Cuadro 28.** Distribución de frecuencias de estado civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Ignorado	10263	8,5	
Casada	9556	7,9	8,6
Unión estable	86038	71,2	77,8
Soltera	14492	12	13,1
Otro	435	0,4	0,4
Total	120784	100	100

Con respecto al tipo de evento y a pesar de que la mayoría son partos, hay un pequeño número registrado como abortos. Se desconoce si es un error del registro, si son casos que deberían limpiarse de la base de datos de nacimientos o si es correcto considerarlos. En las salidas que se obtienen con el programa SIP Gestión, los casos están incorporados. Asimismo, esta variable registra también un alto nivel de ignorado.

**Cuadro 29.** Frecuencias según tipo de evento registrado

Tipo de evento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Ignorado	10433	8,6	
Parto	110181	91,2	99,8
Aborto	170	0,1	0,2
Total	120784	100	100

La información sobre la planificación del embarazo presenta un elevado nivel de ignorado: 2 de cada 10 casos presentan blanco en el registro de esta variable. Para los casos en que hay dato, el 56% se trata de un embarazo no planeado y el 44% de un embarazo planeado.

**Cuadro 30.** Frecuencias según planificación del embarazo

Embarazo planeado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Ignorado	23190	19,2	
No	54430	45,1	55,8
Si	43168	35,7	44,2
Total	120784	100	100

Con respecto a la planificación de la maternidad, se observan diferencias por grupo de edad, siendo que entre las mujeres más jóvenes es mayor la proporción de embarazos no planeados. Ascende a un 85% entre las mujeres de 10 a 14 años y a un 66% entre las mujeres de 15 a 19 años. Lo mismo sucede entre las mujeres de 40 años y más, donde se incrementa la proporción de embarazos no planeados.

**Cuadro 31.** Planificación del embarazo según grupos de edad

Grupos de edad quinquenales	Embarazo planeado		Total
	No	Si	
10 a 14	427	75	502
	85,1	14,9	100
15 a 19	12688	6502	19190
	66,1	33,9	100
20 a 24	17436	14006	31442
	55,5	44,5	100
25 a 29	11126	10528	21654
	51,4	48,6	100
30 a 34	7078	6966	14044
	50,4	49,6	100
35 a 39	4130	4003	8133
	50,8	49,2	100
40 a 44	1351	930	2281
	59,2	40,8	100
45 a 49*	69	38	106
	64,2	35,8	100
Total	54305	43048	97353
	55,8	44,2	100

\*Se agregó un caso de 50 años a esta categoría



Asimismo, se observa la influencia del estado civil sobre la planificación del embarazo, observándose que sólo 3 de cada 10 mujeres solteras planeó su embarazo.

**Cuadro 32.** Planificación del embarazo según estado civil

Estado civil	Embarazo planeado		Total
	No	Si	
Casada	3541	4417	7958
	44,5	55,5	100
Unión estable	40975	33664	74639
	54,9	45,1	100
Soltera	8258	3580	11838
	69,8	30,2	100
Otro	223	113	336
	66,4	33,6	100
Total	52997	41774	94771
	55,9	44,1	100

Si se toma en cuenta la cantidad de gestas previas al evento registrado, a medida que se incrementa el número aumenta el porcentaje de embarazos no planeados.

**Cuadro 33.** Planificación del embarazo según número de gestas previas

Gestas previas	Embarazo planeado		Total
	No	Si	
Ninguna	15055	12005	27060
	55,6	44,4	100
1	12969	13282	26251
	49,4	50,6	100
2	10250	8578	18828
	54,4	45,6	100
3 y 4	10658	6976	17634
	60,4	39,6	100
5 y más	5498	2327	7825
	70,3	29,7	100
Total	54430	43168	97598
	55,8	44,2	100

Entre aquellas mujeres que no planearon su embarazo, se releva el uso de método anticonceptivo al momento del embarazo. Se observa que el 72% de los casos no utilizaba ningún método, mientras que un 11% usaba un método de barrera y un 13% un método hormonal. Al controlar por grupo de edad, no se hallan diferencias significativas en la proporción de las mujeres que no usan, excepto para los grupos de edad de 10 a 14 y 45 a 49 años en los cuales el no uso de métodos anticonceptivos se eleva al 80%.

Respecto a los métodos utilizados, en general hay un escaso uso de DIU. Alrededor del 10% de las mujeres que no planearon su embarazo estaba usando métodos de barrera y entre un 10-15% métodos hormonales. No se observan diferencias significativas respecto al estado civil o a la cantidad de gestas previas en el uso de métodos anticonceptivos. (Cuadro 12 y 13)

**Cuadro 34.** Mujeres que no planearon su embarazo según uso de MAC por grupo de edad

Uso método anticonceptivo	Grupos de edad								Total
	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49*	
No usaba	80,1	73,9	72	70,4	71	70,6	71,9	79,4	72
Barrera	10,8	12,7	11,3	10,8	10,4	11,4	10,1	10,3	11,4
DIU	0	0,3	0,7	0,9	0,8	1,3	0,7	1,5	0,7
Hormonal	5,4	10,3	13	14,8	14,4	13,1	13	2,9	12,9
Emergencia	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0	0,1
Natural	0,9	0,4	0,4	0,5	0,5	0,8	1	0	0,5
Ignorado	2,8	2,4	2,6	2,5	2,6	2,6	3,2	5,9	2,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	427	12688	17436	11126	7078	4130	1351	69	54305

**Cuadro 35.** Mujeres que no planearon su embarazo según uso de MAC por estado civil

Uso de método anticonceptivo	Estado civil					Total
	Casada	Unión estable	Soltera	Otro	Ignorado	
No usaba	71,1	72,4	70,4	72,2	71,7	72
Barrera	11,1	11	13,6	11,2	9,1	11,4
DIU	0,9	0,7	0,4	0,9	0,6	0,7
Hormonal	13,9	12,9	12,5	13,9	11,4	12,9
Emergencia	0,1	0,1	0,1	0	0	0,1
Natural	0,8	0,5	0,3	0	0,8	0,5
Ignorado	2,1	2,5	2,7	1,8	6,4	2,6
Total	100	100	100	100	100	100
	3541	40975	8258	223	1433	54430

**Cuadro 36.** Mujeres que no planearon su embarazo según uso de MAC por número de gestas previas

Uso de método anticonceptivo	Gestas previas					Total
	Ninguna	1	2	3 y 4	5 y más	
No usaba	74	72,5	70,4	70,4	71,2	72
Barrera	13,3	10,5	11	10,9	9,6	11,4
DIU	0	0,8	0,9	1,1	0,9	0,7
Hormonal	9,7	12,9	14,5	14,6	15,1	12,9
Emergencia	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Natural	0,3	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5
Ignorado	2,5	2,8	2,5	2,5	2,5	2,6
Total	100	100	100	100	100	100
	15055	12969	10250	10658	5498	54430

La variable **consejería al egreso** muestra un elevado nivel de no respuesta, tan elevado que la variable debe ser considerada cuidadosamente ya que, si lo descartamos como hace el sistema del SIP al calcular los casos válidos descontando el ignorado, se obtiene el resultado sesgado de 97,5% de mujeres con consejería al egreso, cuando en realidad un 80% de mujeres recibieron consejería al egreso y un 18% presenta ignorado en esa variable. El porcentaje de mujeres que no recibe consejería es del 2%.

Quizás el análisis debería hacerse mirando la variación que el ignorado tiene en las distintas categorías de las variables independientes, por ejemplo, si hay más o menos proporción de ignorados según grupo de edad o estado civil, pero ese no parecería ser el caso. Más bien, una falta de registro de esa variable que es independiente de las características de la mujer.

No se observan diferencias en la proporción de mujeres que recibieron consejería por grupo de edad, quizás una leve tendencia decreciente a medida que aumenta la edad.

Lo mismo ocurre si analizamos por estado civil, sin disparidades entre grupos excepto entre las casadas donde la proporción que no recibe consejería casi duplica al resto de las mujeres, es mayor la proporción de ignorado y menor la proporción que recibe consejería. (Cuadro 37)

Respecto del **método elegido**, para las mujeres que recibieron consejería se indica cuál fue el método que eligió. La mayor incidencia es la de los métodos hormonales (39%), seguido del método de barrera (26%). Otro, 10%, ligadura tubaria, 7,4% y ninguno, 5,6%.

Es baja la incidencia del DIU (4,4%) y más baja aún la del DIU post evento (0,3%).

Se observan diferencias por grupo de edad, sobre todo respecto de la ligadura tubaria que a partir de los 30 años incrementa su participación relativa hasta alcanzar el 30% entre las mujeres de 45 a 49 años.

Cabe preguntarse si la elección de este método se ve concretada en una intervención, o hay que tomarla como una demanda de las mujeres que puede o no ser satisfecha (Cuadro 38).

**Cuadro 37.** Consejería recibida al egreso según características de la mujer

	Consejería			Total	
	Ignorado	No	Si	%	N
<b>Grupos de edad</b>					
10 a 14	17,4	0,5	82,1	100	625
15 a 19	16,6	1,3	82	100	23905
20 a 24	15,8	1,7	82,5	100	38030
25 a 29	17,1	2,2	80,7	100	26315
30 a 34	19,2	2,9	77,9	100	17280
35 a 39	20,6	3,1	76,3	100	10159
40 a 44	20,1	3,3	76,6	100	2819
45 a 49	19,6	4,3	76,1	100	138
<b>Estado civil</b>					
Casada	19,6	3,8	76,6	100	9556
Unión estable	13,5	2	84,5	100	86038
Soltera	16,8	1,8	81,5	100	14492
Otro	15,9	2,1	82,1	100	435
Ignorado	55,7	0,9	43,3	100	10260
<b>Máximo nivel de instrucción alcanzado</b>					
Ninguno	22,8	2,6	74,5	100	569
Primaria	14,3	1,6	84	100	41723
Secundaria	14,9	2,1	83	100	65121
Universitaria	27,5	6,7	65,8	100	4493
Ignorado	52,8	1	46,2	100	8873
Total	18	2	80	100	120784
	21731	2456	96597		

**Cuadro 38.** Mujeres que recibieron consejería al egreso según MAC elegido por grupos de edad

Tipo de método elegido	Grupos de edad								Total	
	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	%	N
DIU post evento	0	0,2	0,3	0,4	0,4	0,4	0,6	0	0,3	317
DIU	2,3	3,9	4,9	4,6	4,3	3,7	3,3	2,9	4,4	4234
Barrera	26,1	27,2	26,7	25,7	24,8	23,2	22,2	17,1	25,9	24935
Hormonal	49,3	44	40,9	37,5	34,8	32,1	27,9	26,7	38,9	37472
Ligadura tubaria	0,4	0,9	4,6	9	12,9	17,2	24	29,5	7,4	7163
Natural	0,4	0,4	0,3	0,7	1,1	1,7	1,6	0	0,7	643
Otro	5,8	10,3	10,1	9,7	9,7	9,9	10,6	10,5	10	9587
Ninguno	7	6,3	5,8	5,6	5,1	4,6	3,5	5,7	5,6	5414
Ignorado	8,6	7	6,2	6,8	6,9	7,2	6,3	7,6	6,7	6451
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>96221</b>

Se buscó alguna relación entre el método anticonceptivo elegido con posterioridad a la consejería y el número de gestas previas. Si bien se observa que hay un incremento de la ligadura tubaria a medida que aumenta el número de gestas previas, las diferencias no son tan grandes como las que se observan por edad.

Podría pensarse que la elección de un método permanente está más influida por el número de gestas previas (al alcanzar el número deseado de hijos se controla definitivamente la fecundidad), sin embargo, la edad tiene una relación más fuerte con el tipo de método elegido.

Asimismo, se observa un incremento leve del peso relativo de los métodos hormonales entre las mujeres más jóvenes y las mujeres que tienen menor número de gestas previas.

**Cuadro 39.** Mujeres que recibieron consejería al egreso según método elegido por cantidad de gestas previas

Tipo de método elegido	Gestas previas					Total
	Ninguna	1	2	3 y 4	5 y más	
DIU post evento	0,2	0,2	0,3	0,5	0,7	0,3
DIU	3,6	4,4	5,2	5	3,8	4,4
Barrera	27,7	27,1	24,7	23,9	22,2	25,9
Hormonal	43,4	40,6	36,1	34,2	34	38,9
Ligadura tubaria	0,4	3,5	11,6	15,5	18,1	7,4
Natural	0,8	0,8	0,6	0,6	0,4	0,7
Otro	9,5	10,2	10,1	10,1	10,6	10
Ninguno	7	6	4,9	4,2	4,2	5,6
Ignorado	7,3	7,1	6,5	6,1	6,1	6,8
Total	100	100	100	100	100	100
	27800	25795	18259	17129	7614	96597

A modo de conclusión, se desprende de la información analizada lo siguiente:

- ✓ 8 de cada 10 mujeres de 15 a 49 años sexualmente activas utilizan MAC.
- ✓ De cada 10 mujeres, 4 utilizan preservativo y 4 anticonceptivos orales.
- ✓ 1 de cada 10 mujeres utiliza DIU.
- ✓ 0,5 de cada 10 mujeres tiene ligadura tubaria y ninguna menciona la vasectomía.
- ✓ 6 de cada 10 mujeres no planificaron el embarazo de su último hijo
- ✓ 7 de cada 10 mujeres no usaban métodos anticonceptivos antes del embarazo de su último hijo
- ✓ Casi 10 sobre 10 mujeres reciben consejería post parto
- ✓ 9 de cada 10 mujeres reciben MAC post parto.

## **ENCUESTA DE SALIDA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE MUJERES USUARIAS DE PRESTACIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE HOSPITALES PROVINCIALES**

Conforme los objetivos del estudio, se elaboró una encuesta de salida que contribuyera a evaluar la calidad de atención de mujeres usuarias de prestaciones de SSyR de hospitales provinciales.

Su objetivo es recabar las percepciones de las mujeres adolescentes y adultas que recibieron atención en alguna de las siguientes cuatro prestaciones: MAC, ILE, APA y consejería en SSyR.

Las dimensiones de análisis tomadas fueron: 1) información administrativa y general de la persona encuestada; 2) acceso al hospital y utilización de los servicios; 3) continuidad en la atención; 4) globalidad y servicios recibidos; 5) enfoque familiar y orientación comunitaria; 6) proceso de atención; 7) satisfacción con la organización general y servicios de salud y 8) caracterización socioeconómica.

La propuesta metodológica se inscribe dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS). Desde que se erigió como estrategia prioritaria y recibió estatus conceptual, la APS adquirió diferentes definiciones, con diferente alcance. Así, fue entendida tanto como Estrategia, como Programa de actividades y como Nivel de Atención. Las definiciones más ricas son aquellas que la entienden como una estrategia. Así concebida, pueden reconocerse tres pilares fundamentales en los que se apoya: 1) la mejora del acceso y de la utilización de los servicios de salud; 2) el sostenimiento de la oferta de servicios con los recursos adecuados; 3) su adaptación a las necesidades y expectativas de la población.

Existe evidencia considerable sobre los beneficios de la APS. Los estudios internacionales sugieren que, en igualdad de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación hacia la APS obtienen mejores y más equitativos resultados en salud, son más eficientes, tienen costos de atención menores y logran mayor satisfacción de las personas usuarias, que aquellos sistemas de salud con escasa orientación a la APS. (Baicker&Chandra, 2004; Macinko, Starfield&Shi, 2003; Starfield, Shi&Macinko, 2005; Starfield&Shi, 2002; Van Doorslaer et al. 1999; Macinko, Guanais&Marinho, 2006).

Por otra parte, y en pos de la construcción de un sistema de salud equitativo, la mejora de la calidad de la atención adquiere un papel central, y por lo tanto, la evaluación de la implementación de la estrategia de APS constituye un



instrumento clave (Starfield, 2001).

El estudio del grado en que la APS alcanza su propósito es un desafío actual de la evaluación y la investigación de los servicios de salud, por lo que, reconocer sus áreas de debilidad permite poder trabajar sobre ellas y mejorarlas. Esto permite recuperar como un elemento estratégico la mirada de las personas usuarias dentro de las diferentes perspectivas de trabajo para el mejoramiento de la calidad de la atención. En este sentido, pensar la incorporación de la percepción de las personas usuarias en los procesos de mejora de los servicios y sistemas de salud adquiere una relevancia mayor, especialmente si consideramos un contexto de cambio desde un modelo de tipo paternalista hacia otro de carácter autonomista (Maestro Iturriaga, 2012) en la relación médico-paciente; y a nivel sistémico, a la promoción de políticas de participación social.

Para la elaboración de la encuesta se contemplaron los atributos centrales vinculados al derecho a la salud dispuestos por la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS; 2017), tales como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

La calidad de la atención es un concepto amplio y dinámico que articula ámbitos institucionales diversos como la cultura organizacional, el clima laboral de los servicios de salud, la respuesta a los problemas y la perspectiva de las personas usuarias sobre la atención recibida.

A su vez, la perspectiva de las personas usuarias resulta un elemento central como garantía de la calidad, desde la cual se busca obtener información y en función de la misma, revisar los procesos de atención de la salud (Donabedian, 2001).

Sin embargo, al hablar de calidad desde la perspectiva de las personas usuarias, nos referimos a lo que se ha dado en llamar calidad percibida, que depende de la comparación del servicio que el sujeto espera recibir con el servicio efectivamente percibido (Grönroos, 1994). En este sentido, el abordaje de estudios empíricos presenta mayores desafíos, al incorporar las expectativas de la población destinataria de los servicios de salud.

<b>1. INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA</b> <i>(para ser completada por encuestador/a)</i>		
Adm1.	<b>Fecha en que responde el cuestionario:</b>	___/___/___ día mes año
Adm2.	<b>Nº/ Nombre del Hospital:</b>	_____
Adm3.	<b>Región Sanitaria</b>	1) VI 2) IX 3) Otra: _____
N1.	<b>¿Cuál es su edad?</b>	_____ años <i>(Si no tiene entre 15 y 49 años → TERMINAR)</i>
<b>2. ACCESO AL HOSPITAL Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD</b>		
P1.	<b>¿Es la primera vez que concurre a este Hospital/ centro de salud?</b>	1) Si → Pase a P3. 2) No 99) No sabe/ No contesta
P2.	<b>¿Cuándo fue la última vez que concurrió a este hospital para realizar una consulta de salud?</b>	1) Menos de un mes 2) Entre un mes y tres meses 3) Entre tres meses y un año 4) Más de un año 99) No sabe/ No contesta
P3.	<b>¿Cuánto tiempo demora aproximadamente en llegar a este hospital desde el lugar donde vive?</b>	1) 0 - 15 minutos 2) 16 - 30 minutos 3) 31 - 45 minutos 4) 46 – 60 minutos 5) Más de 60 minutos

P4.	¿Cómo conoció este hospital/ centro de salud?	1) Circulando/ por vivir en la zona 2) A través de comentarios de familiares, amigos/ conocidos 4) Derivación de otro centro de salud/ hospital 5) Teléfono (Ej. Línea Salud Sexual- 0800) 6) Internet 7) Otros: (Especificar: ) _____				
<b>Por favor, elija la respuesta que mejor representa su opinión...</b>		Sí, sin duda	Posible- mente sí	Posible- mente no	No, en absoluto	No sé
P5.	Cuando tiene una consulta o problema de salud, ¿concorre a este hospital antes de asistir a otro lado?	Sí, sin duda 4 → Pase a P7.	Posible- mente sí 3	Posible- mente no 2	No, en absoluto 1	No sé/ No aplica para P1.  Primera vez.  99 → Pase a P7.
P6.	¿En el caso de concurrir a veces a otro centro de salud a dónde concurre? (Espontánea)	1) Un centro de salud/ salita/posta/UPA 2) Otro hospital 3) Consultorio particular 4) Otro: _____				
P7.	A partir de su experiencia, ¿cuán fácil o difícil le resulta acceder a la atención de su salud en <u>este</u> hospital? (Guiada)	Muy fácil 4	Fácil 3	Difícil 2	Muy difícil 1	No sé 99
P7.a	¿Por qué? (Abierta)	----- ----- -----  -----				

P8.	<b>¿Cómo llegó al consultorio del/a especialista que acaba de visitar?</b>	1) Orientación en el mismo hospital 2) Indicación de un centro de salud/ otro hospital 3) Comentarios/ recomendación de conocidos 4) Otro: _____
P9.	<b>¿Recuerda el nombre del consultorio/ espacio de atención al que acaba de concurrir?</b>	1) Si → 1a) ¿Cuál? (Abierta) _____ (VER si remite a: Planificación familiar, Conserjería, Procreación Responsable, Alto riesgo, Reducción de daños, etc.) 2) No 99) Ns/Nc
P10.	<b>¿Cómo accedió a la consulta de salud que acaba de realizar? (Guiada)</b>	1) Vine directamente (sin turno) 2) Saqué el turno con anterioridad (turno programado) 3) Me derivaron y me sacaron/reservaron el turno desde otro centro de salud/ Hospital 4) Otra modalidad: _____
P11.	<b>¿Cuánto tiempo pasó desde que llegó al hospital hasta que accedió a la consulta con el/ la profesional de la salud? (Respuesta espontánea)</b>	1) Menos de 30 minutos 2) Entre 30 minutos y 1 hora 3) Entre 1 y 3 horas 3) Más de 3 horas

P12.	<p><b>¿Cuál fue el motivo de su consulta?</b> (Respuesta espontánea – guiada)</p>	<p>1) Consultar información sobre temas de salud de la mujer</p> <p>2) Acceder a información sobre/ gestionar métodos anticonceptivos</p> <p>3) Consultar información sobre enfermedades de transmisión sexual (VIH, Sífilis, entre otras)</p> <p>4) Consultar la posibilidad de estar embarazada</p> <p>5) Planificar un embarazo</p> <p>5) Consultar por interrupción legal de un embarazo</p> <p>6) Acompañamiento posterior a un aborto</p> <p>7) Realizar un estudio de rutina (Ej. PAP, mamografía)</p> <p>8) Conserjería por situaciones de violencia de género</p> <p>9) Consultar con el equipo de trabajo social</p> <p>10) Consultar con el área de salud mental, acceder a asistencia</p> <p>11) Otro motivo: _____</p>				
<b>3. CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN</b>						
P13.	<p><b>En general, cuando concurre a este hospital, ¿su historia clínica (que contiene el registro de las últimas consultas) se encuentra disponible?</b> (Guiada -Leer opciones)</p>	Si 3	A veces 2	No 1	No sé/No aplica. P1. Primera vez. 99	
P14.	<p><b>Cuando viene a realizar una consulta, en general ¿puede acceder a la atención por parte de los mismos integrantes del equipo de salud?</b> (Guiada- Leer opciones)</p>	Siempre 4	Habitualmente 3	A veces 2	Nunca 1	No sé/No aplica. P1. Primera vez. 99

P15.	¿Cuán satisfecha se encuentra con la frecuencia (indicada en P13.) con que puede acceder a la consulta con el mismo equipo de salud?	Muy satisfecha 4	Satisfecha 3	Poco satisfecha 2	Nada satisfecha 1	No sé/No aplica. P1. Primera vez. 99
P16.	¿Se siente cómoda hablando de sus preocupaciones o inquietudes con el equipo de salud del consultorio al que accedió dentro del hospital? (Guiada - Leer opciones)	Sí, sin duda 4	Posiblemente sí 3	Posiblemente no 2	No, en absoluto 1	No sé/No aplica. P1. Primera vez. 99
P16.a	¿Por qué? (Abierta)	----- ----- -----				
P17.	El/la profesional del equipo de salud, ¿dispone de un registro sobre la visita/ consulta anterior a la cual recurrir al momento de la atención? (Guiada)	Sí, sin duda 4	Posiblemente sí 3	Posiblemente no 2	No, en absoluto 1	No sé/No aplica. P1. Primera vez. 99
<b>4. GLOBALIDAD. SERVICIOS RECIBIDOS</b>						
Las siguientes preguntas refieren a diferentes tipos de servicios de salud...						
Durante la(s) consulta(s) que realizó en el hospital, ¿hablaron con usted sobre los siguientes temas? (Guiada -Leer opciones)						
P18.	Hábitos saludables, como alimentación, descanso, actividad física	Sí, sin duda 1		No, en absoluto 2		No sé/ No aplica 99
P19.	Información sobre diferentes métodos anticonceptivos para mi	Sí, sin duda 1		No, en absoluto 2		No sé/ No aplica 99

P20.	<b>Asesoramiento sobre los diferentes métodos anticonceptivos para mi pareja</b>	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
P21.	<b>Seguimiento de los métodos anticonceptivos que utiliza</b>	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
P22.	<b>Cuidados y seguimiento durante el embarazo</b>	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
P23.	<b>Situaciones en las que puede recurrir a una interrupción legal de un embarazo</b>	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
P24.	<b>Prevención de enfermedades de transmisión sexual como VIH u otras</b>	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
P25.	<b>Temas vinculados a derechos de la mujer</b>	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
<i>Si hablaron de algunos de los temas mencionados....</i>						
P26.	<b>¿Cómo le resultaron el tratamiento de los temas que haya abordado al momento de la consulta?</b>	Muy Claros 1	Bastante claros 2	Poco Claros 3	Nada claros 3	No sé/ No aplica 99
<b>5. ENFOQUE FAMILIAR Y ORIENTACIÓN COMUNITARIA</b>						
<i>En alguna oportunidad en una consulta con algún/a integrante del equipo de salud del hospital...</i>						
P27.	<b>¿El/la profesional del equipo de salud le consultó sobre sus vínculos familiares y/o afectivos? (Guiada -Leer opciones)</b>	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
P28.	<b>¿El/la profesional del equipo de salud le preguntó sus opiniones e intenciones al momento de la consulta? (Guiada -Leer opciones)</b>	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		

P29.	¿La invitaron a participar en alguna actividad organizada y/o realizada en el hospital (talleres, grupos de apoyo, etc.)?	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
P30.	¿Consultaron su opinión sobre los servicios que ofrece o que debería ofrecer el hospital para las mujeres?	Sí, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99		
<b>6. PROCESOS DE ATENCIÓN</b>						
Al momento de la consulta ¿el/la profesional del equipo de salud del hospital alguna de las siguientes prácticas? (Guiada -Leer opciones)						
P31.	Brindarle información sobre métodos anticonceptivos	Si, sin duda 1	No, en absoluto 2 (Pase a P32.)	No sé/ No aplica 99		
P31.a	¿Cuán conforme quedó con la información sobre métodos anticonceptivos brindada por el equipo de salud?	Muy conforme 4	Bastante conforme 3	Poco conforme 2	Nada conforme 1	No sé/ No aplica 99
P32.	Suministrar/ colocar y/o gestionar la entrega de métodos anticonceptivos	Si, sin duda 1	No, en absoluto 2 (Pase a P33.)	No sé/ No aplica 99		
P32.a	¿Cuál? (Abierta)	1) Preservativos 2) Pastillas anticonceptivas 3) Anticonceptivo de emergencia 5) Inyectables 4) Subcutáneos 5) DIU 6) Otro: _____				



P33.	<b>Tomarse tiempo para escucharla y/o responder sus inquietudes, dudas sobre temas de salud de la mujer</b>	Si, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99			
P34.	<b>Solicitar/ ayudarla a solicitar una interrupción legal de un embarazo</b>	Si, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99			
P35.	<b>Acompañar a transitar la experiencia de un aborto</b>	Si, sin duda 1	No, en absoluto 2	No sé/ No aplica 99			
P36.	<b>Otras prácticas:</b>	----- ----- -----					
<b>7. SATISFACCIÓN CON LA ORGANIZACIÓN GENERAL Y SERVICIOS DE SALUD</b>							
<b>¿Cuál es su grado de satisfacción con los siguientes aspectos de la organización y atención en el hospital?</b> (Guiada -Leer opciones)							
P37.	<b>Horarios de atención del hospital</b>	Muy satisfecha 5	Satisfecha 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1	
P38.	<b>Horario de atención del consultorio al que concurre <u>durante esta visita</u></b>	Muy satisfecha 5	Satisfecha 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfe- cha 1	No sé/ No aplica 99
P39.	<b>Acceso a medicamentos en farmacia del hospital</b>	Muy satisfecha 5	Satisfeh a 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfe-cha 1	No sé/No requerí medicaci ón 99

P40.	<b>Tiempo de espera para la atención en el consultorio al que concurre <u>durante esta visita</u></b>	Muy satisfecha 5	Satisfeh a 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1
P41.	<b>Disponibilidad de turnos en el hospital</b>	Muy satisfecha 5	Satisfeh a 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1
P42.	<b>Disponibilidad de turnos con el/la profesional/ equipo de salud requerido</b>	Muy satisfecha 5	Satisfeh a 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1
P43.	<b>Organización general del hospital</b>	Muy satisfecha 5	Satisfeh a 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1
P44.	<b>Ubicación geográfica del hospital</b>	Muy satisfecho 5	Satisfeh o 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1
P45.	<b>Limpieza e higiene general</b>	Muy satisfecho 5	Satisfeh o 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1
P46.	<b>Aspectos edilicios (salas de espera, consultorios, edificio en general)</b>	Muy satisfecho 5	Satisfeh o 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1
P47.	<b>Atención del personal administrativo/ mesa de entrada</b>	Muy satisfecho 5	Satisfeh o 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1
P48.	<b>Atención del equipo de salud <u>durante esta visita</u></b>	Muy satisfecho 5	Satisfeh o 4	Indistinto 3	Insatisfecha 2	Muy insatisfecha 1

P49.	En una escala del 1 al 10 donde 1 (UNO) es <b>NO RECOMENDARÍA</b> y 10 (DIEZ) es <b>RECOMENDARÍA</b> , ¿en qué medida recomendaría el servicio de atención en consultorio del hospital a una amiga?	<p style="text-align: center;">1   2   3   4   5   6   7   8   9   10</p>
<b>8. CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA</b>		
<i>En esta última parte del cuestionario, las preguntas refieren a la situación socioeconómica que se encuentra usted y su familia y de su familia...</i>		
N3.	¿Dónde vive? (Respuesta Espontánea - Guiada)	<p>1) En el mismo barrio o localidad <u>donde se encuentra el hospital</u></p> <p>2) En otra localidad del Gran Buenos Aires</p> <p>3) En otra localidad de la Provincia de Buenos Aires</p> <p>4) En otro barrio/ localidad/ provincia. Especificar: _____</p>
N4.	¿Cómo está conformado su grupo familiar, es decir, considerando a quienes conviven con usted? (Respuesta múltiple)	<p>1) Vivo sola → (Pase a N5.)</p> <p>2) Vivo con (o alguno de) mis padres</p> <p>3) Vivo con mi pareja</p> <p>5) Vivo con mi(s) hijo/a(s)</p> <p>5) Vivo con otros familiares (abuelos, tíos, primos)</p> <p>6) Vivo con amigo/a(s)/ compañeros de estudio/ trabajo</p> <p>7) Vivo con otros. Especificar: _____</p>

N6.	<p><b>¿Cuál es su principal actividad?</b></p> <p><i>(Guiada - Respuesta múltiple)</i></p>	<p>1) Trabaja hasta 35 horas semanales</p> <p>2) Trabaja más de 35 horas semanales</p> <p>3) Se encuentra desocupada</p> <p>4) Se dedica a tareas del hogar (ama de casa)</p> <p>5) Estudiante</p> <p>6) Jubilada/ Pensionada</p> <p>Otra situación. <i>Especificar:</i> _____</p>
N6.	<p><b>Si trabaja fuera del hogar, ¿en qué zona trabaja?</b></p> <p><i>(Respuesta Espontánea)</i></p>	<p>1) Ciudad de Buenos Aires (CABA)</p> <p>2) Gran Buenos Aires (GBA)</p> <p>3) Otra localidad de la provincia de Buenos Aires</p> <p>4) En diferentes barrios/ localidades, dependiendo del trabajo</p> <p>5) Otro barrio/ localidad. <i>Especificar:</i> _____</p> <p>6) No trabaja fuera del hogar</p>
N7.	<p><b>¿Cuál es el nivel máximo de estudios alcanzado por usted?</b> <i>(Respuesta Espontánea)</i></p>	<p>1) Sin estudios o primario incompleto</p> <p>2) Primario completo</p> <p>3) Secundario incompleto</p> <p>4) Secundario completo</p> <p>5) Terciario o universitario incompleto</p> <p>6) Terciario o universitario completo</p>

N8.	<p><b>¿Qué tipo de cobertura de salud tiene?</b> (Respuesta Guiada)</p>	<p>1) Prepaga/ Mutual</p> <p>2) Obra Social</p> <p>3) PAMI</p> <p>4) Sistema de Emergencias Médicas</p> <p>5) No tiene cobertura privada. Utiliza cobertura pública</p> <p><i>NOTA → incluye Cobertura Porteña, Plan SUMAR, Incluir Salud, otros programas.</i></p> <p>6) Otro tipo de cobertura de salud. Especificar: _____</p>
N9.	<p><b>¿Tiene acceso a internet?</b> (Guiada - Respuesta múltiple)</p>	<p>1) Si, desde el teléfono celular</p> <p>2) Si, accedo desde una computadora en el hogar/ lugar de trabajo/ yendo a un cyber</p> <p>3) Si, accedo desde la computadora de un/a vecino/a, amigo/a y/o familiar</p> <p>6) No tengo acceso a internet</p>
<b>Para finalizar...</b>		
CO1.	<p><b>¿Tiene algún comentario sobre los temas que ha tratado en esta encuesta?</b> (Pregunta Abierta)</p>	



**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

C02.

Observaciones del/a  
encuestador/a:

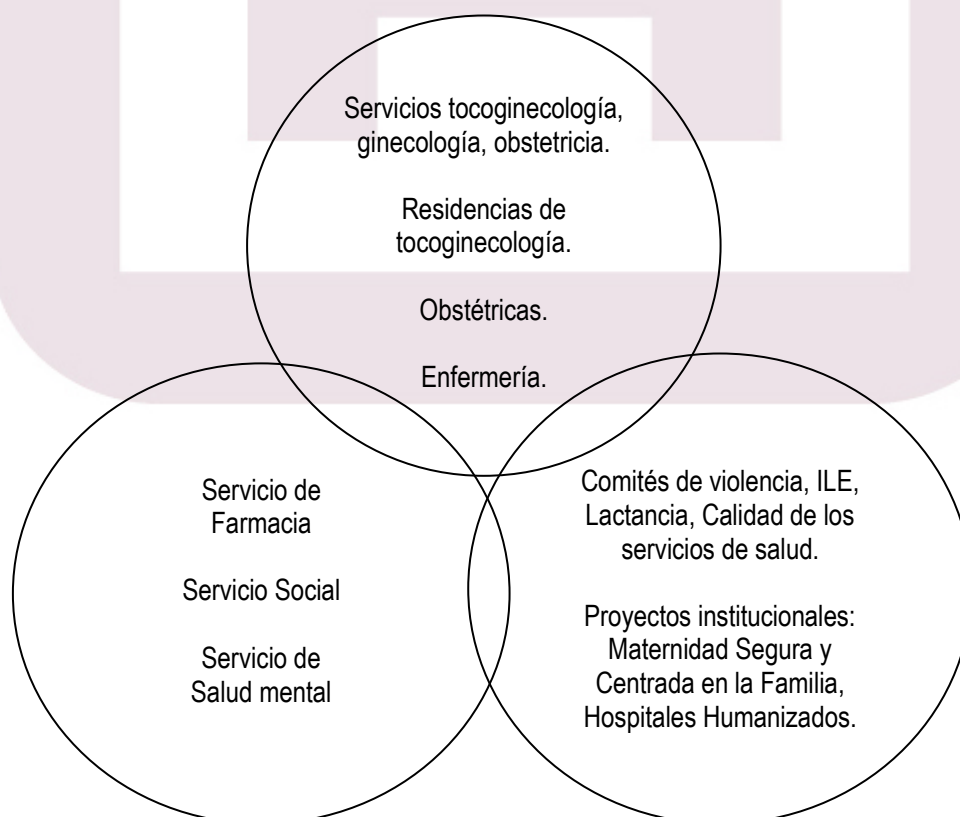


## ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS 11 HOSPITALES QUE COMPONEN LA MUESTRA

La caracterización de la situación general de los hospitales y los servicios que brindan atención de SSyR fue organizada de acuerdo a las dimensiones de análisis desarrolladas en el marco conceptual: las capacidades institucionales de los hospitales entendidas como *capacidades organizacionales*, *capacidades técnicas* y *capacidades políticas*<sup>7</sup>.

Respecto a las capacidades organizacionales, es importante comenzar reflexionando la imposibilidad de caracterizar un único modelo de estructura institucional. Por el contrario, existe una amplia variedad en la composición organizacional, donde cada hospital presenta particularidades que se reflejan en la estructura que adopta. Esta diversidad resulta positiva, en tanto son estrategias de abordaje que desarrolla cada institución para dar respuesta a la demanda particular de las mujeres en su territorio.

No obstante, podemos describir los ámbitos involucrados en la atención de la SSyR mediante el siguiente mapa de actores:



<sup>7</sup> Ver Capítulo I, pág. 10

La mayoría de los hospitales brinda atención de la SSyR a través de los servicios de ginecología y de obstetricia, independientes entre sí.

Cuatro (4) de once (11) hospitales tienen servicios de tocoginecología, y dos de ellos son monovalentes:

- Hospital Materno infantil Ana Goitia
- Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Lucio Meléndez”
- Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado “Evita Pueblo”
- Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Arturo Oñativía”

Por otra parte, de los once (11) hospitales relevados siete (7) disponen de guardia tocoginecológica exclusiva y separada de la guardia general.

Asimismo, diez (10) de los once (11) hospitales cuentan con residencia de tocoginecología, y siete (7) hospitales con residencia de obstétricas.

Respecto a las residencias, fue un tema recurrente la vacancia de cupos de residentes, situación que los profesionales médicos atribuyen a los bajos salarios y las deficientes condiciones generales de los hospitales. Sólo en 1 hospital se refirió que todos los cupos para residencia se encontraban cubiertos, lo cual se explica como consecuencia de modificaciones en el modo de cursada y en los contenidos jerarquizados, definidas por las autoridades de los dos servicios médicos involucrados.

Todas las unidades asistenciales cuentan con servicio social y diez (10) de ellas con servicio de salud mental. Estos servicios intervienen en situaciones específicas vinculadas a la atención de la SSyR, como APA y atención de adolescentes, y en menor medida en consejería y en ILE.

Del mismo modo, todos los hospitales cuentan con una unidad o servicio de farmacia, la cual generalmente interviene en la gestión de medicamentos e insumos como la compra de misoprostol y el almacenamiento de MACs, y en menor medida, en la dispensa directa de MACs y la realización de consejería a las mujeres que lo requieren.

Finalmente, frente a la atención de casos específicos como mujeres adolescentes, APA o ILE, los hospitales desarrollan diferentes modos de gestión y comunicación, de las cuales fueron relevadas las siguientes:

- Cinco (5) establecen grupos interdisciplinarios ad hoc.
- Cinco (5) intervienen mediante interconsultas y/o derivaciones sucesivas.



- Un (1) desarrolla un comité interdisciplinario por tema.

Si focalizamos la mirada en los servicios médicos, también podemos observar estructuras organizacionales bien diversas.

En diez (10) de los once (11) hospitales existen consultorios específicos para la población adolescente, ya sea consultorios de ginecología infanto juvenil o de seguimiento de mujeres adolescentes embarazadas.

En la mayoría de los hospitales se relevó la existencia de al menos un (1) consultorio de planificación familiar o anticoncepción que depende del servicio de ginecología o tocoginecología, excepto en un hospital en donde disponen de consultorios de anticoncepción en ambos servicios.

Al consultar sobre instancias organizativas (de diferentes niveles de institucionalidad) se observó que:

- Cuatro (4) de once (11) hospitales mencionaron comité de violencia (uno de ellos es de violencia y género).
- Cuatro (4) de once (11) hospitales mencionaron comité sobre atención de ILE.
- Uno (1) de once (11) hospitales mencionó comité dedicado a la lactancia.
- Uno (1) de once (11) hospitales mencionó comité de calidad de los servicios de salud.
- Cuatro (4) de once (11) mencionaron formar parte del proyecto institucional de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.
- Uno (1) de once (11) mencionó el proyecto institucional de Hospital Humanizado.

No existe un modelo, las diferentes configuraciones expresan diferentes estrategias y procedimientos para la atención de la SSR, como se grafica en el siguiente cuadro:

Hospital		Oñativia	Ana Goitia	Evita Pueblo	Meléndez	Eurnekian	Gandulfo	Iriarte	Mi Pueblo	Evita	Argentina Diego	Las Flores	
Servicios y consultorios involucrados en la atención de la SSR	Tocoginecología / ginecología	Adolescencia infantojuvenil	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
		Anticoncepción/ procreación responsable/planificación familiar	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓		✓
		Colocación de DIU e implantes	✓	✓						✓			
		Seguimiento MACs			✓								
		Otros consultorios vinculados		De primera vez			Reducc. riesgos y daños						
	Obstetricia/ maternidad	Adolescencia infantojuvenil					✓	✓				✓	
		Anticoncepción/ procreación responsable/planificación familiar						✓	✓			✓	
		Colocación de DIU e implantes										✓	
		Seguimiento MACs											
		Otros consultorios vinculados							profilaxis			✓	
	Residencia	Residencia de tocoginecología	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	
		Residencia Lic. en obstetricia		✓	✓	✓		✓		✓	✓	✓	

En relación al estado general de los edificios, se detectaron problemas con el espacio físico que afectan la atención de las mujeres en ocho (8) de los once (11) hospitales relevados.

Las deficiencias generalizadas se relacionan con la falta de insumos y equipamientos, falta de camas y camillas, mal estado de conservación y mantenimiento de los edificios (problemas de humedad, goteras y/o falta de pintura). En uno (1) de los hospitales se señaló que no cuentan con instalaciones sanitarias para uso de los profesionales médicos.

En relación a los consultorios en los que se atiende la SSyR de las mujeres, en seis (6) de los once (11) hospitales se explicitó que resultan insuficientes para la atención, son compartidos por los profesionales de las distintas especialidades y no poseen las características adecuadas para el resguardo de la intimidad de las mujeres que son atendidas allí.

Asimismo, en cuatro (4) de los once (11) hospitales se relevaron problemas de climatización tanto en invierno como en verano. Entre las dificultades derivadas de esta problemática se precisó que es frecuente la suspensión de cirugías por no contar con la temperatura adecuada en los quirófanos; y la ausencia de calefacción en sala de partos. También en uno de los hospitales se mencionó la falta de agua caliente en las salas de recuperación, que dificultan la higiene de los recién nacidos y en las habitaciones.

Por otra parte, en dos (2) de los hospitales se precisaron deficiencias en las instalaciones de las farmacias hospitalarias, que no son adecuadas para el almacenamiento, conservación y dispensación de los medicamentos.

Para finalizar, en dos (2) de los hospitales relevados se especificaron proyectos de construcción de nuevos edificios en otro terreno o terreno lindante; y en cuatro (4) hospitales se encontraron proyectos de mejora edilicia en ejecución o recientemente inaugurados:

- 2 obras de construcción de guardias
- 1 unidad de terapia intensiva y quirófano
- 4 salas de pre parto
- 1 consultorio exclusivo de ginecología en guardia
- 1 ampliación del servicio de tocoginecología
- 1 centro obstétrico

Respecto a las *capacidades técnicas*, la investigación sobre las diferentes

prestaciones mostró las siguientes conclusiones:

- **MAC**

Todos los hospitales disponen de preservativos, anticonceptivos hormonales orales combinados y de lactancia, hormonales inyectables, implantes subdérmicos, orales de emergencia, DIU (dispositivo intrauterino), SIU (Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel) y se realizan ligaduras tubarias.

La mayoría de los hospitales cuenta con consultorios específicos para brindar información y realizar dispensa o colocación de MAC.

No obstante, en nueve (9) de los once (11) hospitales refirieron dificultades para la entrega y/o colocación de MACs.

MACs con problemas para ser provistos/ aplicados		
	Valor	%
Ligadura tubaria quirúrgica	4	36
Preservativos	3	27
Anticonceptivos hormonales inyectables (mensual y trimestral)	2	18
DIU	1	9
Implante subdérmico	1	9
Pastillas anticonceptivas comunes (combinadas)	1	9
Pastillas anticonceptivas de emergencia	2	18
Pastillas anticonceptivas para lactancia (Levonorgestrel)	2	18
Total Hospitales	11	100

Estas dificultades se relacionan principalmente con la falta de MAC temporal o permanente enviados por el Programa de SSyR y/o con la falta de material descartable y/o esterilizados para colocación de DIU y de módulos de quirófano para realizar ligadura tubaria.

También se menciona como dificultad la restricción en los horarios de atención de consultorios específicos para colocación o implantación de métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (MALD).

La mayoría de los profesionales entrevistados no solicita estudios previos para la entrega y colocación de MAC, excepto para colocación de MALD que se solicitan exámenes ginecológicos, de acuerdo con las recomendaciones del Programa de SSyR de la Provincia.

En relación a la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) es dispensada generalmente en casos de violencia sexual o relaciones forzadas a través del kit de emergencia en guardias. Generalmente no se dispensa este tipo de MAC para otras situaciones que no estén vinculadas a violencia.

Al respecto, se encontraron algunos casos de desacuerdo entre los distintos profesionales acerca de la disponibilidad de este kit y de la AHE. Se mencionó que los kits quedan en custodia del área de supervisión de enfermería cuando la farmacia está cerrada. No obstante, principalmente los médicos residentes entrevistados, manifestaron que no es de fácil acceso y que deben hacer un acopio individual de la medicación para tener disponibilidad.

Quienes fueron entrevistados detectaron la necesidad de perfeccionar los registros de seguimiento de MAC.

Por último, seis (6) de once (11) hospitales descartan o envían anticonceptivos hormonales (clearing) a otros hospitales antes de la fecha de vencimiento debido al gran stock de MACs disponible. Los profesionales consultados refieren que los insumos no llegan a ser dispensados y relacionan tal situación con problemas de comunicación entre la farmacia y los servicios médicos.

- **Consejería**

La consejería se realiza en diversos ámbitos, priorizando la oportunidad durante la atención y el requerimiento de las mujeres.

Los ámbitos en que generalmente se brinda consejería son:

- En consultorios de planificación familiar
- Pie de cama (momento previo al alta en mujeres internadas)
- Consultas ginecológicas u obstétricas
- Guardia
- Hospitales de día
- Cursos de pre parto, profilaxis y lactancia.

Asimismo, diez (10) de los once (11) hospitales tienen al menos un consultorio

de planificación familiar, salud sexual y procreación responsable y anticoncepción.

Los consultorios específicos de consejería tienen una atención restringida:

- Una mayoría atiende una (1) o dos (2) veces por semana (entre 4 y 8 horas semanales)
- En un sólo hospital el consultorio atiende cuatro (4) veces por semana (16 horas aproximadamente)

En la mayoría de los casos se relevó la dificultad de ofrecer consejería en espacios íntimos y privados, principalmente relacionado con las deficiencias edilicias de las instituciones que se mencionaron previamente.

Se evidenció un rol protagónico de las obstétricas en la realización de las consejerías. En menor medida participan profesionales de los servicios sociales, generalmente vinculados a la implementación de talleres y charlas informativas abiertas a la comunidad o dirigidas a la población adolescente.

La farmacia brinda consejería en sólo un (1) de los hospitales.

Finalmente, los espacios de consejería referidos por los profesionales abordan principalmente los temas de anticoncepción y planificación familiar. Sólo un (1) hospital cuenta con consejería de opciones, dedicada a brindar información para pre y post aborto.

- APA

Se evidenciaron diferentes enfoques y modalidades en tensión sobre APA:

- Atención ambulatoria vs internación.
- Interconsulta con servicios sociales vs abordaje interdisciplinario.
- Visión de derechos de las mujeres vs mirada culpabilizadora o criminalizante hacia las mujeres en esta situación.

La práctica médica mencionada con mayor frecuencia es el legrado y la aspiración manual endouterina (AMEU).

Algunos refirieron como mayor dificultad para APA la ausencia de una terapia intensiva y las fallas en el sistema de referencia-contrareferencia. También la baja disponibilidad del misoprostol y analgésicos en farmacias.

La mayoría de los profesionales entrevistados destacan la importancia de que la mujer se externe habiendo adoptado algún método anticonceptivo. Al respecto,

el MAC que se dispensa con mayor frecuencia en estas situaciones son los anticonceptivos orales.

En la mayoría de los casos se reconoce la necesidad de perfeccionar el seguimiento de las mujeres en esta situación. Generalmente colaboran con los servicios de ginecología y obstetricia, el servicio social y el servicio de salud mental, quienes luego de la intervención y a partir del alta realizan un seguimiento de las mujeres.

- ILE

En la mayoría de los hospitales visitados, las autoridades hospitalarias – directores ejecutivos, directores asociados- entienden a la ILE como una práctica médica que debe ser garantizada en el marco de la institución hospitalaria.

En el 73% de los casos relevados, la práctica de ILE la realiza el servicio médico correspondiente; en el 18% la realiza el director del hospital y en un 9% es derivada a otra institución.

En ocho (8) de los once (11) hospitales se identificaron profesionales que garantizan la práctica, posibles referentes del tema, en su mayoría jefes/as de servicio y médicos de planta.

Asimismo, cinco (5) de once (11) jefes de los servicios de ginecología consultados manifestaron ser objetores de conciencia.

Se mencionaron diferentes modalidades para el abordaje de estas situaciones:

- Grupo de trabajo ad hoc frente a la solicitud de ILE.
- En pocos casos existen comisiones o comités interdisciplinarios y permanentes.

La mayoría de los profesionales mencionó la falta de capacitación de los prestadores de salud en ILE, sobre todo en lo referente al marco legal y al protocolo de atención.

- Estrategias de atención para poblaciones específicas

### **Adolescentes**

En la mayoría de los casos, los profesionales entrevistados refieren la intención de reducir los tiempos de espera y privilegiar la resolución de la demanda para evitar perder la oportunidad de atención de las mujeres adolescentes.

En diez (10) de once (11) hospitales cuentan con consultorio específico para la

atención de mujeres adolescentes.

Muchos profesionales destacaron como mayor problema el embarazo en la adolescencia. En varios hospitales disponen de consultorios específicos de seguimiento de estos casos.

En varios casos se mencionó la solicitud de firma de consentimientos y protocolos para la realización de algunas prestaciones en adolescentes, lo cual entra en tensión con los derechos de las mujeres adolescentes y la noción de autonomía progresiva, de acuerdo lo planteado en el nuevo Código Civil.

### **Mujeres víctimas de violencia**

Las modalidades de atención son variadas:

- La mayoría organiza equipos interdisciplinarios ad hoc.
- En cuatro (4) de once (11) hospitales hay comités específicos para el abordaje de situaciones de violencia

Los servicios sociales son los actores responsables de la articulación interinstitucional: trabajan conjuntamente con el servicio zonal local, la Comisaria de la Mujer, la Fiscalía y los refugios municipales.

En casi todos los hospitales cuentan con la AHE en las guardias, principalmente para la atención de mujeres víctimas de violencia sexual y relaciones forzadas.



## CARACTERIZACIÓN DE CADA HOSPITAL Y DE LOS SERVICIOS INVOLUCRADOS EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES

A continuación, se desarrollan los informes presentados al Programa de SSyR sobre cada uno de los once (11) hospitales relevados.

Dichos informes constan de una caracterización de los servicios que brindan atención en SSyR, organizada en cinco puntos:

- **Información general y presentación de la institución**, donde se incluyen las estadísticas oficiales de atención en SSyR para cada hospital.
- **Estructura de la SSyR en la institución**: en este punto se detallan todos los servicios, comités, grupos de trabajo y actores vinculados a la atención de la SSyR de las mujeres. El mismo se presenta como “mapa de actores” a fin de evidenciar la multiplicidad de modos organizativos que las instituciones adoptan para abordar la temática.

Asimismo, en este punto se detallan los espacios, dispositivos, consultorios ofertados, y se describen algunos circuitos que atraviesan las mujeres cotidianamente para recibir atención.

- **Prestaciones**: se describe cada una de las cuatro prestaciones objetivo del estudio: acceso a MAC, consejería en SSyR, ILE y APA, en relación con los cuatro atributos mencionados previamente en el marco conceptual (**aceptabilidad, disponibilidad, accesibilidad y calidad**). Se trata de presentar las buenas prácticas relevadas durante el estudio así como los obstáculos y dificultades observados para un adecuado acceso a las prestaciones.
- **Estrategias de atención dirigidas a poblaciones específicas**: se trata de describir de qué modo la estructura organizacional y las prestaciones mencionadas se articulan en dispositivos específicos para la atención de la población adolescente, y para el abordaje de determinadas situaciones como niñas/os y adolescentes víctimas de abuso y/o violencia, y mujeres víctimas de abuso y/o violencia.
- **Oportunidades de mejora**: en este último ítem se describen aquellas características de los servicios, modos de organización y/o trabajo que son valoradas como fortalezas por los mismos integrantes. Asimismo, se trabaja sobre las oportunidades de mejora mencionadas por los entrevistados a fin de consolidar el diagnóstico participativo, propósito de este estudio.

## 1. Hospital Materno Infantil “Argentina Diego”

---

- Director: Dr. Augusto Carella
- Directora asociada: Dra. Paola Mendiola
- Comienzo de gestión: mayo 2016
- Categoría: III A
- Región: IX
- Municipio: Azul
- Domicilio: Alfredo Prat 521
- Mail: dirección-hzadiego@ms.gba.gov.ar
- Teléfono: (02281) 424150

### Presentación

---

La localidad de Azul cuenta con un hospital provincial, el Argentina Diego, que es materno infantil, y un hospital municipal, el Dr. Ángel Pintos, que es general; y es el único que posee unidad de terapia intensiva en la localidad. Estos hospitales trabajan de manera articulada. El hospital Argentina Diego cuenta con un total de 63 camas, de las cuales 14 están destinadas a maternidad y son utilizadas por la población de Azul, con un alto porcentaje de derivaciones por la complejidad de la neonatología, alcanzando a brindar atención a toda la región sanitaria.

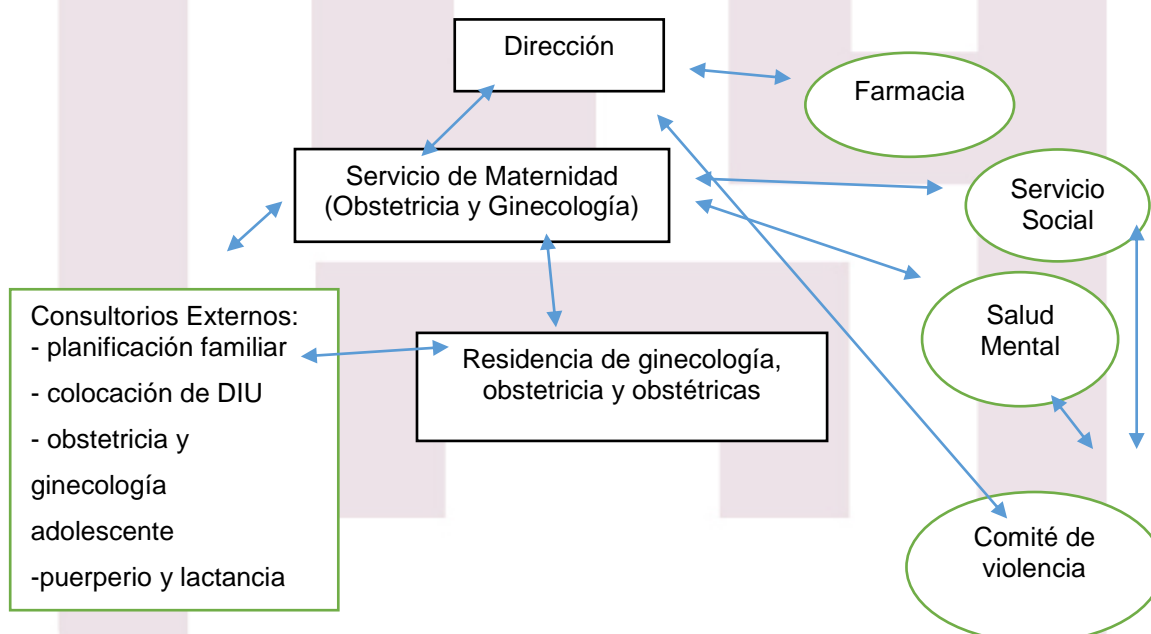
Es el hospital materno infantil de Azul, de referencia en la región sanitaria IX. Se destaca por la complejidad de su neonatología. Su principal deficiencia es no poseer unidad de terapia intensiva.

Asimismo, Azul cuenta con 13 unidades de atención primaria, 11 en la localidad y 1 en Cacharí y Chillar, que pertenecen al partido. En estas UPA (Unidades de Pronta Atención) se atienden los embarazos de bajo riesgo, mientras que los de alto riesgo se derivan al Argentina Diego. Los estudios, análisis y ecografías se realizan en el hospital, dependiendo del presupuesto provincial.

Según datos oficiales en el Hospital durante el año 2014 se atendieron 679 partos y 214 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 123 consultas generales de mujeres de 10 a 19, y 29 consultas generales de varones de 10 a 19; 37 consultas generales de mujeres de 20 a 64, y 306 consultas ginecológicas

de mujeres de 10 a 19, y 1946 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64. Asimismo, en el 2016 se realizaron 44 ligaduras tubarias, se colocaron 180 DIU, 60 mujeres fueron atendidas en situación de aborto, 27 Legrados y 33 AMEU (Aspiración Manual Endouterina); y se realizaron 3 interrupciones legales de embarazo.

### Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva – Actores Intervinientes



Para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva el Hospital cuenta con un servicio de maternidad integrado por obstetricia y ginecología, que sigue el modelo de “Maternidad Segura y Centrada en la Familia”. También cuenta con servicio de salud mental y trabajo social, y con farmacia.

El hospital cuenta con un servicio de maternidad, con obstetricia y ginecología relacionada al embarazo.

Los consultorios dependientes del servicio son: primera vez (bajo riesgo) atendido por las obstétricas, alto riesgo, clínica médica para el seguimiento de las pacientes de alto riesgo, adolescencia, planificación familiar y patología cervical, que cuenta con un videocolposcopio y en el que se realiza extracción de papanicolaou por parte de las obstétricas. Cabe aclarar que la atención ginecológica, al tratarse de un hospital materno infantil, es solo la relacionada con el embarazo, mientras que la ginecología general se atiende en el Hospital Municipal Dr. Ángel Pintos.

Los días y horarios de atención en los consultorios son los siguientes:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00hs Control obstétrico de Alto Riesgo	8:00hs Control obstétrico Bajo Riesgo	8:00hs Control obstétrico Bajo Riesgo	8:00hs Control de 1° vez de embarazo	8:00hs Control obstétrico Bajo Riesgo
8:00hs Cultivos de flujo (EGB y fertilidad)	8:00hs Consultorio de clínica médica para embarazadas	8:00hs Control obstétrico Alto Riesgo	8:00hs Planificación Familiar	8:00hs Control obstétrico Alto Riesgo
13:00hs Control obstétrico Bajo Riesgo	10:00hs Planificación Familiar	10:30hs Patología cervical	9:00hs Obstetricia y Ginecología adolescente	12:00hs PAP
11:30hs PIM	11:00hs Control obstétrico Bajo Riesgo	12:00hs Control obstétrico Bajo Riesgo	10:00hs Consultorio de clínica médica para embarazadas	12:00hs Puerperio y Lactancia
13:00hs Control de 1° vez de embarazo	13:00hs Colocación DIU	13:00hs Control de 1° vez de embarazo	10:00hs Control obstétrico Bajo Riesgo	13:00hs Planificación Familiar
		13:00hs Planificación Familiar	11:30hs PIM	
			13:00hs Colocación DIU	

El consultorio de adolescencia atiende por demanda espontánea, brinda consejería y provisión de métodos anticonceptivos. Trabaja interdisciplinariamente con salud mental, servicio social, nutrición, entre otros.

En relación a los otros servicios que intervienen en la atención de la Salud Sexual y Reproductiva, el servicio de salud mental está integrado por tres

psicólogas nombradas y una concurrente, y funciona todos los días de mañana y de tarde. Las principales intervenciones referidas se vinculan con la atención de adolescentes. El servicio social está integrado por tres trabajadoras sociales y funciona de lunes a viernes de 7:30 a 15hs. Las principales intervenciones referidas se relacionan con los casos de interrupción legal del embarazo, abuso sexual y violencia de género.

Cuentan con consultorios específicos de:

- planificación familiar
- colocación de DIU
- obstetricia y ginecología adolescente
- patología cervical
- puerperio y lactancia

En cuanto a la farmacia del hospital, funciona de lunes a sábados de 7 a 16hs. La atención al público se brinda de lunes a viernes de 8 a 16 hs y los días sábados de 8 a 12hs. La farmacia se encuentra localizada en la planta baja y cuenta con un espacio chico. No cuenta con farmacias satélites, y provee a cada servicio de un pequeño stock de medicamentos.

En relación al espacio físico, resulta reducido. Los consultorios son 2 y funcionan por la mañana y por la tarde para cubrir todas las especialidades. El edificio no posee sala de espera, por lo cual, las mujeres aguardan para su atención en un pasillo.

Para internación cuentan con 6 habitaciones en las que llega a haber 3 camas, 3 cunas y 3 camas para acompañantes porque se implementa Maternidad Segura y Centrada en la Familia. Este modelo de maternidad también encuentra como obstáculo las condiciones del quirófano, que no posee doble circulación y eso dificulta el ingreso de los acompañantes.

## Métodos Anticonceptivos

De acuerdo a la información recavada, el Hospital dispone de los siguientes métodos anticonceptivos: hormonales orales combinados y de lactancia, hormonal inyectable, implante sub dérmico, orales de emergencia, DIU (dispositivo intrauterino), SIU (Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel) y se realizan ligaduras tubarias. La obtención de los mismos es a través de la región sanitaria, y en la actualidad refieren tener stock de todos los métodos anticonceptivos, excepto preservativos. Se han mencionado períodos de faltante de Implanon.

No se relevaron obstáculos en relación a la disponibilidad de MAC; excepto preservativos, que se encuentran sin stock.

La provisión de métodos se hace mayoritariamente a través del consultorio de planificación familiar que funciona casi todos los días de la semana. Los profesionales entrevistados refirieron como método más utilizado los hormonales orales combinados y de lactancia. Además, se colocan DIU e implantes dos veces por semana, los días martes y jueves de manera ambulatoria. Las mujeres internadas se retiran con un método al momento del alta. Se solicitan estudios previos de rutina que varían de acuerdo al método elegido por la mujer. Para colocación de DIU se realiza previamente una ecografía y un test de embarazo.

En cuanto a las ligaduras tubarias, se realiza tanto en internación, luego de una cesárea, o con turno programado, para aquellas mujeres que lo solicitan; quedando sujeto el turno a la disponibilidad de quirófano, que puede verse afectada por una urgencia o cesárea. Es importante mencionar que los profesionales manifestaron en las entrevistas realizadas que durante 3 años en el hospital se hicieron ligaduras tubarias post parto; pero que, en la actualidad, luego de un conflicto con los anestesiólogos, quienes adujeron que la práctica es riesgosa para la mujer, no se están realizando, razón por la cual, las puérperas deben solicitar turno luego de cumplido el mes del parto.

En relación a la colocación de implantes sub dérmicos, la mayoría de los profesionales consultados coinciden en que la demanda de este método es creciente, y posee gran aceptación por parte de adolescentes. No obstante, en el grupo de conversación con los residentes manifestaron que la cantidad recibida de la región sanitaria es baja en relación con la demanda, tanto en el hospital como en las unidades sanitarias.

Respecto de los anticonceptivos de barrera, actualmente el hospital no cuenta con stock de preservativos, que faltan desde los últimos tres meses.

La provisión de métodos se realiza mayoritariamente en el consultorio de planificación familiar. Además, el hospital cuenta con consultorio exclusivo para colocación de DIU e implantes dos veces por semana de manera ambulatoria.

Se solicitan estudios previos de rutina que varían de acuerdo al método elegido. Para la colocación de DIU o SIU se solicita control ginecológico con ecografía, y se realiza test de embarazo y PAP. El seguimiento se realiza en los consultorios.

Las ligaduras tubarias se realizan intracesarea o con turnos programados para aquellas mujeres que lo solicitan. La disponibilidad de quirófano suele afectar los turnos. Durante 3 años en el hospital se realizaron ligaduras tubarias post parto; pero dejaron de realizarse por un conflicto con los anestesiólogos, quienes adujeron que la práctica es riesgosa para la mujer.

## Consejerías

El principal espacio mencionado en el que se ofrece consejería en este hospital es el consultorio de planificación familiar. Asimismo, la mayoría de los profesionales afirma que las consultas son consideradas oportunidades en la asistencia de acuerdo a la denominación del Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien no se cuenta con espacios específicos todos los profesionales afirman que se brinda consejería tanto en los consultorios como en internación, al pie de la cama. También en algunos casos se brinda consejería en la guardia.

Son realizadas por la mayoría de los profesionales del servicio de obstetricia, las obstétricas y los residentes. También lo hacen las enfermeras. Principalmente las consejerías son sobre el uso de métodos anticonceptivos y están dirigidas a las mujeres en general, aunque también existen estrategias específicas para la población adolescente, impulsadas por el consultorio de adolescentes.

Otros lugares mencionados en los que se brinda consejerías fueron la residencia de madres, las escuelas y las salas de salud, en las que realizan charlas informativas sobre la salud sexual y reproductiva.

Principales estrategias de consejería relevadas:

- ✓ En consultorio de planificación familiar.
- ✓ Durante las consultas.
- ✓ A pie de la cama, en internación
- ✓ En la guardia.

La consejería es brindada por la mayoría de los profesionales del servicio de obstetricia, las obstétricas y los residentes. También la realizan las enfermeras.

Las obstétricas brindan consejerías en la residencia de madres, las escuelas y las salas de salud, en las que realizan charlas informativas sobre SSR.

✓

## Atención post Aborto

La atención post aborto más frecuente en este hospital se realiza por guardia y con una internación breve, y el método referido como el más implementado es la AMEU. Las mujeres atendidas en situación de post aborto se retiran con un método anticonceptivo al momento del alta, y son citadas para concurrir a los consultorios de planificación familiar y patología cervical para el seguimiento.

El método más referido para la atención de los abortos incompletos es la AMEU (Aspiración manual endouterina).

En relación al espacio físico, no cumple con las condiciones para la adecuada

atención; la inexistencia de UTI (Unidad de Terapia Intensiva) condujo a muertes maternas; además no se cuenta con espacios debidamente protegidos; las mujeres son internadas en la misma sala de parto, que cuenta con dos camillas de parto; o deben permanecer en camillas de guardia. Por estas razones en el hospital se privilegia la AMEU.

Si bien la mayoría de los profesionales manifestaron una actitud libre de prejuicios ni coerción en la prestación; en solo una de las entrevistas se mencionó que es común indagar a las mujeres respecto de las causas del aborto; argumentando que un aborto espontáneo tiene menos riesgo de complicaciones que uno provocado.

La carencia principal para la atención post aborto es la falta de una unidad de terapia intensiva.

Si bien la mayoría de los profesionales manifestaron una actitud libre de prejuicios ni coerción en la prestación, en una de las entrevistas se mencionó que es común *indagar* a las mujeres respecto de las causas del aborto.

Las mujeres en situación de post aborto son frecuentemente derivadas o a los servicios social y de salud mental, que participan del seguimiento de los casos para los sean requeridos.

### **Interrupción Legal del Embarazo**

La atención respecto a ILE (Interrupción Legal del Embarazo) en este hospital se está cumpliendo efectivamente, luego de un período de irregularidad en el que todos los profesionales se declaraban objetores de conciencia. Desde el mes de mayo de 2016, al asumir la nueva dirección del hospital, la directora revocó su postura a fin de garantizar el derecho de las mujeres a recibir la atención.

Asimismo, es importante destacar que al momento de las entrevistas los profesionales manifestaron preocupaciones en torno al tema, y explicitaron la necesidad de recibir información adecuada y capacitación para todo el personal. También se señaló el estado de alerta y confusión existente respecto a la aplicación del “Protocolo para la Atención Integral de la Personas con Derechos a la interrupción legal del Embarazo” del Ministerio de Salud de la Nación. En este sentido, el Hospital no es ajeno al contexto provincial respecto al uso del protocolo, que se tornó confuso debido al retroceso de su adhesión por parte de la Provincia de Buenos Aires.

El acceso a ILE en el hospital está garantizado desde el mes de mayo de 2016 por la nueva dirección. Hasta entonces, al ser objetores de conciencia todos los profesionales del servicio de maternidad, se derivaban los casos a otro hospital.



En cuanto a los circuitos de atención no se mencionaron procesos institucionalizados, sino más bien un manejo espontáneo de acuerdo a cada caso que se presenta; que terminan en general con la derivación a la única profesional que garantiza la práctica. En solo una de las entrevistas se mencionó que en primera instancia ante la solicitud de ILE se realiza reducción de riegos y daños, y posteriormente si la decisión de la mujer se mantiene, se la deriva con la profesional que cumple la prestación.

Se señaló como habitual el trabajo interdisciplinario con los servicios de Salud Mental y Social, que participan para evaluar determinantes psicológicos, obstáculos u otros factores que pudieran influir, y también en el seguimiento de los casos de ILE.

Los principales obstáculos a los que se refirieron se relacionan con la objeción de conciencia, dado que durante mucho tiempo fue la mayor barrera para cumplir con la prestación. La alternativa mencionada para garantizar la cobertura en esos momentos consistía en la derivación a otras localidades. También se mencionaron como obstáculos cuestiones relacionadas con las características particulares de la localidad, el conocimiento de la población entre sí y los prejuicios locales.

Otro dato de relevancia, es que la mayoría de los entrevistados mencionaron la existencia de pocos casos de ILE.

No se realizaron capacitaciones sobre ILE. Existe una demanda efectiva por parte de quienes fueron entrevistados de recibir información adecuada y capacitación en relación a la aplicación del “Protocolo para la Atención Integral de la Personas con Derechos a la interrupción legal del Embrazo” del Ministerio de Salud de la Nación.

### **Estrategias de atención dirigidas a poblaciones específicas**

La principal estrategia para la atención de la población adolescente es la existencia de un consultorio especializado. El mismo atiende por demanda espontánea tres veces por semana: lunes, miércoles y viernes; mientras que los días martes y jueves realizan trabajo de docencia con los residentes de pediatría que rotan por el consultorio.

El consultorio realiza un abordaje específico, centrado en la consejería y provisión de métodos anticonceptivos, el rango etario de la población que concurre es entre los 10 y los 20 años, y las principales inquietudes detectadas están relacionadas con el desarrollo puberal y la anticoncepción. Trabaja interdisciplinariamente con salud mental, servicio social, ginecología y nutrición, frecuentemente, y con otras especialidades como traumatología y oftalmología,

de manera más esporádica.

El hospital cuenta con un comité interdisciplinario de violencia, creado a partir de la existencia de un caso y desde aquel momento quedó consolidado. El comité no solo resuelve casos de violencia externos, *una paciente "x"*, sino que también resuelve casos de violencia que se dan dentro de la institución.

El mismo está integrado por ginecología, trabajo social, salud mental, residentes de pediatría, residentes de obstetricia, enfermería, jefa del servicio de maternidad y al menos un miembro de la dirección del hospital. Los entrevistados coincidieron en que desde el comité se trabaja periódicamente para mejorar el abordaje y tratamiento de los distintos tipos de violencias.

*“Por el otro lado, nosotros con respecto al tema de violencia, como venimos trabajando con Maternidad Segura y Centrada en la Familia, el tema del acompañamiento de la paciente está desde hace rato, en sala de parto entra un acompañante siempre...No a quirófano, eso es una deuda pendiente por ahí todavía. Eso es bastante difícil en algunos lugares, que lo ponen atrás de un vidrio. Como estamos ediliciamente, no tenemos una doble circulación como para poder hacer entrar a un familiar, entonces hoy por hoy es difícil hacerlo en quirófano. Sí en parto, el 100% de los partos está acompañado. En ese sentido no hay inconvenientes, de ahí se va y va a la recepción del recién nacido a ver cómo revisan a su bebé y todo lo demás y no hay drama, pero no en la cesárea.”*

Para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual, interviene el comité. Entre los profesionales consultados hubo consenso en cuanto a las primeras acciones que se siguen son el inicio de tratamientos de profilaxis, retrovirales y antibióticos, la interconsulta con servicio social y salud mental, y el suministro de la anticoncepción de emergencia.

En pocos casos se mencionó dar intervención a la comisaria de la mujer o el servicio local de protección de los derechos del niño, fiscalía o juzgado de

Consultorio de adolescencia: brinda atención especializada con base en la consejería y provisión de métodos anticonceptivos. Funciona a demanda espontánea tres veces por semana.

Comité interdisciplinario de violencia: para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual. Está integrado por profesionales de ginecología, trabajo social, salud mental, residentes de pediatría, y de obstetricia, enfermería, jefa del servicio de maternidad y al menos un miembro de la dirección del hospital. El comité se reúne periódicamente.

familia, especialmente en los casos que ingresan por guardia acompañados por la policía. No obstante, para las situaciones de mujeres víctimas de violencia se mencionó la articulación con los equipos locales que se vinculan con la problemática y con los que se unifican esfuerzos para consolidar una red de atención local.

### Oportunidades de mejora

Las principales fortalezas identificadas por los profesionales del hospital se vinculan con la labor cotidiana del servicio de maternidad, y el desempeño de los profesionales. Se destacó que se asumen múltiples funciones y se realiza seguimiento personalizado de las mujeres para evitar abandono de tratamientos o deserción en la consulta.

*“Destacar que a pesar de lo chico que es el servicio, cumple un montón de roles en cuanto a la prevención y a la solución de todas las situaciones. Entonces, no solo de prevención de situaciones de riesgo, sino de prevención de embarazos no deseados.”*

*“Porque se preocupan, digamos, las adolescentes que vienen mucho... la que no viene, la llaman, se hace citar por servicio social. Tienen una planilla y anotan a todas las que no vienen y las llaman por teléfono o las van a buscar, mandan ambulancia de acá del servicio social. O gente que se sabe que está embarazada y un mes no vino a control, entonces ya salen a rastrearla para tratar de que se vengán a controlar.”*

Asimismo, se destaca especialmente el rol de las obstétricas, quienes complementan la falta de médicos de planta, integran los consultorios de planificación familiar y se capacitaron para realizar la colocación de métodos anticonceptivos, el SIU y el DIU.

Los principales obstáculos señalados se relacionan con la falta de insumos y/o equipamiento, y la inexistencia de UTI.

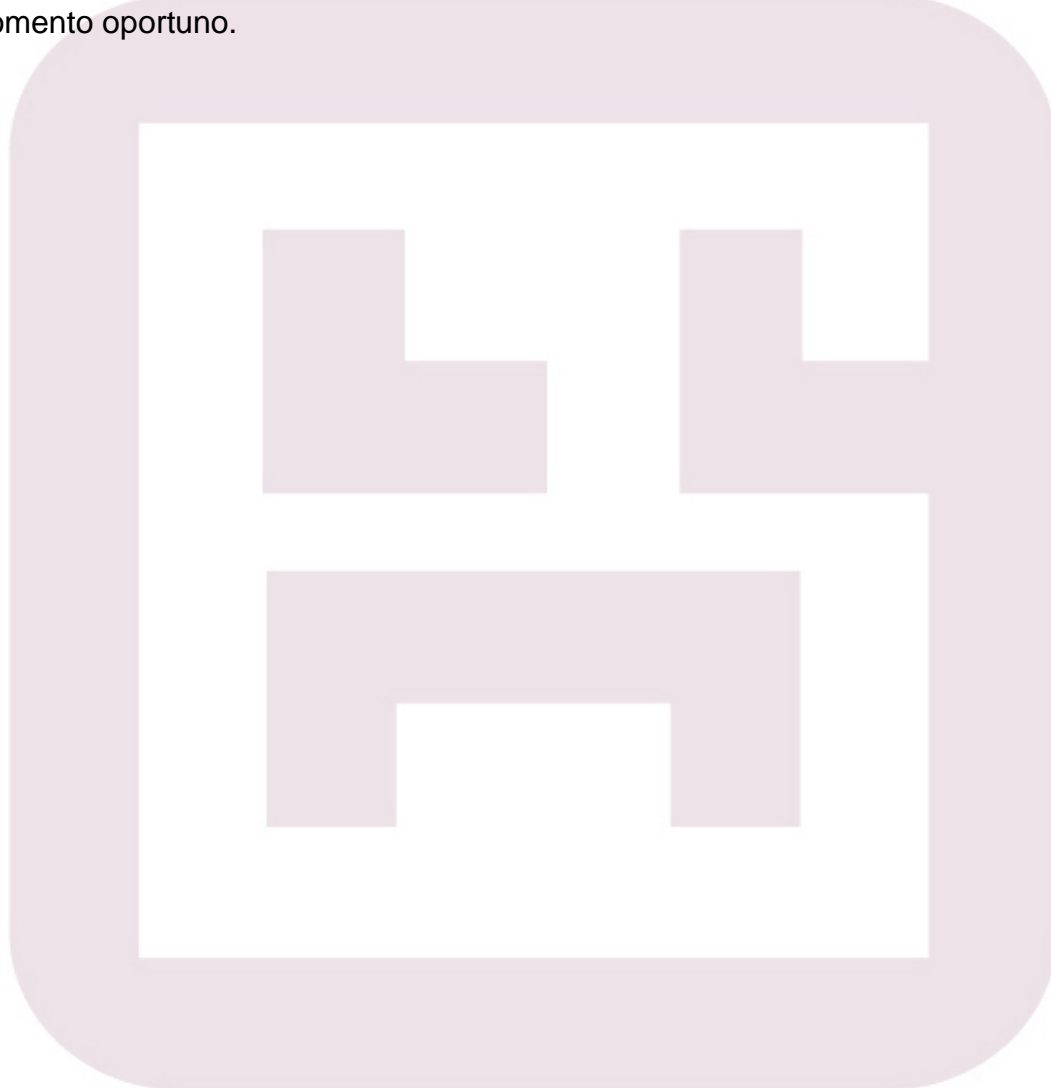
En cuanto a las oportunidades de mejora hubo consenso entre los entrevistados en que se trata de un momento propicio para avanzar en relación a la atención de ILE, desde la capacitación de los profesionales hasta la información que se

Principales aspectos destacados:

- ✓ Desempeño del servicio
- ✓ Rol de las obstétricas

Hubo demanda de capacitación específica por parte de los profesionales entrevistados, en relación a ILE.

brinda a las mujeres; como así también ampliar la disponibilidad y el acceso a todos los métodos anticonceptivos y establecer el tema de las ligaduras en el momento oportuno.



## 2. Hospital Interzonal de Ezeiza “Dr. Alberto Antranik Eurnekian”

---

- Director: Dr. Alfonso Grecco
- Comienzo de gestión: Junio de 2015
- Categoría: III B
- Región: VI
- Municipio: Ezeiza
- Domicilio: L. N. Alem 349
- Mail: info@hospitaleurnekian.com.ar
- Teléfono: (011) 4389-1212/1215 al 18

### Presentación

---

El **Hospital Interzonal de Ezeiza “Dr. Alberto Antranik Eurnekian”** se encuentra ubicado en el Municipio de Ezeiza e integra la Región Sanitaria VI.

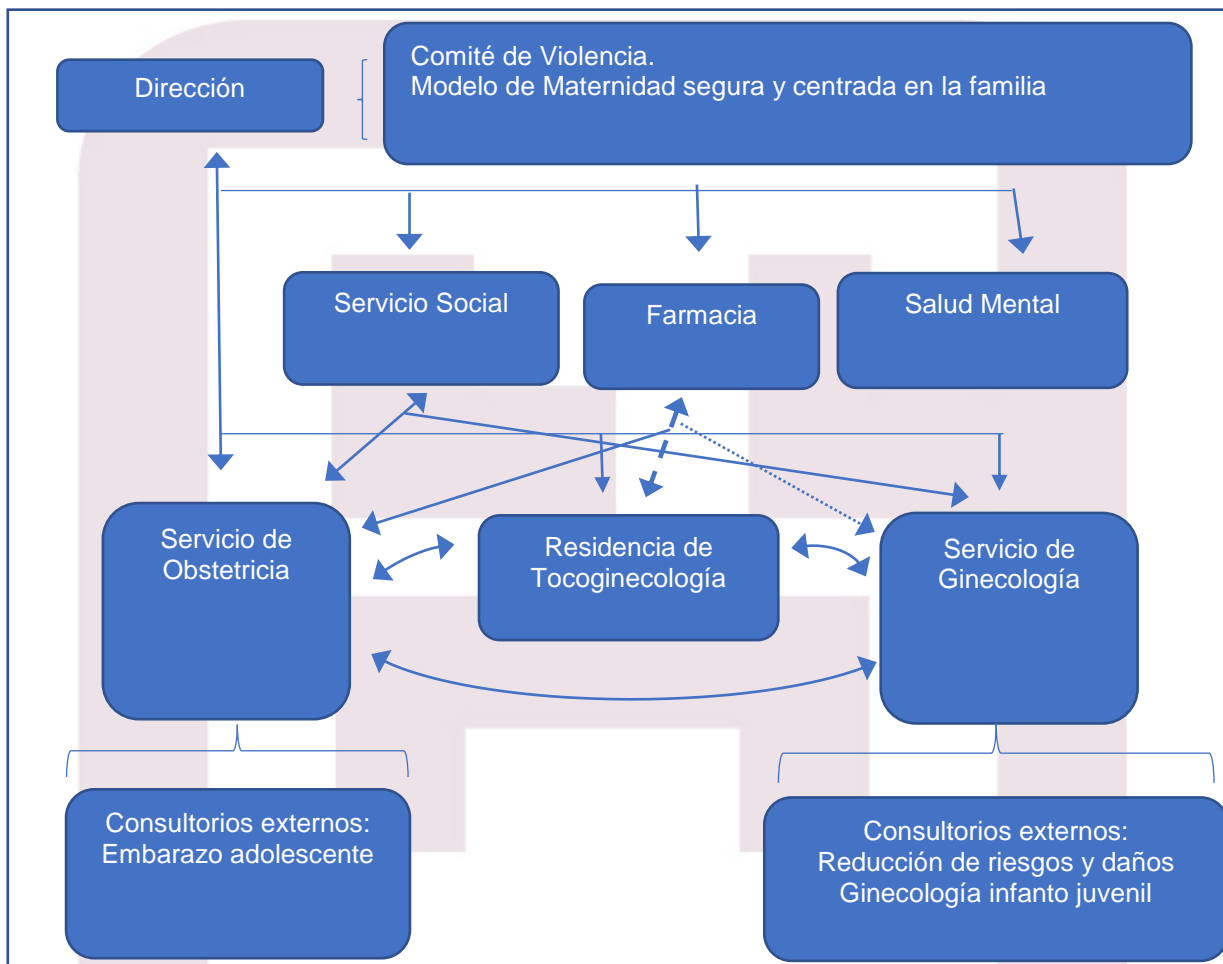
Está catalogado como IIIB. El área de Maternidad se inició bajo el modelo de “Maternidad Segura y Centrada en la Familia”.

Cuenta con Servicio de Ginecología, Servicio de Obstetricia y Residencia de Tocoginecología integrada.

El edificio en que actualmente funciona fue inaugurado en octubre de 2010. Las instalaciones dedicadas a la atención de la SSyR (Salud Sexual y Reproductiva) cuentan con 4 quirófanos activos (no exclusivos), un Centro Obstétrico con sala de internación y sala de partos, y consultorios externos con turnos matutinos y vespertinos.

Según datos oficiales, durante el año 2014 se atendieron 3186 partos y 810 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 1169 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años, y 5737 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años. Finalmente, según lo referido por médicos del hospital, **la cantidad de nacimientos disminuyó en 2015, realizándose un total de 2700 partos.**

## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva - Actores Intervinientes



En el Hospital, los servicios dedicados a la atención de la Salud Sexual y Reproductiva son los servicios de obstetricia, de ginecología y la residencia de tocoginecología. Por otra parte, el servicio de salud mental, el servicio social y la farmacia desarrollan acciones específicas vinculadas al tema.

El **servicio de obstetricia** está compuesto por un centro obstétrico, la sala de internación y los consultorios externos.

En el **centro obstétrico** se lleva a cabo la atención a mujeres ingresadas por la **guardia de maternidad** – guardia de tocoginecología exclusiva y separada de la guardia general-, la atención a mujeres internadas en sala y los partos. El centro obstétrico cuenta con la infraestructura necesaria para asistir a las mujeres, tomar signos vitales y disponer su internación o derivar a consultorios externos para atención ambulatoria.

El centro obstétrico dispone además de una sala de partos, contigua al quirófano donde se realizan las cesáreas. Este quirófano es compartido con el resto de los servicios del hospital.

La sala de internación, exclusiva para maternidad, está dispuesta al lado del centro obstétrico y se comunica mediante un pasillo.

El personal de guardia suele estar integrado por tres médicos, dos obstétricas y residentes.

Los consultorios externos que dispone el servicio de obstetricia son, entre otros, el de embarazo adolescente, diabetes gestacional y alto riesgo, con turnos matutinos y vespertinos de lunes a viernes.

El plantel de profesionales del servicio está compuesto por la jefa del servicio, 20 profesionales médicos, 14 obstétricas, 8 residentes de tocoginecología y 17 enfermeras asignadas exclusivamente al servicio. Al respecto, cabe destacar que son pocos los médicos de planta nombrados en el servicio; la mayoría de ellos tiene nombramiento de horas de guardia que cumplimenta en consultorio o sala.

El **servicio de ginecología** está constituido por la sala de internación y los consultorios externos.

El personal que compone el servicio está integrado por el jefe de servicio, 5 médicos de planta, un médico becario, 8 residentes de tocoginecología que comparten tareas con el servicio de obstetricia y 2 enfermeras.

La sala de internación, no es exclusiva, y se organiza en sala general, terapia intermedia y terapia intensiva. La misma es atendida por el jefe de servicio, el médico becario y los residentes. Los médicos de planta del servicio no atienden en guardia, la atención la realizan los residentes de tocoginecología exclusivamente.

Los consultorios externos del servicio atienden de lunes a viernes en turno matutino y vespertino, y ellos son: reducción de riesgos y daños, ginecología infanto – juvenil, patología mamaria, patología cervical, urología, ginecología endócrina, ginecología general y demanda espontánea

Implementa el modelo de “maternidad segura y centrada en la familia”

Cuenta con Guardia y Sala de Internación obstétrica exclusiva.

Los consultorios externos tienen horario matutino y vespertino.

Ambos servicios cuentan con consultorios específicos para población adolescente.

Dispone de un consultorio de demanda espontánea atendido por residentes.

El consultorio de **ginecología infanto juvenil** funciona de martes a viernes y es atendido por una médica tocoginecóloga especializada, dedicada exclusivamente a esta franja etárea. Brinda consejería y provisión de métodos anticonceptivos. Trabaja interdisciplinariamente con el servicio social realizando charlas informativas a grupos de adolescentes.

El consultorio de **reducción de riesgos y daños** funciona una vez por semana. Cuenta con un médico especializado y se centra en brindar consejería pre y post aborto y asistencia a las solicitudes de ILE (Interrupción Legal del Embarazo).

El consultorio de demanda espontánea es atendido lunes, martes y jueves por residentes. Se centra en la atención de situaciones que no requieren la urgencia de atención que brinda la guardia, pero tampoco pueden postergarse hasta la obtención de un turno programado.

Por otra parte, el servicio de ginecología realiza cirugías programadas los miércoles y viernes, con un promedio de 7 semanales entre las que se menciona cirugía ginecológica general, oncológica y laparoscópica.

La **residencia de tocoginecología** está integrada por 8 residentes, dos por cada año. Abarca ambos servicios: ginecología y obstetricia, las rotaciones son de tres meses y todos los residentes participan de toda la actividad quirúrgica de las dos especialidades. Las clases se organizan por área temática y los residentes se desempeñan en guardia y asistencia programada, ya sea consultorio o quirúrgica. Esta característica de la residencia determina que se diluya la relación jerárquica con los servicios, manifestando sus integrantes cierta autonomía en el proceso de formación e intervención, lo cual genera orgullo y sensación de pertenencia que es percibido como la mayor fortaleza.

Ya sea por el acortamiento de los plazos de rotación, por la importancia que se da al entrenamiento quirúrgico o por la autonomía en el proceso de formación, se percibe mucha iniciativa y potencialidad en la residencia; la cual tiene todos sus cupos cubiertos a diferencia de lo que ocurre en la mayoría de los hospitales relevados.

El **servicio social** está integrado por cuatro trabajadoras sociales y funciona de lunes a viernes en horario matutino y vespertino. El servicio tiene atención de

Dispone de un consultorio de reducción de riesgos y daños.

Cuenta con residencia de tocoginecología muy valorada por las autoridades de la institución por su autonomía e iniciativa en la formación.

Los cupos de la residencia se completan todos los años.

La farmacia funciona de lunes a domingo.



demanda espontánea e interconsulta – generalmente ligada a situaciones de abuso, violencia o adolescentes madres-, y desarrolla proyectos de promoción y asistencia ligados a patologías o situaciones clínicas diversas.

El **servicio de farmacia**, funciona de lunes a domingo de 7 a 19hs., con atención al público en el horario de 9:30 a 13:30hs. Está compuesto por tres farmacéuticos. Cuenta con espacio adecuado para el almacenamiento y funcionamiento diario, pero no dispone de instalaciones para brindar asesoramiento a las personas en forma privada. No posee farmacias satélites.

Su relación con los servicios de ginecología y obstetricia se circunscribe a la administración del stock de anticonceptivos provistos por el Programa de SSyR, sin tener intervención en la solicitud de los mismos, ni en la administración de algunos métodos anticonceptivos específicos como el SIU (Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel) – administrados directamente por el médico referente-.

### Métodos Anticonceptivos

El Hospital dispone de los siguientes métodos anticonceptivos: hormonales orales combinados y de lactancia, hormonales inyectables mensuales y trimestrales, hormonales de emergencia, SIU, implante subdérmico, preservativos, DIU (Dispositivo Intra Uterino) de cinco y de diez años, ligadura tubaria quirúrgica o por vía laparoscópica.

En la actualidad se cuenta con stock de todos los métodos anticonceptivos, aunque se ha mencionado períodos de faltante de anticonceptivos subdérmicos y falta de entrega de preservativos.

Ambos servicios manifiestan proveer variados métodos anticonceptivos, y no tener problema en la dispensa, colocación o realización de intervenciones para el método elegido por las mujeres. Asimismo, coinciden en que son los métodos subdérmicos los de mayor utilización, especialmente en la población adolescente.

En cuanto a la ligadura tubaria, se realiza en ambos servicios: obstetricia en cesáreas, ya sea de urgencia o programadas; y ginecología, con turno programado y mediante laparoscopia. Un obstáculo mencionado con frecuencia

Los profesionales mencionan períodos de faltante de anticonceptivos subdérmicos y preservativos.

El anticonceptivo subdérmico es el MAC más utilizado en población adolescente.

Se realiza ligadura tubaria quirúrgica y laparoscópica.

es la poca disponibilidad de anesthesiólogos y anestésicos, que son asignados según prioridades y urgencias, quedando relegada la realización de ligaduras.

No obstante, esta situación, los profesionales médicos implementan estrategias para fortalecer la anticoncepción hasta la realización de la intervención programada: *“Pero yo no es que les digo: andá y volvé en seis meses, no. (...) ¿vos estás esperando para ligadura? Listo, te voy a poner un DIU hasta que te puedas hacer la ligadura o (...) te voy a poner esta inyección ahora...O sea, le doy la orden, la indicación y la cajita del inyectable que dura 3 meses.”*

La **anticoncepción post evento** – post parto o post aborto – es realizada por todos los profesionales entrevistados, aunque la inmediatez de la misma varía según el método elegido: las pastillas se dispensan al momento del alta, mientras que para colocación de DIU o implante se programa una cita en consultorio.

Respecto a la solicitud de **estudios previos**, el servicio de ginecología sólo solicita para ligadura tubaria los requerimientos pre quirúrgicos, o en los casos de pertenecer a población de riesgo. *“Se manejan los criterios clínicos de la OMS (...) En el caso del DIU se aprovecha la colocación (...) para hacer el papanicolaou, (...) con los anticonceptivos orales (...) se les pide hacer un control hepático posterior”*. Por el contrario, el servicio de obstetricia solicita siempre estudios de rutina que varían de acuerdo al método elegido por la mujer.

Finalmente, respecto al **seguimiento** de las mujeres que obtienen un método, ambos servicios programan turnos, aunque mencionan que un importante porcentaje no regresa a control, entre otros motivos, por preferir atenderse en unidades asistenciales del primer nivel de atención más cercanas a su domicilio.

Por tal motivo, la médica referente del consultorio de ginecología infanto juvenil articula con el servicio social para fortalecer el seguimiento de las adolescentes. Lleva un listado de presentes y ausentes, y solicita al Servicio Social citar a las adolescentes que no concurren al turno programado, intentando disminuir el ausentismo de este modo. *Y entonces, algunas me faltan: ausente. (...) ¿qué hago yo? Llamo a Servicio Social, me anoto las que faltan, hago una notita y la envío a Servicio Social para que las citen”*

Los anticonceptivos son provistos por la región sanitaria, en el marco del

El servicio de ginecología y la residencia no requieren ningún tipo de estudio previo para la dispensa o colocación de MAC.

Los profesionales manifiestan tener dificultades para el seguimiento de mujeres que obtienen un MAC.

El consultorio de ginecología infanto juvenil desarrolla un dispositivo de seguimiento conjunto con el servicio social.

Programa de SSyR de la Provincia. La mayoría de ellos se almacenan y administran en la farmacia, excepto los subdérmicos que son administrados directamente por la referente del consultorio de ginecología infanto juvenil.

Se ha relevado falta de comunicación entre la farmacia y la residencia, ya que los médicos residentes no acceden a los métodos anticonceptivos estoqueados y refieren un exceso de burocracia que dificulta la obtención de los mismos para la dispensa en consultorio o sala. Subsanan esta situación distribuyendo muestras gratuitas que entregan diferentes laboratorios. Tal situación no fue manifestada por ninguno de los otros profesionales.

Por último, algunos médicos manifestaron estar al tanto del descarte de MAC que se produce en Farmacia, y consideran alternativas de distribución para favorecer que estos recursos lleguen a las mujeres: *“Está habiendo como un problema con la anticoncepción de emergencia porque ahí hay un montón y no sale, está como estancado en Farmacia. Eso es algo que tenemos que estudiar porque no sabemos si es que la gente no viene a pedir porque no sabe o por si vienen a pedir y en la guardia no hay... Entonces, una de las cosas que estábamos pensando es empezar a dar la anticoncepción de emergencia a las mujeres en edad fértil que vengan para que las tengan. Antes de que se vengzan en farmacia, llevátelas y si tenés un problema, usala”*

## Consejería

La consejería es brindada en forma *“personalizada, en el momento que corresponda”*. El hospital no dispone de un consultorio o ámbito especialmente dedicado al tema, sino que todos los profesionales brindan información a requerimiento de las mujeres o en situaciones que considere oportunas durante la atención por cualquier tipo de consulta,

La consejería se realiza en consultorio o en sala, inclusive en la guardia, siempre por personal médico de planta o residentes. En ningún caso se refirió que aborden el tema otros profesionales de la salud, como obstétricas o enfermeras.

No cuenta con un consultorio específico dedicado a la consejería en anticoncepción, sino que se brinda a requerimiento de las mujeres.  
Existen múltiples estrategias: en sala de internación, guardia o consulta en consultorio.

Asimismo, el consultorio de ginecología infanto juvenil desarrolla **charlas grupales** los primeros y terceros martes de cada mes. En articulación con el servicio social reúne adolescentes del Programa Envión en el hospital y conversan sobre temas referidos a la anticoncepción y las enfermedades de

transmisión sexual.

En varias entrevistas se relevó como proyecto de mejora la intención de sistematizar y unificar los ámbitos de consejería para fortalecer la asistencia. *“Que hubiera un centro de anticoncepción específico, ¿no? (...) y no estar así (...), en forma desperdigada de información, sino que hubiera un centro que fuera específico”.*

### Atención post Aborto

---

La atención de mujeres en situación de post aborto o aborto incompleto suele estar a cargo del Servicio de Obstetricia, ya que es el servicio encargado de la Guardia.

En el ingreso, se evalúa la situación clínica y se define la práctica médica más conveniente: medicación, AMEU o legrado.

Se prioriza la utilización de medicación por ser una práctica ambulatoria de rápida resolución, y se deriva al Servicio de Ginecología para control. *“Antes, era todo raspado: quirófano, anesthesiólogo...Un montón de gasto hospitalario que no es necesario, la verdad que no. (...) a veces se puede hacer seguimiento y decirle: bueno, te colocás el oxa hoy y mañana temprano te quiero ver acá.”*

Ningún profesional menciona obstáculos para la atención de estas situaciones. Sin embargo, en algunas entrevistas se menciona la posibilidad de cierto maltrato hacia las mujeres, vinculado a prejuicios o valoraciones morales de algunos médicos del servicio de obstetricia. *“Según el personal que le toque puede ser muy transitable o puede ser violento.”*

Al igual que en los casos de ILE, se fomenta la adopción de un método anticonceptivo post evento inmediato, y de ser posible de larga duración. *“Pero antes de salir, el concepto es que algo que se lleva: un DIU, un comprimido, un inyectable, un SIU. Lo que acepte...O se hace una ligadura. La disponibilidad está como para que salga con una solución extra “*

De lo contrario, vuelve a realizarse la consejería en métodos anticonceptivos durante la cita de control.

La práctica priorizada es la inducción medicamentosa

Farmacia incluye la compra de misoprostol en las licitaciones.

Se realiza seguimiento ambulatorio.

Todos los profesionales aconsejan la adopción de un MAC post evento inmediato., preferentemente de larga duración.

## Interrupción Legal del Embarazo

El Hospital cuenta con un **consultorio de reducción de riesgos y daños**, dependiente del servicio de ginecología, encargado de brindar consejería pre y post aborto y dar solución a las solicitudes de ILE. Es atendido por un médico especializado, y recibe derivaciones de unidades sanitarias, de otros hospitales, del Ministerio de Provincia, y también del propio servicio y del Servicio de Obstetricia.

Es importante aclarar que el médico responsable de este consultorio participó del Programa de SSyR de la Provincia como capacitador en la temática e hizo colaboraciones en el desarrollo de protocolos y guías de indicaciones.

Respecto al **modo de abordaje**, el médico referente del consultorio manifiesta seguir una serie de pautas de información y consejería con la mujeres solicitante: *"primero vamos a hablar del aborto legal, se explica el marco, que no es algo que está pasando secretamente en el consultorio sino que es algo que está autorizado por la dirección y se explica después cuáles son las técnicas y demás, se valora lo que es la decisión, cómo se siente ella con la decisión, el marco social en el cual está amparada (...) Y ahí sí lo que se hace es coordinar con trabajo social y salud mental como para apoyarla en el post procedimiento con la continuación de su situación."*

Este protocolo está en sintonía con las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación en cuanto a respetar la autonomía, favorecer la accesibilidad, la no judicialización, la confidencialidad y la rapidez, y garantizar la privacidad y la transparencia de las acciones.

La práctica médica **utilizada es inducción con medicación (Oxaprost) y AMEU** (Aspiración Manual Endo Uterina). *"Ella decide con cuál de los dos lo quiere hacer. (...) en el caso de que elija oxaprost se le hace la receta, se le explica cómo utilizarlo y se cita a un control ecográfico en la semana y en el caso del AMEU si se puede hacer en el día o se programa en la semana, se hace el*

La dirección del hospital y la jefatura de servicios respaldan la prestación.

Disponen de consultorio de reducción de riesgos y daños que realiza consejería y resuelve las solicitudes de ILE.

La práctica médica utilizada es inducción con medicación o AMEU.

El protocolo de abordaje respeta la autonomía, y favorece la accesibilidad, la no judicialización, la confidencialidad la rapidez, y garantiza la privacidad de la mujer.

El procedimiento es ambulatorio.

El servicio de obstetricia es objeto de conciencia.

La residencia realiza la práctica con supervisión.

*procedimiento ambulatorio, viene en promedio de dos horas al hospital, se hace la interrupción.” Posteriormente se cita a control y se realiza consejería en anticoncepción.*

Respecto a la obtención de **misoprostol**, Farmacia refiere que el pasado año fue la primera vez que se lo suministraron desde la Región Sanitaria, pero en dosis insuficientes. Y que actualmente la provisión está suspendida. Por este motivo, el misoprostol fue incluido por primera vez en las licitaciones de la Farmacia.

Si bien el médico referente es el profesional encargado de realizar el procedimiento, la práctica es realizada también por otros profesionales del servicio y por los residentes con supervisión. En este aspecto, el servicio de ginecología tiene pocos profesionales **objetores de conciencia** que se registraron como tales ante la dirección del hospital. Al decir de los miembros *“El concepto básico es que si (el médico referente) se manca por alguna circunstancia, hay otro que lo va a reemplazar o alguien que va a seguir con su actividad hasta que vuelva. Es decir, es un servicio de equipo, aquel que tiene objeción (...) lo respetamos, punto.”*

Por el contrario, en el servicio de obstetricia la mayoría de los profesionales son objetores de conciencia, por lo que en los casos de embarazos mayores a 14 semanas se solicita la autorización a la jefa del servicio y se deriva al consultorio de reducción de riesgos y daños. *“Sos objetor de conciencia, se respeta, no lo hagas. Tenés la obligación, si te llega la mujer, de derivarla y tratarla bien, nada más.”*

Respecto a los circuitos de acceso, los profesionales entrevistados manifestaron que no existen **protocolos de autorización o derivación** institucionalizados. Cualquier profesional que detecta una situación, realiza una derivación personalizada lo más rápidamente posible: *“todos los médicos la mandamos al consultorio (...). La contactamos en forma rápida...Rápida: no le decimos ‘andá, sacá turno...’ porque se lo dan dentro de dos meses y ahí ya va tener cinco meses.”*

### **Estrategias de atención dirigidas a poblaciones específicas**

---

Respecto a la atención de la población adolescente, el Hospital dispone de **consultorios especializados** en ambos servicios. En el servicio de ginecología se encuentra el consultorio de ginecología infanto juvenil; y en el servicio de obstetricia, el consultorio de embarazo adolescente.

En ambos consultorios el médico referente se especializa en la franja etaria y atiende exclusivamente a esta población. Asimismo, las adolescentes sólo tienen como referente a este profesional, evitando que puedan ser tratadas por varios médicos.

El Servicio Social tiene gran participación en el trabajo con esta población. Históricamente desarrolló acompañamientos para madres adolescentes con el servicio de pediatría, pero al perderse este ámbito implementó un nuevo dispositivo con ginecología. *“En ese seguimiento y en ese tratamiento, se trata todo lo que es embarazo no deseado, prevención justamente del embarazo no deseado, que tengan el acceso a métodos anticonceptivos directo, libre elección y se abre la posibilidad de que, si se encuentran en situación de un embarazo no planificado, puedan consultarlo en el hospital.”*

Concretamente, el dispositivo consiste en que el servicio social dispone de todos los turnos del consultorio de ginecología infanto juvenil los primeros martes del mes, cita a las adolescentes y posteriormente realiza una charla de anticoncepción y cuidados de la SSyR con miembros de ambos servicios.

Este tipo de articulación para el seguimiento de las mujeres adolescentes están comenzando a implementarlo también con el consultorio de embarazo adolescente del servicio de obstetricia.

Asimismo, el servicio social proyecta el trabajo con obstétricas para la realización de curso pre parto específico para esta población.

Según la información relevada, los profesionales del hospital están comprometidos con lograr espacios protegidos para las adolescentes, en cualquier circunstancia de la atención de su SSyR: realizan derivación inmediata a los consultorios especializados, reducen los tiempos de espera y privilegian la resolución de la demanda para evitar “perder” a la adolescente que requiere atención.

*“Los consultorios son por turnos, pero como el adolescente es alguien especial, si necesita un anticonceptivo en el momento, me golpean la puerta: doctora, necesito esto ya. Yo les digo: a ver...Miro la cajita (...) Entonces, les doy de a*

Dispone de consultorio de ginecología infanto juvenil y consultorio de embarazo adolescente.

El servicio social realiza acompañamiento de adolescentes.

Los profesionales buscan reducir los tiempos de espera y privilegiar la resolución de la demanda para evitar “perder” a la adolescente.

Se solicita la firma de consentimiento de los adultos para algunas prestaciones lo que pueden obstaculizar el cumplimiento de la voluntad de las adolescentes.

*cuatro cajas para que no les falte y les digo que nunca vengan el día anterior a que se les termine porque si no... Imaginate, puedo no estar.”*

No obstante, se relevaron experiencias de situaciones problemáticas vinculadas al conflicto de interés entre la adolescente y los adultos responsables, que derivaron en la necesidad de firma de consentimientos y otros protocolos que pueden obstaculizar el cumplimiento de la voluntad de la adolescente. Por ejemplo, para la colocación o extracción del DIU se requiere un consentimiento firmado. En los casos en que la adolescente llegue acompañada por un adulto, es a este a quien se le requiere la firma del consentimiento. Tal situación puede obstaculizar el cumplimiento de la decisión de la adolescente, no verbalizada frente a su acompañante.

Existe un comité de violencia para el abordaje de situaciones de violencia o abuso.

El servicio social es el encargado de mantener la articulación con el Servicio Local del municipio.

Los protocolos mencionados refieren exclusivamente a la atención médica.

Respecto a las situaciones de abuso o violencia sexual, ya sea de niñas, niños y adolescentes o mujeres adultas, las autoridades del hospital informaron la existencia de un comité de violencia integrado por profesionales del servicio social, salud mental y médicos.

Este comité interviene específicamente para las denuncias y derivaciones relacionadas con los aspectos legales.

Respecto a la existencia de un protocolo de actuación, los profesionales informan que sólo está protocolarizada la actuación médica respecto a profilaxis y prevención del embarazo. *“la medicación para HIV, para sífilis (...). Hay que hacer un laboratorio donde se piden las ( ) para enfermedades de transmisión sexual. No porque me vaya a dar positivo por este hecho, pero sí para ver que sea negativo. Y bueno, obviamente si hay una demanda, una denuncia policial ( ) se espera si va a venir o no el forense a verle. Y el examen forense, lo hace el forense.”*

Se trabaja en interconsulta con los servicios de infectología, salud mental, social, y pediatría en los casos que corresponda. No obstante, destacan que no se trata de una intervención interdisciplinaria, sino de derivaciones secuenciadas.

El servicio social es el encargado de mantener la articulación con el Servicio Local del municipio, ante el que se realiza la denuncia, ya sea por situaciones de niños y adolescentes o por situaciones de mujeres adultas. Posteriormente realiza entrevistas a familiares y entorno de la víctima, y suele recomendar la internación por un período de tiempo para protección de la persona.



"(...) ahora hay un refugio que se ha abierto hace poco y también articulamos con ellos en cuanto al recurso y en cuanto a la protección. (...) Permanecen internados, el tema es el egreso, se dificulta cuando no tienen un lugar o una familia que la pueda contener."

## Oportunidades de Mejora

En el Hospital la atención de la SSyR de las mujeres aparenta ser un tema especialmente atendido por las autoridades y profesionales, con especial hincapié en la resolución de situaciones de **solicitud de ILE** y la atención de la **población adolescente**.

En este sentido, todos los profesionales entrevistados conocían las estrategias que se desarrollaban y tenían participación activa en las mismas, o pasiva con derivaciones oportunas. Esta situación de conocimiento del trabajo de los diferentes servicios se observó en los profesionales entrevistados, cualquiera sea su rango o área de desempeño.

Respecto de **las principales fortalezas**, se destaca el compromiso y sentido de pertenencia de los profesionales al servicio que integran y al hospital en general, así como el nivel profesional y la permanente capacitación y actualización que realizan.

Contar con un edificio nuevo, y con una adecuada disposición de los servicios y espacios para el desarrollo de la atención, es también percibido como una de las mayores fortalezas del hospital para la atención de las mujeres.

Respecto a las **oportunidades de mejora**, hay consenso general sobre la necesidad de promocionar la oferta de servicios del hospital, especialmente en lo referente a la anticoncepción. Unificar y fortalecer **un área dedicada a la consejería en SSyR** es un proyecto de mejora concreto enunciado por las autoridades y profesionales del servicio de ginecología.

Asimismo, se plantea la necesidad de **mejorar el trabajo interdisciplinar**, generando espacios concretos de intercambio y reflexión entre los servicios, que superen la inmediatez y atomización de la interconsulta.

Por otra parte, resulta de gran importancia **mejorar los circuitos de comunicación para la administración de stock y compra de medicamentos**.

Oportunidades de mejora relevadas:

- \* Unificar las estrategias de consejería en un área especialmente dedicada a la prestación.
- \* Mejorar el trabajo interdisciplinar, consolidando equipos de trabajo.
- \* Racionalizar las solicitudes de MAC.
- \* Realizar talleres de clarificación de valores para atención de ILE/APA

Esto, en lo referente a la comunicación, dentro del hospital entre los servicios de obstetricia, ginecología, farmacia y residencia, a fin de favorecer el expendio de anticonceptivos; como también en lo referente a la comunicación con el Programa de SSyR, para evitar la entrega “excesiva” que luego deba ser descartada por su vencimiento.

Por último, y vinculado a mejorar la atención de situaciones de ILE se propone hacer talleres de capacitación y “clarificación de valores” entre los profesionales, apuntalado por una mejora en la retribución salarial de aquellos médicos que garanticen la atención y realización de la práctica. *“Porque los profesionales saben, se les han muerto mujeres en situaciones de abortos y demás. Pero esta cuestión de la ilegalidad y que le digan “abortero” y esta estigmatización que, nada, se resuelve con talleres y remuneración económica, (...) si a un médico le pagas lo mismo por hacer una cesárea que por hacer tres, va a preferir hacer una. Con la interrupción del embarazo pasa lo mismo, si le pagas lo mismo por hacer papanicolaou que por hacer interrupción del embarazo, va a preferir hacer papanicolaou. Entonces, si no hay igual remuneración por igual tarea, también la mayoría va a decir: “y, yo soy objetor”. Eso es un tema porque desde la carrera de medicina está inculcado esto de que el aborto es algo desagradable, es algo malo y uno de los profesionales dice: a mí me gusta hacer aborto como me gusta hacer parto. Es una etapa más de la historia de la mujer, que la podés ayudar, le podés resolver un montón de problemas, hasta puede ser beneficioso, le podés estar cambiando su estilo de vida (...) A mí me ponen quince pacientes por día, si son quince papanicolaou me demoro una cantidad de tiempo, si tengo cinco interrupciones, me demoro el triple. (...) Aparte van a hacer que otros profesionales digan: ah, mirá, X gana más, yo también hago interrupción!”*

Para finalizar, como planteo más global que excede las posibilidades de abordaje del Hospital únicamente, se plantea que para mejorar la atención de la SSyR de las mujeres es necesario mejorar **la articulación entre el nivel de atención primaria y el hospital**, fortaleciendo estos espacios en el primer nivel.

### 3. Hospital zonal General de Agudos descentralizado “Evita Pueblo”

---

- Director: Dr. Rodrigo Castañeda
- Subdirectora: Liliana Jacobino
- Comienzo gestión: diciembre de 2015
- Categoría: III A
- Región: VI
- Municipio: Berazategui
- Domicilio: Calle 136 e/ 27 y 28
- Mail: [dejecutiva-epueblo@ms.gba.gov.ar](mailto:dejecutiva-epueblo@ms.gba.gov.ar)
- Teléfono: (011) 4223-2992/97

#### Presentación

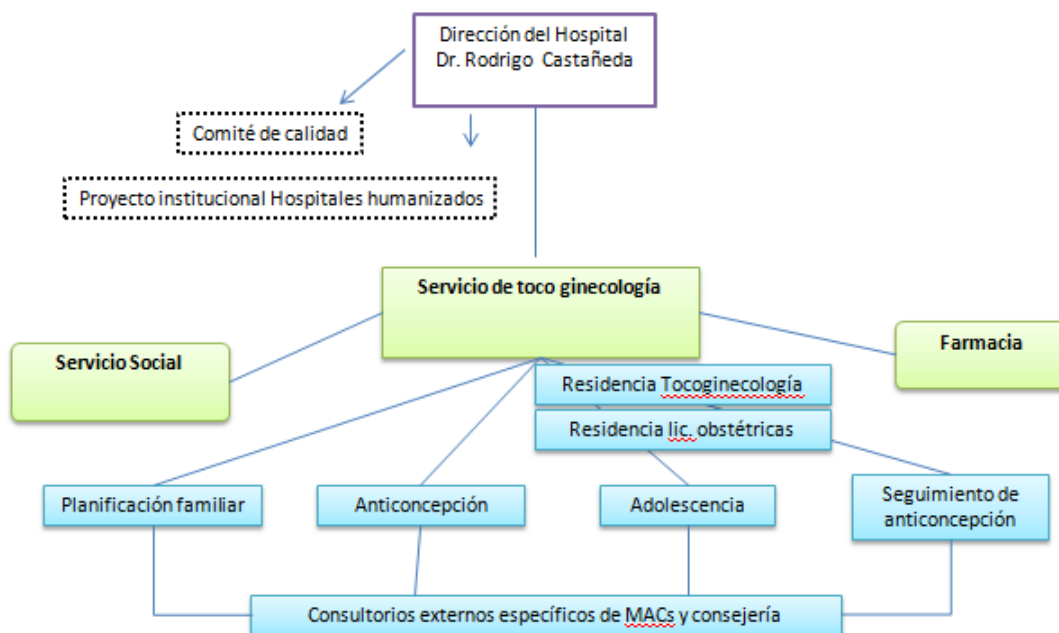
---

El **Hospital zonal General de Agudos descentralizado “Evita Pueblo”** se encuentra ubicado en el Municipio de Berazategui e integra la Región Sanitaria VI.

El hospital está catalogado como III A. Según datos oficiales en este hospital durante el año 2014 se atendieron 3200 partos y 893 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 380 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años y 2801 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años.

El edificio cuenta 224 camas, y consultorios externos con turnos matutinos y vespertinos.

## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva – Actores intervinientes



La gestión actual del hospital data de diciembre de 2015. Desde su inicio, priorizó el servicio de toco ginecología y respondió a varios de sus reclamos y necesidades. Según refieren los entrevistados, se reorganizó el consultorio de ginecología de guardia, la sala de pre parto y se avanzó en la planificación de una obra de ampliación del servicio.

Otro avance de esta gestión destacada por los entrevistados es la formalización del Comité de calidad y la puesta en marcha del proyecto institucional de Hospital humanizado. Ambos espacios creados recientemente, fueron valorados como oportunidades para desarrollar acciones para mejorar la atención en general y de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en particular.

El Hospital Evita Pueblo cuenta con un servicio integrado de Toco ginecología.

El servicio posee cuatro consultorios externos vinculados a la consejería y los métodos anticonceptivos:

- 1) Adolescentes, a cargo de la Dra. Marisol Plana.
- 2) Planificación familiar a cargo de un grupo de obstétricas
- 3) Anticoncepción a cargo de la Dra. Martínez
- 4) Seguimiento de la anticoncepción a cargo de la Lic. Schiffoni

En cuanto a la atención de las adolescentes, el consultorio está a cargo de una médica de planta del servicio que hizo un curso de capacitación al respecto. Según los motivos de consulta se realizan interconsultas con Pediatría, Trabajo Social y a la psicóloga del hospital. Sin embargo, las entrevistas evidencian que el abordaje de las adolescentes depende de las características de los casos, como parte de un acuerdo informal que no forma parte de un protocolo de atención.

El consultorio de planificación familiar está a cargo de una Lic. Obstétrica, quien se encarga de dar la consejería en anticoncepción. Según cuentan los entrevistados es un servicio relativamente nuevo, funciona desde junio del año pasado. Trabaja con todas las pacientes que se van de alta de internación, sean puérperas o post aborto. Estas mujeres se llevan una orden que las habilita para volver al hospital el día que el consultorio atiende, que es una vez a la semana, los martes por la tarde.

El consultorio de anticoncepción está cargo de la Dra. Martínez, funciona de lunes a jueves por la mañana y por la tarde. Allí se programan y realizan las ligaduras tubarias y se colocan los DIU (Dispositivo Intrauterino).

Se suma además un consultorio que se dedica al seguimiento y/o reafirmación del método anticonceptivo elegido previamente por las pacientes, conducido por la Lic. obstétrica Schifoni. Es un espacio de consejería donde se ajusta o re afirma la decisión de la mujer respecto a métodos anticonceptivos elegidos y donde se realiza el seguimiento sobre el uso del mismo.

Tiene guardia exclusiva de tocoginecología, dispone de consultorios de obstetricia y ginecología. El personal de guardia suele estar integrado por dos médicos y dos obstétricas por cada turno.

Cuenta con centro obstétrico que tiene una sala de partos respetado.

Evita Pueblo cuenta con dos instancias organizativas valoradas como oportunidades para la mejora en la calidad de la atención: comité de calidad y proyecto de hospitales humanizados.

Se destaca la existencia de cuatro consultorios asociados a las prestaciones MAC y consejería:

- 1) Consultorio especializado en adolescentes;
- 2) Planificación familiar, dirigido a mujeres post evento obstétrico.
- 3) Anticoncepción, orientado especialmente a métodos de larga duración y
- 4) consultorio de seguimiento o re afirmación del método anticonceptivo.

Posee guardia exclusiva de tocoginecología y el centro obstétrico cuenta con una sala de partos respetado.

El plantel de profesionales del servicio completo cuenta con 21 médicos de planta y alrededor de 18 enfermeras exclusivas para el servicio.

El hospital cuenta con residencia de tocoginecología y de licenciadas obstétricas, con un total de 12 residentes entre ambas.

Los entrevistados plantearon problemas y deficiencias en muchos y diversos aspectos:

En relación a la infraestructura disponible y el estado de situación edilicia del hospital el planteo fue que, si bien cuenta salas de espera, pasillos y espacios comunes en buenas condiciones, los espacios de atención para consultorios e internación resultan pequeños e insuficientes para el área programática y la demanda que recibe.

En respuesta a este déficit, los entrevistados manifestaron su expectativa sobre el proyecto aprobado por el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires para la ampliación del servicio de tocoginecología para la construcción de nuevos consultorios y renovación de la guardia.

En relación al personal, los problemas priorizados fueron la ausencia de Servicio de salud mental; un plantel de profesionales insuficiente en relación a la demanda; y la escasez de residentes.

La ausencia de servicio de salud mental se suple con una psicóloga que cumple horas en el servicio de tocoginecología; lo cual aseguran que no es suficiente para abordar los casos de abuso sexual o de adolescentes que atraviesan un evento obstétrico para las cuales sería recomendable dar intervención a salud mental.

La insuficiencia de personal profesional, incluidos los/las residentes, complica los tiempos de atención y genera una espera prolongada en guardia y consultorios externos. Mencionan al respecto que el problema de la residencia se perjudica año a año porque cada vez ingresan menos: *“antes entraban 4 residentes por año entonces al cuarto año se disponía de 16 personas formándose. Esto fue cambiando, comenzaron a entrar 3, después 2. También ocurre que ingresan y abandonan por la relación cantidad de trabajo y remuneración recibida”*.

Los **problemas de gestión** priorizados por los entrevistados:

- 1- **Falta de espacios físicos** para la atención en internación y consultorios externos.
- 2- **Ausencia de servicio de salud mental**
- 3- **Plantel profesional insuficiente**
- 4- **Reducción** progresiva de **residentes** rotando
- 5- **Oferta de capacitación escasa** por parte del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires.
- 6- **Desconocimiento** falta de capacitación de los profesionales sobre **protocolos** de atención.

Algunos entrevistados repararon en la falta de instancias de capacitación como problema grave: *"creo que eso es una falencia institucional desde el Ministerio para abajo, de que no se generen instancias de capacitación. La capacitación que hemos tenido todos los profesionales es por iniciativa propia y a costo propio. Es muy poco lo que llega desde el Ministerio."*

Señalan que el Hospital ofrece jornadas y ateneos de manera esporádica que no se conforman en una oferta concreta de capacitación.

Los entrevistados alertan también el efecto negativo que esta falta de capacitación tiene sobre la atención, aseguran que se generan acciones o prácticas innecesarias que sumado a la falta de conocimiento y aplicación de los protocolos de atención deja libradas a las pacientes a la buena voluntad de los profesionales que la atienden en cada circunstancia: *"generamos acciones innecesarias que no son altamente conflictivas, pero que generan un malestar, algo que decís ¿Por qué estamos trabajando tan mal? Porque a veces la vorágine del trabajo te lleva a no tener tiempo de protocolizar, no tenemos la forma que desde arriba para abajo nos digan: bueno, todos los que hagan ginecología de guardia y todos los que hagan pediatría de guardia tienen que obligatoriamente capacitarse en violencia doméstica, violencia infantil... Yo durante estos 16 años me he sentido en ese punto como abandonado por el Estado"*.

Finalmente, sobre la disponibilidad de insumos e instrumental, se hizo hincapié en la falta de insumos en general y de la necesidad de renovar los laparoscopios.

### **Métodos Anticonceptivos**

El Hospital dispone de los siguientes métodos anticonceptivos: hormonales orales combinados y de lactancia, hormonales inyectables mensuales y trimestrales, hormonales de emergencia, implante subdérmico, preservativos, DIU, ligadura tubaria quirúrgica, vaginal o por vía laparoscópica.

Se remarca como una gran fortaleza para el servicio contar con la ligadura tubaria por vía vaginal. No es una práctica muy extendida y reporta muchos beneficios para las mujeres; principalmente porque tiene un posoperatorio muy sencillo, según refieren las médicas entrevistadas.

La ligadura tubaria se realiza en tres variantes: quirúrgica, laparoscópica y vaginal. Se valora positivamente la modalidad vaginal por los beneficios que representa para la mujer en el post operatorio.

Los anticonceptivos hormonales orales e inyectables son provistos por la región sanitaria VI a Farmacia. Los dispositivos como el DIU y el implante subdérmico son suministrados al servicio directamente.

La Farmacia dispensa al personal autorizado del hospital, no directamente a los pacientes. Los entrevistados de Farmacia manifiestan no poseer stock de todos los métodos anticonceptivos. Se menciona falta de preservativos y escasez de anticonceptivos hormonales orales para lactancia. Otros entrevistados del plantel médico comentan que suelen suplir el faltante de estos productos con muestras de laboratorios. En este punto encontramos discrepancias de opinión entre los entrevistados, algunos prefieren dispensar muestras gratis de anticonceptivos orales combinados por sobre los anticonceptivos orales recibidos a través de la región VI; dado que los consideran de mejor calidad y mayor efectividad: *“cuando no hay o no nos traen de región VI entonces nos manejamos con muestras gratis. Aparte, algunos médicos consideran que no son tan efectivas porque tienen muy poco margen de olvido, el que da el ministerio te da un margen de cuatro horas como mucho; entonces las pacientes quedan embarazadas igual con el anticonceptivo del gobierno. La verdad que cuando hay del ministerio y tenemos Camelia, igual se le da Camelia”*.

Los entrevistados del servicio de tocoginecología manifiestan proveer variados métodos anticonceptivos y no tener problemas serios en la dispensa, colocación o programación del método elegido por la paciente. Mencionan como obstáculo que el servicio sólo cuenta con dos módulos semanales de quirófano (2 turnos de 4 horas) lo que hace que las cirugías sean asignadas según prioridades y urgencias, quedando la ligadura tubaria relegada. Se menciona que existen demoras de hasta un mes para las ligaduras tubarias que no se efectúen en ocasión de cesárea.

Se menciona la necesidad de contar con un anticonceptivo combinado especial

Se relevó la falta de disponibilidad de preservativos y anticonceptivos hormonales para lactancia.

Un obstáculo destacado la poca disponibilidad del servicio de módulos de quirófano. Dos módulos semanales no son suficientes para abastecer la demanda de ligadura tubaria. Mencionan demoras de hasta un mes.

Se plantea la necesidad de contar con un anticonceptivo hormonal combinado especial para adolescentes. Este pedido se fundamenta en que el anticonceptivo disponible a través de la Región sanitaria VI no está compuesto por la hormona recomendada para mujeres muy jóvenes.



para las adolescentes: “*un inconveniente que tenemos respecto de los combinados, que sería lo que más nos falla es que la hormona que se utiliza no es recomendable para las pacientes más jóvenes*”.

La anticoncepción post internación – cualquiera sea el motivo de la internación, post parto o post aborto – es considerada por la mayoría de los profesionales entrevistados, aunque la inmediatez de la misma varía según el método elegido: las pastillas y preservativos se dispensan al momento del alta, mientras que para la colocación de DIU, implantes o métodos quirúrgicos se programa una cita en consultorio de anticoncepción.

Cabe destacar que los entrevistados en su mayoría expresan como premisa de trabajo: “que las pacientes salgan de alta con el método provisto o colocado”.

Solicitan estudios previos únicamente para ligadura tubaria (pre quirúrgicos).

No se solicitan estudios previos para la opción por un método, exceptuando la ligadura tubaria para la que se efectúan estudios pre quirúrgicos. La ligadura tubaria se realiza tanto en obstetricia al momento de la cesárea, ya sea de urgencia o programada como en ginecología con turno programado.

## Consejería

La consejería es brindada en varios momentos. Durante la internación post evento obstétrico, la consejería llamada *de pie de cama* está a cargo de las residentes obstétricas que son coordinadas por la jefa de obstétricas. Una vez externada la paciente, se va con un método anticonceptivo que haya aceptado y se la convoca a volver a control del método o para la elección de un método de larga duración. Para este fin, el servicio cuenta con dos ámbitos especialmente dedicados a la consejería y provisión/ colocación de MAC, el consultorio de planificación familiar, orientado a la mujer post evento obstétrico y el consultorio de anticoncepción, en el cual se colocan los DIU y se programan las ligaduras tubarias.

A su vez, el servicio cuenta con un consultorio de seguimiento y re afirmación del MAC. Sobre el funcionamiento de este espacio, los entrevistados

La consejería es brindada en varios momentos: a pie de cama post evento obstétrico y en los consultorios específicos. No se menciona la guardia como ámbito de consejería.

Se destaca la existencia del consultorio de seguimiento de MACs. Es un espacio valorado positivamente a pesar de que también es un ámbito a difundir y fortalecer para que las mujeres puedan acceder.

expresan la necesidad de trabajar en su difusión y/o derivación para que puedan llegar más mujeres; dado que sólo atiende un promedio entre 8 y 10 pacientes por semana.

Respecto a materiales gráficos de apoyo, se reconoce que son muy necesarios en los espacios de consejería pero que no se dispone hace tiempo de ejemplares de ningún tipo.

Se releva que consejería y MACs son prestaciones prioritarias para el servicio de tocoginecología.

Cabe resaltar que si bien hay varios ámbitos señalados como de consejería y son muchos los profesionales que la brindan: obstétricas, médicas/os, residentes y enfermeras, varios entrevistados hicieron referencia a que la consejería y los MACs son prioridad para el servicio: *“nos tienen muy disciplinados con el tema de consejería y los anticonceptivos”*.

Se reconoce la necesidad de contar con materiales gráficos de apoyo para los diferentes ámbitos de consejería.

Finalmente se destaca que las residentes obstétricas se están formando para la colocación/implantación de MAC. Sobre este punto se aclaró que a pesar de que la ley de ejercicio profesional las habilita, la formación actualmente consiste en observar para en un futuro poder realizar las prácticas. La división de tareas en el servicio es fue aclarada, la consejería está a cargo de las obstétricas y las prácticas de colocación/implantación a cargo de los médicos y residentes.

### Atención post Aborto

En relación a la práctica médica más frecuente para APA (Atención Post Aborto), uno de los entrevistados explicó que disponen de AMEU (Aspiración Manual Endouterina) pero que no todos los profesionales la practican *“porque no están de acuerdo o no saben cómo hacerlo, no están capacitados, y no hemos tenido la oportunidad de generar una instancia de capacitación”*.

Se hace referencia a la AMEU como práctica médica más frecuente para APA.

Los entrevistados aseguran que la totalidad de pacientes recibe consejería durante la internación antes del alta. La consejería es misma sea cual sea el evento obstétrico: *“Básicamente se la trata como una puérpera, es lo mismo, no se discrimina si es un aborto o una puérpera. Se le da la misma consejería”*

Entrevistados alertaron sobre un promedio de 3 casos de post aborto por día.

La principal dificultad manifestada radica en la guardia, en la cual según el profesional que atienda habrá o no espacio para la consejería.

El promedio de atención post- aborto es de 3 mujeres por día. Al momento del alta, junto con la prescripción del control a una semana, la mujer recibe una recomendación de visita al consultorio de anticoncepción para la opción por métodos de larga duración.

No tienen stock de misoprostol, si no que se solicita a Farmacia frente a casos puntuales donde se requiere. La Farmacia se provee vía compra directa en farmacias comerciales de la zona.

No tienen disponibilidad permanente de misoprostol. La farmacia los adquiere vía compra directa frente a casos puntuales.

### Interrupción Legal del Embarazo

El Hospital no cuenta con un consultorio o ámbito encargado de recibir las solicitudes de interrupción legal del embarazo.

Manifiestan que frente a casos de ILE, se organizan los jefes de servicio y de salas: *“Ahora tuvimos uno hace poquito y lo hemos manejado los jefes directamente, entre la jefa de servicio y los 3 jefes de sala que tiene, con psicología y trabajo social, pero no tenemos un cuerpo armado porque se nos dificulta mucho, por el espacio y por la cantidad de profesionales que tenemos disponibles, lo manejamos nosotros.”*

Según los entrevistados no es por la existencia de objetores de conciencia que no se realizan más prácticas de ILE, sino porque no tienen demanda: *“no es que los pacientes vienen y lo solicitan, en los últimos 4 o 5 años se realizaron 3 o 4 ILE, y todos fueron por orden judicial”*.

Tampoco parece ser una opción para el servicio de este hospital *“No todos los profesionales de acá están informados de esto y los CAPs (Centros de Atención Primaria) tampoco están informados. El año pasado, la provincia capacitó en La Plata, fuimos a una charla de aborto y después de eso vinimos con los protocolos y desde el año pasado estamos luchando... Se hizo uno esporádicamente y no es que está implementado en el*

No tienen comité o cuerpo profesional conformado para atender los casos de ILE. Se organizan ad hoc frente a

Se observa desinformación entre los profesionales del servicio respecto a ILE y confusión respecto al requerimiento de orden judicial.

Algunos entrevistados reconocen la falta de capacitación de los profesionales del servicio respecto a ILE.

servicio"

## Estrategias de Atención dirigidas a poblaciones específicas

### Adolescencia

En las entrevistas no se identificó un protocolo específico para la atención de adolescentes. Pueden ingresar tanto por pediatría como por infanto juvenil. Si son pediátricos y deben internarse, lo hacen en pediatría. Al ingreso las atiende el médico que esté de guardia o la médica que se encarga del consultorio de adolescencia quien realiza el seguimiento de las adolescentes ingresadas. Algunas obstétricas se dedican exclusivamente a embarazo en la adolescencia por lo cual se busca que los controles los hagan siempre ellas.

La responsable del consultorio de adolescencia recibe la derivación de las adolescentes que ingresan o da las pautas para la atención (vía mensaje telefónico) cuando se ausenta del hospital.

El seguimiento de las adolescentes está a cargo de la misma médica referente del consultorio.

Algunas obstétricas se dedican exclusivamente a la atención de adolescentes embarazadas.

### Mujeres víctimas de violencia de género

No hay una estrategia formal y definida para el tratamiento de situaciones de violencia *"Hubo en una época en el hospital un comité de violencia, pero hace muchos años que no está funcionando así que se quería implementar también para el próximo año como un proyecto"*.

Cuando se detectan situaciones de violencia intervienen los jefes de servicio. En rigor: *"En cada guardia el más idóneo para el tema es el que se termina ocupando. Se ocupa toda la gente que está de guardia, pero no hay nada armado específico"*.

La dirección del hospital planifica para el 2017 la elaboración de un proyecto institucional sobre violencia.

Frente a casos de violencia intervienen los jefes de servicio o salas.

### Niños y niñas víctimas de violencia

Si se detecta abuso reciente se aplica el protocolo de abuso sexual, toda la medicación, se hace la serología, se utiliza el kit para tal fin. Pero en casos en donde el abuso no fue reciente, no se sabe cómo proceder *"por ejemplo, pasó con una chica que no había sido abusada en ese momento, sino*

Los casos de violencia y abuso en niños/as y adolescencia los maneja la médica responsable del consultorio de adolescencia.

*que había referido en el colegio que la abusaban desde hace tiempo; nos comunicamos con la Dra. del consultorio de adolescencia por teléfono y ella nos dio todos los pasos a seguir de qué era lo que teníamos que hacer con la chica”.*

Todo lo relacionado con abuso lo maneja la misma doctora que está a cargo del mencionado consultorio de adolescencia. Depende del caso se llama al servicio social o a la psiquiatra del hospital. *“Tenemos un psiquiatra que para este tipo de temas no sería, pero al no tener servicio de salud mental no nos queda alternativa, tenemos que llamarla”.*

### **Violencia obstétrica**

Algunos entrevistados refirieron hechos de violencia obstétrica. Comentaron por ejemplo *“... hemos tenido problemas con algún profesional que se lo ha charlado y modificó la conducta... es que como tenemos tanto trabajo, diez partos, tres abortos, la cesárea y esto y lo otro, como que es uno más. Y nos ha pasado que alguna mujer reclame ... pero era mi embarazo y.... bueno, se le dio contención, fuimos nosotros los jefes, vino la psicóloga, y al profesional involucrado se lo citó: mirá, tené cuidado, fijate, si bien estamos acostumbrados a que para nosotros es un número...porque es uno atrás de otro, cuando estás de guardia llega un momento que... pasame los tres abortos”.*

### **Oportunidades de mejora**

---

Existe consenso entre los entrevistados sobre las fortalezas con las que cuenta Evita Pueblo para la mejora de la atención en SSyR:

- Expectativas sobre la nueva dirección del hospital: diferentes entrevistados valoran positivamente el apoyo que reciben de la dirección actual para proponer y llevar a cabo nuevos proyectos en procura de mejorar la calidad de la atención.
- La formalización por parte de la gestión actual del comité de calidad y del proyecto institucional de hospital humanizado, ambos espacios entendidos por los entrevistados como oportunidades para dirigir acciones que mejoren la calidad de la atención.
- Que el hospital cuenta con una nueva sala de parto respetado (TPR) y la experiencia previa de reflexión sobre cultura organizacional en el marco del proyecto de MSCF.
- La solicitud de los entrevistados de acceder a capacitación referida a ILE.
- Que las obstétricas se estén formando para la colocación/ implantación de MAC hacia la delegación de competencias. Actualmente la división de

tareas es consejería a cargo de las obstétricas y prácticas de colocación/implantación a cargo de los médicos y residentes.

- La buena comunicación que hay entre los diferentes servicios y áreas del hospital. Los entrevistados refieren encontrarse como institución en un proceso de cambio muy importante de la cultura de trabajo en equipo al servicio de la mejora en la calidad de atención.
- Nuevo proyecto de capacitación en servicio: (aprobado por la dirección del hospital para el año 2017): se realizará un curso de capacitación en servicio para los profesionales tocoginecología de carácter obligatorio. Los contenidos prioritarios serán violencia institucional, obstétrica, maternidad segura y centrada en la familia, y estrategias de abordaje de la violencia en el lugar de trabajo.

#### 4. Hospital Interzonal General de Agudos “Evita”

---

- Directora: Dra. Cristina Godoy
- Comienzo de gestión: marzo 2016
- Categoría: III B
- Región: VI
- Municipio: Lanús
- Domicilio: río de Janeiro 1910
- Mail: [Evita-direccion@ms.gba.gov.ar](mailto:Evita-direccion@ms.gba.gov.ar)
- Teléfono: (011) 4241-6122

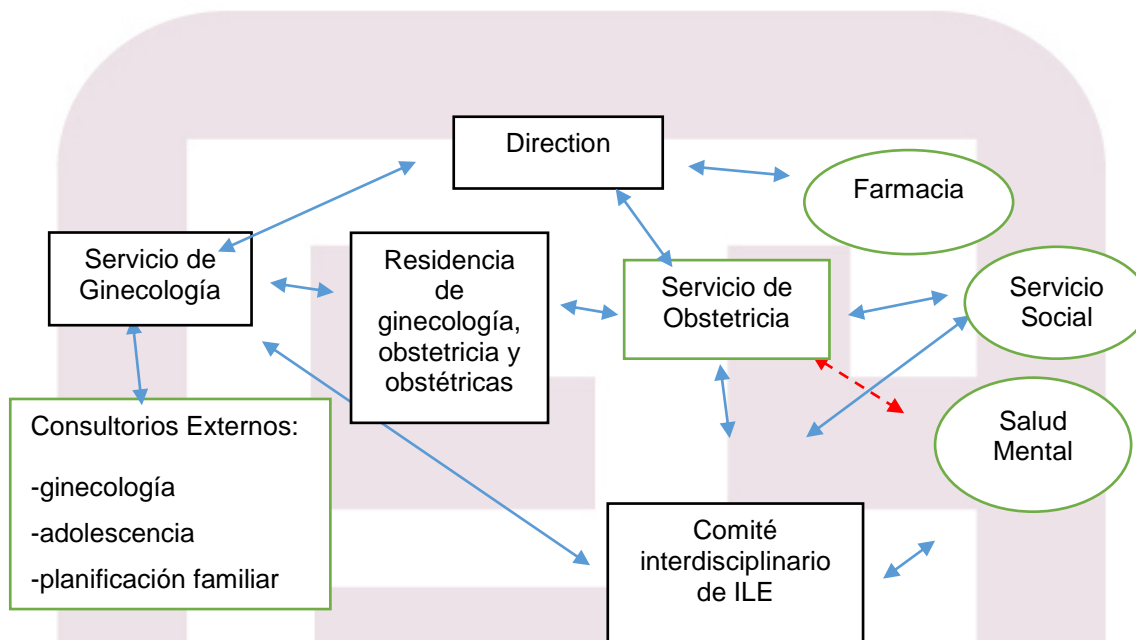
#### Presentación

---

El **Hospital Interzonal General de Agudos “Evita”** se encuentra en el municipio de Lanús e integra la Región Sanitaria VI. Está catalogado como IIIB y cuenta con un total de 260 camas.

En el hospital según datos oficiales durante el año 2014 se atendieron 2784 partos y 721 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 151 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años, y 2421 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años.

## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva – Actores Intervinientes



En el Evita, los servicios dedicados a la atención de la Salud Sexual y Reproductiva son los de obstetricia y ginecología, que funcionan de manera separada; y la residencia de Tocoginecología. También cuenta con servicio de salud mental y trabajo social, y con farmacia.

Además, el hospital posee guardia de ginecología y de obstetricia las 24 hs todos los días de la semana.

El servicio de obstetricia, cuenta con jefe de consultorios externos y jefe de internación. La atención ambulatoria de obstetricia se brinda con turnos programados los días martes y jueves, y eventualmente los sábados. También los días lunes, miércoles y viernes desde el mediodía, algunos médicos atienden en los consultorios de ginecología que no están ocupados. La atención de obstetricia se separa en: alto riesgo, diabetes, hipertensión, patología genital inferior y un consultorio o función de práctica que es ecografía obstétrica.

El hospital cuenta con consultorios de primera vez, planificación familiar y adolescencia. El consultorio de adolescencia fue destacado por su atención y modalidad de gestión.

Profesionales en el sector:

Consultorios externos de obstetricia:



Médicos de planta: 6 médicos de planta nombrados en consultorios externos y otros médicos de planta que están en internación (y no realizan consultorios).

Becarios: becarios han quedado en el servicio (cobran función de guardia y bajan al consultorio a atender).

Enfermeras: dos enfermeras (exclusivas de consultorio de lunes a viernes) asignadas al consultorio.

Internación de obstetricia:

Médicos de planta: 4 jefes y 3 médicos no hacen guardia; 13 médicos de guardia,

Obstétricas: 16 obstétricas de guardia, 1 jefa de obstétricas y 1 obstétrica de planta.

Enfermeras exclusivas del servicio: 20 enfermeras.

El servicio de ginecología brinda atención en internación y en consultorios externos. Cuenta con consultorios de primera vez, de adolescencia y de planificación familiar. Los horarios de atención son los lunes, miércoles y viernes de 8 a 13hs.; y los martes y viernes por la tarde hay consultorio docente de 13 a 17hs. El consultorio de planificación familiar está a cargo de los residentes, y funciona los días martes y viernes por la tarde.

El consultorio de adolescencia es destacado en el hospital por su atención, funciona todos los días por turno y a demanda espontánea.

Los profesionales que integran el servicio de ginecología son:

6 médicos nombrados de planta

1 médico interino

2 o 3 residentes por año

No hay enfermeras asignadas al servicio de ginecología, sino que están en piso.

La residencia de tocoginecología del Evita tiene una historia de 40 años de funcionamiento. Actualmente, son 10 residentes, la mitad en obstetricia y la mitad en ginecología. También el hospital cuenta con residencia de obstétricas desde hace aproximadamente 5 años, y está integrada por 6 residentes y 1 jefa de obstétricas.

Se destaca la residencia de tocoginecología por su trayectoria. Cuenta con consultorio docente supervisado por la Jefa de residentes.

La residencia cuenta con un consultorio docente para el seguimiento específico de pacientes, ya sea por alguna infección o hipertensión, en este consultorio los residentes son supervisados por la Jefa de residentes.

En el servicio de ginecología, los residentes también integran el consultorio de planificación familiar, avocándose fundamentalmente a colocación de DIU (Dispositivo Intrauterino) y el seguimiento de pacientes con métodos anticonceptivos.

En el servicio de obstetricia, los residentes asumen funciones de guardia y de piso, con un rol de acompañamiento.

En relación a los otros servicios que intervienen en la atención de la salud sexual y reproductiva en el Hospital: Salud Mental, Servicio Social y Farmacia trabajan de manera articulada con los servicios de ginecología y obstetricia; si bien los profesionales refieren que el trabajo conjunto no es algo frecuente, sino que se realiza solo en casos puntuales.

*“La articulación fue ríspida cuando para la ILE el protocolo de provincia pedía un equipo interdisciplinario y los servicios de salud mental y trabajo social demoraban su evaluación.”*

*“y bueno lo mismo pasa con servicio social que tengo más contactos conociendo casos puntuales y a su vez cuando tengo problemas, cuándo hay una paciente que requiera una asistente social entonces sí, al estar más cerca influye eso, diez metros, tratar de ubicar a dos licenciadas que siempre tengo contacto con ellas. [...] la lejanía de los servicios influye porque a veces tenemos que ir a salud mental, digo, hay que salir del hospital e ir a la otra esquina y a veces no los encontramos, y servicio social nos queda más cerca, entonces vamos, yo personalmente voy y ahí un par de licenciadas que están más cerca de obstetricia, de nosotros.”*

La **relación** con salud mental y servicio social “es buena” “a veces los llamamos” en **casos** de “*pacientes oncológicas, sobre todo, nosotros tenemos muchas cirugías oncológicas y a veces es como que falta apoyo me parece.*”

Las condiciones edilicias no son adecuadas para la atención, observándose a simple vista necesidades de mejora y mantenimiento en todo el edificio. La mayoría de los profesionales entrevistados refiere problemas de limpieza, falta de insumos básicos, equipamientos obsoletos o rotos como es el caso del histeroscopio. Los consultorios para la atención ambulatoria son boxes y se comparten entre los profesionales de las distintas especialidades. Todos los consultorios externos están en la misma ala en la planta baja del hospital, excepto obstetricia que está en el segundo piso. Las salas de espera para los consultorios de ginecología y obstetricia tienen una distribución en forma de L, son más bien oscuras y frías, y cuentan con las sillas plásticas.

*“Vos fijate que ves ese nylon ahí, nosotros nos vamos, este se pone acá arriba. Este consultorio se inunda con una lluvia, en otros lugares se hubiera*

*clausurado. Viene la chica a limpiar dos o tres veces. Tenemos muchos problemas edilicios en el hospital. Así y todo, tenemos un muy buen sistema de calefacción, lo cual no es menor porque el hospital no tiene gas, no sé si ahora se resolvió, y los compañeros que están en la parte del edificio se hielan. Es fuerte el tema del gas, no sé si ya se resolvió. Tenemos aire acondicionado, entonces hay ciertas cosas que esta parte tiene mejor, hay otras peores.”*

No obstante, actualmente se realizan obras para la mejora de distintas áreas. En el mes de mayo de 2016 se inauguró el centro obstétrico que cuenta con el equipamiento correspondiente a una neonatología IIIB para cubrir la mayor complejidad. En cuanto a las salas de parto, se incorporaron nuevos sillones que permiten tres posiciones, y fueron provistos por el Ministerio de Salud Provincial.

En mayo de 2016 se inauguró el Centro Obstétrico que cuenta con el equipamiento correspondiente a una neonatología IIIB.

Asimismo, la guardia del hospital se está haciendo nueva, se terminó la tercera parte de la obra, y faltan las dos terceras partes, que es la más importante, de acuerdo a lo mencionado desde la dirección del hospital. Esto genera dificultades para el ingreso de los pacientes, ya que el acceso directo se encuentra tapiado y son re direccionados por la entrada general. Para la atención de obstetricia y ginecología las pacientes que requieren atención de guardia ingresan al segundo piso del hospital donde funcionan estos servicios.

## **Métodos Anticonceptivos**

De acuerdo a la información recavada el Hospital Evita dispone de métodos anticonceptivos hormonales orales combinados y de lactancia; de barrera; inyectables trimestrales “*actualmente no hay mensuales porque la partida que había se venció y no hay nuevas*”; implantes sub dérmicos; anticonceptivos orales de emergencia, disponibles por guardia, DIU, multi loats y T de cobre, que se están colocando intra-cesárea o post parto inmediato, SIU (Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel), y se realiza ligadura tubaria.

La obtención de los mismos es a través de la región sanitaria; y los anticonceptivos orales a partir de muestras entregadas por visitantes médicos de distintos laboratorios. Si bien el hospital cuenta con stock de los métodos

Faltante de MAC:  
Inyectable Mensual.  
Los anticonceptivos orales que se entregan son las muestras de distintos laboratorios. Para la elección del método se solicitan estudios previos de rutina, de laboratorio y electrocardiograma; y para el caso del DIU también se pide ecografía.

mencionados, los profesionales entrevistados señalaron que la disponibilidad depende del stock, y que en muchas ocasiones los mismos médicos traen de sus consultorios particulares.

La provisión de métodos en el hospital se canaliza mayoritariamente a través del consultorio de planificación familiar, que atiende con turno programado, y brinda asesoramiento a las mujeres. Se solicitan estudios previos de rutina, de laboratorio y electrocardiograma para evaluar el estado general de la paciente; también se realiza una entrevista para evaluar si el método se adecua mejor a su personalidad y edad; y para el caso del DIU también se pide ecografía. En el consultorio de planificación también se coloca DIU, dos o tres por día de consultorio.

Se realiza colocación de DIU intra-cesárea o post parto inmediato. También en el consultorio de planificación, con turno programado, se colocan dos o tres por día de consultorio.

El consultorio de adolescencia ofrece una atención diferencial en este sentido:

*“nosotros hacemos la anticoncepción como consulta de urgencia: paciente que llega, se va con el método anticonceptivo. Hacemos todos anticoncepción, no solo yo, todos inician anticoncepción. De todos los métodos que tenemos en la canasta, desde DIU hasta implantes, todos están a disposición. Si yo tuviera que tener una situación, es raro por la edad, pero si tuviera que tener-- o una joven mayor de dieciocho que demandara la ligadura también se hace, lo hago yo, obviamente, pero requiere el enlace con ginecología. No ponemos barreras a eso, son cosas que venimos trabajando.”*

El consultorio de adolescencia realiza una atención diferencial, la anticoncepción es atendida como consulta de urgencia y se resuelve en el momento.

En cuanto a la ligadura tubaria, se realiza intracesárea y también post parto inmediato. Los profesionales refirieron que suelen sugerirla a las pacientes de alto riesgo; y que en los casos en que las mujeres la solicitan se realiza con el solo requerimiento de la paciente. Las principales dificultades mencionadas se relacionan con los módulos de anestesia.

Se realizan ligaduras tubarias intracesárea y también post parto inmediato.

En cuanto a la anticoncepción post parto o post aborto todas las puérperas se van de alta con un método anticonceptivo, ya sea anticoncepción oral, inyectable aplicado, o se las cita para colocar el DIU.

## Consejerías

En el Hospital el principal espacio destinado a consejería es el consultorio de planificación familiar, que es atendido por los residentes supervisados por el instructor y el jefe de residentes. El consultorio funciona los días martes y viernes de 13 a 17hs.

*“Hacemos todos anticoncepción, no solo yo, todos inician anticoncepción. Quizás si hay alguna cosa más compleja ya (diagnosticando) el tercer nivel de los niveles de patología, ya son cuestiones que las tengo que ver, por la complejidad misma, pero ellos empiezan todos anticoncepción. La enfermera da anticoncepción de emergencia en la sala, se hacen test de embarazo y diagnóstico. La duda de gesta es una consulta de urgencia y en base al descarte de esa duda se hace la anticoncepción.”*

Asimismo, los profesionales consultados manifestaron que realizan consejerías tanto en internación como durante las consultas ambulatorias; y también lo hacen con aquellos casos de mujeres que solicitan una interrupción legal del embarazo.

Principalmente las consejerías son sobre el uso de métodos anticonceptivos y están dirigidas a las mujeres en general. Se hace consejería en puerperio, en ginecología y en adolescencia para la administración y elección de métodos anticonceptivos.

Para la población adolescente se realizan talleres en la sala de espera, a cargo de dos talleristas y una trabajadora social, como actividad dependiente del consultorio de adolescencia.

En general, los profesionales no disponen de un material de apoyo para las consejerías, solo en los casos en que se los brinda algún laboratorio de especialidades medicinales.

Estrategias destacadas de consejería:

- ✓ consultorio de planificación familiar.
- ✓ en internación a pie de cama.
- ✓ talleres en la sala de espera para la población adolescente.

Se realizan talleres sobre SSR para adolescentes en sala de espera. Es una actividad promovida por el consultorio de adolescencia.

## Atención post Aborto

La atención post aborto o de aborto incompleto en este hospital está a cargo del servicio de ginecología y se realiza principalmente por guardia con una internación breve. En los casos de abortos sucedidos luego de la semana 12 de gestación, intervine el servicio de obstetricia.

Si bien la mayoría de los profesionales consultados no especificaron el método más frecuente para la resolución de los abortos incompletos; se refirieron al abordaje desde una visión de derechos de la mujer, con prácticas orientadas a calmar el dolor y evitar el raspado si no es necesario. En los casos de embarazos menores a 12 semanas mencionaron la elección de tratamientos medicamentosos, y generalmente son evaluaciones particulares según el caso.

*“algunas pacientes requieren internación, otras no, evaluamos cada caso, luego de las doce semanas la conducta a veces es bastante difícil, no estamos haciendo AMEU por falta de experiencia, hemos hecho pocos en la maternidad pero no es una práctica que la estamos implementando, por desconocimiento, por falta de utilización, tenemos la idea de ir mejorando en esto, y después de las doce semanas para arriba, tenemos casos muy puntuales con prostaglandina, dilatación, evacuación del producto del embarazo, raspado uterino”*

Es importante señalar que en una de las entrevistas se mencionó una diferencia en la atención de los casos de aborto según las causales del mismo:

*“yo creo que es más dificultoso cuando son abortos provocados, porque la paciente viene en defensiva, permanentemente, entra mintiendo siempre, que no se había hecho nada, se pone mal y ahí cuenta la verdad, entonces es muy difícil llegar a la paciente en estas situaciones, una la está ayudando, basándose en una mentira, después una vez que se abren y que cuentan, es otra relación la que se logra tener y en general terminamos teniendo una muy buena relación, pero eso es lo más dificultoso”*

En relación a métodos anticonceptivos, al igual que en los casos de ILE (Interrupción Legal del Embarazo), se fomenta la adopción de un método y la

En relación a la AMEU (Aspiración Manual Endouterina), se dijo que no es un procedimiento que se siga con frecuencia en el hospital, por falta de capacitación para su realización.

Existen diferencias en relación a APA entre quienes fueron entrevistados, desde quienes privilegian una visión de Derechos de las mujeres; hasta quienes expresan que es habitual indagar las causales de aborto.

externación con el mismo. Las mujeres atendidas en situación de post aborto se retiran con anticonceptivos o con la indicación para colocación de DIU si así lo solicitaran; y son citadas a concurrir a los consultorios para el seguimiento la semana siguiente al alta. En esa consulta posterior al alta, se evalúa su estado de salud, psíquico y social.

Protocolos mencionados:  
los de SOGBA y  
SOGIBA.

En cuanto al uso de protocolos específicos para guiar la atención de las mujeres en situación de post aborto, los profesionales mencionaron los de las sociedades científicas, Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA) y Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA).

Entre los problemas frecuentes se mencionó la falta de analgésicos tanto para las cesáreas como para una paciente en una situación de aborto.

### **Interrupción Legal del Embarazo**

---

La atención por ILE en este hospital está garantizada tanto en el servicio de ginecología como en el de obstetricia, y cuentan con un listado objetores de conciencia. Además, se destacan estrategias para la población adolescente impulsadas por el consultorio especializado:

*“Nosotros tomamos al embarazo como un evento en la vida de esa mujer que desencadena lo que a esa mujer le pase. No tenemos la concepción de que la continuidad de un embarazo sea lo esperado. No son la mayoría de las chicas embarazadas adolescentes las que quieren interrumpir un embarazo, pero nosotros de esa manera abrimos la consulta; otras vienen directamente diciendo que quieren interrumpir el embarazo y otras vienen directamente con la derivación. Ya hoy a nosotros nos reconocen y ya vienen dirigidas”*

No obstante, los profesionales entrevistados reconocen que se trata de un proceso de aprendizaje en el que no todos están en la misma etapa, y que las mayores dificultades se relacionan con el desconocimiento respecto de la legislación vigente:

Se auto definen como  
*abiertos* a ILE.  
Garantizan los servicios,  
además tienen sus  
listados de objetores de  
conciencia.

*“En 2011 empezamos a investigar en internet y encontramos experiencias sanitarias que es la experiencia uruguaya, de la cual se aprendió. Entonces averiguamos y nos encontramos con el programa nacional, así que nos fuimos al Argerich, que es donde sabíamos que lo estaban haciendo, solas... ”*Hola,

somos nosotras. Queremos saber" ((risas)). Y (Werner) que es el Jefe del Servicio, súper amable, nos dijo que nos contactáramos con el referente y organizáramos lo formal para empezar a capacitarnos."

"Fuimos andando un camino largo y difícil, difícil, allanado por un montón de cosas, actualmente somos un servicio abierto a la interrupción legal del embarazo, son tomados cada caso puntual, y lo realizamos."

"y eso [pasa a nivel región] hay hospitales que son todos en el hospital objetores de conciencia, y eso no puede ser, porque hay una ley y la ley hay que respetarla [...] a nadie le gusta, [...] que se interrumpa una vida, pero no es decisión nuestra, es decisión de la mamá, [...] que si nosotros no la ayudamos, corremos riesgo, estamos bajando los índices de mortalidad materna por post aborto, entonces estamos haciendo una reducción de riesgo y daño, esa persona que está decidida a hacerlo, lo va a hacer igual, y si no es con las máximas garantías de que todo va a salir bien, lo va a hacer con la señora curandera, matrona, lo que fuera y con lo que fuera porque quiere interrumpir su embarazo, entonces no es una decisión nuestra, es una decisión de cada ser humano, nosotros lo único que hacemos es acompañar a ese ser humano en la decisión que ha tomado [...] y respetando una ley."

Actualmente, si bien reconocen no tener un formato o una guía, afirman tener una perspectiva concreta: "sabemos de qué se trata la consejería, tenemos claro el marco legal, tenemos eso claro, y después tenemos también claro qué es una ILE y cuál es su marco."

Para la atención de los casos de ILE se constituye el comité interdisciplinario que no funciona de forma permanente, sino que ante la demanda se convoca a los profesionales de los servicios médicos, trabajo social (en general la profesional que integra el servicio de adolescencia) y salud mental. Habitualmente las resoluciones, las firman dos o tres profesionales. Primero se realiza una consulta con la mujer en la que se hace consejería, algunos profesionales incluso mencionaron como práctica habitual inducir a la mujer para que modifique su decisión de abortar, y opte por dar en adopción, pero si la mujer finalmente decide realizar la ILE, puede acceder en el hospital. Las principales dificultades mencionadas por estos profesionales se relacionan con la confusión

Existe un comité interdisciplinario para la atención de ILE, que se convoca ante la demanda.

Las principales dificultades mencionadas se relacionan con la aplicación del "Protocolo para la Atención Integral de la Personas con Derechos a la interrupción legal del Embarazo" del Ministerio de Salud de la Nación. La confusión en torno al tema dilata los plazos para la concreción de la ILE.



existente respecto a la aplicación del “Protocolo para la Atención Integral de la Personas con Derechos a la interrupción legal del Embrazo” del Ministerio de Salud de la Nación. En este sentido, el hospital, no es ajeno al contexto provincial respecto del uso del protocolo, que se tornó confuso debido al retroceso de su adhesión por parte de la Provincia de Buenos Aires.

*“hoy estamos otra vez en conflicto por las situaciones que se están dando de que el abordaje interdisciplinario sea de todos, o sea, volvimos al protocolo Collia entonces ese protocolo nos pide, la dirección es nueva, nos pide que sea muy prolijo. Entonces si no tenemos el acompañamiento de Salud Mental o Servicio Social se nos dilatan los pasos y nos está costando. Cosa que nunca nos costó, ahora no podemos ponernos de acuerdo ni siquiera en eso. Creo que tiene que ver con la baja del protocolo, cierta susceptibilidad en la gente”*

En cuanto a la disponibilidad de misoprostol, se obtiene en la Farmacia del Hospital con pedido por receta que lleva la indicación de ILE, y cuenta con el aval de la Dirección del hospital.

### **Estrategias de atención dirigidas a poblaciones específicas**

La principal estrategia para la atención de la población adolescente es la existencia de un consultorio especializado. El mismo está formado por 1 Jefa de Servicio, que es médica clínica; 1 especialista en clínica médica y medicina familiar; 2 pediatras, especializadas en adolescencia; 1 trabajadora social que no es fija pero comparte el espacio; 1 enfermera y 1 secretaria. También cuentan con 2 talleristas, que hacen los talleres en la sala de espera con la trabajadora social.

Consultorio de adolescencia interdisciplinario. Es destacado en el hospital por su atención y modalidad de gestión.

En el mismo se atiende por turnos y por demanda espontánea (10 a 15 números todos los días), se brinda atención *diferencial y amigable*, acorde con el perfil de la población, tanto a mujeres como a varones.

*“tiene que ver con la consulta de adolescentes, estamos muy en sintonía con los lineamientos de la atención al adolescente. Tiene que ser un servicio amigable, un servicio que está diferenciado ( ) dentro del marco de trabajo que hicimos Viviana y yo, conseguir una logística para conseguir-- si bien estábamos en un consultorio, esto empezó con un solo consultorio y terminamos teniendo cuatro*

El servicio de obstetricia brinda un curso de preparación para la maternidad con un enfoque centrado en la población adolescente.

*consultorios, una sala de espera propia, etc. Es decir, hicimos todas las líneas de acción para conseguir una atención diferenciada. Se hace una atención diferenciada con una recepción particular. Se capacita y se habla mucho con cualquiera que venga acá que esté en contacto con el adolescente y cómo se debe recibir al adolescente. Trabajamos con la consulta de urgencia, tenemos una fuerte consulta de demanda.*

*“tenemos una población fuerte de varones, muchos varones. Como cosa excepcional, entre el 30% y 40% de la consulta es masculina”*

Por otra parte, el servicio de obstetricia cuenta con un médico que, si bien no tiene formación especializada, realiza la atención de los embarazos de mujeres adolescentes. Estos casos se atienden de manera interdisciplinaria con una médica obstetra y una psicóloga, y eventualmente se hace evaluación por trabajo social. Además, hay un curso de preparación integral para la maternidad dictado por una obstétrica y con participación de una psicóloga.

No existen en el Hospital comités o equipos especializados para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual. Hubo demanda de capacitación específica por parte de los profesionales entrevistados.

En relación a las víctimas de violencia o abuso sexual el hospital no cuenta con equipos especializados para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes, en esa condición. En general los profesionales consultados manifiestan que para estos casos se realizan abordajes interdisciplinarios entre los médicos, el servicio social y salud mental. Uno de los entrevistados también mencionó que se conecta a las mujeres con los servicios locales o municipales que están haciendo la atención a violencia.

En este sentido, los profesionales también expresaron preocupación por la problemática y necesidad de capacitaciones específicas al respecto:

*“Pero yo reconozco que es un déficit que estamos teniendo en cuanto a la visualización de la violencia. Eso sería una capacitación, no necesariamente de salud, sexual y reproductiva, pero que cruza las situaciones de violencia que nos están pasando por delante, hay que aprender a escuchar. No solamente mirar, sino también escuchar.”*

Entre los profesionales consultados no hubo precisión en cuanto al uso de protocolos, no obstante mencionaron circuitos institucionalizados tanto en los ingresos por guardia, que fueron los señalados como más frecuentes, como en consultorios. La atención habitual contempla tratamientos de profilaxis, retrovirales y antibióticos, anticoncepción de emergencia, e interconsulta con

servicio social y salud mental; y el posterior seguimiento de las pacientes, no solamente desde el punto de vista médico, sino también psicológico.

### Oportunidades de mejora

Las fortalezas reconocidas por los entrevistados tienen que ver con el espíritu de los servicios en la búsqueda constante de una mejor atención, destacando la identificación de los profesionales con el hospital y el compromiso con la salud pública en general: *“con muy poco hacen mucho, con muy poco hacen mucho, demasiado te diría yo, y muchas veces más allá del trabajo que tienen que realizar, viste, gente que se ha venido fuera de su horario, viene a atender, tiene dos o tres trabajos, porque a veces con el sueldo viste, no alcanza, la gente se dedica realmente mucho.”*

Se destaca la identificación de los profesionales con el Hospital y el compromiso con la Salud Pública en general.

Al referirse puntualmente a la atención de la SSyR, los profesionales consideran que es muy buena, pero que muchas veces la demanda supera las posibilidades de atención del hospital: *“Yo creo que este es un servicio totalmente abierto hacia la población, o sea que no solemos restringir la atención si vienen de aquí nomás o vienen de 30 km. [...] nosotros somos el último hospital antes de llegar al Riachuelo, entonces después de ahí, se viene el abismo. Ahora se han articulado derivaciones hacia Capital, pero antes era imposible derivar un paciente hacia Capital, entonces sabemos que tenemos que dar respuesta, eso lo entiende el equipo de salud, que éste es un lugar que no es expulsor, sino que siempre recibe los pacientes, no importa de dónde viniera. El 90% del personal está totalmente comprometido con la atención del paciente, yo creo que eso sería lo fundamental y tenemos un buen nivel académico.*

Principales dificultades:

- ✓ falta de insumos
- ✓ falta de equipamiento.
- ✓ deficiencias edilicias y de mantenimiento.
- ✓ problemas con la asignación de turnos.

Se destaca principalmente la atención que brinda el consultorio de adolescencia, por su funcionamiento como equipo interdisciplinario, con una trayectoria de muchos años.

También se valoró el inicio de un trabajo en red con el municipio de Lanús para disminuir las barreras de accesibilidad: *“primero y segundo nivel comenzamos a trabajar en el área materno infantil, todo lo que es pediatría, obstetricia,*

*ginecología, cardiología, y diabetes, son los grupos que se están haciendo, las normativas y protocolos para trabajar municipio y hospital, para redireccionar a la gente, para optimizar el recurso humano tanto del primer nivel y segundo nivel, que el que necesita un turno en el primer nivel lo tenga más rápido porque el que necesita el segundo nivel liberó ese turno y vino al segundo nivel, entonces ahora nosotros desde que ingresamos, trabajamos con el municipio, con la Secretaría de Salud directamente, o sea si hay alguna persona de riesgo que tenemos que localizar rápido, a través de los promotores de salud, avisando a la Secretaría de Salud, van y se buscan, eso es una ventaja que también lo empezamos en esta gestión.”*

Propuesta destacada:  
Crear un consultorio de  
salud sexual y  
reproductiva integral e  
interdisciplinario

Los principales obstáculos señalados se relacionan con la falta de insumos, equipamiento y mantenimiento, aunque hubo disidencias al respecto, ya que, desde la dirección del Hospital, afirman que no hay faltante de insumos. También refirieron dificultades en la asignación de turnos, complicando el acceso de las mujeres a la atención médica.

En cuanto a las oportunidades de mejora hubo consenso entre los entrevistados en que se trata de un momento propicio, que cuenta con el aval de la dirección del hospital, para avanzar en relación a mejorar la atención de las mujeres.

En relación a la ILE, hubo demanda de capacitación específica por parte de los profesionales entrevistados

Como proyecto a futuro se mencionó la creación de un consultorio de SSyR. Promover la interdisciplina, fue la principal forma señala para lograr una atención integral de la mujer: *“Mi idea es armar un consultorio de salud, sexual y reproductiva y no necesariamente con médicos, yo incorporaría las obstétricas, porque creo que es un personal valiosísimo para la atención de la salud sexual y reproductiva, con una atención diaria a demanda espontánea, esto que las mujeres se embaracen y tengan que recurrir a un aborto porque no tuvieron un método anticonceptivo adecuado, porque falló el método, o no consiguieron la medicación, o tuvieron una duda y no supieron resolvérsela. Yo considero que es necesario ampliar los espacios de escucha y atención.”*

*...crear un departamento o sección de salud, sexual y reproductiva, que cruce varios servicios, porque nos olvidamos de los hombres, lograr una vasectomía es prácticamente imposible, entonces, yo creo que tendría que ser más amplio y de la Salud, sexual y reproductiva, no solamente dar anticonceptivos, es educación, son derechos, y creo que sería bueno una mirada multidisciplinaria en cuanto a ese lugar.*

## 5. Hospital Interzonal General de Agudos “Luisa C. de Gandulfo”

---

- Directora: Lic. Nancy Gaute
- Categoría: II
- Región: VI
- Municipio: Lomas de Zamora
- Domicilio: Balcarce 351
- Mail: hgandulfo@ms.gba.gov.ar
- Teléfono: (011) 4244-5841/2263/0232 – 4292-6703

### Presentación

---

El **Hospital Interzonal General de Agudos “Luisa C. de Gandulfo”** se encuentra ubicado en el Municipio de Almirante Brown e integra la Región Sanitaria VI.

Desde principios del 2016 y hasta la actualidad, el hospital atraviesa obras de mejoramiento y remodelación de las áreas de internación, unidad de terapia intensiva y unidad de cuidados coronarios, con el objetivo de aumentar la capacidad del hospital, entre otros.

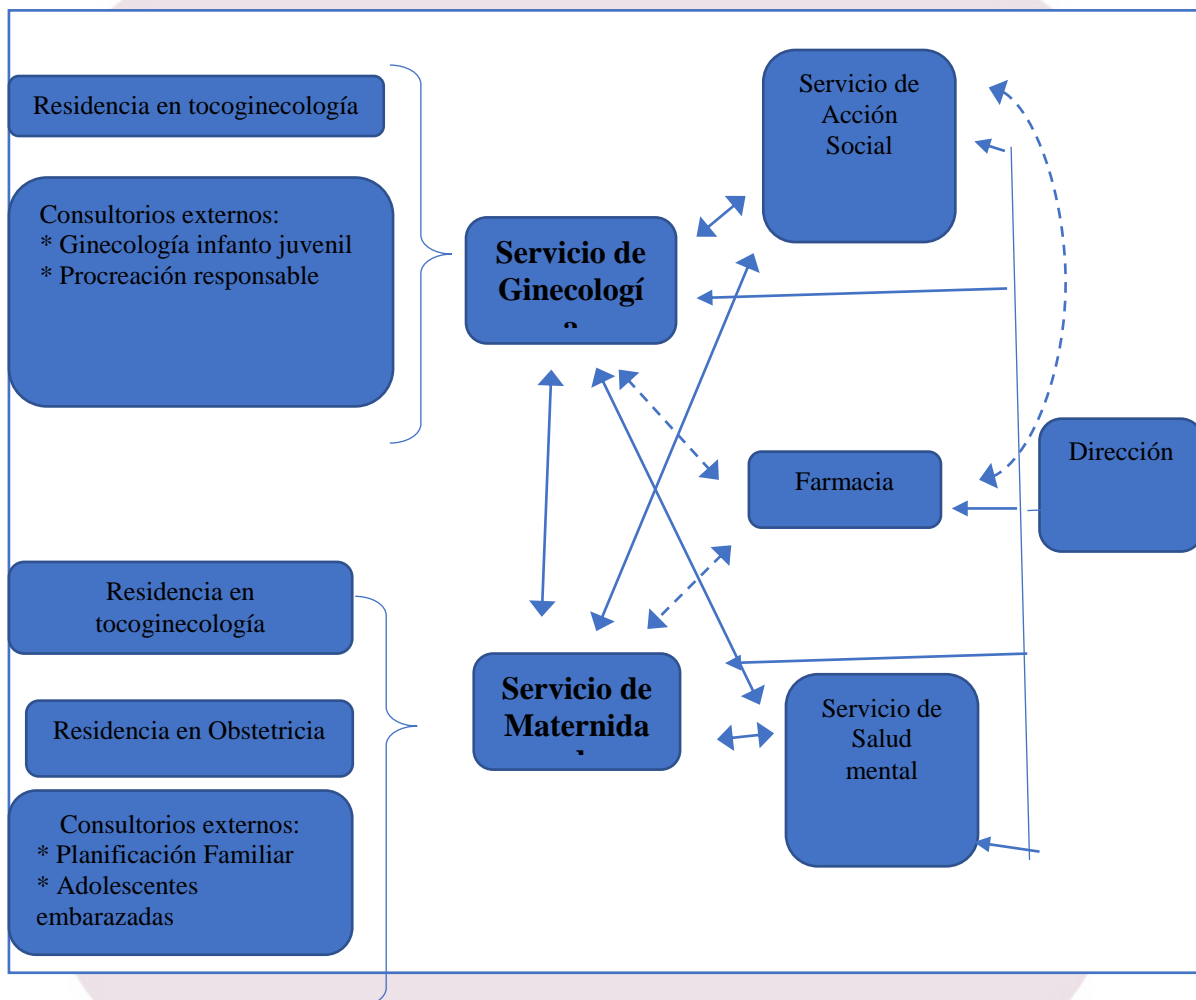
En este marco, se remodeló el centro obstétrico y el área de internación para los servicios de maternidad y de ginecología y patología mamaria, ampliando la cantidad de camas disponibles. También se creó una casa de madres y un área para uso de médicos residentes.

El resto de las instalaciones dedicadas a la atención de la SSyR (Salud Sexual y Reproductiva) consisten en cinco quirófanos activos (no exclusivos) y consultorios externos con turnos matutinos.

El Hospital está catalogado como II. Cuenta con servicio de ginecología y patología mamaria, servicio de maternidad, residencia de tocoginecología y residencia de obstetricia.

Según datos oficiales en el Hospital durante el año 2014 se atendieron 3180 partos y 623 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 1997 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años, y 2887 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años.

## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva – Actores intervinientes



El Hospital cuenta con servicio de maternidad y servicio de ginecología y patología mamaria. Los servicios de salud mental, de acción social y de farmacia intervienen desarrollando acciones puntuales vinculadas a la atención de la SSyR de las mujeres.

La maternidad está integrada por el **centro obstétrico**, que se compone de una guardia exclusiva y sala de internación con 28 camas, y los consultorios externos.

El centro obstétrico dispone de **dos salas de parto**, una de las cuales está ocupada por camas de internación debido a la gran demanda que tiene el hospital. La otra sala se encuentra en funcionamiento y está equipada con dos sillones de parto.

El personal de guardia suele estar integrado por dos médicos, una obstétrica, una enfermera y residentes.

Los **consultorios externos** atienden de lunes a viernes en turno matutino. Son un total de 16 consultorios que abordan distintas patologías obstétricas, embarazos de alto riesgo y embarazos de bajo riesgo; entre estos puede mencionarse el consultorio de planificación familiar (miércoles por la mañana) y de adolescentes embarazadas (jueves por la mañana).

El plantel de profesionales que integra el servicio se compone del jefe del servicio, el jefe de sala, 18 profesionales médicos (14 de guardia y 4 de planta), 18 obstétricas (14 de guardia y 4 de planta) y 4 residentes de tocoginecología y 6 residentes obstétricas.

La **residencia de tocoginecología** está integrada por 8 residentes, dos por cada año. Los residentes hacen una rotación semestral y actualmente se distribuyen 4 residentes rotando en maternidad y 4 residentes rotando en ginecología.

La **residencia de obstétricas** cuenta con 6 residentes rotando por los consultorios de bajo riesgo, por sala y por guardias.

El **servicio de ginecología y patología mamaria** está constituido por la guardia, la sala de internación con siete camas y los consultorios externos.

Los **consultorios externos** del servicio atienden de lunes a viernes en turno matutino, y son los siguientes: ginecología infanto – juvenil, endocrinología ginecológica, urología ginecológica, patología mamaria, patología del tracto genitabl inferior y procreación responsable.

El **consultorio de procreación responsable** funciona lunes y miércoles por la mañana y cuenta con una médica tocoginecologa especializada.

El **consultorio de ginecología infanto juvenil** es atendido por dos médicas ginecólogas, y funciona una vez por semana.

Los profesionales de ambos servicios coinciden en que la falta de espacio es el principal problema del Hospital. Esto tanto para el funcionamiento de los consultorios externos como para la disponibilidad de camas en la sala de

El Hospital cuenta con Guardia exclusiva para Maternidad y para Ginecología, y salas de internación separadas para cada Servicio.

Ambos Servicios cuentan con consultorios específicos para planificación familiar y para atención de población adolescente.

Los consultorios externos de ambos servicios atienden sólo por la mañana.

A pesar de las obras de ampliación, los profesionales manifiestan que el hospital está “colapsado” por la demanda de atención.

internación que permita alojar a las mujeres en condiciones adecuadas, También mencionan otros deficits generales, entre los cuales e destaca la falta de agua caliente en las duchas y en la sala de partos para bañar a los recién nacidos post parto inmediato.

El **servicio de acción social** atiende de lunes a sábado de 7:30 a 18hs. y está integrado por cuatro trabajadoras sociales de planta y una profesional ad honorem, más estudiantes voluntarios que trabajan en diversas tareas organizativas. El servicio tiene atención de demanda espontánea e interconsulta generalmente ligada a situaciones de abuso, violencia o adolescentes madre.

El **servicio de salud mental** se divide en unidad de psicología y de psiquiatría. La unidad de psicología está integrada por 4 psicólogos de planta y 5 profesionales asignados de otros programas del Gobierno de la Provincia. Los consultorios externos del servicio funcionan de 8 a 13 hs.

En cuanto al servicio de **farmacia**, funciona de lunes a viernes hasta las 15hs. y de 8 a 13hs. para atención al público. Está integrado por la jefa de farmacia, tres farmacéuticos, una instructora de residentes, un residente y personal idóneo. No cuenta con farmacias satélites.

### **Métodos Anticonceptivos**

---

En el Hospital se encuentran disponibles los siguientes MACs (Métodos Anticonceptivos): hormonales orales combinados y de lactancia, hormonales de emergencia, implante subdérmico, DIU (Dispositivo Intrauterino), SIU (Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel), preservativos y ligadura tubaria quirúrgica.

Ambos servicios coinciden en que las **pastillas anticonceptivas son el método más solicitado por las mujeres.**

Si bien en la actualidad hay stock de todos los MAC mencionados, para la dispensa de algunos de ellos se plantean obstáculos.

Respecto al **DIU**, los residentes de tocoginecología mencionan que tienen poca disponibilidad de cajas con material esterilizado para la colocación, motivo por el cual no pueden colocar más de dos DIU por día.

Respecto a la **ligadura tubaria quirúrgica**, se menciona como obstáculo para

Dificultades con la dispensa de MAC de larga duración: se colocan pocos DIU y no se programan intervenciones para ligadura tubaria.

Los profesionales de ambos servicios solicitan estudios previos para la dispensa de cualquier MAC.



su realización la falta de anesthesiólogos y de quirófano disponible. Si bien los profesionales destacan que la intervención se realiza a simple pedido de la mujer y con la firma de un consentimiento, en la actualidad sólo se realiza durante las cesáreas y no se programan turnos, ya que se prioriza la utilización de módulos de quirófano para cirugías vinculadas a patologías graves.

Respecto a la solicitud de **estudios previos**, ambos servicios solicitan estudios para la dispensa de un método, cualquiera sea el elegido por la mujer. Se observa cierta contradicción en el criterio: algunos profesionales solicitan los estudios con el objetivo de promocionar el control de salud general y el seguimiento de las mujeres, aunque plantean que la rutina de estudios solicitada no debe ser un impedimento a la voluntad de las mujeres de cuidarse. *“...en general para las pastillas está consensuado que no necesita una paciente (...) pero bueno siempre se los pedimos, obviamente para tener un feedback con la paciente, para que la paciente siga viniendo, como para atraerla un poco al sistema de salud, el papanicolaou, la colposcopia, no es un estudio necesario para empezar a tomar pastillas, pero bueno por ahí hay chicas que nunca se lo hicieron y de esa manera se hace que la paciente venga y se haga los estudios.”*

Asimismo, las autoridades del Servicio de Ginecología refieren que *“nosotros el embarazo no deseado hacemos una profilaxis de riesgo como si fuera una consulta indispensable”*, evitando dilaciones en la dispensa de un MAC que pueda obstaculizar que las mujeres accedan al cuidado. Sin embargo, los métodos mencionados son de corta duración, principalmente pastillas, que se entregan en cantidad.

La **anticoncepción post evento** es realizada por todos los profesionales entrevistados, aunque el tiempo de acceso varía según el método elegido: las pastillas se dispensan al momento del alta, mientras que para colocación de DIU o implante se programa una cita en consultorio.

Respecto al **seguimiento de las mujeres que obtiene un MAC** en los Servicios del Hospital, los profesionales entrevistados manifiestan que es bajo el porcentaje de mujeres que vuelven a las citas de control, o en el caso de las púerperas, a adoptar otro método cuando finalizan la lactancia. *“Y quizás al otro*

Dificultades en el seguimiento de las mujeres que obtienen un MAC.

Para la anticoncepción post evento inmediata se utilizan anticonceptivos orales.

Se identifican debilidades en el sistema de referencia y contrareferencia para la derivación y seguimiento de las mujeres.

Los problemas de comunicación entre farmacia, ginecología y maternidad agravan el descarte de MAC por vencimiento.

*año (...) ya veo a mamás del año pasado, las vuelvo a ver! Les digo: “Ay, pero yo te conozco a vos”. “Si, tuve el año pasado”. Ahí nos damos cuenta que falló el método. Pero no tenemos otra manera de ver si el método sirve o no sirve.”*

Principalmente, identifican mucha debilidad en el sistema de referencia y contrareferencia, no solo para cuestiones de anticoncepción, sino también en derivaciones de mujeres embarazadas y con diversas patologías. *“Hay muchas veces que se van también a las salitas entonces ahí las perdemos a las pacientes. Porque no tenemos la contrareferencia de las pacientes, y no sabemos qué es lo que pasó. Eso es lo que me parece que falta más en este hospital.”*

Todos los MAC disponibles son provistos por la Región Sanitaria, en el marco del Programa de SSyR. La mayoría de ellos se almacenan y gestionan a través de la Farmacia, excepto los subdérmicos y los SIU que son administrados directamente por la referente del Consultorio de Procreación Responsable del Servicio de Ginecología.

Al respecto, la responsable del Servicio de Farmacia menciona con preocupación la gran cantidad de MAC **que son desechados vencidos**, atribuyéndolo principalmente a la falta de comunicación con el Programa de SSyR para la planificación de la compra o entrega, y la cercanía de la fecha de caducidad de los medicamentos enviados.

Asimismo, las autoridades de los Servicios manifiestan que *“hay más anticonceptivos o métodos anticonceptivos que pacientes para usarlos”*. No obstante lo cual, los médicos residentes mencionan dificultades para la dispensa de métodos.

Por lo dicho, vemos que por un lado pueden resultar excesivos los stocks de MACs enviados por el Programa de SSyR, y por otro lado, escasa la comunicación entre los servicios de farmacia, maternidad y ginecología, lo que resulta en un obstáculo importante para planificar acciones de difusión y circuitos de entrega que amplíen el acceso de las mujeres a la anticoncepción.

## **Consejería**

---

El Hospital dispone de dos consultorios dedicados a consejería en SSyR, que abordan particularmente la consejería sobre MAC. Estos son el consultorio de **planificación familiar** del servicio de maternidad y el consultorio de **procreación responsable** del servicio de ginecología. Ambos consultorios funcionan una vez por semana y son atendidos por médicos tocoginecólogos.

Asimismo, el servicio de maternidad realiza diariamente en sala de internación, con las mujeres que reciben el alta, una charla informativa sobre cuidados de la SSyR y sobre MAC. Su objetivo es promover que las mujeres adopten un método inmediatamente luego del alta.

Los residentes de tocoginecología también realizan consejería en el resto de los consultorios de ambos servicios en que intervienen, según el requerimiento de cada mujer. En este sentido, mencionan como obstáculo la falta de tiempo para esta actividad debida a la gran demanda diaria.

Existen múltiples estrategias para brindar consejería: consultorios específicos en cada Servicio, información en consulta de rutina, información previa al alta (pie de cama o grupal), taller y charlas grupales.

Las residentes obstétricas, a cargo del curso de pre parto, dedican un encuentro del curso a trabajar sobre temas ligados a la anticoncepción y cuidados post parto. También realizaron charlas sobre el tema en escuelas de la zona en años anteriores.

Finalmente, desde el servicio de acción social se implementan charlas individuales y grupales con adolescentes madres en las que se abordan algunas cuestiones de anticoncepción y cuidado de la SSyR. Se espera también que con la inauguración de la Casa de Madres puedan trabajarse estos temas de modo sistemático con otra población.

### **Atención post Aborto**

La atención de mujeres en situación de post aborto o de aborto incompleto se divide en los servicios según la edad gestacional: mayor a 12/14 semanas es atendido por maternidad, menor de 12/14 corresponde a ginecología.

Se menciona en algunas entrevistas que los profesionales consideran obligatorio denunciar a las mujeres que requieran APA.

En el ingreso, generalmente por Guardia, se evalúa la situación clínica y se define la práctica médica más adecuada: **inducción por medicación, AMEU (Aspiración Manual Endouterina) o legrado.**

Se prioriza la utilización de medicación por ser una práctica ambulatoria de rápida resolución, ya sea **misoprostol u oxitocina**. Esta medicación es provista por Farmacia, que anteriormente lo adquiría mediante compra directa, y que actualmente la incluye en sus licitaciones semestrales.

Los profesionales entrevistados refieren que al hospital suelen llegar muchos casos de abortos incompletos, generalmente de mujeres adolescentes, en algunos casos infectados. Recientemente tuvieron la **muerte de una mujer** que llegó con una infección generalizada que no se pudo revertir. *“Tuve que operar varias pacientes (...) y algunas se han muerto por una infección post aborto. Afortunadamente en estos últimos años eso prácticamente desapareció... generalmente son adolescentes los que padecen estas cosas... yo me acuerdo de haber operado un par de chicas de entre 18 y 20 años, por ahí alguna falleció a consecuencia del aborto.”*

En estos casos, la conducta médica consiste en *“se la interna, se le pone por antibiótico el triple esquema, se le hace la ecografía, se fija si está para migral o no, y de acuerdo a eso y de acuerdo a la evaluación, después se va haciendo interconsulta con infecto.”*

Ningún profesional menciona obstáculos para la atención de estas situaciones. Sin embargo, se observan obstáculos de **carácter ideológico o confesional**, pero fundamentalmente vinculados a la falta de información y capacitación, tanto en APA como en la atención de ILE.

La obligación de los profesionales de denunciar a las mujeres en estas situaciones es un ejemplo del desconocimiento de normativa y protocolos vigente en el personal del hospital: *“Y ahí, si es provocado con maniobra ya automáticamente el médico hace denuncia policial.” “No sabíamos cómo actuar, y después de la charla que tuvimos con la gente de zona sexta cambiamos. Pensamos que se tenía que denunciar y ahora ya sabemos que no se denuncia.”*

Respecto a la **anticoncepción post evento**, todos los profesionales coinciden en favorecer la adopción de algún método de manera inmediata: *“Las que tuvieron un aborto se van automáticamente con un método anticonceptivo (...) Siempre son las pastillas anticonceptivas. (...) Colocación de DIU inmediatamente post aborto no.”*

Generalmente se trabaja en interconsulta con el Servicio de Salud Mental y/o el Servicio de Acción Social, a fin de evaluar los círculos de contención de las mujeres y el grado de afectación sufrido por la situación.

La práctica médica priorizada es la inducción con medicación.

El misoprostol fue incluido en las licitaciones semestrales de Farmacia.

Se plantea la necesidad de implementar consejería pre y post aborto como respuesta ante la cantidad de mujeres en situación de post aborto con complicaciones que llegan al hospital, e incluso las muertes maternas ocurridas por este motivo. Se percibe desconocimiento del marco jurídico los y protocolos de atención en estos casos.

## Interrupción Legal del Embarazo

En el Hospital, las autoridades y profesionales de ambos servicios son **objetores de conciencia**, por lo que hasta el momento no se realiza la prestación en la institución. Los casos de solicitudes recepcionados fueron derivados a otros hospitales de la región.

Si bien los médicos de planta y residentes del hospital manifiestan haber recibido **capacitaciones en el tema por parte de la Región Sanitaria VI y tener conocimiento del marco legal y los protocolos de atención vigentes**, se percibe mucha confusión y prejuicio sobre la prestación.

Por una parte, se plantea que conocen el protocolo pero no necesitan ponerlo en práctica porque no hay solicitudes; pero a la vez manifiestan que si las hubiera no se resolverían en el hospital porque los Servicios son objetores.

*"Pero hay normativas que uno las puede cumplir si está dentro de su vocación cumplirla y dentro de sus principios morales, o éticos, religiosos, como sea. Y otra es lo que realmente uno no siente que lo puede cumplir."*

Los profesionales del servicio de acción social fueron quienes impulsaron y acompañaron los casos de mujeres que solicitaron ILE en el Hospital, pero sin poder realizar un seguimiento posterior a la derivación a otra institución.

El servicio de salud mental tuvo un seguimiento más prolongado de los casos que llegaron al hospital, brindando contención por el período que la mujer lo solicitó.

En la actualidad, según lo referido por profesionales del Servicio de Maternidad, ingresó como médica de guardia una profesional comprometida en garantizar la atención de ILE (Interrupción Legal del Embarazo), aunque aún no ha recibido solicitudes. Las autoridades manifiestan cierta preocupación sobre el caso, porque el cargo de la médica en cuestión no es aún efectivo, sumando incertidumbre a la posibilidad de realización y continuidad en la prestación en la institución.

Ambos Servicios son objetores de conciencia.

Se percibe desconocimiento del marco legal y los protocolos de abordaje.

Se contrató especialmente a una profesional dispuesta a garantizar la prestación.

## Estrategias de Atención dirigidas a poblaciones específicas

Respecto a la atención de la población adolescente, el Hospital dispone de **consultorios especializados** en ambos servicios. En el servicio de ginecología está el consultorio de ginecología infanto juvenil, atendido por una médica referente especializada en la franja etaria, que atiende exclusivamente a esta población. En el Servicio de maternidad está el consultorio de embarazo adolescente, atendido por una obstétrica.

Si bien estos consultorios procuran contener y hacer seguimiento de las mujeres adolescentes, su enfoque difiere de los marcos jurídicos vigentes respecto al concepto de autonomía de las mujeres adolescentes: los servicios refieren necesitar consentimiento de los padres o adultos responsables para el tratamiento o dispensa de MAC en las adolescentes, cuando basta con el consentimiento informado de la adolescente en cualquier tipo de práctica que requiera.

En la misma orientación, las adolescentes madres deben recibir un **Alta Social** al momento del alta, que consiste en una entrevista con el servicio de acción social para evaluar las condiciones económicas y la contención familiar que tiene la adolescente, y realizar seguimiento. "(...) *todas las jóvenes que tienen menos de 18 años son abordadas por el área nuestra. Mediante orientaciones, mediante trabajos grupales, mediante inclusive las altas sociales que trabajamos cuando tienen bebés las jóvenes hacemos un trabajo con el grupo familiar amplio, que tiene que ver con ciertos aspectos que transferimos acerca del cuidado y el autocuidado de la salud.*"

Asimismo, este Servicio realiza un seguimiento de largo plazo con las mujeres adolescentes madres, que según lo manifestado por los profesionales tiene relativo éxito en la continuidad. "*Hacemos encuentros mensuales con las chicas y trabajamos en cuanto a variables que tienen que ver con*

Existen dos consultorios dedicados a esta población específicamente: consultorio de ginecología infanto juvenil y consultorio de embarazo adolescente. El enfoque de atención está reñido con los marcos jurídicos vigentes respecto a la autonomía de las mujeres adolescentes, al solicitar consentimiento y autorización de los adultos para lagunas prestaciones. Las adolescentes madres deben recibir un "alta Social" para externarse con su bebé por parte del servicio de acción social. El servicio de acción social desarrolla un dispositivo de acompañamiento para adolescentes madres.

Se trabaja con interconsulta para la intervención en casos de violencia o abuso.

Hay desacuerdo entre la farmacia, la enfermería y los médicos sobre la disponibilidad del Kit de emergencia en guardia.

*proyecto de vida, crianza.”*

Respecto a las situaciones de abuso o violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, los profesionales generalmente abordan el caso en interconsulta con el Servicio de Pediatría.

La conducta que desarrollan se circunscribe a la atención de emergencia: profilaxis y anticoncepción - en los casos que lo requiera - en dosis acordadas con Pediatría e Infectología.

Se observa cierto desacuerdo entre los profesionales sobre la disponibilidad del Kit de emergencia para casos de violación. Los residentes del hospital informan que hay poca disponibilidad (no más de dos kits por guardia), mientras que desde farmacia y supervisión de enfermería se explica que están guardados pero a disposición.

Los profesionales no utilizan protocolos de abordaje o derivación específicos, sólo está protocolarizada la actuación médica respecto a profilaxis y prevención del embarazo.

El trabajo de articulación con el juzgado y los servicios sociales locales los realiza el servicio de acción social del hospital.

Respecto de las mujeres víctimas de violencia, se utiliza un abordaje semejante. El servicio de guardia que recepciona el caso aplica la profilaxis de emergencia y trabaja en interconsulta con los servicios de Infectología, salud mental y acción social.

Este último, encargado también de la articulación con el juzgado, la Comisaria de la Mujer y el servicio local, articula con el Hogar Fátima Catán para el alojamiento y protección de las mujeres.

### **Oportunidades de mejora**

---

En el Hospital la atención de la SSyR de las mujeres es un tema que preocupa a los profesionales entrevistados.

Todos los profesionales coinciden en que la demanda de atención de las mujeres en temas de SSyR supera ampliamente la capacidad de respuesta de sus servicios: *"colapsado en cuanto a la cantidad de gente, a la cantidad de patología y demás."*

Tal situación es atribuida en primer lugar, a las **deficiencias edilicias** del hospital tales como la falta de camas, de consultorios, de espacios disponibles para la realización de talleres o charlas de promoción; y a la falta de **recursos humanos** en general, ya sea médicos, enfermeros, anestesiólogos, residentes.

Estos dos déficits son los principales problemas mencionados por los profesionales de los servicios de Maternidad y Ginecología.

Las profesionales de los servicios de apoyo, tales como Acción Social y Salud Mental identifican otros tipos de problemas principales para la atención de la SSyR de las mujeres, vinculados con prejuicios, desconocimiento de marcos normativos y el “paradigma médico hegemónico” que desconocen la autonomía de la mujer y el derecho a decidir sobre su cuerpo. *“Los prejuicios morales que pasan son abismales, son abismales. Es fuerte en ese sentido. Que no venga una chica con intento de violación vestida más o menos porque perdió, ‘bueno, vos tuviste ganas’”.*

Finalmente, la referente de Farmacia identifica como problema principal la imposibilidad de participar en la planificación de compra y entrega de MAC al Hospital, y la gran cantidad de medicación vencida que se descarta debido a la falta de racionalidad en la entrega y a la poca comunicación con los servicios de Maternidad y Ginecología, para idear circuitos de entrega más ágiles y cotidianos.

Las oportunidades de mejora relevadas se relacionan con la ampliación de los horarios de atención de consultorios en general, y específicamente de los dedicados a la consejería, así como la ampliación de la temática abordada sumando **consejería pre y post aborto**, y el aumento de disponibilidad de turnos para **ligadura tubaria**.

Es importante aclarar que, no se considera la reorganización o capacitación de los recursos existentes para llevar adelante estas mejoras, si no que en todos los casos, la expectativa se relaciona con la ampliación del personal o las mejoras edilicias – a pesar de que recientemente se inauguraron espacios y continúan actualmente las obras de mejora-.

Sobre **las principales fortalezas**, se destaca el compromiso de los profesionales respecto del servicio que integran, así como el nivel profesional y la permanente capacitación y actualización que realizan.

Por otra parte, resulta de gran importancia **mejorar los circuitos de comunicación para la administración de stock y compra de medicamentos**

Principal problema mencionado: la gran demanda de atención hace que las instalaciones y la cantidad de profesionales sea insuficiente.

Oportunidades de mejora identificadas:

- Ampliación de horarios de consultorios.
- Más espacios dedicados a Consejería.
- Incorporación de Consejería pre y post aborto.
- Ampliación de turnos para ligadura tubaria.
- Mejoramiento de la comunicación entre farmacia, servicio de maternidad y ginecología





**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

con el Programa de SSyR, para evitar la entrega “excesiva” que luego deba ser descartada por su vencimiento.

Por último, como planteo general, surge con mucha fuerza la necesidad de **articulación entre el nivel de atención primaria y el hospital**, fortaleciendo los espacios dedicados a consejería y anticoncepción en el primer nivel.



## 6. Hospital Materno infantil “Ana Goitia”

---

- Director: Dr. Carlos Otero
- Categoría: II
- Región: VI
- Municipio: Avellaneda
- Domicilio: L. V. López 1737
- Mail: [direccion-goitia@ms.gba.gov.ar](mailto:direccion-goitia@ms.gba.gov.ar)
- Teléfono: (011) 4204-9085

### Presentación

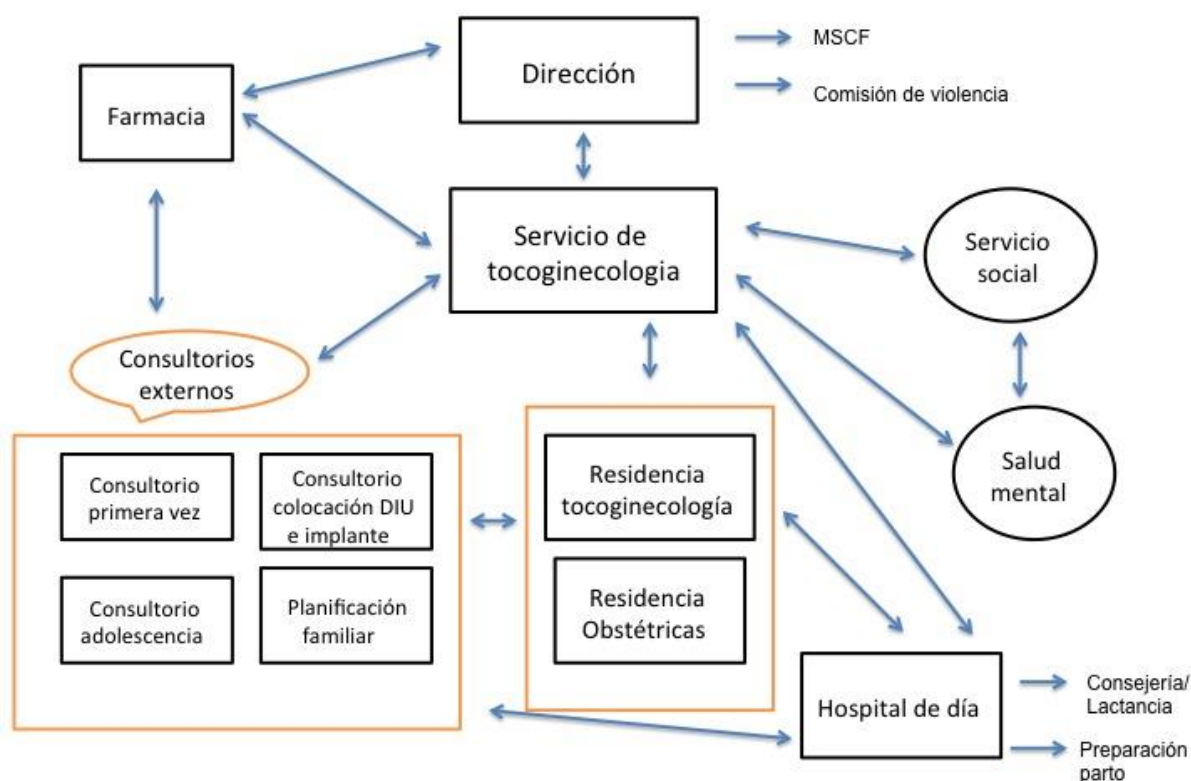
---

El Hospital Materno infantil “Ana Goitia” se encuentra ubicado en el Municipio de Avellaneda e integra la Región Sanitaria VI. El edificio cuenta con 60 camas, consultorios externos con turnos matutinos y vespertinos que solicitan vía telefónica, y un hospital de día. Es un hospital monovalente y ha participado de la iniciativa Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Está catalogado como II nivel, cuenta con servicio de ginecología, residencia de tocoginecología, residencia de obstetricia y neonatología.

Según datos oficiales en el hospital Goitia durante el año 2014 se atendieron 2436 partos y 760 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 1370 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años y 11111 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años.

## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva - Actores intervinientes



Para la atención de la salud sexual y reproductiva el Hospital Goitia cuenta con el servicio de tocoginecología que está compuesto por: internación con salas de seis a ocho camas, guardia, consultorios externos, centro obstétrico y un hospital de día para la atención del embarazo de alto riesgo y diferentes patologías construido en el marco del proyecto Maternidad Segura y Centrada en la Familia, el cual funciona todos los días con horarios ampliados. También cuenta con servicio de salud mental y trabajo social. Mencionaron como servicios indirectos: Farmacia e Infectología

Es un hospital monovalente, que cuenta con un servicio de tocoginecología y un hospital de día. Refirieron tener una perspectiva de atención integral y como distintivo la adhesión a la MSCF.

Los **consultorios externos** existentes son:

- Consultorio de 1ra vez

- Planificación familiar
- Adolescencia
- Post guardia
- Violencia familiar
- Patología cervical
- Consultorio de colocación de DIU (Dispositivo Intrauterino) e implante
- Consejería Lactancia
- Preparación para el parto
- Embarazo adolescente

El horario de atención de lunes a viernes de 8 a 16hs. y sábados de 8 a 12hs. Los consultorios de planificación familiar, lactancia, preparación para el parto y adolescencia están a cargo exclusivamente de obstétricas. El consultorio de primera vez *“es donde ingresan las pacientes y se las va asesorando y ahí las derivan a los médicos o a adolescencia”*. El consultorio de salud mental, también atiende varones. *“Atiende todos los días y se dividen con los otros colegas entre niños/as y adolescentes, adultos. Es una atención “espontanea e inmediata”*. No tiene psiquiatra, está a cargo de dos psicólogas con horario amplio. La relación con salud mental y trabajo social es constante y fluida, el hospital tiene psicología prenatal que trabaja en el servicio de neonatología. El cuanto a trabajo social hay dos trabajadoras. El consultorio de violencia familiar funciona todos los días por la mañana. El consultorio de embarazo adolescente atiende los días lunes y viernes de 12 a 14hs., se atiende a mujeres hasta los 19 años. El consultorio de planificación familiar funciona dos veces a la semana, está a cargo de las obstétricas y brinda consejería y asesoramiento para la anticoncepción post-parto y post aborto. La farmacia atiende de lunes a viernes de 9 a 12.30hs. Se dispensan los medicamentos a las mujeres con orden médica. No hay farmacias satélites y hay botiquines en algunos consultorios externos.

Es distintivo que los horarios de los consultorios externos son extensos de 8 a 16 hs; y atienden sábados por la mañana.

Valoraron como un síntoma de calidad la puesta en marcha de un servicio de triage que permite la clasificación de urgencias según la gravedad del caso. Establecieron criterios para priorizar la atención.

El plantel de profesionales cuenta con 14 médicos 6 de los cuales son de planta. Cuenta con residencia de tocoginecología y de obstétricas. La residencia de tocoginecología está integrada por dos residentes

de cuarto año, dos de segundo y dos de primer año más el jefe. El personal de guardia suele estar integrado por dos médicos y dos obstétricas, más el jefe de internación y el jefe de sala por turno.

### **Métodos Anticonceptivos:**

Dispone de los siguientes métodos anticonceptivos: hormonales orales combinados y de lactancia, hormonales inyectables mensuales, hormonales de emergencia, implante subdérmico, preservativos, DIU y ligadura tubaria.

Los anticonceptivos hormonales orales e inyectables son provistos por la región sanitaria VI a farmacia, quienes los administran y dispensan. En tanto los dispositivos como el DIU y el implante subdérmico son suministrados al servicio inmediatamente. El único faltante en el momento es la inyección trimestral. Los faltantes de anticonceptivos orales que suele haber son suplidos por las muestras de laboratorio.

Manifiestan proveer variados métodos anticonceptivos y no tener problemas serios en la dispensa, colocación o programación del método elegido por la mujer. Se menciona que existen demoras de hasta un mes y medio para las ligaduras tubarias que no se efectúen en ocasión de la cesárea.

En cuanto a la solicitud de estudios previos, la jefa de tocoginecología manifiesta, *“...Alguna ecografía trasvaginal y se puede hacer un papanicolaou y una (colposcopia), lo básico. Porque se lo hará...No es un requisito previo, salvo que la paciente tenga algún antecedente mórbido especial que determine no hacerle eso antes que lo otro”*.

El jefe de residentes manifiesta. *“Para la laparoscopia porque es un (acto) quirúrgico y tienen que tener el pre quirúrgico hecho, para la colación del DIU obviamente el control ginecológico con la ecografía previa, el Pap, (colposcopia) y para la colación de los implantes por lo general, se hacen o inmediatos al alta o mientras están internados así que ya tienen el laboratorio actualizado y para la provisión*

Faltante de MAC: inyección trimestral. Generalmente los anticonceptivos hormonales entregados a las mujeres son las muestras de los laboratorios.

Existen demoras de hasta un mes y medio para realizar ligaduras tubarias que no se efectúen en ocasión de cesáreas.

Para colocación de DIU generalmente se solicita control ginecológico con ecografía previa y el PAP. La colocación de implantes subdérmicos se realizan en forma inmediata.

No refirieron un registro de seguimiento, solo las pautas médicas para realizarlo.

*de anticonceptivos hormonales también les hacen el control previo.”*

Seguimiento, dependiendo del tipo de método elegido, todos los servicios coinciden en que con los hormonales los controles y el seguimiento se efectúa cuando las mujeres vienen a buscar cajas de reposición; en el caso del DIU se cita un mes después para control ecográfico y en la ligadura tubaria a la semana para controlar los puntos.

## Consejería

---

La Consejería es brindada en varios momentos y de diversas formas. El hospital dispone de un consultorio o ámbito especialmente dedicado a la consejería, consulta y seguimiento, el consultorio de planificación familiar post parto y post aborto el cual funciona dos veces a la semana, a cargo de las obstétricas.

El Comité de lactancia, que parece haber surgido de la inquietud y el interés del equipo obstétrico, está pensado para dar consejería sobre lactancia y atención del bebé, se encuentra en proceso de armado. Se encontró un espacio, se dispuso de él y se comenzará a colocar cartelera en relación al tema: *“lo que hicimos fue organizarnos para todos los días durante una o dos horas pasar por ahí y preguntar cómo van con el asunto de la teta, cuánto hace que están amamantando, si pasaron por algún problema, si tienen los pezones bien y todo eso. Entonces, estamos tratando todavía de armar espacios (...) Sería una consejería justamente, pero únicamente para lactancia materna.”*

Existen diversas estrategias entorno a la consejería: Obstétrica con consultorio exclusivo y específico de planificación familiar.  
Hospital de día.  
Comité de lactancia.  
Curso de preparación de parto.  
Pie de cama  
Consultorios externos

En el curso de preparación de parto también se da consejería: *“hacemos talleres: un taller de lactancia preparando a las mamás y demás, pero también hacemos una charla de planificación familiar (...) ni bien tienen al bebé empiezan a pensar que pueden quedar embarazadas. Entonces ahí también les avisamos que estamos acá, cómo trabajamos y también les tiramos un pantallazo de cómo se podrían cuidar en el primer momento hasta que deciden método.”*

## Atención post Aborto

---

Las pacientes con un aborto en curso o incompleto ingresan por la guardia, en este sentido respecto al protocolo de atención: *“(...) hace dos o tres añitos por*

*una necesidad de espacio porque estábamos en remodelación del servicio y teníamos muy pocas camas, lo que hicimos fue protocolizar eso y hacer una internación lo más breve posible. Así que una vez hecho el diagnóstico, como no tenemos mayores dificultades en el laboratorio como para que esté en unas horas, una vez que teníamos el laboratorio y la preparación quirúrgica, si había necesidad de intervención quirúrgica se hacía en el momento durante el día y si era un horario en el cual era de día y la paciente en cuatro horas se podía ir a la casa si estaba todo bien, se le daba el alta, se iba a la casa y se citaba por consultorio. Y eso es en realidad lo que manejamos en la mayoría de los casos. Una internación breve, me parece que no traumatiza tanto a la paciente, puede volver rápidamente a la casa y nosotros después necesitamos el consultorio para el control”.*

Generalmente la atención en post-aborto se realiza en la guardia por problemas de espacio en las salas de internación. Situación que obliga que la internación sea breve.

El seguimiento y control se efectúa en el consultorio post guardia a las 48 o 72 horas y se da una orden a las mujeres en situación de APA para el consultorio de planificación familiar.

*En cuanto a la elección del procedimiento: “El raspado o el AMEU (Aspiración Manual Endouterina), son dos métodos que es lo que hacemos acá en el hospital: Esto es un hospital escuela, ¿no? porque están los residentes, entonces lo que se hace por ahí más acá son los raspados. Pero además para el AMEU tiene que haber ciertas condiciones, tiene que haber permeabilidad de cuello, tiene que haber material, entonces lo que más se utiliza y para mayor seguridad en este momento es el raspado, pero se hacen los dos métodos”*

El raspado es el procedimiento más habitual en la atención de APA

*En cuanto a la consejería sobre anticoncepción desde el consultorio de planificación familiar manifiestan: “Cuando la mujer está dada de alta, trae una orden del médico que ya puede, que debe venir a consejería. Entonces les explicamos los métodos, generalmente cuando llegan no están bien emocionalmente y ahí es donde también sugerimos a lo mejor que estaría bueno pasar por el servicio de psicología.”*

Generalmente se realiza la consejería pos-aborto cuando las mujeres están dadas de alta. No refirieron realizar consejería pre aborto.

De todas formas, la consejería también se brinda en otros momentos y en otros

ámbitos:" les podemos explicar los métodos anticonceptivos que hay, cómo trabaja el hospital. Pero el médico que la atendió seguramente ya la asesoró y le dijo. A lo mejor, directamente no pasa por acá porque pasa por un consultorio médico. (...). Pero no es un paciente que se pierda, queda en el hospital."

En caso de adolescentes en situación de APA refirieron que los proveedores de salud tienen buena predisposición para la colocación de MALD (Métodos Anticonceptivos de larga Duración Reversibles)

Se menciona un trato diferencial para el caso de mujeres adolescentes "...El Ministerio de Salud te lo da como para que vos gratuitamente se lo puedas colocar a las chicas hasta los 19. Entonces, si tenemos chicas que tienen menos de 19 años y con post aborto, antes de que se vayan uno le puede colocar ya el implante y se va con el método anticonceptivo. O darle las pastillas o citarla como para colocar el DIU de acuerdo a ver qué es lo que elija la paciente".

En cuanto a la asistencia psicológica para las mujeres manifiestan: "Pero si tiene que seguir no un tratamiento psicológico, pero sí un acompañamiento porque hay algo que notan que no está del todo el bien o notan que la paciente no está en condiciones, se la sigue citando y se la sigue viendo hasta que ven que están en condiciones de darle el alta total. Digo, puede ser externada: se terminó y se va. Pero esto no quiere decir que salga del circuito, se la cita en psicología o en algún lado siempre y cuando vean que hay algún tipo de problemática o algo que no cierra. Llamo intuición o alguna sintomatología clínica que vos ves que lo que le estás diciendo no condice con la realidad."

La ausencia de una terapia intensiva es la mayor dificultad para la atención en APA. Causante de las muertes maternas del hospital.

La falta de terapia intensiva "O sea, no tener terapia para nosotros es lo más complejo. No solamente para los abortos y eso, cualquier otra patología que requiera terapia...". También se advierte la falta de plaquetas para las transfusiones de sangre. Por último, un obstáculo que se presenta para la atención en situaciones de mujeres post aborto es la disponibilidad de lugar: "no tener lugar y tener que mandarlos a otro lado por eso".

## Interrupción Legal del Embarazo

El hospital no cuenta con un consultorio o ámbito encargado de atender y dar solución a las solicitudes de interrupción legal del embarazo. Existe una mirada integral de la atención. Los entrevistados dan cuenta de que, al ser un hospital monovalente el trabajo interdisciplinario se da fluidamente. Más aún en el



tratamiento de estos casos. Todos los servicios manifiestan que es una misma doctora (jefa de servicio) la que se hace cargo de las solicitudes y las resuelve. Y que ha habido muy pocos casos.

En cuanto a la existencia de un protocolo: *“Desde el punto de vista legal lo manejan muy bien porque la jefa de consultorio y la de servicio son médicas legistas así que ese aspecto lo manejan muy bien las dos. Así que tienen una entrevista previa con la jefa de servicio, antes de tomarse la decisión. Y tienen intervención también de servicio social, me parece y de psicología. Después de las poquitas que hubo yo sé que se les entregó la medicación, se les dijo cómo se usaba y después tienen control semanal por consultorio. No es que se fueron con todo y desaparecieron, están controladas estrictamente bajo consultorio, siempre con la misma persona.”*

El hospital no cuenta con un ámbito específico encargado de atender y dar solución a los casos de ILE.

En cuanto a las dificultades para la implementación, hay discrepancias. Un servicio manifiesta: *“En general, hay buena recepción del personal médico y obstétricas en general. Buena recepción en cuanto a la necesidad de las pacientes y a darle la oportunidad de que se exprese y cuente lo que le pasa, lo que necesita, lo que desea.”*

Generalmente quien resuelve los casos es la jefa de servicio y/o jefa de sala con un acompañamiento activo de la dirección.

En tanto en otro servicio se asegura que los problemas son, *“debido al cambio cultural que conlleva eso. Los médicos, el que lo tiene que hacer estaba condenado por hacerlo y al otro día está obligado a hacerlo, es raro”.*

En cuanto a los objetores de conciencia se manifiesta: *“La verdad, hace muchos años cuando salió esto, pasaron uno por uno y nos preguntaron. Me parece que la mayoría hizo objeción de conciencia, creo que la mayoría lo hizo. Pero hace unos cuantos años que nos preguntaron así, uno por uno e hicieron como una listita. Pero como casi no aparecieron pacientes que solicitaran la interrupción del embarazo, como que quedó todo ahí.”*

No se realizaron capacitaciones sobre ILE. Existe una demanda efectiva por parte de quienes fueron entrevistados

La mayoría de los entrevistados manifiesta no haber tenido capacitación. Sólo una obstétrica residente manifestó haber tenido alguna capacitación, *“Con respecto a la consejería post aborto, tuvimos hace poco una capacitación, una jornada de SOCBA (Sociedad de Cardiología de Buenos Aires) donde se habló*

*del aborto no punible. Era como un taller donde todas opinaban, teníamos que tener preparación que es lo que me parece correcto, cómo abordar qué le podés decir a una paciente que viene a solicitar un aborto, me parece que tendríamos que capacitarnos en eso.”*

El misoprostol se compra en farmacias comerciales para casos puntuales y bajo la modalidad de compra directa.

## **Estrategias de Atención dirigidas a poblaciones específicas**

---

### **Consultorio de adolescencia**

Todas las mujeres que no vienen por alguna urgencia ingresan por el consultorio de primera vez. Según el caso se deriva al consultorio de adolescencia o al de embarazo adolescente, ambos con atención programada previo turno. El consultorio de adolescencia es atendido exclusivamente por las obstétricas, debido a que el plantel médico no tiene personal capacitado en adolescencia, el obstétrico sí.

El consultorio de adolescencia y embarazo adolescente son los espacios específicos para la atención de niñas y adolescentes. Es atendido exclusivamente por obstétricas.

En cuanto al conflicto de intereses con adultos en todos los servicios priorizan el deseo de las mujeres adolescentes: un médico de planta manifiesta: *“a veces las chicas vienen porque necesitan información y yo considero que no hay mejor lugar que un hospital donde se pueda informar de todos los pros y los contras. Porque en algún momento empiezan las relaciones sexuales y es importante por lo menos cuando tengan las relaciones que sepan lo que están haciendo. En ese sentido, sí, lo que es la información se da a la adolescente haya consentimiento o no de los padres.”*

Los describen como espacios accesibles que respetan las decisiones, la necesidad de tiempos e intimidad de las adolescentes.

*Las obstétricas expresan:” En mi caso yo siempre al adolescente así tenga 15 años, 18 o 14, le doy privacidad. Me parece que eso habla de respeto. La mamá va a esperar afuera (...) el adolescente habla de una forma muy distinta cuando está acompañado de un familiar a cuando está solo. Cuando se siente que puede hablar porque la otra persona está escuchando con respeto”*

Y si hay conflictos de intereses: *“Si hubiera conflicto de interés respecto de las decisiones se trabaja con las psicólogas, pero generalmente se consensua.”*

En cuanto al embarazo en la adolescencia, manifiestan, *“La madre viene una vez durante los controles del embarazo a firmar la autorización para que le atendamos el embarazo a la hija y el parto, firma el consentimiento, es un consentimiento informal.”*

En cuanto a las interconsultas: *“Hay un consultorio específico en el cual intervienen... Que lo atienden las obstétricas, así que tienen mucha intervención del servicio de psicología ellas también. Después en lo que es internación no hay mucha diferencia. Salvo algún caso especial de abuso, violación donde tiene mucha contención de psicología y servicio social”*

Para la atención en situaciones de abuso durante la implementación de Maternidad Segura y centrada en la Familia se creó un comité de violencia; que trabaja coordinadamente con la UFI (Unidad Fiscal para la Investigación de Delitos contra la Integridad Sexual de Niñas y Niños)

Respecto al funcionamiento de la comisión: *“Es servicio social, psicología y obstetricia, dos obstétricas que han hecho el curso incluso de violencia. Hicieron varios cursos y el último que se hizo anual lo han hecho también”.*

Sin embargo, según lo que señalan algunos entrevistados, no está claro o ellos no tienen claro si aún funciona: *“En una época hubo comité de violencia. Algunos se jubilaron y no sé quién quedó, pero lo que se ha detectado en el consultorio se derivó siempre para ese grupo, que estaba constituido también por psicólogas, obstétricas y servicio social. No hay una intervención específica de un médico obstetra, por lo general lo sostiene o el jefe de consultorio o alguno que en ese momento intervino en la atención de la paciente y quedó en ese grupo”.*

Atención en situación de violación: *“Sí, porque tenemos protocolos para poder actuar en la guardia cuando viene por ejemplo una chica violada como para*

Para la atención de adolescentes embarazadas solicitan una autorización/consentimiento de un referente otorgando conformidad en que las atiendan. Fricción con el nuevo código civil.

La comisión de violencia es la encargada de atender los casos de abuso de niñas/os y adolescentes; cómo también los casos de violencia de género e institucional. Es interdisciplinaria y refieren una buena coordinación con la UFI. Aunque algunos mencionaron que el mecanismo más habitual de coordinación entre los servicios de salud mental, servicio social y maternidad es la interconsulta.

*poder hacer toda profilaxis en cuanto a todos los retrovirales, infecciones bacterianas como la sífilis, gonorrea, todo eso. También para evitar el embarazo usamos la pastilla de emergencia.”*

*Abuso niños/as adolescentes: “Sí, en ese sentido es más el acompañamiento de un familiar. Uno pide que sea la madre o el padre o algún familiar directo que esté con ella. Ahí también hacemos la interconsulta con servicio social porque al ser menor de edad son adolescentes entonces necesitamos que esté también servicio social”.*

*Violencia de género: “Cuando nos damos cuenta que hubo violencia de género, lo que se hace es tratar de proteger a la mujer hasta que medianamente se vea qué está pasando en esa pareja por ejemplo, entonces muchas veces la dejamos internada y en observación a la paciente y evitamos que la pareja entre, cuando sabemos que hubo agresión por parte de la pareja, ¿no? Y bueno, después nuevamente hablamos con servicio social, servicio social habla con psicología que hay un gabinete donde está todo lo de violencia de género y después ellas lo manejan. Pero la situación nuestra es eso, tratar de aislarlo del lugar en el que uno sospecha que hay algún tipo de violencia y después, la intervención a lo que sería todo el plantel...”*

Si bien no mencionan protocolos, excepto cuando la mujer es víctima de abuso sexual e ingresa por guardia, por la descripción en la manera de actuar de todos los servicios se percibe un trabajo interdisciplinario e inter-institucional.

Mencionaron como espacios de comunicación y resolución de conflictos los comités creados en el marco del proyecto MSCF.

Respecto a la violencia obstétrica este hospital ha trabajado sobre sus profesionales para disminuirla sobre todo en el marco del proyecto Maternidad Segura y Centrada en la Familia: *“Nosotros hemos trabajado todo esto porque somos hospital centrado en la familia, o sea que ya estamos en no colocar suero cuando no se debe, no hacer episiotomía, no hacer enema... Todo esto lo empezamos en el año 80 con el parto en la (oscuridad) (...) esto es maternidad, no es un hospital. Es una maternidad, ya arrancó desde ahí entonces siempre arrancó con obstétrica. Entonces, la visión del parto ya es así”.*

También mencionaron la existencia de espacios de resolución de conflictos entre los profesionales de la salud del hospital: *“Sí, ahora tengo una reunión y la verdad que tenemos bastantes reuniones. Hace tiempo... No demasiado, pero se formaron muchos comités en el hospital que antes no había: ( ) del paciente, ahora está en formación el de violencia.”*

## Oportunidades de mejora

---

Entre el grupo de las fortalezas, se encuentran las prestaciones brindadas.

Todos los servicios se muestran en líneas generales muy conformes con el trato integral que se les da a las mujeres y destacan la contención que se les brinda. Resaltan también la libertad de las mismas para elegir desde el método anticonceptivo, al menos a nivel discursivo, hasta la posibilidad que le dan a la adolescente de tener atención sola, preservando su privacidad.

Se destaca la atención de las adolescentes, *“embarazada adolescente, más que temas médicos, lo que tiene es un tema social. (...) hay que charlar con ellas a ver qué otras cosas le están preocupando además del embarazo, si está yendo a la escuela, si no está yendo, cómo son sus redes de contención familiar, si la madre acepta el embarazo o no, si su pareja está con ella o la abandonó cuando se enteró que estaba embarazada.”*

Las fortalezas destacadas fueron:

1. La calidad de las prestaciones brindadas
2. Trabajo interdisciplinario entre los servicios de tocoginecología, servicio social y salud mental
3. Sentido de pertenencia de las mujeres y de los profesionales para con el hospital
4. Nuevo centro obstétrico
5. Hospital de día

También se destaca la gran labor los hospitales de día y el servicio de neonatología recientemente reformado/ampliado.

El Trabajo interdisciplinario: *“Acá lo que se trabaja mucho es de manera interdisciplinaria. La ventaja que tenemos es que ante cualquier consulta o duda que surja, podemos golpearle la puerta al que está al lado y se resuelve. (...). Cualquier cosa, vemos una paciente en consultorio algo que no va como corresponde, se sube a la guardia, la guardia lo soluciona y se trabaja así todo el tiempo. (...).”*

El Sentido de pertenencia de las mujeres y de los prestadores de salud con el hospital: *“(...) gente dice: yo me quiero atender ahí, me lo recomendó mi vecina, mi cuñada, entonces me quiero atender ahí. O el hecho de decir: tengo obra social. Y más de una vez, cuando el hospital estaba atestado, que era en la reforma del centro quirúrgico que tuvimos que achicar un poquito la internación y vos decías: bueno, los que tienen obra social, le tengo que dar lugar a el otro. Y los que tienen obra social te pedían: por favor, no me saques... Pero mirá, vamos a ir al sanatorio, "no me interesa, yo quiero acá porque mi otro hijo nació acá"... ¿viste?”*

*"En general uno ve que los proyectos cuanto más compromiso exigen, mejor andan. Como plata no hay, lo que más hay es gratificación, lo que te sostiene es la gratificación. En los hospitales de día no hacen paro, o sea, que vos dirías no sé cómo puede estar la gente si no gana un mango".*

A nivel edilicio Según señalan los entrevistados *"el centro gineco obstetra está recién elaborado, está hermoso, es hermoso, no se puede pedir más, me encanta".*

Respecto a las deficiencias, quienes fueron entrevistados mencionaron lo siguiente:

En cuanto a infraestructura, se menciona que recientemente hubo una reforma, pero que no alcanzó debido al aumento del número de pacientes.

En cuanto a los consultorios, *"algunos de tocogineco son más abiertos. Más abiertos me refiero a que tienen un pasillo de circulación interna y a lo mejor necesitarían un mayor cerramiento para hacerlo un poquito más íntimo..."*

En cuanto a la sala de internación: *"La internación es... Ya estamos acostumbrados, pero bonito no es. Salas grandes de seis, ocho pacientes. .... es la ampliación de toda la guardia de maternidad y algunos consultorios adicionales que podríamos obtener."*

Farmacia: *"Yo te diría que hace dos años que estoy pidiendo un traslado, un recambio porque en realidad la farmacia es un desastre. Es decir, la farmacia creció en los últimos dos años como así creció la actividad del hospital, creció muchísimo."*

La enfermera señala: *"Quizás eso que te decía, cuando se superponen dos en un día que tenemos que trasladar a las pacientes y a la enfermera le decís: andá a primera vez, de adolescencia andá a primera vez. Eso se podría evitar si hubiera un consultorio más, un poquito más de espacio físico. No por eso una las deja de atender o no, pero quizás sería más cómodo y más práctico y otra calidad de atención que le estás dando a la paciente. Quizás la parte edilicia faltarían dos consultorios más abajo para trabajar más cómodos".*

Se plantea deficiencias  
Infraestructura:  
consultorios con  
circulación abierta detrás,  
poco espacio en la sala  
de internación y poca  
cantidad de consultorios.  
Falta de personal  
Espacio pequeño y  
horarios reducidos de la  
farmacia  
No poseer una unidad de  
terapia intensiva

Refieren como un  
problema también el  
horario acotado de  
atención de la Farmacia y  
problemas de entrega de  
insumos.

Por otro lado, los entrevistados señalan una escasez de personal para la demanda de la población, que según señalan ha aumentado mucho en el último tiempo: *“ya el año pasado a partir de octubre, que fue cuando el Fiorito dejó de atender, se incrementó. Ya te digo, la proyección va hacia los 3.000. Entonces, son 400 partos más, que hacen...Y la complejidad también es mayor porque quieras o no, se complejiza más todo. Entonces, por ahí un servicio de neonatología que te faltan cinco neonatólogos, que uno está tratando de que sean dos por guardia”.*

Con respecto a la Farmacia: se señaló puntualmente lo acotado del horario de atención de la misma (9 a 12.30hs). Así como también otros problemas de entrega de insumos, que se originarían en una desorganización por parte del Ministerio: *“Pero esto es un problema de organización interno creo que del mismo Ministerio: a veces no nos llegan en tiempo y forma los insumos y cuando los reparten porque ya está próximo a vencerse, les reparten a todos los hospitales y farmacia en forma discriminada y a veces a nosotros nos cuesta poderlos reubicar todos porque nosotros necesitaríamos algo más continuo y que nos resultara más accesible, no que estén próximos a vencerse (...)”*

Para paliar el problema del vencimiento de medicamentos se crean grupos de whatsapp entre todos los farmacéuticos de la región.

Un tema importante para volver a destacar es la falta de una Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital. Tema que ya ha derivado en situaciones trágicas:

La falta de una unidad de terapia intensiva condujo a situaciones trágicas como muertes maternas

*“ No tenemos terapia (...) incluso hace poco tuvimos un problema porque una paciente que no sabemos si fue provocado o no, se complicó después de haberle hecho el legrado y nadie nos la quería recibir en terapia, nadie de la zona ni nada (...) porque se complicó porque acá no tenemos terapia y en ningún lado nos quisieron recibir. Ya cuando nos la recibieron en el Fiorito por lo menos, la paciente terminó muriendo. O sea, no tener terapia para nosotros es lo más complejo. No solamente para los abortos y eso, cualquier otra patología que requiera terapia...”*

## 7. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte”

---

- Director: Dr. Juan Fragomeno
- Director asociado: Lic. Daniel Abarquero
- Comienzo de gestión: febrero de 2015
- Categoría: III B
- Región: VI
- Municipio: Quilmes
- Domicilio: Allison Bell 770
- Mail: direccion-iriarte@ms.gba.gov.ar
- Teléfono: (011) 2253-6021 al 23 / 0438 / 2690

### Presentación

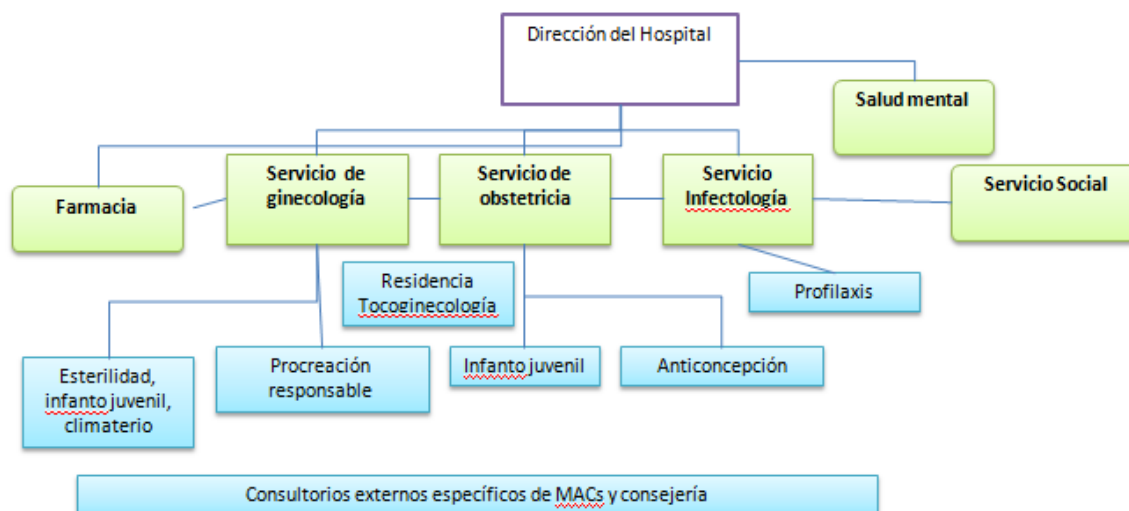
---

**El Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte”** se encuentra ubicado en el Municipio de Quilmes, e integra la Región Sanitaria VI categoría III B.

Cuenta con 167 camas. Según datos oficiales, durante el año 2014 se atendieron 2022 partos y 450 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 636 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años, y 5915 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años.



## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva – Actores intervinientes



Para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva el Hospital cuenta con una guardia Tocoginecológica única y los servicios de Obstetricia, Ginecología e infectología.

El servicio de Obstetricia dispone de los siguientes consultorios externos: admisión; alto y bajo riesgo; ecografía; diabetes; EGB (prueba del estreptococo del grupo B); monitoreo; profilaxis; patología cervical; anticoncepción e infanto juvenil.

El plantel de profesionales que integra el servicio se compone por: dos médicos de planta, 10 médicos de guardia, enfermeras de guardia, dos enfermeras de internación por turno, seis obstétricas y siete residentes (quienes rotan seis meses en este servicio y seis meses en ginecología)

La sala de internación para maternidad, está dispuesta en el primer piso y cuenta con 20 camas.

Maternidad tiene dos consultorios vinculados a consejería y MAC. El consultorio de anticoncepción comparte la atención entre una médica y una licenciada obstétrica y atiende miércoles, jueves y viernes en el turno mañana.

EL consultorio infanto juvenil o de adolescencia también atiende tres veces por semana en turno mañana, no tiene médico asignado a cargo; aunque se aclara que el servicio cubre las necesidades que surgen y que en general la jefa del

El hospital Iriarte incluye el servicio de infectología entre los ámbitos institucionales que atiende la SSR de las mujeres.

servicio y un médico de planta que tienen hicieron el curso de infanto juvenil concurren a las jornadas de esta área.

Los consultorios de admisión, EGB, monitoreo y curso de profilaxis están a cargo de obstétricas. El resto a cargo de médicos.

El Servicio de Ginecología está constituido por los consultorios externos y la guardia que comparte con obstetricia.

El personal que compone el servicio está integrado por nueve médicos de planta, seis residentes más el jefe, que rotan seis meses también en obstetricia.

Los consultorios externos del servicio atienden de lunes a viernes en turno matutino y vespertino, y

son los siguientes: Ginecología Clínica y Curaciones, Ginecología Clínica Vespertina, Patología Mamaria, Ecografía, Distopías, Ginecología Ginecológica, Ginecología General, Ginecología oncológica, Esterilidad, Ginecología Infanto Juvenil y Climaterio, Salud Sexual y Procreación Responsable.

Toda la atención de los consultorios se realiza en tres consultorios. Con turnos matutinos y vespertinos y a demanda otros.

Como consultorios asociados a MAC y consejería en este servicio se encuentran el consultorio de Procreación Responsable encargado especialmente de la consejería y seguimiento de la anticoncepción, atiende dos veces por semana; y el de Esterilidad, Ginecología Infanto Juvenil y Climaterio que trata a las adolescentes una vez a la semana en turno mañana.

La residencia de Tocoginecología está integrada por seis residentes más el jefe. La misma está organizada integrando los dos servicios: las rotaciones son de seis meses.

Los entrevistados coinciden en que el servicio de infectología también participa de la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres, principalmente con el consultorio de profilaxis y en el abordaje de casos de abuso sexual.

EL Servicio Social también participa de la atención de la SSyR mediante interconsulta. El mismo está integrado por dos trabajadoras sociales y una secretaria, y funciona de lunes a sábados de 8 a 16hs.

Tanto ginecología como obstetricia tienen sus propios consultorios externos específicos de MAC y consejería. Para obstetricia son anticoncepción e infanto juvenil y para ginecología, procreación responsable y esterilidad infantojuvenil y climaterio que se ocupa de la atención de adolescentes.

Se destaca la participación del servicio social en articulación con los servicios de ginecología y obstetricia en el seguimiento de MACs; la atención post aborto y en el abordaje de casos de abuso, violencia y maternidad de adolescentes.

El cuerpo médico coincide en que la mayoría de las interconsultas con este servicio son en relación al seguimiento de la anticoncepción localizando y citando a las mujeres que no concurren a los controles médicos.

También actúan en la atención post aborto; desde el servicio social se realiza la contención de las mujeres que atraviesan este evento obstétrico. La intervención se inicia con una entrevista que tiene como objetivo detectar los problemas del contexto social de estas mujeres.

Finalmente, el servicio social interviene en situaciones de abuso, violencia o en los casos de adolescentes madres. Para estos temas se trabaja con el asesoramiento de “La Fortaleza” (entidad que depende de la Subsecretaría de Derechos Humanos y de Género del Municipio); quienes cuentan con un equipo interdisciplinario especializado para la denuncia (cuando corresponde) y el acompañamiento de las mujeres.

La farmacia dispensa medicamentos a mujeres según prescripción médica.  
Entrega preservativos a libre demanda de los/as pacientes.  
Manifiestan serios problemas para el almacenamiento de los medicamentos, dado el poco espacio físico que dispone.

La Farmacia del Hospital, recibe los medicamentos de la región VI. Los medicamentos se dispensan a los profesionales del Hospital y también se entregan por ventanilla a los pacientes según indicación médica. Los preservativos se entregan a pedido del paciente, de forma libre y gratuita.

Respecto al espacio físico que ocupa la Farmacia reclamaron que es muy pequeño y que les resulta difícil el almacenamiento y organización de los medicamentos en un espacio tan reducido.

Los entrevistados también hicieron referencia a los principales problemas o deficiencias que afectan el desempeño de los servicios. En relación a la infraestructura y estado edilicio expresan que el espacio físico es deficitario y que en general se encuentra en malas condiciones de mantenimiento y pintura. Agregan que el pabellón de maternidad donde funcionan los consultorios externos de ginecología y obstetricia cuenta con una pequeña sala de espera pequeña, y en condiciones de deterioro.

Las menciones sobre los problemas vinculados al estado de situación edilicio son graves. Aseguran que es frecuente que se suspendan operaciones por falta de aire acondicionado o temperatura inadecuada en los quirófanos. Alertaron también que las mismas condiciones en salas de parto generaron internaciones de los recién nacidos.

También se hace referencia a la falta de espacio físico para el funcionamiento de los diferentes consultorios: *“tuvimos la posibilidad de realizar un grupo multidisciplinario en cuanto a adolescencia y lo que nos frenó fue la parte edilicia*

*porque no tenemos un lugar físico donde podamos estar en el mismo momento atendiendo la psicóloga, la pediatra, la clínica, una nutricionista y el médico".*

Incluso situaciones muy graves como: *"Pobres mujeres, que tenemos que revisarlas de la cintura para abajo, de la cintura para arriba en invierno pobrecitas; y las que están internadas con los bebés, todo el invierno no anduvo la calefacción. Andaban emponchadas. No andaba la calefacción en sala de partos. Los bebés los tenías que internar porque (se injurian) por frío. Así que la parte edilicia es muy triste".*

En este contexto de deterioro también se alerta sobre el equipamiento que se encuentra viejo y en algunos casos obsoleto.

Cabe destacar que en una de las entrevistas se planteó la existencia de un proyecto aprobado para la construcción de un nuevo edificio para el Hospital. Sin embargo, la noticia sobre este proyecto no surgió entre los demás entrevistados.

La falta de profesionales de la salud y los problemas que genera son mencionados en varias entrevistas. Señalan déficit de recurso humano en los diferentes servicios: social, salud Mental, ginecología y obstetricia como obstáculo para obtener un servicio de salud de calidad e integral: *"Yo apunto a que cada mujer que viene a atenderse acá debe ser escuchada. Los tiempos hospitalarios a veces no lo permiten, los médicos tienen que atender a full porque tienen más pacientes de los que estaban programados, entonces muchas veces no se las escucha y el escuchar es fundamental porque ahí se detecta muchas situaciones que pueden ser atendidas para mejorar su calidad de vida y obviamente, la salud porque dentro de la calidad de vida está el derecho a la salud".*

Se señala el déficit de profesionales (personal) en relación a la vulneración del derecho a la salud de las mujeres.

## **Métodos Anticonceptivos**

El Hospital Iriarte dispone de los siguientes métodos anticonceptivos: hormonales orales combinados y de lactancia, hormonales inyectables mensuales y trimestrales, hormonales de emergencia, implante subdérmico, preservativos, DIU, ligadura tubaria quirúrgica o por vía laparoscópica.

Los anticonceptivos son provistos por la región sanitaria. La Farmacia no cuenta con todos los anticonceptivos orales hormonales necesarios,

Refieren faltante de anticonceptivos orales para lactancia. No se relevaron problemas u obstáculos para la colocación de métodos de larga duración, ni tampoco para intervención de ligadura tubaria.

refieren faltante de anticonceptivos orales para lactancia, que son los que se dispensan con mayor frecuencia. Esta falta es suplida por las muestras gratis de los laboratorios.

En cuanto a la ligadura tubaria, los entrevistados manifiestan que se realizan en cesáreas, ya sea de urgencia o programadas; y también en ginecología, con turno programado y por vía laparoscopia. Cabe destacar que en relación a métodos de larga duración no se relevaron obstáculos ni faltantes de insumos.

En cuanto al misoprostol, no hay stock. La farmacia del Hospital lo adquiere por compra directa en farmacias comerciales de la zona cuando los servicios lo requieren.

No tiene stock de misoprostol. Farmacia adquiere vía compra directa cuando los servicios lo requieren.

Otro aspecto a señalar es que la anticoncepción de emergencia se brinda sólo para casos de violencia sexual junto con el kit de emergencia y la disponibilidad en guardia de este medicamento es exclusiva para estos casos.

La solicitud de estudios previos varía de acuerdo al método elegido por la mujer. El consultorio de salud sexual y procreación responsable manifiesta: *“En general, se está haciendo hincapié que no necesitaría porque si uno pone en una balanza, más vale ayudar a que la paciente no se embarace... ya nos traen papanicolaou. Esa misma mañana le hacemos una pequeña ecografía para ver las características del útero, sobre todo el diámetro longitudinal, pero bueno... Si no lo tenemos, lo ponemos igual porque la experiencia que nos fue dando todos estos años, podemos ponerlo igual.”*

La anticoncepción de emergencia se brinda sólo para casos de violación junto con el kit de emergencia.

Los entrevistados coinciden en que el objetivo es que la mujer continúe la atención en el consultorio de procreación responsable del servicio de ginecología, tanto la que se llevó el anticonceptivo en el momento como la que tiene que realizarse estudios previos. Para los casos de post parto el consultorio de anticoncepción del servicio de Obstetricia es el que efectúa el seguimiento.

## Consejería

---

Los consultorios asociados a la consejería son anticoncepción para el servicio de maternidad y el de Salud Sexual y Reproductiva para ginecología. Asimismo, los profesionales expresan que se brinda información a requerimiento de los pacientes en todos los consultorios externos o en situaciones que consideran como las más oportunas, como son el alta post parto y post aborto.

Se distingue la consejería según el evento obstétrico. Al momento del alta post parto, las mujeres reciben una charla con diferentes contenidos: cuidado del recién nacido, lactancia, cuidados de la mujer, pautas de alerta, métodos anticonceptivos, disponibilidad en el mercado, etc. *“Ahí ya se les hace una primera consejería con esa charla porque ahí ya vemos cuál quiere para ligadura tubaria y qué paciente quiere lo que tenemos nosotros en maternidad”*. Las mujeres se externan con una orden *“dar turno para anticoncepción”* para ser presentado en el consultorio específico de anticoncepción que atiende tres días a la semana a las 8 de la mañana (sin turno) se presenta y es atendida en el momento.

En los casos post aborto, la consejería consiste en una charla similar a la que se suman algunas preguntas, por ejemplo: *si quiere tener más hijos, por qué y cómo ha quedado embarazada*. La mayoría de las veces cuando la paciente manifiesta no querer quedar embarazada al momento del alta se le entrega la anticoncepción y una derivación al consultorio de salud sexual y procreación responsable, y si requiere papanicolaou también se deriva a Ginecología General.

Algunos entrevistados señalan que la consejería es un espacio a fortalecer. Aseguran que los tiempos hospitalarios no dan el espacio necesario a la consejería y que tampoco disponen del espacio físico adecuado para hacerlo.

En la misma línea, otros entrevistados plantean propuestas para la mejora de la consejería en sala de espera como por ejemplo videos con contenidos de MACs, controles ginecológicos, etc.: *“que estaría bueno que va el paciente a atenderse en la sala de gineco y hay un video en la pantalla en la cual les explican en qué consiste el pap, que es algo que no es malo; los folletos a veces no los leen, pero si vos les ponés la imagen en una pantalla están todos así y después*

La consejería se realiza en diferentes ámbitos: consultorios específicos, en el resto de consultorios y a pie de cama antes del alta post evento obstétrico.

Los entrevistados manifiestan la necesidad de fortalecer la consejería en sus diferentes ámbitos: consultorios, salas de espera; también plantean la necesidad de re pensar la estrategia en el primer nivel de atención.

La consejería post evento obstétrico implica la dispensa de un método de corta duración y la derivación al consultorio específico; si es post parto a anticoncepción y si es post aborto a salud sexual y procreación responsable. En ambos casos si la opción es ligadura tubaria o DIU se externan con derivación a ginecología general para la realización de estudios previos

*te preguntan a raíz de eso".*

En otras entrevistas se planteó como problema la baja demanda de métodos anticonceptivos que recibe el hospital y con la posibilidad de pensar estrategias de acción a nivel comunitario: *después chocamos con una barrera social de que no vienen a buscar el anticonceptivo, ¿por qué la gente tiene que venir acá? ¿Por qué no vamos hacia allá? Vemos chicas de 20 años con tres embarazos, si vamos a seguir sentados detrás de un escritorio esperando a que la gente venga, creo que vamos a fracasar otra vez. Necesitamos ser más activos, necesitamos ir, mirar, estar, aconsejar. Creo que tenemos que comprometernos más porque si no siempre va a ser así..."*

### **Atención post Aborto**

---

Respecto a la práctica médica para APA no se relevó preferencia por ninguna en especial. Según mencionan en las entrevistas, se utiliza tanto medicación para la expulsión como AMEU o legrado; depende de la indicación médica.

En relación a la consejería post aborto, los entrevistados coinciden en que se procura que la mujer lleve consigo un método anticonceptivo al momento del alta.

Sobre la contención de las mujeres en esta situación, se menciona que realizan interconsulta con el servicio de salud mental únicamente en los casos en que el cuerpo médico infiere que el aborto no fue intencional: *la mayoría de las pacientes que vienen al hospital que perdieron el embarazo...Al contrario, la mayoría está contenta porque lo perdió. O sea, que nosotros incluso sospechamos que quizás hicieron alguna maniobra para perder el embarazo porque "ay, sí, estoy con hemorragia..." Son muy pocas las pacientes que realmente vos la sentís...Nos ha pasado que ha estado mal "no, porque lo perdí, porque lo habíamos buscado...", sí nos comunicamos con el psicólogo".*

No se releva preferencia por ninguna práctica médica para APA

### **Interrupción Legal del Embarazo**

---

El Hospital no cuenta con un ámbito específico para el ingreso de las solicitudes de ILE.

Tanto en el Servicio de Maternidad como en el de Ginecología manifiestan no conocer un protocolo de atención para los casos de las mujeres que soliciten ILE.

La mayoría de los entrevistados manifestó no conocer el protocolo de ILE.

Refieren un caso de ILE reciente en el que se procedió con el protocolo de APA (Atención Post Aborto): *“El protocolo es el mismo que nosotros utilizamos para la evacuación de huevo muerto y retenido”*

Únicamente los residentes manifiestan haber tenido capacitación específica sobre ILE, el marco normativo vigente y cómo actuar frente a casos concretos.

Únicamente los residentes recibieron capacitación sobre ILE

Nadie manifiesta con certeza si existe un registro de objetores de conciencia y si está actualizado. Algunos entrevistados aseguran que durante la dirección anterior del hospital (hace dos años aproximadamente) se había compuesto un listado en el que hicieron objeción todos los médicos excepto uno: *“todos los médicos del servicio de ginecología hicieron objeción de conciencia, excepto uno”*.

Asimismo, acuerdan que cuando no hay quién acepte realizar la prestación la dirección del hospital es la encargada de conseguir un médico que lo resuelva.

Dos años atrás, a excepción de un médico, los demás hicieron objeción de conciencia.

## **Estrategias de Atención para poblaciones específicas**

---

### **Adolescencia**

El Servicio de Ginecología cuenta con una doctora a cargo del consultorio de adolescencia que, si bien no es especialista, atiende las adolescentes que acuden al servicio.

Por su parte, en el Servicio de Obstetricia atienden preferentemente la jefa del servicio y un médico de planta que tienen el curso de infante juvenil realizado; ambos concurren a las jornadas de capacitación vinculadas al tema.

En cuanto a las estrategias de abordaje y de atención de esta franja etaria ambos servicios declaran que se atiende de acuerdo a las normas de la Sociedad Infante Juvenil.

### **Violencia**

Desde el Servicio Social se articula con la entidad “La Fortaleza” que cuenta con un equipo interdisciplinario que se encarga de efectuar la denuncia y acompañar a la mujer en cuanto se detecta una situación de violencia en todos sus



aspectos: física, emocional, psicológica.

También participa el servicio de salud mental a quién se le da intervención inmediata en casos de violencia.

Muchas veces se detecta en la guardia y son los médicos los que hacen el parte policial correspondiente y una ficha que se envía al Ministerio de Salud a la Dirección de la Mujer.

En los casos de abuso sexual, se da intervención de forma inmediata el servicio de infectología para que suministre los medicamentos correspondientes: hepatitis, HIV.

Si el caso de abuso es en niños y niñas o adolescentes se da intervención a al servicio de niñez de la Subsecretaría de la Infancia local que tiene también conexión con el servicio zonal. Este equipo es el que determina las líneas de acción o las pautas a seguir. La Fortaleza también interviene acompañando a las madres.

### **Violencia obstétrica y /o institucional**

En ningún momento se habla de violencia obstétrica.

En cuanto a violencia institucional, sólo se registra en una única conversación *"La violencia que puede haber, generalmente sucede entre familiares y el médico de guardia. Siempre le aconsejamos al médico de guardia ponerse en el lugar del familiar y del paciente que está sufriendo porque es el motivo por el cual viene y a veces la agresión surge porque espera demasiado. Hay que tratar de que eso no suceda"*.

### **Oportunidades de Mejora**

---

Existió consenso entre los entrevistados sobre los aspectos positivos de los equipos. Se remarca un buen clima laboral y puntos de vistas comunes en los equipos de los servicios y entre éstos también: *"el ambiente de trabajo es bueno, siempre se trata de concilia, el compañerismo es la fortaleza porque hay mucho déficit, nos faltan cosas y siempre tratamos de cooperar unos con otros."*

Otro aspecto destacado como fortaleza es la buena recepción de las mujeres con sus niños: *"siempre le decimos a la mamá que es mejor que traiga a los hijos, antes de que no venga ella al control. Siempre tratamos de favorecer la situación que la ayude a que se venga a controlar"*.

Entre las oportunidades de mejora se menciona la necesidad de fortalecer la consejería en sus diferentes ámbitos. Algunos entrevistados señalan la necesidad de trabajar la referencia y contrareferencia con el nivel de atención primaria. Aseguran que sería conveniente mayor capacitación al personal de las unidades periféricas.

Otros entrevistados hacen hincapié en las salas de espera y sus diferentes posibilidades: mejorar las carteleras, dotar de folletería y videos con contenidos de educación para la salud y MACs. Otros entrevistados plantearon la necesidad de contar con un médico que se ocupe especialmente de las mujeres que solicitan ILE.

También se hizo mención a la necesidad de mejorar el seguimiento de las mujeres una vez derivadas a los consultorios de anticoncepción o salud sexual y procreación responsable: *“generar una conexión de saber cómo fue el resultado de esa paciente porque como nosotros en consultorios como residentes no la vemos, damos la indicación, pero yo después no sé si la paciente fue o no fue”*.

Finalmente, una de las entrevistadas plantea la necesidad de una campaña comunicacional referida a la salud sexual y reproductiva: *“que se haga más propaganda en la televisión y radio de los métodos anticonceptivos, porque yo hablo mucho acá, bueno sería que se hable por todos lados de: vayan a buscar preservativos, sea en las unidades sanitarias, si es gratis!, Eso hay que fomentarlo más. Más propaganda en la tele y la radio.*

Las oportunidades de mejora priorizadas por los entrevistados:  
1- fortalecimiento de la consejería en diferentes aspectos y ámbitos: primer nivel de atención; salas de espera; seguimiento de MACs entre otros.  
2- la incorporación o formación de un médico que sea referente de ILE-

## 8. Hospital Zonal General de las Flores

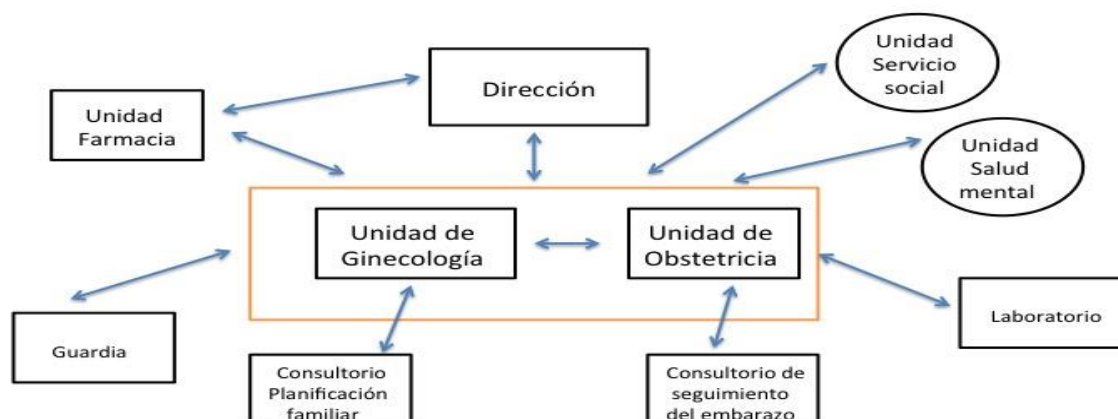
- Director: Mauricio Alejandro
- Categoría: III A
- Región: IX
- Municipio: Las Flores
- Domicilio: Abel Guaresto entre Carramasa y Teófilo Meana
- Teléfono: (02244) 452046 / 452114

### Presentación

La localidad de Las Flores cuenta con el Hospital Zonal General de Las Flores, cuya estructura se organiza según unidades de atención, habiéndose constituido como servicios únicamente el de Emergencias y de Terapia Intensiva.

Cuenta con 128 camas; en el transcurso del 2014 se realizaron 157 partos y en 2015 tuvo alrededor de 160 consultas de mujeres de 10 a 69 años. Respecto a las consultas ginecológicas fueron alrededor de 320, de las cuales 63 fueron de niñas y adolescentes entre 10 y 19 años

### Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva – Actores Intervinientes



En la unidad de Ginecología y Obstetricia, se brinda atención por consultorios externos de 8.00 a 10.30hs., donde se realizan controles de embarazo, controles ginecológicos anuales (papanicolaou, ecografía, análisis de sangre) y se proveen métodos de anticoncepción. En el mismo consultorio, los días miércoles y jueves se dispone de un espacio para Consejería en Salud Sexual y Reproductiva y apoyo ginecológico, con difusión previa mediante comunicaciones publicadas en el espacio de atención de guardia. En esta misma sala brinda atención la unidad de Pediatría.

Debido a reformas por peligro de derrumbe en la sala donde funcionaba la unidad de Neonatología, actualmente comparte el espacio de atención con la unidad de Enfermería y Maternidad.

El Hospital de las Flores cuenta con unidades de atención. Unidad de Ginecología y Obstetricia. Los únicos denominados como servicios son de emergencias y terapia intensiva.

La unidad del Servicio Social del hospital dispone de su propio consultorio. El área de Salud Mental se relaciona con las demás unidades de atención a través del requerimiento de interconsultas. Participa de las consejerías en los casos especiales que se solicite.

La atención por guardia se brinda todos los días las 24hs.

El Hospital dispone de un unidad de cardiología que atiende los días viernes por la tarde.

La farmacia del hospital cuenta con dos responsables a cargo y un jefe de depósito. El horario de atención al público es de lunes a viernes de 8 a 12hs., con presencia diaria de personal entre las 7 y las 13hs. No cuenta con farmacias satélites.

El Hospital trabaja con un sistema de referencia y contra referencia con 7 unidades periféricas: 4 ubicadas en el medio urbano y 3 en el medio rural. Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPs) brindan atención de 11 a 13hs. y de 14 a 16hs. y también realizan consejerías.

Valoraron muy positivamente la referencia y contrareferencia con los CAPs (Centros de Atención Primaria), en la consejería sobre MACs y APA

En lo relativo a la cantidad de profesionales y equipamiento por unidad existen diferencias según lo enunciado en las entrevistas, debido quizás a que varios profesionales se ocupan de una diversidad de funciones al mismo tiempo. Una estimación aproximada sería:

Equipamiento:

- 3 camas en el servicio de ginecología

- 6 camas en tocoginecología
- 6 camas de maternidad para la atención.
- Servicio de Neonatología con equipamiento básico para la primera atención: incubadora y servocunas
- 6 camas pediatría

Profesionales:

- 2 ecografistas
- 11 enfermeras asignadas al servicio de Ginecología y Obstetricia (2 enfermeras por cada turno de 6 horas)
- 5 médicos de planta en total (3 profesionales en el área de ginecología y obstetricia).
- 11 agentes sanitarios (actualmente una mujer del equipo dedicada especialmente a convocar embarazadas para el control y seguimiento)
- Unidad de Salud Mental: 1 psiquiatra - atención martes y miércoles, medio día; 1 psicóloga 7 días de la semana; 2 psicólogas concurrentes.
- 2 dermatólogos.
- 1 abogado (forma parte del equipo del Programa de Salud Sexual y Reproductiva).

En el hospital, las áreas de ginecología y obstetricia no funcionan en forma independiente. Para la atención de salud sexual y reproductiva, el hospital cuenta con una unidad de Ginecología y Obstetricia (que aún no está constituida en servicio por escasez de personal), donde las necesidades de ambas áreas son atendidas por los mismos profesionales a cargo.

Los consultorios externos funcionan por las mañanas. En los casos de embarazo, la primera entrevista es realizada por el ginecólogo que evalúa si se trata de un caso de alto o bajo riesgo. Siendo del primer tipo, se deriva la mujer y/o adolescente a la obstétrica (responsable del seguimiento de los embarazos sin riesgo) y con ella se continúa el control prenatal hasta el momento del parto.

Los días miércoles y jueves, en el mismo consultorio, se realiza apoyo ginecológico y consejería en salud sexual y reproductiva. Hay disponibilidad de folletería y material gráfico enviado desde la localidad de Azul. Desde la unidad, se aprovechan también como instancias de consejería, el control prenatal y el seguimiento post parto.

El área de maternidad funciona además en vinculación con el servicio de

Refieren interconsulta como mecanismo de trabajo y comunicación predominante entre las unidades de ginecología, obstetricia, salud mental y servicio social, especialmente en los casos de embarazo en la adolescencia, atención post-aborto y violencia de género.

laboratorio. A las 34 semanas de gestación se realiza el hisopado del estreptococo y una vez obtenido el resultado, los estudios son remitidos al área de maternidad para su atención temprana apenas sucedido el parto en caso de ser necesario.

El Hospital Zonal General de Las Flores no dispone de un consultorio específico para la atención de adolescentes.

Las otras unidades que intervienen en la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres son la de Salud Mental y la de servicio Social, que conjuntamente con la actividad de la farmacia, componen una unidad de diferentes roles cuya base fundamental reside en el área de ginecología y obstetricia.

La unidad de Salud Mental está integrada por un psiquiatra que brinda atención los días martes y miércoles durante medio día, una psicóloga disponible los 7 días de la semana y 2 psicólogas concurrentes. Las principales intervenciones responden a solicitudes de interconsulta o intervención profesional provenientes del equipo médico, especialmente ginecología. En estos casos, la interconsulta se efectiviza por consultorios externos sin lista de espera.

La unidad de Servicio Social está integrada por dos Trabajadoras Sociales. Las principales intervenciones se relacionan con los casos de embarazo en la adolescencia, abuso sexual y violencia de género.

El requerimiento de interconsulta con las áreas de Servicio Social y Salud Mental, se refiere mayormente a la necesidad de consejería para la lactancia materna y para la contención y atención de casos particulares como violencia de género, embarazo en la adolescencia y atención post-aborto.

En cuanto a la farmacia del hospital, aunque tiene disponibilidad de personal de lunes a viernes de 7 a 13hs., la atención al público se brinda de 8 a 12hs. La farmacia se encuentra localizada en la planta baja y cuenta con un depósito separado y bajo llave. No cuenta con aire acondicionado, y provee semanalmente a cada unidad de un stock de medicamentos. En relación a la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, interviene únicamente para la entrega de insumos.

Los problemas de gestión priorizados por quienes fueron entrevistados:  
Falta de espacios físicos para la atención en internación y consultorios externos.  
Las instalaciones de la farmacia no son adecuadas para el almacenamiento, conservación y dispensación.  
Plantel profesional insuficiente.  
Desconocimiento y falta de capacitación de los profesionales sobre protocolos de atención.  
La comunicación entre la guardia y maternidad.

La unidad de enfermería del hospital se caracteriza porque sus profesionales no rotan a otros hospitales y han comenzado a especializarse: 8 enfermeras están haciendo la especialidad en Neonatología en Azul y 3 han hecho capacitaciones en obstetricia en Buenos Aires. En la atención de enfermería, se organizan dos enfermeras por cada turno de seis horas.

Respecto a lo edilicio para un contexto de atención primaria de la salud, el Hospital Zonal General de Las Flores tiene buen equipamiento.

Actualmente, el Hospital está atravesando un momento de refacción, debido a que la sala de neonatología corría peligro de derrumbe y hubo que mudarla a la misma donde se encuentra la unidad de Ginecología y Obstetricia. En razón de estas cuestiones espaciales y para poder brindar una buena atención a las mujeres que llegaran con trabajo de parto, se trata de dejar libre siempre alguna habitación o utilizar la de pediatría.

Con respecto a materiales e insumos, este año “*se consiguió un Sony nuevo*” para el área de maternidad y se está intentado conseguir un nuevo sillón de parto y una cama ginecológica.

Las instalaciones con las que cuenta la farmacia no son adecuadas para el almacenamiento, conservación y dispensación de los medicamentos: no hay espacio suficiente y no cuentan con aire acondicionado.

### **Métodos Anticonceptivos**

De acuerdo a la información recavada, el Hospital dispone de los siguientes métodos anticonceptivos: anticonceptivos comunes (Tinelle y Estradiol); levonorgestrel solo para lactancia; de emergencia; inyectables, inyectable trimestral de medroxiprogesterona, DIU (Dispositivo Intrauterino), SIU (Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel), implantes y preservativos. La obtención de los mismos es a través del Ministerio de Salud y por licitación privada; algunas veces también se proveen de anticonceptivos por SAMOS. En la actualidad refieren tener stock de todos los métodos anticonceptivos.

El stock se maneja desde farmacia. Refirieron que el abastecimiento de anticonceptivos enviados por el Programa de SSyR de la Provincia no es regular. Desde Farmacia se envía una planilla con detalles

Según quienes fueron entrevistados el hospital dispone de stock de todos métodos anticonceptivos.

Los MAC más utilizados y recomendados por los profesionales son los anticonceptivos del tipo oral. Colocan DIU e implantes subdérmicos una vez a la semana en forma ambulatoria.

del insumo/medicamento faltante, pero lo recibido no siempre responde a lo solicitado. Actualmente quien distribuye los anticonceptivos es la región, cuando antiguamente se solicitaba vía Remediar. Los anticonceptivos que se proveen con más frecuencia son los de tipo oral.

La provisión de métodos se hace a través del consultorio de ginecología y obstetricia y, por derivación desde guardia, en el área de enfermería y maternidad durante las 24hs. Los métodos más utilizados son los anticonceptivos de tipo oral. Se colocan DIU e implantes subdérmicos los días miércoles, de manera ambulatoria. Las solicitudes de pastilla del día después, se registran en una planilla que luego se elevan al Ministerio. Las mujeres puérperas se retiran con un método de anticoncepción hormonal al momento del alta y en caso de querer realizarse la ligadura tubaria, también se les provee del hormonal para garantizar la cobertura hasta el momento de la intervención. Por consultorio externo, el área de maternidad lleva un seguimiento de las mujeres madres para hacer el cambio de anticonceptivo transcurrido un año del parto o antes si ya hubieran dejado

de amamantar.

En relación a la colocación de implantes subdérmicos, el área de Servicio Social realiza una entrevista a las interesadas para completar un formulario de implante subdérmico y automáticamente se derivan a la ginecóloga con la que ya se tiene establecido un día específico para la colocación de implantes. En relación a la colocación de DIU, también el servicio social realiza una entrevista previa y el área de ginecología lo coloca cualquier día de la semana.

La provisión de métodos de anticoncepción oral se maneja directamente desde el área de obstetricia y ginecología.

La Farmacia del Hospital provee de insumos a las salas 3 veces por semana y completa una planilla indicando la anticoncepción entregada por receta para luego remitir al equipo médico. Se presta servicio de información a las mujeres por ventanilla y no realizan entregas personalizadas con frecuencia por falta de personal suficiente.

Para la colocación de LARCs (Métodos Anticonceptivos de larga duración reversibles) interviene servicio social con una entrevista previa para luego derivar a la unidad de ginecología.

El seguimiento es realizado tanto por la unidad de ginecología como de servicio social. Se indica control en forma personalizada según el tipo de MAC. Generalmente se realizan controles semestrales.

Refirieron que para la provisión de MACs en adolescentes se solicita acompañamiento de algún representante.



Trabajando en concordancia con estas áreas, en algunos casos, la unidad de servicio social realiza entrevistas previas para la selección del tipo de anticonceptivo adecuado según el caso y dar comienzo a un registro de seguimiento. Desde la unidad social se ha intentado desarrollar un taller para la asesoría de jóvenes en métodos de anticoncepción, sin éxito de permanencia en el tiempo por el momento.

El seguimiento del tipo de método que utiliza también es realizado por el área de maternidad. En cada sala hay un cuaderno donde se toma nota de cada caso y se agenda el contacto telefónico de las mujeres.

Según el tipo de método provisto, se indica el control a las mujeres de forma personalizada: con los DIU se cita a control ginecológico y ecográfico cada seis meses; con anticonceptivos orales también se realiza un control semestral; con ligaduras tubarias los controles básicos son anuales. Los controles que se piden varían siempre según la edad de las mujeres. No hay a disposición material gráfico o soporte de información para asistencia del médico.

A partir de 2016, se dejaron de solicitar estudios de rutina previos a la selección y administración del método anticonceptivo. En los casos de niñas y adolescentes, deben concurrir acompañadas de algún representante. Se piden los estudios una vez que ya se ha provisto del método.

## Consejerías

Desde la unidad de Ginecología y Obstetricia se conformó la Consejería de Salud Sexual y Reproductiva. Provee atención y consejería las 24 horas con las enfermeras del área de maternidad. Tienen a disposición para entrega inmediata los siguientes métodos anticonceptivos: los ACO 1, los comunes de 21, los de lactancia, la pastilla de emergencia, implantes, DIU e inyectables. Disponen de material gráfico y de apoyo para las pacientes, provisto por el Ministerio de Salud de la Provincia. Este material está también disponible en guardia y en el consultorio.

En caso de no poderse resolver alguna situación, se solicita la intervención de los médicos de planta responsables. Se aprovechan estas instancias de concurrencia de las mujeres al consultorio para dar

Existen diversas estrategias entorno a la consejería:  
Consultorio de ginecología y obstetricia  
En los controles prenatales y seguimiento post parto  
Pie de cama  
Guardia  
Servicio social en casos de maternidad en la adolescencia y violencia de género  
Otros sitios fuera del hospital: salas periféricas y CAPs.

lugar a una charla de consejería. Cada profesional desde su lugar de trabajo, reafirma la tarea de consejería.

También la unidad de Servicio Social brinda consejería, cuando así se lo requieran las demás áreas en casos particulares tales como maternidad en la adolescencia y violencia de género. Desde el área de obstetricia, hace cuatro años que se están llevando a cabo consejerías en salas periféricas y escuelas.

La consejería en post aborto más frecuente se realiza a pie de cama y trabajan en sintonía con la unidad de salud mental.

La consejería más frecuente en situación de APA (Atención Post Aborto) se realiza a pie de cama. En ocasiones interviene salud mental. Los profesionales de la unidad de obstetricia y ginecología también llevan a cabo consejerías en salas periféricas y escuelas.

### **Atención post Aborto**

Desde la unidad de ginecología y obstetricia, la atención post aborto o aborto incompleto depende de varios factores. En abortos espontáneos de menos de doce semanas, el control necesario es únicamente mediante ecografía, en abortos de mayor edad gestacional podría ser necesaria la realización de raspado. Cuando el aborto es completo, el control ecográfico es suficiente pero cuando el aborto no se ha completado se procede a una internación donde a las mujeres se les toman análisis de sangre, ecografía y electrocardiograma para luego realizar generalmente la práctica del legrado. Luego de la intervención, se solicita una ecografía de control. Con la medicación necesaria se da el alta y se pauta una cita de control a consultorios externos para confirmar que no existieran complicaciones y brindar consejería sobre MAC.

La utilización de misoprostol para completar abortos incompletos queda a criterio del médico. Otra opción indicada de uso por el Servicio de Ginecología es oxitocina, antibióticos y raspado (método que también se utiliza para provocar la expulsión del saco gestacional en los casos de muertes

No refirieron un mecanismo institucionalizado para la atención en APA. No refirieron uso de protocolos de atención. La práctica más habitual para abortos incompletos es el raspado. Advirtieron que el uso de medicamentos queda a criterio de los médicos.

El seguimiento que se le realiza a las mujeres en situación de post aborto es análogo al realizado a las mujeres puérperas. No refirieron un mecanismo diferenciando para los casos de APA.

embrionarias precoces).

El seguimiento que se le realiza a las mujeres en situación de post aborto es análogo al realizado a las mujeres puérperas: se les pregunta si fue un embarazo planificado o no y se conversa sobre lo ocurrido. Si fuera el caso de un embarazo no planificado, se brinda información de anticoncepción. Se la cita luego para un próximo encuentro de control.

Refirieron la ausencia de un mecanismo institucional aplicado para el acompañamiento de mujeres que no planificaron su embarazo.

Según señala un médico de planta, una vez que el aborto se efectivizó, no hay un mecanismo institucional aplicado para el acompañamiento o seguimiento de las mujeres que permita analizar en profundidad las pautas de por qué se produjo la situación en embarazo no planificado que derivó en su interrupción.

El Servicio Social atiende a mujeres en situación de post aborto o comienza un seguimiento en casos particulares. Si las mujeres requieren de una asistencia psicológica, se les informa sobre la posibilidad de atención. También se provee información acerca de todo lo relativo a la anticoncepción, tanto a las mujeres como a sus familias si estuvieran presentes. En los casos necesarios, se la cita para la colocación de un implante subdérmico.

La modalidad de interconsulta con las unidades de servicio social y salud mental es la forma más habitual para atender a las mujeres en situación de APA

En relación al post aborto, las mujeres son asistidas por la unidad de salud mental siempre que lo requieran, tanto por la interconsulta derivada del profesional como para solicitar un turno. Se les brinda un espacio para que comiencen su tratamiento.

## Interrupción Legal del Embarazo

En relación a la Interrupción Legal del Embarazo, en cada uno de los casos recibidos en el Hospital se respetó el procedimiento de la guía provista por el Ministerio de Salud de la Nación.

Los profesionales del hospital frente a un caso de ILE se rigen por el protocolo nacional.

Generalmente la primera consulta se realiza con el médico de cabecera, médico ginecológico de la especialidad. Se requiere luego la interconsulta con el área Salud Mental y a partir de ahí se comienza a evaluar el caso en forma conjunta con el servicio social. Refirieron que cuando se trata

de la posibilidad de interrumpir un embarazo, se evalúa caso por caso: de qué forma se generó, cuáles son las consecuencias, cuál es el pronóstico, previsión de resultados, y otros distintos factores. Para la evaluación particular del caso, se organiza una junta médica de profesionales y una vez decidida la intervención, se actúa a partir del protocolo: *“Que cuando surgieron casos muy complejos donde había que determinar si se llevaba a cabo un aborto no punible, no habiendo habido alguna experiencia previa de trabajar fehacientemente en equipo, pudimos resolverlo en forma interdisciplinaria. Lo pudimos resolver, hicimos reuniones, se subió a dirección y se hizo una especie de ateneo, después una junta médica, protocolo... O sea, que de alguna manera lo pudimos resolver y después seguimiento psicológico por externo. O sea, que el resultado fue positivo de caso por caso”*

La atención respecto a la interrupción legal del embarazo se cumplió efectivamente en los tres casos judicializados que se atendieron en el Hospital: dos fueron derivaciones de la zona y uno original de la localidad. Se trabajó de manera interdisciplinaria y se consensuó con el equipo que se cumplieran los requisitos para la interrupción legal del embarazo según el protocolo del Gobierno Nacional. Se conformó un equipo con la psicóloga y el psiquiatra, la ginecóloga, el abogado y la dirección, así como se obtuvo orientación de la región sanitaria para lograr el procedimiento correcto en cada uno de los pasos que correspondían legalmente. El servicio social intervino según la ley indica, trabajando en conjunto con los demás profesionales, colaborando en los trámites administrativos y legales.

Luego de efectuada la ILE, es condición que la mujer continúe con un seguimiento. Se sugiere y se indica un seguimiento psicológico post intervención. Teniendo en cuenta su bienestar y la salud mental, se hace un cierre, un alta o se la ingresa por consultorios externos para continuar el tratamiento.

Desde el área de ginecología y obstetricia y en atención de guardias, también se

Para la evaluación del caso se convoca primero a una junta médica ad hoc de profesionales para evaluar los factores del caso.

Los 3 casos atendidos fueron derivaciones judicializadas. Se cumplió con los requisitos del protocolo nacional: trabajo interdisciplinario, uso de medicamento y acompañamiento integral.

La dispensa del misoprostol se realiza y es controlada desde la unidad de farmacia. Se adquiere por compra directa.

Generalmente quien practica la ILE es la jefa de la unidad de ginecología y obstetricia

realiza acompañamiento de la mujer durante todo el proceso.

El misoprostol se solicita en Farmacia con el nombre y diagnóstico de la mujer. Si fuera un caso de feto muerto y retenido, se adjuntan además las ecografías pertinentes. El uso más frecuente de misoprostol es para el caso de abortos incompletos. La encargada de enfermería y maternidad llevan un control estricto de los comprimidos que se entregan al médico. También toman nota en la historia clínica, con firma de médico y mujer.

Desde el área de farmacia indicaron que el misoprostol se entrega por receta a la unidad de maternidad que luego se encarga de su posología y administración. Debido a que la medicación no es entregada con regularidad desde el Programa, la disponibilidad de stock es provista por la farmacia que la compra y utiliza para todo el hospital.

En lo que refiere a la objeción de conciencia, hay discordancia entre los profesionales. Algunos declaran que, aunque hubo expresiones de este tipo en el equipo médico, *“los abortos no punibles fueron llevados a cabo sin obstáculos y no existen los registros firmados necesarios para validar ante el Ministerio la objeción de conciencia”*. El profesional que se declara objetor de conciencia, dice haber hecho el trámite correspondiente ante el colegio médico. Igualmente cabe destacar que generalmente ante este tipo de casos, quien practica la ILE es la jefa de unidad de ginecología. En este sentido se advierte que este tipo de prácticas no se encuentra institucionalizada tal como lo indica el código penal y el Fallo FAL del 2012.

### **Estrategias de Atención para poblaciones específicas**

No hay consultorio específico para la atención de adolescentes. Se intenta brindar una estrategia universal, no hay especificidad de acuerdo a ningún grupo etario. Los casos de consulta recibidos por embarazo o un aborto espontáneo, se derivan a las obstétricas, quien les brinda asesoramiento y consejería sobre Salud Sexual y Reproductiva.

La unidad de Servicio Social trabaja en conjunto con ginecología y obstetricia en los casos de maternidad en la adolescencia, acercándose a las mujeres jóvenes para dialogar sobre su situación, generando contención y brindando información sobre la atención del recién nacido, las visitas al pediatra, etc. Las profesionales a cargo también asisten a las adolescentes en lo administrativo necesario para la realización de estudios y control.

No existe un consultorio específico para la atención en adolescencia. Parten de una estrategia universal de atención, sin diferenciar grupos etarios.

Por solicitud de interconsulta en casos específicos, también interviene la unidad de Salud Mental en la atención de embarazo en la adolescencia.

El total de los entrevistados, han señalado el embarazo en la adolescencia como la principal problemática de la localidad de Las Flores. Se interpreta que de ahí se desprende la falta de terminalidad escolar. A nivel estadístico además se observa la repitencia en el embarazo de mujeres madres adolescentes: *“en un lapso no mayor a tres años las adolescentes madres se vuelven a embarazar”*. Según uno de los entrevistados, la estadística indica que de los embarazos recibidos en el Hospital, el 35% son casos de adolescentes.

En los casos de niñas hasta 14 años vienen acompañadas por un mayor o un tutor (generalmente la madre) a quien se le indica el tipo de anticoncepción y su administración. A partir de los 14 años se respeta la decisión de la adolescente sobre el método anticonceptivo de preferencia.

El Hospital cuenta también con 11 agentes sanitarios que se acercan al barrio en busca de las adolescentes y mujeres que no concurrieron al control. Actualmente una de las agentes se dedica especialmente al caso de embarazadas adolescentes.

Para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual, el Hospital tiene acceso a una Comisaría de la Mujer y un refugio que es parte del Municipio.

Para la atención de casos de violencia de género, no hay un dispositivo específico contemplado. Se trabaja interdisciplinariamente entre médicos, servicio social, enfermeras. Los casos recibidos por guardia, se pasan a obstetra o ginecólogo, según el caso también podría ser una derivación para asistencia psicológica. La unidad de Salud Mental actúa en la contención de la víctima, ayudándola a realizar la denuncia

Para dispensar MAC a niñas de hasta 14 años es explicaron que es necesario que se encuentre acompañada por un representante. A partir de los 14 años se respeta la decisión de las adolescentes.

Según quienes fueron entrevistados el embarazo en la adolescencia es una de las principales problemáticas de la localidad de las Flores.

Para la atención de casos de violencia de género se trabaja interdisciplinariamente entre las unidades de ginecología, obstetricia y servicio social. También coordinan acciones con la comisaria de la mujer y un refugio de la zona.

La atención frente a casos de violencia intrafamiliar se da intervención al Servicio de Protección de los derechos de los niños y niñas y adolescentes, como también a la unidad de servicios social y pediatría del hospital.

correspondeinte en la Comisaría de la Mujer que muchas veces no se realiza porque la mujer víctima opone resistencia ante el miedo.

En los casos donde la violencia sucede en el núcleo familiar, se establece una vinculación con la unidad de pediatría debido a que los niños/as que conviven en el hogar también son víctimas de la violencia. En estos casos también se da intervención al Servicio de Protección de los Derechos del niño/a y adolescente. Existe además un órgano de protección a nivel local, que se reúne periódicamente cada dos o tres meses, donde participan: las distintas policías (comunal, de cercanía, local), los representantes de la Comisaría de la Mujer, el servicio de protección de las víctimas de violencia de género y el servicio de protección de los derechos del niño, niña y adolescente, los directores del hospital y el juez de la ciudad. En este espacio se busca la diagramación de estrategias comunes para el abordaje de estas problemáticas.

Existen discordancias respecto a la realización y/o obligatoriedad de realizar una denuncia por parte de quienes fueron víctimas. Ello genera discordancia y discrecionalidad al momento de la atención sanitaria.

En los casos de niños, niñas, adolescentes víctimas de violencia o de abuso sexual, los médicos dan intervención al Servicio Social que trabaja en sintonía con el Servicio Local. Con un grupo de psicólogos y abogados que van guiando y asesorando a la víctima, el Servicio Local tiene un área de familia ya conformado. Desde la unidad de Servicio Social del Hospital, se implementó un sistema mediante el cual en un libro de actas a disposición del personal a cargo, se registran los casos que entran por guardia indicando: quién realizó la atención, si existen lesiones y cualquier otra información relevante. El registro se controla semanalmente y en los casos que así lo requieran, se eleva la información al Servicio Local. Siempre que la persona víctima de violencia presente su declaración, corresponde al Servicio Social dar intervención al Servicio Local y según cada caso se articula con la Comisaría de la Mujer.

Es válido mencionar respecto de esta cuestión que, en lo que refiere a la efectiva realización de las denuncias, hay discordancia entre quienes fueron entrevistados. Según la responsable de Ginecología y Obstetricia, el Hospital no está en condiciones de realizar la denuncia ya que se trata de un delito de instancia privada y debe realizarse en forma personal o desde la familia. Según la responsable de la unidad de Maternidad, la denuncia podría ser presentada en la fiscalía o la Comisaría de la Mujer por el personal médico que recepcionó a la niña, adolescente o mujer.

Respecto de los casos judicializados que llegan al hospital para una atención integral de la familia con los fines de evaluar, diseñar un tratamiento y elaborar

un diagnóstico de casos, es significativo el señalamiento indicado por el área de Salud Mental en relación a la presencia de victimarios a los que se les brinda atención y la falta de personal suficiente que brinde seguridad a las víctimas también concurrentes al establecimiento.

### **Oportunidades de mejora**

Las principales fortalezas se vinculan con la labor cotidiana de los profesionales de cada unidad. Destacándose especialmente el rol de las enfermeras en el hospital, quienes complementan la falta de médicos de planta, brindan consejería en consultorio y han comenzado a capacitarse en obstetricia y neonatología.

Se destaca el rol de las enfermeras quienes complementan las tareas médicas debido a la escasez de médicos. Entre sus tareas brindan consejería en consultorio y en guardia.

También desde la unidad de Ginecología y Obstetricia se está llevando adelante el proyecto de Maternidad Segura y Centrada en la Familia y se planifican talleres de encuentro para consejería respecto de Salud Sexual y Reproductiva.

En cuanto a las oportunidades de mejora, se destacó la necesidad de incorporar recursos humanos, especialmente una obstétrica para la unidad de Obstetricia y Ginecología. Esta falta de personal profesional dificulta además las posibilidades de perfeccionamiento y especialización del equipo médico; como la conformación de las unidades de ginecología y obstetricia como servicios. Se indicó también la necesidad de producir mayor conciencia en la comunidad respecto del cuidado de la salud.

Indican la necesidad de desarrollar acciones intersectoriales entre el sector educativo, sanitario y desarrollo social para mejorar la calidad de atención de las mujeres en el Hospital.

Según lo recabado, se evidencia como fundamental fortalecer la prevención de embarazo en la adolescencia, profundizando el acceso y la comunicación a este grupo etario. Se indican la necesidad de desarrollar acciones conjuntas intersectoriales, organizadas y diseñadas entre el sector educativo, el sector sanitario y los distintos niveles sociales.

Recalaron la importancia de los ateneos que se realizaban antiguamente como espacios fundamentales para mejorar la comunicación y la calidad de atención. Refirieron la necesidad de retomarlos.

También insistieron en la necesidad de unificar criterios respecto a las



prestaciones brindadas: *“Que todos hablen el mismo idioma”* y fundamentalmente mejorar las relaciones y la comunicación con el sector de guardia. En este sentido valoraron los espacios de ateneo que se realizaban antiguamente en el hospital y lo refirieron como un buen mecanismo para mejorar la comunicación entre las diversas unidades y la calidad de las prestaciones brindadas: *“Se hizo en su momento un comité de docencia e investigación. Hubo un tiempo que funcionó, que se empezaron a generar ateneos internos muy interesantes, cada servicio exponiendo un caso, un trabajo... Bueno, caducó con el tiempo, ahora se está tratando de volver a generar”*.

Para finalizar varios de quienes fueron entrevistados insistieron en la necesidad de mejorar la comunicación con la comunidad, sobre todo en la difusión de la consejería brindada no solo en el hospital, sino también en los primeros niveles de atención; como también la fortaleza de los equipos en trabajar de forma coordinada. Se valoró muy positivamente el trabajo en equipo en los casos de ILE y APA.

## 9. Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”

---

- Director: Dr. Gonzalo Hernández
- Director asociado: Dr. Luciano Napoli
- Comienzo de gestión: junio de 2016
- Categoría: III B
- Región: VI
- Municipio: Florencio Varela
- Domicilio: Mainini 240, Villa Vatteone
- Mail: [hospital@hospitalmipueblo.org](mailto:hospital@hospitalmipueblo.org)
- Teléfono: (011) 4287-6422 / 4255-7809/10

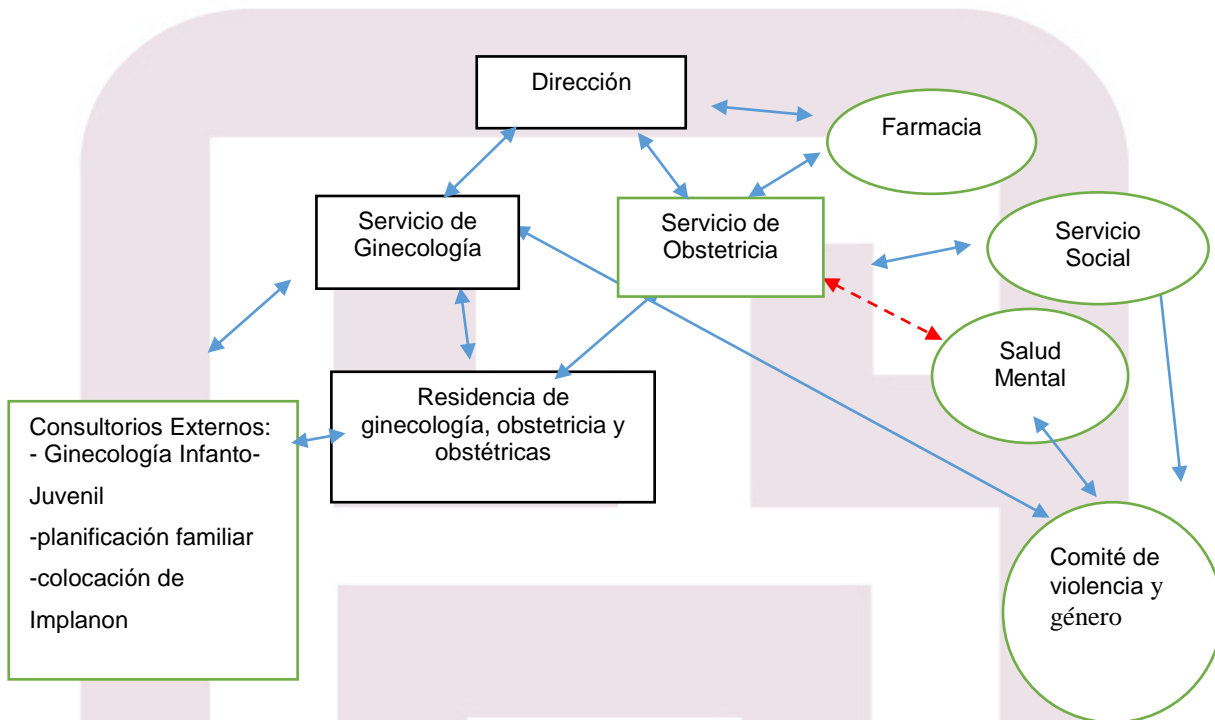
### Presentación

---

El **Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”** se encuentra en el municipio de Florencio Varela e integra la Región Sanitaria VI. Está catalogado como IIIB y cuenta con 150 camas que se comparten entre los servicios, cubriendo con grandes dificultades la demanda de atención regional.

Según datos oficiales durante el año 2014 se atendieron 2420 partos y 424 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 868 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años, y 6114 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años. En el 2016 se brindó atención post aborto a 422 mujeres; se colocaron 230 DIU (Dispositivo Intrauterino) y 480 implanon, se realizaron 168 ligaduras tubarias, y a partir del mes de septiembre comenzó a colocarse el SIU (Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel), llegando a 32 al finalizar el año.

## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva - Actores Intervinientes



En el Hospital, los servicios dedicados a la atención de la Salud Sexual y Reproductiva son los de Obstetricia y de Ginecología, y también la residencia de Tocoginecología, con una modalidad de rotación de 6 meses en cada servicio. La residencia está integrada por los especialistas de tocoginecología, las obstétricas y trabajadores sociales. Los servicios cuentan para la atención con 20 médicos de planta, 18 obstétricas, 9 médicos residentes y 6 obstétricas residentes. Por su parte, los servicios de Salud Mental, Trabajo Social y la farmacia desarrollan acciones específicas vinculadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Cuenta con consultorios específicos de Planificación Familiar, Ginecología Infanto-Juvenil y Colocación de *Implanon*.

Bajo la modalidad de consultorios externos dependientes del servicio de ginecología funcionan los consultorios de Planificación Familiar (miércoles 13hs), el de Ginecología Infanto-Juvenil (miércoles 13hs y jueves 8hs) y el consultorio de colocación de Implanon (lunes y jueves a 11hs). Recientemente el servicio incorporó el equipo para histeroscopia.

El servicio de maternidad sigue el modelo de "Maternidad Segura y Centrada en la Familia", y brinda un curso de parto sin temor.

El servicio de obstetricia sigue el modelo de “Maternidad Segura y Centrada en la Familia”, con dificultades para su implementación en toda la población debido a la sobredemanda que hay en el hospital. El servicio brinda un "Curso de parto sin temor" que consta de 6 a 8 clases en las cuales la paciente es acompañada por un familiar desde el momento del trabajo de parto, en el parto mismo y para acompañarla hasta el puerperio.

El servicio de salud mental está integrado por 7 psicólogos y 2 psiquiatras, y funciona de lunes a viernes por la mañana y la tarde. El servicio Social está integrado por 6 trabajadores sociales.

Las principales intervenciones referidas por los entrevistados se relacionan con los casos de ILE (Interrupción Legal del Embarazo), abuso sexual y violencia de género, como así también en la atención de la población adolescente.

El servicio de farmacia del hospital, funciona de lunes a sábados de 8 a 15hs. La atención al público se brinda de lunes a viernes de 8 a 12hs. No dispensa medicamentos relacionados con la salud sexual y reproductiva, sino que los provee a cada servicio.

La estructura edilicia no es la adecuada para la atención que brinda el hospital. Actualmente se realizan trabajos de mantenimiento y mejoras, que tienen como antecedente una remodelación realizada en el año 2010. En esa oportunidad se hizo toda la planta de emergencias, que cuenta con período de dilatante, y dos salas de trabajo de parto y recuperación, que nunca fueron provistas de las camas de TPR, y que no están en uso. También tres baños que no fueron terminados y actualmente se están recuperando para el uso.

En cuanto a los consultorios, son compartidos por los profesionales de las distintas especialidades, hay 3 destinados al servicio de ginecología, pero que en ocasiones también son utilizados por otros profesionales, lo que dificulta el resguardo de la intimidad de las mujeres.

Las salas de espera son 3, de las cuales 2 se ubican en los pasillos y 1 de atención general en el hall central. Todas cuentan con televisor, con poco uso, y ventiladores.

**Mejoras edilicias**  
en implementación:  
tareas de mantenimiento general y recupero de baños pendientes de obra anterior, realizadas en 2010: planta de emergencias, con sala período de dilatantes, y dos salas de trabajo de parto y recuperación (sin camas de TPR, no están en uso).

## Métodos Anticonceptivos

De acuerdo a la información recavada el Hospital dispone de métodos anticonceptivos hormonales orales combinados y de lactancia, inyectables, implantes sub dérmico, orales de emergencia DIU (Dispositivo Intrauterino), SIU (Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel), y se realiza ligadura tubaria. La obtención de los mismos es a través de la región sanitaria, y en la actualidad refieren tener stock de todos los métodos anticonceptivos.

La provisión de métodos en el hospital se canaliza mayoritariamente a través del consultorio de planificación familiar que atiende los días miércoles desde las 13hs., y se complementa articulando con el primer nivel de atención. También funciona en el hospital un consultorio exclusivo para colocación de Implanon que funciona los días lunes y jueves desde las 11hs y atiende por demanda espontánea.

En relación a ligaduras tubarias, se realizan tanto en internación, luego de una cesárea, como con turno programado a través del servicio de ginecología con una disponibilidad de 4 cirugías por semana, sujetas a disponibilidad de turnos, quirúrgicos, anestesistas y camas para internación; razón por la cual frecuentemente esos 4 turnos no se logran cumplir.

Hay disponibilidad de MAC, sin registro de faltantes.

Existe un consultorio exclusivo para colocación de Implanon que atiende dos veces por semana a demanda espontánea. También hay consultorio de planificación familiar en el que se realiza consejería y entrega de MAC.

El seguimiento es realizado por ginecología, y se indican controles según el tipo de MAC.

Las ligaduras tubarias con turno programado están sujetas a la disponibilidad de turnos quirúrgicos, anestesistas y camas para internación.

## Consejerías

El principal espacio mencionado en el que se ofrece consejería en este hospital es el consultorio de planificación familiar. Asimismo, la mayoría de los profesionales del servicio de ginecología realiza consejerías durante las consultas, que son consideradas oportunidades en la asistencia de acuerdo a la denominación del Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien no se cuenta con espacio físico adecuado, se busca la forma de preservar la intimidad de las mujeres, especialmente con las adolescentes. Los profesionales del servicio de obstetricia también brindan consejería durante la internación, al pie de la cama, poste evento obstétrico.

Principalmente las consejerías son sobre el uso de métodos anticonceptivos y están dirigidas a las mujeres en general, y con estrategias especiales para la población adolescente impulsadas por el consultorio de ginecología infanto juvenil.

Los profesionales que realizan consejerías son de los servicios de ginecología y obstetricia y las obstétricas; también los trabajadores sociales durante el pasaje de sala, lo hacen con adolescentes, con una entrevista individual, en la que además se informa a cerca del acceso a métodos y el funcionamiento de los consultorios de planificación y colocación de implantes.

En general, los profesionales no disponen de un material de apoyo para las consejerías, solo en aquellas oportunidades en que los traen de algún congreso o jornada.

Otros lugares mencionados en los que se brinda consejerías fueron el hospital de día, la maternidad y en pediatría para las mujeres que tienen hijos internados.

Existen diversas estrategias entorno a la consejería:

- en consultorio planificación familiar.
- curso de parto sin temor
- en la consulta
- a pie de cama
- específicas para adolescentes, en consultorio infanto juvenil
- hospital de día

La mayoría de los profesionales de los servicios de ginecología y obstetricia y las obstétricas realizan consejerías en el hospital. También lo hacen los trabajadores sociales durante el pasaje de sala.

### **Atención post Aborto**

La atención post aborto o de aborto incompleto en este hospital está a cargo del servicio de ginecología y se realiza principalmente por guardia con una internación breve. El método referido como el más implementado es la aspiración manual endouterina (AMEU). De acuerdo a la situación clínica de la mujer al ingresar a la guardia, también se mencionó la opción por el legrado.

La AMEU es el procedimiento referido como más habitual en este hospital.

En cuanto al espacio físico, no se cuenta con espacios debidamente protegidos, las mujeres en muchos casos no llegan a ser internadas y permanecen en las camillas de guardia.

Generalmente la atención post-aborto se realiza en la guardia con una internación breve.

Al igual que en los casos de ILE, en el hospital se fomenta la adopción de un método anticonceptivo, y la externación con el mismo. Las mujeres atendidas en

situación de post aborto se retiran con un método anticonceptivo, y son citadas a concurrir a los consultorios para el seguimiento.

Para el tratamiento de estos casos es frecuente la interconsulta con los servicios social y de salud mental, que participan del seguimiento de las mujeres.

### **Interrupción Legal del Embarazo**

La atención por interrupción legal del embarazo en este hospital está a cargo de un comité de ética formado especialmente para tal fin. Está constituido, pero siempre se renueva, por un miembro de (en general los jefes de servicio): ginecología, obstetricia, infanto-juvenil, psicología, servicio social y, según la edad gestacional, neonatología.

ILE garantizado en el hospital, con un comité de ética que interviene ante cada caso.

Ante la solicitud de una ILE, el comité ha acordado como límite para la realización de la práctica las 12 semanas de gestación, razón por la cual el servicio que la realiza es el de ginecología, que cuenta con un listado de profesionales objetores de conciencia.

El servicio que realiza la prestación es el de ginecología, con un listado de profesionales objetores de conciencia.

El comité trabaja de manera interdisciplinaria ante cada caso; primero se realizan entrevistas con la mujer, *“se evalúa y se dialoga con la ella al respecto”* y en base a eso se decide.

Se mencionó una tensión entre los servicios en relación a la edad gestacional para la resolución de los casos de ILE.

Con frecuencia el comité se convoca para debatir aspectos vinculados a la práctica, y varios de los entrevistados mencionaron que la edad gestacional se encuentra entre los principales temas de discusión. Afirman que no existen dificultades en el hospital para realizar ILE de menos de 12 semanas de gestación. Mientras que los embarazos que superan las 12 semanas generan mayor discusión y son de más difícil resolución. En este sentido, solo uno de los entrevistados menciona como práctica habitual inducir a la mujer para que modifique su decisión de abortar, y opte por dar en adopción. También se argumenta con el riesgo de muerte materna: *“si el embarazo es muy avanzado peligra la vida de la madre si le hacés el aborto, sino hay que hacerle una cesárea y nadie quiere sacarlo para tipo “verlo morir”, ahí empieza el problema”*.

En cuanto a los circuitos de atención se encuentra institucionalizado que ante la solicitud de ILE se deriva al comité de ética para el seguimiento del caso.

El misoprostol es administrado por la Dirección del hospital. La farmacia realiza

la solicitud y lo remite a Dirección que es quien administra su uso.

Otro dato de relevancia, es que la mayoría de los entrevistados mencionaron la existencia de pocos casos de ILE.

### **Estrategias de atención dirigidas a poblaciones específicas**

La principal estrategia para la atención de la población adolescente es la existencia de un consultorio de ginecología infanto juvenil. El mismo atiende con turno programado los días miércoles y viernes desde las 13hs. Como características particulares, la consulta es más extensa que una consulta general de ginecología de otro rango etario, con el objetivo de disponer de un espacio de diálogo y favorecer la empatía con las pacientes.

Existe en el hospital un consultorio de ginecología infanto - juvenil que realiza un abordaje específico, centrado en la consejería y la provisión de métodos anticonceptivos.

El consultorio realiza un abordaje específico, centrado en la consejería y provisión de métodos anticonceptivos. Los profesionales que lo integran afirman tener una amplia variedad de métodos disponibles, entre los que mencionan los orales, los inyectables, implantes y DIU. Desde el consultorio se considera la anticoncepción como una emergencia que debe ser atendida de inmediato, aunque sea con el suministro de un método provisorio hasta que se logre acceder al deseado.

Para los casos de ILE, abuso sexual y violencia de género, como así también la atención de la población adolescente, se privilegian abordajes interdisciplinarios entre los servicios médicos, de salud mental y trabajo social.

Como modalidad habitual de trabajo se menciona la derivación interdisciplinaria a psicología y trabajo social.

### **Víctimas de violencia o abuso**

Para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual, el hospital cuenta con un comité interdisciplinario de violencia y género. El mismo está integrado por ginecología, trabajo social, salud mental, pediatría, y los servicios de emergencias, que intervienen en los ingresos por guardia.

Comité interdisciplinario de violencia y género: para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual.

Entre los profesionales consultados hubo consenso en cuanto al uso de un



protocolo que sigue las normativas del Ministerio de Salud de la Nación y orienta las acciones que se realizan en el hospital ante situaciones de violencia sexual: tratamientos de profilaxis, retrovirales y antibióticos, anticoncepción de emergencia, e interconsulta con servicio social y salud mental. Desde el servicio social mencionaron como habitual, realizar una primera entrevista y luego vincular a la mujer con los dispositivos de atención de violencia del municipio; además de acompañarla en las decisiones que toma, sin impulsar la realización de la denuncia policial si no hay previamente alguna preparación para que la mujer pueda sostener esa situación. Se trabaja en la orientación y el seguimiento.

### Oportunidades de mejora

Las fortalezas reconocidas por los entrevistados tienen que ver con el espíritu de los servicios en la búsqueda constante de una mejor atención, destacando la subespecialización en el servicio de ginecología, con posibilidad de ofrecer una variedad de especialidades, con fuerte hincapié en lo referido a onco ginecología.

*“Creo que es buena porque ha habido una-- a ver, nosotros tenemos una realidad acá que es que el inicio de las relaciones sexuales se fue adelantando en el tiempo, mucho. Tenemos pacientes que han tenido hijos a los doce o trece años, y también vemos que esas mamás que tuvieron a esas edades, se vuelcan mucho a la consulta, a traer a sus hijas.”*

Los principales de obstáculos señalados se relacionan con el acceso de las mujeres a la atención médica y a la provisión de métodos anticonceptivos. Reconociendo un constante incremento de la demanda y un recurso humano y edilicio que resulta insuficiente.

*“La sobredemanda y la falta de recursos humanos. A veces—te doy un ejemplo, este año hemos tenido cargos que nos han ofrecido y todo, por la demanda que hay, en el ministerio mismo y no lo llegamos a cubrir. No había candidatos, profesionales médicos, para determinados cargos que los consideraban híper críticos.”*

#### Aspectos destacados:

- ✓ Esfuerzo de los profesionales
- ✓ Búsqueda de mejoras en la atención
- ✓ Su especialización en el servicio de ginecología

#### Principales dificultades:

- ✓ acceso de las mujeres a la atención médica
- ✓ constante incremento de la demanda
- ✓ recursos humanos y edilicios insuficiente y en deterioro

En cuanto a las oportunidades de mejora hubo consenso entre los entrevistados en que se trata de un momento propicio, que cuenta con el aval de la nueva dirección del hospital, para avanzar en relación a mejorar la atención de las mujeres.

En este sentido, en el hospital actualmente se trabaja en un proyecto de *mejora de la atención al usuario*, que incluye capacitación al personal involucrado, para mejorar el trato y disminuir las barreras de accesibilidad.

Las propuestas de mejora señaladas por los entrevistados se enmarcan en el clima de expectativas ante la nueva conducción del hospital.

En este sentido se expresaron como proyectos a futuro: concretar las mejoras edilicias en el servicio de obstetricia; y profundizar el proyecto de Maternidad Segura y centrada en la familia.

También se trabaja concretamente en mejorar el acceso a la información y facilitar la llegada a los servicios con un proyecto de mejora de atención al usuario con capacitaciones específicas.

Proyectos a futuro de concretar las mejoras edilicias en el servicio de obstetricia; y profundizar el proyecto de Maternidad Segura y centrada en la familia.

## 10. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Lucio Meléndez”

---

- Directora: Dra. Graciela Helou
- Comienzo de gestión: octubre 2016
- Categoría: II
- Región: VI
- Municipio: Almirante Brown
- Domicilio: Pte. Perón 859
- Mail: direccionluciomelendez@gmail.com
- Teléfono: (011) 4294-9514

### Presentación

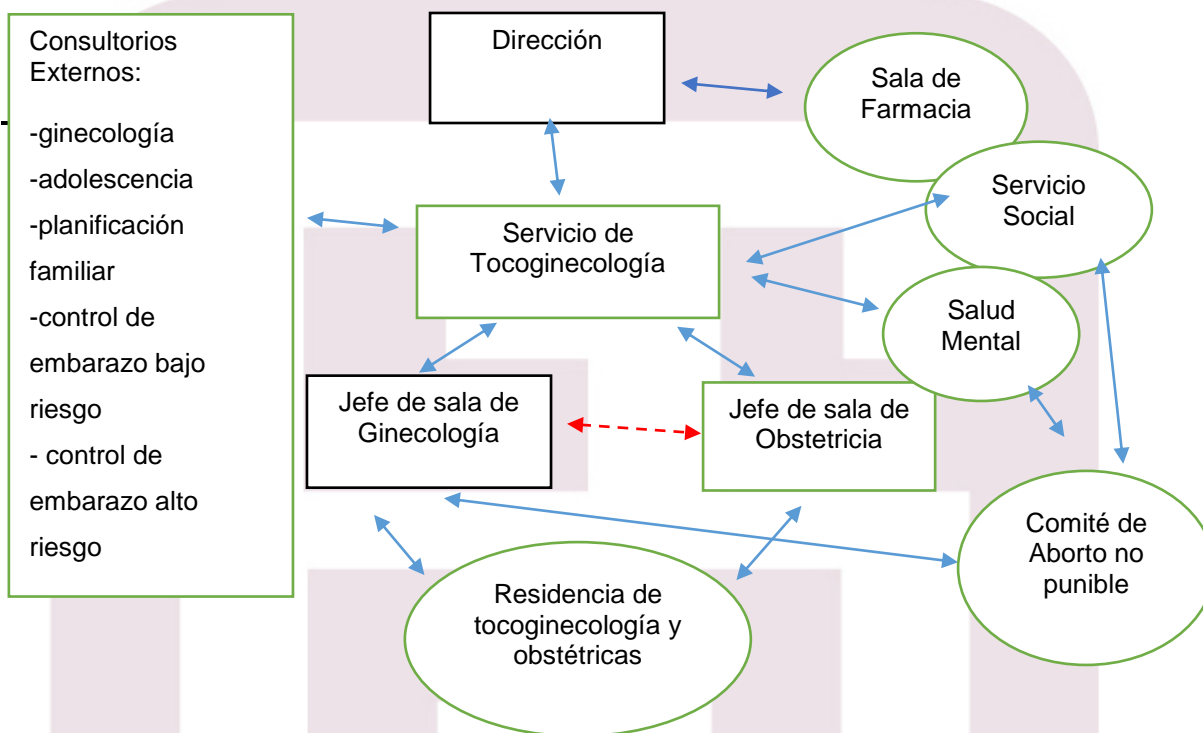
---

El **Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Lucio Meléndez”** se encuentra en el municipio de Almirante Brown, en el segundo cordón del conurbano bonaerense, a 20 km. de la ciudad de Buenos Aires y a 50 Km. de la ciudad de La Plata. Integra la Región Sanitaria VI, está catalogado como II y cuenta con 204 camas.

Además del Meléndez, el municipio de Almirante Brown cuenta con otros dos establecimientos hospitalarios dependientes del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires: el hospital Zonal General de Agudos “Dr. Arturo Oñativia”, en Rafael Calzada, y el hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación “Dr. José María Jorge”, en Burzaco.

En el Hospital Meléndez según datos oficiales durante el año 2014 se atendieron 2326 partos y 695 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 350 consultas generales de mujeres de 10 a 19 años, 298 consultas generales de varones de 10 a 19 años, 597 consultas generales de mujeres de 20 a 64 años, 11 consultas generales de varones de 20 a 64 años, 807 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años, 1 consulta ginecológica de varones de 10 a 19 años, 5233 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años y 8 consultas ginecológicas de varones de 20 a 64 años.

## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva – Actores Intervinientes



Para la atención de la Salud Sexual y Reproductiva el Hospital Meléndez cuenta con el servicio de tocoginecología que está integrado por un jefe de sala de obstetricia y un jefe de sala de ginecología, y funcionan de manera separada; cuenta también con la residencia de tocoginecología. Los profesionales que integran estos servicios son:

Médicos de planta: 5 (obstetricia y ginecología).

Enfermeras: no hay específicas del servicio (pueden rotar por otros servicios del hospital).

Residentes totales: 4

- Residencias de obstetricia: todos los años, de 1ro a 3ro.
- Residencia de tocoginecología (algunos años no se han presentado)

El hospital cuenta con consultorios de planificación familiar y adolescencia.

3 residentes integran la residencia de toco ginecología. También hay obstétricas que brindan atención por consultorios externos y guardia.

Obstétricas: no se precisó en las entrevistas la cantidad de obstétricas con las que cuenta el hospital; aunque se refirió que cubren las guardias, la tarea

asignada de SIP (Sistema Informático Perinatal) y consultorio.

Los consultorios externos existentes, en el servicio de obstetricia son: bajo riesgo y alto riesgo, y brindan atención de lunes a viernes por la mañana. Y en el servicio de ginecología: consultorio de ginecología general, adolescencia, planificación familiar y patología cervical.

La residencia es de tocoginecología, con 3 residentes, y también hay residencia de Obstétricas que cumplen con las guardias, la tarea asignada de SIP y la atención por consultorios externos.

*“Pocos residentes, no hay residentes. Tres [residentes]. Ahora termina uno que es el de cuarto y me quedan dos. Tenemos tres, pero me quedan dos. No sé si entrará alguno ahora. El año pasado no entró nadie. O sea, no hay muchos postulantes tampoco. [...] porque es una especialidad que es muy exigente, es cansador. Los chicos están más en otra ahora... buscan... Y acá es muy demandante, tenés que hacer muchas guardias, tenés que estar al pie del cañón. Aparte tenés que estar bien formado si querés trabajar afuera, porque cómo haces obstetricia si no estás formado. Entonces ahora se dedican a otras especialidades.”*

Además, el hospital cuenta con guardia de tocoginecología las 24 hs todos los días de la semana, aunque se menciona que es significativa la falta de personal médico para cubrir las guardias.

*“Falta de personal, primero. Tenemos muy pocos médicos. Apenas cubrimos las guardias. Tenemos una guardia descubierta totalmente y otra guardia con un solo médico de guardia. Primero los recursos humanos, después bueno, todo lo que sea edilicio. [...]*

En cuanto a otros servicios involucrados en la atención de la SSR en el hospital, el servicio de salud mental y el servicio social, intervienen con la modalidad de interconsulta,

Principales deficiencias edilicias:

- Escases de consultorios
- No hay instalaciones sanitarias para el personal médico
- No hay sala de internación de ginecología. Sala compartida con maternidad
- Farmacia: las instalaciones no son las adecuadas para el almacenamiento, la conservación y la dispensación de los medicamentos

Hay guardia de tocoginecología en el hospital, aunque la falta de profesionales médicos hace que sea deficitaria la atención.

Las instalaciones con las que cuenta la farmacia no son las adecuadas para el almacenamiento, la conservación y dispensa de medicamentos, y la información sobre el uso.

tanto en sala como en consultorios externos.

También el Hospital cuenta la farmacia que funciona bajo la modalidad de sala de farmacia. Surge de las entrevistas realizadas una relación poco frecuente entre los servicios que atienden la salud sexual y reproductiva y la farmacia, que se limita a la dispensa de insumos. La farmacia brinda atención al público por ventanilla de lunes a viernes de 10 a 12hs; por timbre de 12 a 14hs; y los sábados de 8 a 12hs.

*“Y como ya te digo, no es mucha la atención que tenemos, o la dispensación que tenemos de este Programa. Es el Programa que, para mí, dentro de esta farmacia, dentro de este hospital, es el que más planchado o en meseta siempre estuvo. Nunca tuvimos picos, ni para arriba ni para abajo, desgraciadamente. Muy estático. Y sabemos que cada vez el adolescente empieza más temprano con sus relaciones y demás.”*

En cuanto a las condiciones edilicias el hospital se encuentra en una situación deficitaria, con un edificio en deterioro, sin baños para los médicos, falta de insumos y equipamientos. El hospital cuenta con una Asociación Cooperadora que fue intervenida (y aún lo está) por la Dirección anterior.

Los consultorios resultan escasos para cubrir la demanda; los destinados a la atención de la SSR son 3 y se distribuyen entre los servicios: 2 consultorios usan ginecología para patología cervical, adolescencia y planificación familiar y 1 consultorio usa maternidad.

#### **Consultorios externos:**

*“No tenemos médicos, no tenemos insumos, no tenemos ediliciamente un lugar acorde para una atención más acertada. Eso es la falta.”*

#### **Salas de internación:**

*“Ese era el motivo porque yo le decía ni ediliciamente estamos bien. No tenemos una sala de gineco. En la **sala de Maternidad** donde se internan mamás sanas y bebés sanos, tenemos una hilerita de la cama 3 a la cama 10 donde se comparte con ginecología. En donde se puede internar desde una paciente para ser internada por una miomatosis uterina hasta una paciente con un carcinoma abscedado o un carcinoma grado tres, cuatro, que en la sala el olor desagradable por el proceso que está cursando la paciente es bastante molesto. Y la tenemos internada a dos metros de una puérpera sana con su niño sano en la cunita. Por supuesto, no solamente esto, la paciente posquirúrgica de una mama, de una histerectomía, que debería tener un postquirúrgico en un ambiente tranquilo para descansar, para recuperarse, no, está en la sala de maternidad. Y los bebés lloran y lloran generalmente las 24 horas, porque*

*cuando se calla uno empieza otro. O sea que es, mal para la puérpera que está compartiendo la sala con pacientes que no debería estar ahí, y la paciente de gineco que está compartiendo la sala con un bebe recién nacido y con la luz prendida continuamente porque en la sala no se paga nunca la luz, porque las mamás a la noche se tienen que levantar, cambian a sus hijos, van al baño, le dan la teta. Así está la cosa. Se comparte.”*

#### **Farmacia:**

#### **Incapacidad de Almacenamiento:**

*“... no tenemos ni siquiera sector de seguridad. Por ejemplo, yo los **DIU**, que es un producto caro, siempre lo tengo bajo llave. Y tengo una heladera antigua, de esas de carnicería con una cadena puesta y un candado. Cadena de bicicleta.”*

#### **Insuficiencia de las Instalaciones:**

*“Ahora cuando veas las instalaciones, el pasillo por donde da la ventanilla no tiene más de 1 metro y medio, y tiene estanterías. Ahora cuando lo conozcas... Tampoco tengo oportunidad de, que me serviría no sólo para el programa este sino para todos los programas, de poner una terminal de una CPU y un monitor, para ver qué paciente está pidiendo medicación. [...] No puedo tener nada ahí, en ese espacio físico. Tengo que dejar de atender, venir acá que es el único lugar donde hay computadora.”*

#### **Imposibilidad de Seguimiento:**

*“Entonces hacemos el seguimiento posterior. Nos pasa con otros programas, con este no, porque no tenemos un registro. Yo lo que hago es guardar las recetas, conservarlas, pero no tenemos un registro de firmas como es el Programa de diabetes, que tiene una planilla de entrega al paciente.”*

No obstante, actualmente se implementa un proyecto de mejora edilicia que consta de 2000 metros cuadrados en tres pisos, para la guardia nueva, terapia y quirófano:

*“El hospital está muy viejito, tiene 114 años y nunca se hizo nada, entonces está muy deteriorado. En invierno nos morimos de frío, en verano de calor. No hay instalaciones sanitarias, no hay baño. La verdad, se*

Proyecto de mejora edilicia en implementación: 200 mts cuadrados
✓ Guardia.
✓ Unidad de Terapia Intensiva.
✓ Quirófano.

*estaba trabajando bastante mal. Ahora con esto del proyecto, de que están haciendo reformas y todo eso, tenemos más expectativas de trabajar bien. Pero, la verdad que todo a pulmón, todo lo que se hace es a pulmón.”*

## Métodos Anticonceptivos

De acuerdo a la información recavada el Meléndez dispone de métodos anticonceptivos hormonales orales combinados y de lactancia; de barrera; inyectables trimestrales, implantes sub dérmicos; anticonceptivos orales de emergencia, disponibles por guardia; DIU (dispositivo intrauterino), SIU (Sistema intrauterino) y también se realiza ligadura tubaria.

Los profesionales consultados no refieren dificultades para la provisión de ninguno de los métodos. No obstante lo cual, en una de las entrevistas se menciona un muy bajo uso de anticonceptivos hormonales inyectables. La obtención de los mismos es a través de la región sanitaria, y el stock supera la capacidad de entrega, según refieren en el hospital:

No se relevaron problemas u obstáculos en relación a la disponibilidad de MAC. Si bien la mayoría de los profesionales no refieren dificultades con ningún método, se menciona un muy bajo uso de anticonceptivos hormonales inyectables y se confirma que fue decomisada una partida por vencimiento.

*“... desde Zona VI a nosotros nos envían sin preguntarnos el consumo. Yo jamás a este programa hice un pedido (...) Pero no, generalmente tiramos. Tuvimos que decomisar por vencimiento. Yo ahora tengo los anticonceptivos inyectables que se usan muy poco en este hospital y los termino decomisando. Y eso que tenemos una cadena en todo Zona VI de los hospitales que nos vamos ofreciendo... Pero [...] Lo que me mandan a mí, le mandan a Mi Pueblo de Varela. O más cantidad a ellos, seguramente [...] Todos tenemos el mismo vencimiento, entonces no nos sirve. Tendrían que preguntarnos. Pero para eso, para saber yo cuánto necesito por mes necesito tener una buena estadística, cosa que no la tenemos.”*

Asimismo, existe un trabajo en red con agentes sanitarios en los CAPs (Centro de Atención Primaria), donde también realizan colocación de DIU y cuentan con médico ginecólogo. Se destaca un buen trabajo en red con la Municipalidad, a través de un sistema de referencia y contra referencia.

Se valoró positivamente el trabajo en red con agentes sanitarios en los CAPs, donde también realiza colocación de DIU.



La provisión de métodos en el hospital se canaliza mayoritariamente a través del consultorio de planificación familiar.

En cuanto a las ligaduras tubarias se realizan intraceseárea si la mujer lo solicita; o si tuvo parto vaginal, se la cita por planificación familiar, y se realiza la práctica en el servicio de ginecología.

### Consejerías

---

El consultorio de planificación familiar es el principal espacio destinado a consejería y provisión de MAC (Método Anticonceptivo) en el hospital.

También refieren como consejería las instancias a pie de cama en internación, en las cuales las obstétricas realizan asesoramiento sobre MAC, entrega de anticonceptivos para lactancia, y asistencia para el inicio de la lactancia.

Principalmente las consejerías son sobre el uso de métodos anticonceptivos y están dirigidas a las mujeres en general.

Las estrategias de consejería relevadas en el hospital son:

- consultorio de planificación familiar
- a pie de cama en internación

### Atención post Aborto

---

La atención post aborto o de aborto incompleto en este hospital se realiza principalmente por guardia de ginecología. Al ingreso, se evalúa la situación clínica y se define la práctica médica más conveniente: medicación, AMEU (Aspiración Manual Endouterina) o legrado.

Los profesionales consultados señalaron que no hay obstáculos en el hospital para atender a las mujeres que concurren en situación de post aborto o aborto incompleto. No obstante, en cuanto a medicamentos se mencionaron faltantes o cantidades insuficientes de antibióticos y analgésicos.

La práctica médica se define al ingresar la mujer a la guardia según su situación clínica, optando por la que se evalúe más conveniente entre medicación, AMEU o legrado.

En relación a métodos anticonceptivos, al igual que en los casos de ILE (Interrupción Legal del Embarazo), se fomenta la adopción de un método; y en

general las mujeres al momento del alta post aborto, son citadas a concurrir a los consultorios de ginecología para el seguimiento médico, aunque los entrevistados refieren que es dificultoso el regreso de la paciente.

Los profesionales no mencionaron algún protocolo específico para guiar la atención de las mujeres en situación de post aborto, aunque dijeron que cuando ingresan al hospital requiriendo atención post aborto, son recibidas en la guardia y se sigue lo indicado por protocolo.

Se mencionaron faltantes o cantidades insuficientes de antibióticos y analgésicos, para los tratamientos post aborto.

### **Interrupción Legal del Embarazo**

La atención por interrupción legal del embarazo en este hospital está garantizada a través de un Comité de Aborto No punible integrado por un médico ginecólogo, una asistente social, una psiquiatra y la jefa de Salud Mental. Ante la solicitud de ILE se realizan entrevistas con la mujer, evaluación clínica, obstétrica, psicológica y social; y posteriormente se decide si se le da curso o no al pedido. El comité interdisciplinario no funciona de forma permanente sino que ante la demanda se convoca a los profesionales.

Existe un Comité de Aborto No punible, integrado por profesionales de los servicios de ginecología, social y salud mental que funciona como grupo interdisciplinario ad hoc. El médico ginecólogo que integra el comité es quien garantiza la práctica.

En cuanto a los profesionales que garantizan la práctica, se trata del médico ginecólogo que integra el comité, y “algún otro más”; mientras que el resto de los profesionales del servicio de obstetricia son objetores de conciencia.

En cuanto a la obtención de misoprostol es a través de la farmacia del hospital con pedido por receta. Se menciona que no hay disponibilidad a través de la Región VI por lo cual se obtiene por compra directa del hospital.

El misoprostol se obtiene por compra directa del hospital.

Finalmente, hay acuerdo entre los profesionales consultados en que son pocos los casos de solicitud de ILE, pero que todos se resuelven satisfactoriamente.

## Estrategias de atención dirigidas a poblaciones específicas

Para la atención de la población adolescente se menciona la existencia de un consultorio especializado en embarazo adolescente. El mismo realiza atención interdisciplinaria entre obstetricia, psicología y trabajo social para mujeres adolescentes de entre 12 y 21 años, quienes reciben atención durante todo el embarazo, y acompañamiento desde la consulta hasta el nacimiento del bebé. El consultorio funciona los días martes y miércoles por la mañana.

El consultorio de embarazo adolescente es específico para la atención de esta población. Brinda atención interdisciplinaria entre obstetricia, psicología y trabajo social.

En las entrevistas también se mencionó como estrategia para la población adolescente, la visita a las escuelas para dar charlas de educación sexual, realizada por residentes de tocoginecología y obstétricas, pero es una actividad que no tiene una continuidad establecida.

Los residentes de tocoginecología y las obstétricas realizan visitas a escuelas para dar charlas de educación sexual. Aunque es una actividad que no tiene una frecuencia establecida.

El hospital cuenta con profesionales especializados en el servicio de ginecología y psicología para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual, que realizan abordajes interdisciplinarios.

*“... viene más por el lado de la Guardia, pacientes en Guardia, entonces nos piden la interconsulta, y ahí empieza todo el mecanismo, denuncias y demás... Nosotros trabajamos en nuestros consultorios. El paciente ingresa a la Guardia, se lo ve en la Guardia. Si después requiere seguir un tratamiento, como explique antes, viene a consultorios externos. Y se hace todo el procedimiento que se tenga que hacer de denuncia. En el caso de adultos, que la paciente haga la*

No hay comités para la atención de mujeres, niñas, niños o adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual.  
El hospital cuenta con profesionales especializados en el servicio de ginecología y psicología, que realizan abordajes interdisciplinarios.

*denuncia. En el caso de niños, se hace a través de Niñez, en el servicio local o en el servicio regional.”*

Entre los profesionales consultados no hubo precisión en cuanto al uso de protocolos, no obstante mencionaron circuitos institucionalizados tanto en los

ingresos por guardia, que fueron los señalados como más frecuentes, como en los casos de las personas internadas:

*“Si es producto de una violación, directamente infecto ya nos mandó el protocolo que está pegado hasta en la sala de guardia, de las serologías, el anticonceptivo de emergencia, la medicación antiretroviral y la citación inmediata para infectología.”*

La atención habitual contempla tratamientos de profilaxis, retrovirales y antibióticos, anticoncepción de emergencia, e interconsulta con servicio social y salud mental; y el posterior seguimiento.

La farmacia del hospital cuenta con *kits de emergencia*, que son retirados por el servicio que brinda la atención post aborto, cuando esta se realiza en horario de atención de la farmacia. Fuera de ese horario se dejan alrededor de 20 kits en supervisión de enfermería donde lo entregan contra receta al servicio que lo solicite.

No hubo precisión en cuanto al uso de protocolos, no obstante mencionaron circuitos institucionalizados para la atención, que contemplan los tratamientos de profilaxis, retrovirales y antibióticos, anticoncepción de emergencia, e interconsulta con servicio social y salud mental; y seguimiento.

## Oportunidades de mejora

---

Las fortalezas reconocidas por los entrevistados tienen que ver con el espíritu de los servicios en la búsqueda de una mejor atención para las mujeres, a pesar de las condiciones generales del hospital:

*“... la eficacia, la eficiencia y la honestidad con que todos los profesionales trabajan a pesar de las condiciones en las que estamos trabajando. Acá la gente igual viene, cumple, está, se esmera.”*

*“... con la estructura que tenemos hacemos lo que podemos. Creo que funcionamos, porque lo que yo te explique es que hay un equipo interdisciplinario, donde intervenimos todos, donde hay una buena conjunción de trabajo.”*

Se mencionaron como fortalezas:

1. Búsqueda de mejora de la atención a las mujeres.
2. Atención destacada en patología mamaria.

De los servicios se destacó especialmente la atención que se brinda en relación

a patología mamaria desde el servicio de ginecología:

“del servicio de tocoginecología lo que mejor anda es mamas. El servicio de mama es excelente. Desde la atención, las cirugías, como manejan a las mujeres. Las mujeres se sienten contenidas. Viste que en mama hay mucho cáncer mamas. Y hay mucha contención de parte de los profesionales, son divinos, la verdad es un lujo. La gente se va satisfecha.”

Respecto a los obstáculos que se presentan al momento de la atención se mencionaron principalmente la falta de médicos y la estructura edilicia deficitaria. También desde la sala de farmacia se mencionó como dificultad la falta de un espacio protegido para la orientación del paciente.

*“... tenemos muy pocos profesionales en el hospital y es muy difícil sobrellevar, o llevar por mucho tiempo, o estructurar consultorios y demás. Por ejemplo, la que hace embarazo adolescente soy única, no hay otra profesional. Y la que hace todas las interconsultas de lo que tiene que ver con obstetricia, un solo profesional. O sea, somos uno por cada cosa. Entonces, somos muy pocos...”*

*“No hay insumos. Faltan. Faltan monitores, faltan elementos para trabajar, falta a veces medicación. No hay.”*

*“...el horario. Y yo haría hincapié también en no poder tener esa cosa de poder recomendar o evacuar las dudas. Orientar a la paciente. [Un tiempo más protegido, un lugar más cuidado] en la ventanilla tenés un montón de gente. Es una ventanilla que es un acceso al hospital [...]”*

Principales deficiencias:

- Falta de médicos- Dificultades para cubrir las guardias
- Pocos residentes
- Falta de insumos y equipamiento
- Gran deterioro del edificio
- Espacios reducidos y en malas condiciones

Las oportunidades de mejora están vinculadas con las expectativas depositadas en la nueva dirección del hospital, y con el proyecto de mejora edilicia que se está ejecutando, y que contempla la guardia nueva, unidad de terapia intensiva y quirófano.

- **Servicio materno infantil:**

*“Yo como ginecóloga le quiero dar toda la onda y todo el pie al servicio de*

*materno infantil, me apasiona, pero no tengo tanta gente entonces no puedo exigir mucho tampoco. Tenemos... tres [médicos]... porque encima tenemos de licencia, hay un montón que son carpetas prolongadas... médicos con cáncer y demás, entonces me pierdo un poco.”*

- **Calidad en la atención:**

*“... yo soy especialista en calidad, pero...se puede aplicar, así estemos en el peor lugar se puede aplicar. Lo que pasa es que bueno, esta Dirección es nueva, tiene muy poquito tiempo, y todavía en alguna reunión de CATA, o donde estamos todos los jefes de servicio, ha presentado una planificación estratégica donde podríamos poner calidad. Que el usuario diga cómo se siente. Yo he hecho encuestas de atención al público, pero no enfocado hacia un programa. De la atención al público en general.”*

- **Infraestructura:**

*“Hasta ahora son 2000 metros cuadrados de tres pisos, donde se hace toda la guardia nueva, terapia y quirófano. Entonces al tener eso bien instalado, bien construido, podemos arreglar y acondicionar el resto.”*

- **Sobre las historias clínicas:**

*Pero estamos tratando de organizar. Bastante bien ahora encontramos para hacer una historia clínica única, que no tengan cinco o seis historias clínicas dando vueltas, que eso es muy común. Y estamos organizando el archivo de nuevo. Pusimos más gente a colaborar y tratamos de que se ordene cada vez que se archivan. Que se archiven bien. Y que haya una sola persona para ese sector. Dividido por sectores y que cada uno este encargado de un sector.”*

## 11. Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Arturo Oñativia”

---

- Director: Dr. Jorge Macias
- Categoría: III B
- Región: VI
- Municipio: Almirante Brown
- Domicilio: Ramón Carrillo 1339
- Mail: onativia@ms.gba.gov.ar
- Teléfono: (011) 4219-40/45 al 49

### Presentación

---

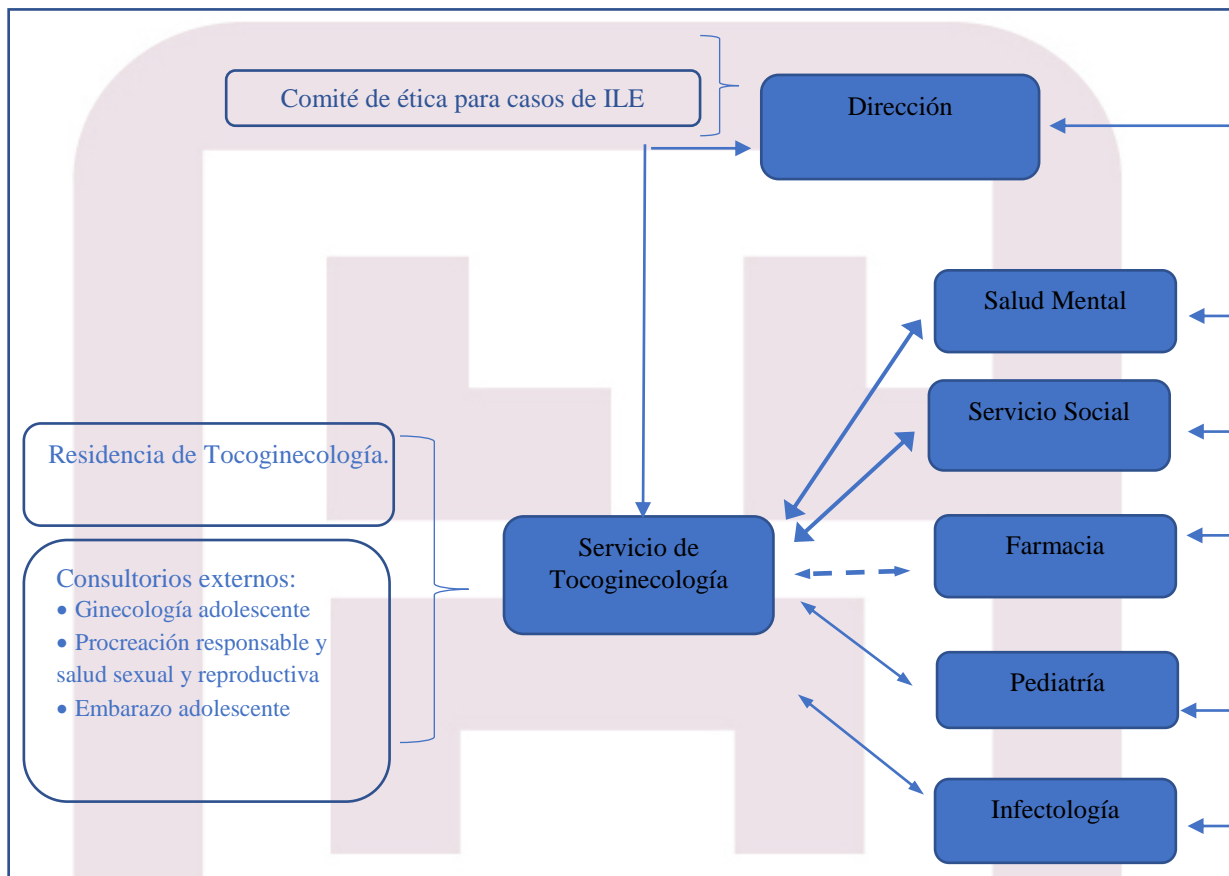
El **Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Arturo Oñativia”** se encuentra ubicado en el Municipio de Almirante Brown e integra la Región Sanitaria VI.

El hospital está catalogado como IIIB, cuenta con Servicio de Tocoginecología y Residencia en la misma especialidad.

Según datos oficiales, durante el año 2014 se atendieron 3087 partos y 764 cesáreas; durante el año 2015 se atendieron 651 consultas ginecológicas de mujeres de 10 a 19 años, y 1822 consultas ginecológicas de mujeres de 20 a 64 años.

Finalmente, según lo referido profesionales del Hospital, **durante 2016 se realizaron aproximadamente 3500 partos.**

## Estructura de la Salud Sexual y Reproductiva – Actores Intervinientes



En el Hospital, los servicios que participan cotidianamente en la atención de la SSyR de las mujeres son el servicio de tocoginecología, el servicio social y el servicio de salud mental: *“En realidad los servicios involucrados son múltiples. Servicio social... dentro del servicio tenemos la parte de reproducción, la parte de adolescencia, también tenemos la parte de pediatría que se contacta con nosotros a través de las asistentes sociales y de los propios pediatras, todos los servicios centrales y el mismo servicio. En general trabajamos en equipo siendo la cabeza del equipo una de las médicas que está a cargo del consultorio específico de Salud Sexual y Reproductiva.”*

Servicio de toco ginecología integrado.

Farmacia, pediatría e infectología trabajan en interconsulta con el servicio de tocoginecología por episodios particulares.

Consultorios externos con turnos matutinos y vespertinos

Respecto del **servicio de tocoginecología**, está integrado por los consultorios externos, la sala de internación, la guardia y la Residencia en Tocoginecología.



Con respecto a los **consultorios externos**, tiene horarios de atención de lunes a viernes por la mañana y por la tarde. Se han mencionado como subespecialidades atendidas: ginecología adolescente, procreación responsable y salud sexual y Reproductiva, patología cervical, patología mamaria, colocación de DIU (Dispositivo Intrauterino), embarazo adolescente, embarazo de alto riesgo, embarazo de bajo riesgo.

Asimismo, cuentan con **residencia en tocoginecología** integrada por un jefe de residentes y cuatro médicos rotando. Prevén abrir una residencia para licenciadas obstétricas en el próximo año.

Al respecto, existe preocupación de los profesionales entrevistados porque no se cubren los cupos de residencia disponibles desde hace varios años. Tal situación fue relevada también en otras instituciones, y en el Hospital Oñativia la vinculan a aspectos económicos (bajos salarios, por ejemplo) que desalientan la inscripción de los residentes.

Las Licenciadas en Obstetricia desarrollan un dispositivo de articulación con el primer nivel para el seguimiento y control de mujeres embarazadas.

Esta situación agrava la ya crítica falta de recursos humanos que tiene el hospital. Según lo manifestado, apenas llegan a cubrirse las guardias con un médico y una obstétrica. Y es aún peor el faltante de personal en el área de enfermería. *“En este momento los principales problemas que tenemos en este hospital son la falta de recurso humano, ya sea médico o enfermería (...) En enfermería, es calamitosa la falta que hay, hoy nos faltan 20 enfermeras que se fueron tomando licencias y no se pueden reemplazar.”*

Finalmente, el servicio cuenta con obstétricas que trabajan en los consultorios de procreación responsable y salud sexual y reproductiva y de embarazo adolescente, junto con un profesional médico; y en sala brindan consejería en anticoncepción post evento diariamente.

Este grupo de profesionales desarrolla un dispositivo de articulación con el primer nivel de atención, para favorecer el seguimiento y control de las mujeres embarazadas en la sala o posta sanitaria y la derivación al hospital sólo en casos de embarazos de alto riesgo. *“... un 70% de los partos que se realizan acá fueron controlados en centros de salud; hay un 10% que a pesar del incentivo de que la gente se controle viene sin controles; y hay un 20% aproximado que se controla en el hospital, que en general tratamos que esos sean los derivados de alto riesgo de los centros de salud.”*

En referencia al **servicio social**, los profesionales entrevistados manifiestan que mantienen una relación cotidiana y fluida, trabajando en interconsultas por temas relacionados con niñas/os y adolescentes, personas en situación de calle,

situaciones de violencia, abuso, o consumo problemático.

La referente del servicio menciona que desarrollan dispositivos de abordaje para *“las adolescentes de maternidad que vienen a tener familia, con las mujeres de maternidad que hayan tenido familia o con VIH o que hayan sufrido hechos de violencia (...) Situaciones de abuso o maltrato con pediatría (...). Por donde aparezca la situación en relación a salud sexual y reproductiva nosotras estamos.”* Asimismo, realizan talleres vinculados a la temática en escuelas de la zona.

La **farmacia**, está integrada por tres personas: la jefa del servicio, una farmacéutica y un técnico. Funciona de lunes a viernes de 8 a 16hs y para atención al público dedican tres horas de los días jueves. No realizan atención farmacéutica personalizada por falta de personal y de espacio adecuado.

La farmacia no realiza rendiciones ni tiene participación en la solicitud de MAC (Métodos Anticonceptivos). Este vínculo administrativo es ejercido por el médico referente del Programa en SSyR. No obstante, los insumos se guardan en Farmacia y son cargados en el sistema para seguimiento de stock: *“Se ingresan todos los medicamentos que entran, ( ) fecha, y nosotros tenemos un cuarto de stock y otra parte que es la de despacho diario. Del cuarto de stock traspasamos al despacho diario, eso se hace también desde el sistema. Y, finalmente, la baja se le da desde el despacho. Intentamos que no se pierda nada, intentamos que no se pierda ningún movimiento.”*

La Farmacia no interviene en la solicitud de MAC al Programa de SSyR, y tiene escasa comunicación con el Servicio de Tocoginecología

En relación al vínculo con el servicio de tocoginecología, plantean como necesidad fortalecer la comunicación y la planificación de consumo y solicitud de MAC a fin de aprovechar el stock disponible, que muchas veces debe ser desechado por vencimiento.

## **Métodos Anticonceptivos**

En el Hospital se encuentran disponibles los siguientes métodos anticonceptivos: hormonales orales combinados y de lactancia, hormonales inyectables, hormonales de emergencia, implante subdérmico, DIU, SIU (Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel), preservativos, ligadura tubaria quirúrgica y laparoscópica.

En la actualidad hay stock de todos los métodos anticonceptivos mencionados, aunque se menciona **menor disponibilidad de anticonceptivos de lactancia**.

Por otra parte, no se han relevado obstáculos para la dispensa y colocación de ninguno de ellos. Tampoco se han mencionado estrategias particulares para el seguimiento de las mujeres que obtienen un MAC en el hospital, como tampoco dificultades al respecto.

Respecto al **DIU**, existe un consultorio específico los días miércoles a las 11hs, que es atendido por una médica ginecóloga. Asimismo, todos los martes por la mañana, los médicos residentes realizan en Guardia colocación de DIU.

Respecto a la **ligadura tubaria**, se realiza con intervención quirúrgica o por vía laparoscópica, ya sea en el momento de la cesárea o con turnos programados.

*“Ligadura se hace a toda mujer que lo solicite y vaya a cesárea (...) también hay una lista en las cuales, cuando van quedando espacios en quirófano, como tenemos la dirección y el teléfono de la señora, le explicamos que la vamos a llamar si está interesada y si tuvo un parto normal, la llamamos luego.”*

Al respecto, los profesionales entrevistados manifiestan que existe alguna demora por la gran demanda de quirófano y porque el laparoscopio no es exclusivo del servicio, pero que ésta, no es significativa ni constituye un obstáculo para la prestación: *“Hay veces que los jueves se hace laparoscopia, si hay disponibilidad del laparoscopio que compartimos con clínica. Entonces hay veces que, si se le iba a dar el alta el miércoles, se queda el jueves y se va el viernes con la ligadura”*

*“Una ligadura tubaria vía umbilical que es muy simple, al otro día se van de alta. Incluso si no tenemos ninguna paciente puérpera que se quiera operar tenemos una lista de pacientes que nos dejaron sus datos y las llamamos para que vengan a ligarse cuando tenemos turnos quirúrgicos disponibles”*

Los profesionales de los servicios entrevistados valoran la oferta de esta prestación y consideran un cambio positivo que sea una intervención de rutina sin más requisitos para su realización que el consentimiento de las mujeres. En este sentido, se observa congruencia con las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para garantizar la intervención.

*“Antes no se hacían ligaduras de trompas. Entonces venía el tema de “no, a ver si después quiere tener hijos”; que “cuantas veces hubo juicios con respecto a*

Los profesionales mencionan poca disponibilidad de anticonceptivos de lactancia.

Existe un consultorio específico para colocación de DIU.

Los residentes convocan una vez por semana para colocación de DIU.

Se realiza ligadura tubaria quirúrgica y laparoscópica.

Los profesionales no refieren estrategias de seguimiento de las mujeres que obtienen un MAC

eso". Al estar la ley ayudó muchísimo a que si la mujer quiere-- eso sí, aclararle desde todos los lugares que es ella la que tiene derecho a elegir. Había muchos obstáculos tanto desde la resistencia médica como la resistencia familiar. Decir que ellas querían, pero el marido no, o que eran muy jóvenes. (...) si sos mayor de veintiún años lo podés hacer tengas o no tengas hijos, lo dice la ley."

La **anticoncepción post evento** es promovida por todos los profesionales entrevistados y está a cargo de las licenciadas obstétricas y los médicos residentes, durante recorridos diarios en sala. Los anticonceptivos orales se dispensan al momento del alta y para colocación de DIU, implante o realización de ligadura se programa un turno.

Respecto a la **anticoncepción de emergencia**, la referente de Farmacia explica que la incluyen en los kits para atención de abuso o violación, ya que estos no vienen provistos de "la pastilla del día después". "En realidad, viene solamente con antibióticos para prevenir enfermedades de transmisión sexual y HIV. Nosotros cuando lo armamos le ponemos la pastillita del día después."

Todos los anticonceptivos disponibles son provistos por la Región Sanitaria, en el marco del Programa de SSyR. Al respecto, la responsable del Servicio de Farmacia menciona con preocupación la gran cantidad de **anticonceptivos vencidos que se desechan**, atribuyéndolo principalmente a la falta de comunicación con el Programa para la planificación de la compra o entrega.

La anticoncepción de emergencia está disponible en Guardia y se agrega en los Kit de atención para casos de violación.

Se desechan MAC por vencimiento.

Por último, la licenciada obstétrica entrevistada destaca la relevancia del primer nivel de atención en la dispensa de MAC: "La mayoría sigue con los métodos en los CAPs (Centros de Atención Primaria). No te digo el 100% pero en un 80% de los CAPs se colocan DIU, implante y se entregan anticonceptivos orales. Por REMEDIAR se ha reducido la entrega, entonces es una lucha."

## Consejería

En el Hospital existe un **consultorio de procreación responsable y salud sexual y reproductiva** que atiende dos veces por semana martes 11hs. y miércoles 15hs. sin turno, por demanda espontánea, y está a cargo de una médica ginecóloga especializada. En este consultorio se aborda la consejería en anticoncepción, específicamente.

Asimismo, las licenciadas obstétricas que trabajan en el servicio son las principales responsables de brindar consejería en sala a las mujeres internadas. Realizan charlas individuales todos los días, al pie de cama, promoviendo la adopción de un método anticonceptivo post evento inmediato.

Los médicos residentes también realizan consejería en anticoncepción en guardia y en sala, reforzando particularmente los casos de APA (Atención Post Aborto).

Finalmente, el servicio social refuerza la orientación individual a mujeres en sala: *“Fortalecemos cuando pasamos por la sala, se entrega material; ya te digo, tenemos mucho material preventivo de difusión para las mujeres, es el material que sacaba el Ministerio, con los métodos y todo”*.

También realizan talleres de educación sexual en escuelas de la zona, tratando la temática de anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

En general, se privilegia la **oportunidad** en la atención para brindar información y realizar consejería, mediante la multiplicidad de dispositivos mencionados y enfocados en temas de anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Existe un consultorio de procreación responsable y salud sexual y reproductiva que atiende demanda espontánea. Se implementan múltiples estrategias para brindar consejería: consultorio específico, en sala y en guardia antes del alta y talleres para la comunidad. El servicio social tiene participación activa en la consejería

### Atención post Aborto

Para la atención post aborto, los profesionales del Hospital Oñativia manifiestan considerar los protocolos vigentes. *“Se da la consejería, se va con un método anticonceptivo; a la que lo requiere se le habla de la importancia de evitar un futuro embarazo no deseado y se va con un método anticonceptivo y luego una citación para el control y el consultorio.”*

Respecto a la práctica médica se menciona la inducción con medicación **prostaglandina, oxaprost**, y la AMEU. Se prioriza la utilización de medicación por ser una práctica ambulatoria. Esta medicación es provista por Farmacia, directamente al personal médico o las licenciadas obstétricas.

La práctica médica priorizada es la inducción con medicación. Se implementó un dispositivo de abordaje interdisciplinario específico con buenos resultados.

Respecto a la **anticoncepción post evento**, todos los entrevistados manifestaron la importancia de que las mujeres reciban un MAC antes del momento del alta y que puedan concurrir a control ginecológico: *“En los post-abortos ya se van directamente con un método anticonceptivo vía oral, a no ser que tenga alguna contraindicación.”*

Ningún profesional menciona obstáculos para la atención de estas situaciones. Sin embargo, en algunas entrevistas se menciona la posibilidad de cierto maltrato hacia las mujeres, vinculado a prejuicios o valoraciones morales de los médicos.

Finalmente, los profesionales del servicio social manifiestan que se implementó un dispositivo de acompañamiento específico para las mujeres en estas situaciones con muy buenos resultados. Sin embargo, el mismo se discontinuó debido a la dificultad de sostener un trabajo interdisciplinario constante por parte de los servicios involucrados.

### **Interrupción Legal del Embarazo**

---

En el Hospital, las autoridades y profesionales del servicio manifiestan que se **han resuelto las solicitudes de ILE (Interrupción Legal del Embarazo)** en acuerdo con los marcos legales y la normativa vigente.

Existe un Comité de Ética que otorga un marco jurídico a la prestación, integrado por abogados y profesionales de la salud. En este marco, se menciona cierta **controversia respecto a la edad gestacional** de los casos recepcionados, tema que no fue desarrollado durante las entrevistas realizadas.

Las autoridades informan que se realiza ILE de acuerdo al marco legal. Existe un Comité de Ética para evaluar las solicitudes de ILE. La práctica priorizada es la inducción con medicación.

*“No hemos tenido barreras importantes, el problema que surge en todos lados y que es un largo debate es la edad gestacional en la que llega la paciente y solicita la interrupción legal del embarazo.”*

La práctica médica priorizada es la inducción medicamentosa con **prostanglandina, oxaprost** y la AMEU (Aspiración Manual Endouterina).

Respecto a la **objeción de conciencia**, hay profesionales que se han manifestado como objetores tanto en la planta como en la residencia.

Los profesionales del Servicio Social son referentes para el acceso y resolución de la prestación. Fueron quienes difundieron el protocolo de abordaje del Ministerio de Salud de la Nación en el Servicio de Tocoginecología y acompañaron los casos de mujeres que solicitaron ILE en el Hospital. *“Sí, hay un protocolo que lo mandó (la trabajadora social). En realidad, nos manejamos con el protocolo, pero cada guardia es muy personal cómo se maneja, generalmente tratamos de manejarlos a través de (la trabajadora social) cuando son estos casos”*

En opinión de los profesionales del Servicio Social, los obstáculos para la prestación se relacionan con la falta de capacitación en el tema. *“Falta trabajar mucho más con los profesionales, hace falta capacitarlos más, ver que es un derecho, visibilizar que es un derecho la interrupción legal del embarazo, formación, hay cuestiones ideológicas que obstaculizan siempre.”*

Consultorios específicos para población adolescente: Ginecología Adolescente y Consultorio de Obstetricia Adolescente.

Equipos interdisciplinarios ad hoc para el abordaje para situaciones de violencia o abuso.

Disponibilidad del kit de emergencia y anticoncepción en guardia.

### **Estrategias de Atención dirigidas a poblaciones específicas**

Respecto a la atención de la población adolescente, el Hospital dispone de **consultorios especializados**. El **consultorio de ginecología adolescente** (miércoles a las 8hs.) a cargo de una médica ginecóloga, y el **consultorio de obstetricia adolescente** (miércoles 12hs. y jueves 9hs.) a cargo de dos Licenciadas Obstétricas.

Respecto al enfoque de atención, no se ha relevado información significativa sobre el respeto a la autonomía, privacidad y confidencialidad con que se trata a las mujeres adolescentes.

Por otra parte, el servicio social realiza talleres específicos para esta población, en articulación con escuelas de la zona.

*“Nosotros nos ponemos a cargo con el equipo de orientación escolar, trabajamos, les planteamos nuestra perspectiva, nos sentamos a principio de año y les planteamos qué necesitamos que haga la escuela para que los chicos vengan a los talleres, y se logra. Obviamente son equipos de orientación escolar y docentes motivados, con ganas de trabajar esto, por suerte.”*

Para el desarrollo de los mismo se propuso la conformación de un equipo interdisciplinario, que funcionó por algún tiempo, pero en la actualidad solo lo

conforman trabajadoras sociales y obstétricas

Para el abordaje de **situaciones de abuso o violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes**, se conforma un equipo interdisciplinario ad hoc integrado por profesionales de ginecología, psicología, trabajo social, infectología y pediatría. Asimismo, se da intervención al servicio social local y se realiza la denuncia correspondiente.

Generalmente son situaciones que ingresan por Guardia, donde los profesionales de la salud conocen y aplican el protocolo médico de atención. Para ello, disponen en guardia del kit de profilaxis con anticoncepción de emergencia.

El servicio social del hospital tiene gran protagonismo en el abordaje de este tipo de situaciones, conduciendo el proceso de derivación, articulando el trabajo de los servicios e impulsando las acciones legales pertinentes. Asimismo, desarrolla redes a nivel local para contención y seguimiento de las víctimas.

Se observa cierto desacuerdo entre los profesionales sobre la disponibilidad del Kit de emergencia para casos de violación. Los residentes del hospital informan que hay poca disponibilidad (no más de dos kits por guardia), mientras que desde Farmacia y Supervisión de enfermería se explica que están guardados, pero a disposición.

Respecto de las mujeres víctimas de violencia, se utiliza un abordaje semejante. La Guardia recepciona el caso, aplica la profilaxis de emergencia y trabaja en interconsulta con los servicios de Infectología, Salud Mental y Servicio Social.

### **Oportunidades de mejora**

---

En el Hospital la atención de la SSyR de las mujeres es un tema que preocupa a los equipos profesionales entrevistados.

Todos los profesionales coinciden en que la demanda de atención de las mujeres en temas de SSyR supera ampliamente la capacidad de respuesta de sus servicios.

*“Las camas. Por ejemplo, hoy está todo colapsado. Están todas las salas ocupadas, está puerperio, tenemos un puerperio inmediato de cuatro puérperas que ya tuvieron el bebé que quedan dos horas para control y después teóricamente deben pasar a la sala. Hoy están allá y aparte tenemos en camilla más puérperas porque no tenemos espacio. Hasta que no den el alta no podemos direccionarlas. Si viene una mujer en trabajo de parto lo va a tener, y bueno, estará sentadita hasta que pueda conseguir una cama”*



*“En este momento los principales problemas que tenemos en este hospital son la falta de recurso humano, ya sea médico o enfermería, y el otro problema es que nuestro hospital vecino, que está con el mismo problema, tiene guardias que directamente no tienen médicos y caen directo acá.”*

La situación es descripta como **crítica en cuestión de recursos humanos**. Al respecto, se identifica carencia de profesionales en planta, pero también se destaca que la residencia no logra cubrir los cupos disponibles desde hace varios años.

Respecto a la Farmacia, su referente identifica como problema principal la **cantidad de medicación vencida que se descarta**, debido a la falta de planificación conjunta con el Programa de SSyR, pero también a la escasa comunicación con el Servicio de Tocoginecología para el aprovechamiento del stock.

Las **oportunidades de mejora** relevadas se relacionan con la **ampliación de los horarios** de atención de consultorios en general, y específicamente de los dedicados a la consejería, así como la posibilidad de tener **más tiempo en quirófano** para la realización de ligadura tubaria específicamente.

Por último, los profesionales del Servicio Social plantean la necesidad de profundizar el trabajo interdisciplinario y la capacitación de los agentes de salud como modo de garantizar consultorios amigables y erradicar obstáculos de origen ideológico para el acceso de las mujeres a la atención de sus SSyR: *“Los hospitales necesitan más equipos, la interdisciplinariedad es fundamental; capacitaciones, hay cabecitas que son difíciles porque estás hablando de aspectos ideológicos. Trabajar más, que sea más accesible, que no tengan un laberinto. Acá hay consultorios amigables, por ahí tenemos muchos, pero a la hora de efectivizarlo igual te encontrarás con dificultades”*

Principales problemas mencionados: falta de profesionales y de espacio en sala.

Oportunidades de mejora identificadas:

Ampliar los horarios de atención de los consultorios dedicados a consejería.

Ampliar la disponibilidad de quirófano para la realización de ligadura tubaria.

Fortalecer el trabajo interdisciplinario a través de la conformación de equipos de trabajos permanentes.

# **CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES**

A modo de conclusión se desarrollan las recomendaciones finales para el fortalecimiento institucional de los servicios de SSyR, elaboradas en base al análisis de las fuentes de información secundarias, la normativa vigente y la información recabada a partir del trabajo de campo.

Estas recomendaciones constituyen los aportes concretos que el estudio le otorga al Programa de Salud Sexual y Reproductiva en materia de políticas públicas, con la meta de contribuir al fortalecimiento de la salud integral, los derechos de género y la equidad social.

Las mismas fueron presentadas a los equipos de salud de los hospitales involucrados en una jornada de trabajo realizada el día 28 de marzo de 2017 en el Hospital El Dique del Municipio de Ensenada. Participaron del encuentro directores, jefes de servicios y/o profesionales de la salud involucrados en la atención de la SSyR de los hospitales: Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Alberto Eurnekian”, Hospital Zonal General de Agudos “Dr. Isidoro Iriarte”, Hospital Zonal General de Agudos “Mi Pueblo”, Hospital Materno infantil Ana Goitia, Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado “Evita Pueblo”, Hospital Interzonal General de Agudos “Evita”, Hospital Zonal Especializado Materno Infantil “Argentina Diego”.

La jornada fue valorada como una oportunidad para debatir y construir consensos sobre los modos de mejorar la atención de las mujeres a través de la estandarización de los procedimientos y la toma de decisiones basada en evidencia.

## RECOMENDACIONES FINALES PARA EL FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### 1) *Reforzar la difusión y la adopción de MALD<sup>8</sup> en la población femenina.*

En la provincia de Buenos Aires las mujeres que desean evitar un embarazo utilizan los siguientes métodos anticonceptivos, según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2013 respectivamente:

- Preservativo: 47,6 y 39,9%.
- Anticoncepción oral: 29,6 y 37,6%.
- Inyectable: 2,7%
- DIU: 9 y 9,7%.
- Ligadura tubaria: 5,2%

Como puede observarse, existe una baja utilización de métodos anticonceptivos de larga duración en general, y de MALD reversibles en particular, a pesar de sus ventajas.

Esta información estadística es coherente con la información relevada en las unidades hospitalarias, donde se mencionó las dificultades de dispensa y colocación principalmente en MALD.

En este sentido, sólo 3 de los 11 hospitales visitados disponen de un consultorio específico para la colocación de este tipo de MAC.

Los MALD se encuentran dentro de la canasta de métodos distribuidos por el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), con lo cual la disponibilidad de insumos no debería ser un obstáculo relevante.

En relación a la población adolescente, 6 de cada 10 de los embarazos de mujeres en esta franja etaria no fue planificado. De ellas, 8 de cada 10 no utilizaba métodos anticonceptivos. (SIP 2015)

De acuerdo a la ENSSyR de las adolescentes que habían iniciado las relaciones sexuales el 85,9% utilizaba algún método anticonceptivo. Los principales métodos elegidos eran el preservativo y los anticonceptivos orales (97,2%).

La utilización de MALD en esta población no encuentra contraindicaciones. Por

---

<sup>8</sup> Se incluye en esta categoría los dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre (no hormonales) y los métodos de anticoncepción exclusivamente con progestágenos (DIU hormonal, inyectables trimestrales e implantes).

el contrario, desde el año 2014, la Asociación Americana de Pediatría recomienda priorizar este tipo de MAC dada su eficacia, seguridad y facilidad de uso<sup>9</sup>.

Al respecto se relevó la experiencia del Hospital Eurnekian donde se viene implementando la colocación de este tipo de MAC, específicamente los **anticonceptivos subdérmicos**, con muy buenos resultados.

Finalmente, respecto a la anticoncepción post parto o post aborto, la adopción de un MALD es una opción eficaz y segura.

Las mujeres que eligen un MALD en el momento del aborto tienen un riesgo significativamente menor de otro aborto, en comparación con las mujeres que eligen otros métodos<sup>10</sup>.

Posibles acciones:

- **Capacitación técnica de los agentes de salud para la dispensa y colocación.**
- **Incorporación de las licenciadas obstétricas en los servicios de SSR.**
- **Incorporación de consultorios específicos y/o ampliación del horario de atención.**

## **2) Distribución de AHE como método de emergencia entre la población que adopta un MAC.**

En la Provincia de Buenos Aires, seis (6) de cada diez (10) mujeres que tuvieron su hija/o en un hospital público no habían planificado ese embarazo. De ellas, el 72% no estaba usando un método anticonceptivo, y el 11% y el 12% respectivamente estaba utilizando métodos de barrera (preservativo) o anticonceptivos hormonales. (SIP 2015)

La anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) ofrece a las mujeres una última oportunidad para prevenir el embarazo después de relaciones sexuales no protegidas.

También puede ser la opción anticonceptiva hasta la adopción de un método

<sup>9</sup> AAP. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. Pediatrics 2014;134: e1244–e1256. <http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2014/09/24/peds.2014---2299.full.pdf>

<sup>10</sup> Postabortion Care: 20 Years of Strong Evidence on Emergency Treatment, Family Planning, and Other Programming Components Douglas Huber, a Carolyn Curtis, b Laili Irani, c Sara Pappa, d Lauren Arrington Global Health: Science and Practice 2016 | Volume 4 | Number 3

regular y el reaseguro anticonceptivo frente a una falla en el método anticonceptivo utilizado o cuando se ha utilizado incorrectamente.

Desde 2007 la AHE se encuentra incorporada a la canasta de métodos provistos por el PNSSyPR,

No obstante, según la información relevada la disponibilidad de este tipo de MAC se encuentra restringida a la guardia para casos de violencia sexual o relaciones forzadas exclusivamente.

Asimismo, se relevaron algunas fallas de comunicación entre los servicios de farmacia y los servicios de ginecología y de obstetricia para la disponibilidad cotidiana de este MAC.

Si bien la utilización de AHE puede ser la última oportunidad de prevención cuando otros métodos han fallado, es importante que los agentes de salud acompañen su dispensa con la explicación de los MAC disponibles para su utilización regular.

Posibles acciones

- ***Difusión de las características y eficacia de la AHE entre los agentes de salud.***
- ***Disponibilidad de la AHE en guardia y consultorios de atención de la SSyR.***

### **3) Garantizar la prestación de ILE.**

Los resultados del estudio indican que en el 73% de los hospitales participantes se garantiza de alguna forma la práctica de ILE; generalmente es llevada a cabo por los/as jefes de servicio y/o sala, médicos de planta y en algunos pocos casos por algún integrante de la dirección.

En este sentido existe una cierta permeabilidad frente a la prestación, aun teniendo un 45% de los jefes de los servicios de ginecología que manifestaron ser objetores de conciencia.

No obstante, en el 88% (8/11) de las unidades sanitarias se identificaron profesionales que garantizan la práctica, quienes refirieron la necesidad de capacitación y clarificación de conceptos para los agentes de salud en general.

Posibles acciones:

- ***Capacitación de los agentes de salud en los marcos regulatorios y protocolos de abordaje.***

- **Capacitación de los agentes de salud en la práctica de AMEU.**
- **Simplificación de los procesos de compra de misoprostol.**
- **Formalización de los circuitos y espacios institucionales de atención en los casos de ILE.**

#### **4) Difundir los nuevos marcos jurídicos con eje en los derechos y autonomía progresiva de la población adolescente.**

Según la información relevada, diez (10) de once (11) hospitales cuenta con consultorios dedicados a la atención de la población adolescente específicamente. Estos consultorios pueden ser de ginecología infanto juvenil o de seguimiento del embarazo de las adolescentes.

En términos generales, los profesionales entrevistados refieren la intención de reducir los tiempos de espera y privilegiar la resolución de la demanda para evitar perder la oportunidad de atención de las mujeres adolescentes.

No obstante, se observó cierto desconocimiento sobre el marco jurídico que otorga la Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, la Ley Provincial de Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños (Ley 13298) y el nuevo Código Civil y Comercial, sobre los derechos de las mujeres adolescentes en lo referido al cuidado y atención de su SSyR.

Un ejemplo de ello es el requerimiento de consentimientos de adultos acompañantes y/o protocolos para la realización de algunas prestaciones en adolescentes, que atenta contra el reconocimiento del adolescente como sujeto de derecho, contra la satisfacción de su derecho a la salud y representa una negación del principio de autonomía progresiva.

En el año 2012, la Organización Mundial de la Salud estableció que los servicios de salud para adolescentes deben ser: equitativos, accesibles, aceptables, apropiados y eficaces. Asimismo, el Ministerio de Salud de la Nación confeccionó la “Guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para los adolescentes” a fin de que los servicios de salud puedan adecuar sus prácticas a los principios establecidos por la OMS.

Posibles acciones:

- **Capacitación de los agentes de salud en los marcos regulatorios y protocolos de abordaje.**

- ***Elaboración de guías prácticas para la autoevaluación de los servicios que ofrecen atención de la SSyR en la población adolescente.***

### ***5) Fortalecer y ampliar los espacios de consejería en salud sexual y reproductiva.***

En la Provincia de Buenos Aires, casi todas las mujeres que tuvieron su hija/o en hospital público recibieron consejería en SSyR. De ellas, el 90% recibió conjuntamente un MAC post parto (SIP 2015).

Sin embargo, volviendo a los datos analizados en el punto uno de este capítulo, la proporción de mujeres que manifiesta no haber planeado su embarazo es alta.

En todos los hospitales visitados, excepto uno, disponen de un consultorio específico dedicado a la consejería en SSyR. Existió consenso entre los profesionales entrevistados con la necesidad de priorizar la consejería y de ser posible un MAC inmediatamente post evento.

Quienes fueron entrevistados destacaron como necesidad el perfeccionamiento del seguimiento de las mujeres que consultan. Al respecto se relevó en sólo una unidad sanitaria un consultorio especialmente dispuesto para el seguimiento de las mujeres que obtienen un MAC, y en otras pocas, dispositivos informales de seguimiento en articulación con el servicio social, por ejemplo.

Por otra parte, los tipos de consejerías relevadas concentran sus esfuerzos en brindar información sobre anticoncepción. Sólo en un hospital se relevó la existencia de consejería en opciones que brinda información pre y post aborto. Considerando la ocurrencia de muertes maternas por complicaciones ocasionadas por abortos inseguros, muchos profesionales plantearon la necesidad de incluir este tipo de consejería en sus unidades sanitarias.

Finalmente, en la mayoría de los hospitales se relevaron experiencias de consejería grupal para población adolescente y público en general, encabezadas por los profesionales del servicio social y las licenciadas en obstetricia. Los obstáculos referidos para realizar este tipo de iniciativas se relacionan con las deficientes condiciones edilicias relevadas que complican disponer de un espacio adecuado para el desarrollo de tales actividades. No obstante, la importancia de brindar información pertinente a toda la población ha sido una mención casi permanente de los profesionales entrevistados.

- ***Ampliación de horarios de atención de los consultorios***



**específicos en consejería, particularmente en horarios vespertinos.**

- **Incorporación de espacios de consejería en opciones que brinden información sobre pre y post aborto**
- **Utilización de las salas de espera y los televisores ubicados allí, como herramientas para el desarrollo de consejería.**
- **Diseño e implementación de una aplicación web en consejería.**

# BIBLIOGRAFÍA

Acuña Carlos (coordinador); *Capacidades Estatales. Diez Textos Fundamentales*; Banco de Desarrollo de América Latina; 2015.

Baicker K, Chandra A. *Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care*. HealthAff (Millwood) 2004; Suppl Web Exclusives: W4-184-97.

Checa Susana; *Calidad de la Atención de la Salud Sexual y Reproductiva para Adolescentes desde la Perspectiva de Género y Derechos en Servicios de Salud Adolescente de Efectores Públicos de CABA*; Instituto Gino Germani; Facultad de Ciencias Sociales; UBA.

CIPPEC; *How can we monitor and evaluate? Toolkit 1 a 6*. Buenos Aires; Een Weaving global networks- Handbook for policy influence. Buenos Aires: CIPPEC, 2007.

Cornick, J: *Public Sector Capabilities and Organization for Successful PDPs*; 2013.

Donabedian, A. *Garantía y monitoreo de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Perspectivas en Salud Pública, Méjico: Instituto de Salud Pública, 1990

Donabedian, A. *TheLichfieldlecture, Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor*. Revista Calidad Asistencial, 16, 102-106. Madrid, 2001.

Faur Eleonor (coordinadora); *La Educación Sexual Integral en la Argentina. Balances y Desafíos de la Implementación de la Ley (2008-2015)*; Presidencia de la Nación Argentina, Ministerio de Educación; 2015.

Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc: *Manual para Evaluar la Calidad de Atención desde una Perspectiva de Género*; 2000.

Gonzales Vélez Cristina; Ramos Silvina; *Lineamientos estratégicos para la garantía de prestaciones prioritarias en materia de salud sexual y reproductiva*, CEDES/UNFPA; 2011.

IPPF, UNFPA, OMS, ONUSIDA, GNP+, ICW y Young Positives: *Instrumento de Evaluación Rápida para la Salud Sexual y Reproductiva y los Vínculos con el VIH. Una guía Genérica*; 2009.

Macinko J, Starfield B, Shi L. *The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998*; HSR: Health Services Research 2003, 38:831-865

Macinko J, Guanais F, Marinho F. *An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002*. Journal of Epidemiology and Community Health 2006;60(1):13–19.

Maestro Iturriaga, B. (2012) *Sociología de las relaciones humanas. La relación médico-paciente*. [en línea]. Madrid: Escuela Nacional Sanidad,. [citado el 1 de abril de 2016]. Disponible en Internet: [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7\\_Sociolog\\_\\_a\\_de\\_las\\_relaciones\\_humanas.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500640/n6.7_Sociolog__a_de_las_relaciones_humanas.pdf)

Mattioli, M. *Calidad de atención en salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género y derechos: evaluación de usuarias del área programática del Hospital Argerich, Ciudad de Buenos Aires*. Tesis de Maestría. FLACSO. Sede Académica Argentina, Buenos Aires, 2011.

Organización Mundial para la Salud (OMS) *Quality assessment guidebook: a guide to assessing health services for adolescents clients*; 2009.

Organización Mundial para la Salud (OMS): *Developing pharmacy practice*; 2006.

Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Guía de evaluación rápida de programas hospitalarios en prevención y control de las infecciones asociadas a la atención de salud*; 2011.

Organización Panamericana de la Salud (OPS): *Guía Servicios Farmacéuticos en la Atención Primaria de Salud*; 2011.

OPS/OMS. *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*. Julio 2007.

Ortiz Zulma; Barbieri M. Eugenia; Ramos Silvina; Gonzales Vélez Cristina; *Lineamientos metodológicos sobre los procesos y las técnicas para la fijación de prioridades de paquetes de prestaciones en salud sexual y reproductiva*; CEDES/UNFPA; 2011.

REDLAC; *Metodología de Evaluación Rápida Humanitaria*; 2006.

Ramón Michel Agustina; Ramos Silvina; Gonzales Vélez Cristina; *Lineamientos metodológicos para la recopilación y análisis de los marcos normativos: hacia la garantía de las prestaciones prioritarias en salud sexual y reproductiva*; CEDES/UNFPA; 2011.

Ramos Silvina, Bergallo Paola, Romero Mariana, Feijoó Jimena; *El acceso al aborto permitido por la ley: un tema pendiente de la política de derechos humanos en Argentina*, en Derechos humanos en Argentina. Informe 2009. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) – Siglo XXI Editores, Buenos

Aires, 2009.

Ramos Silvina, Romero Mariana; *ABC de la MSCF. Manual para el Diagnóstico de la Cultura Organizacional*; CEDES – UNICEF; 2015.

Rodríguez de Bittner Magaly; Girón Aguilar Nora: *Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios*; Serie Medicamentos Esenciales y Tecnología No. 5.5: 1997.

Shi L, Starfield B, Xu J. *Validating the Adult Primary Care Assessment Tool*. J FamPract, 2001; 50(2):161.

Starfield B. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnologías*. Ed Masson, Barcelona, año 2001.

Starfield B, Shi L. *Policy relevant determinants of health: An international perspective*. HealthPolicy 2002;60(3):201–16.

Starfield B, Shi L., Macinko J. *Contribution of primary care to health systems and health*. Milbank Q 2005; 83:457–502.

Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. *The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries*. Journal of Health Economics 1999;18:291–313.

## **ANEXO I**

- 1 GUÍA DE ENTREVISTA PARA LAS/OS DIRECTORAS/ES DE HOSPITAL**
- 2 GUÍA DE ENTREVISTA PARA JEFAS/ES DE SERVICIO**
- 3 GUÍA DE ENTREVISTA PARA MÉDICAS/OS DE PLANTA**
- 4 GUÍA DE ENTREVISTA PARA RESIDENTES**
- 5 GUÍA DE ENTREVISTA SERVICIO SOCIAL / SALUD MENTAL**
- 6 HOJA DE RUTA Y ENTREVISTA A FARMACIA**
- 7 GUÍA DE ENTREVISTA ENFERMEROS**
- 8 OBSERVACIÓN SALAS DE ESPERA**
- 9 GRILLA DE REDUCCIÓN DE INFORMACIÓN**

## GUÍA DE ENTREVISTA PARA LAS/OS DIRECTORAS/ES DE HOSPITAL

*Más calidad para Más mujeres* es un proyecto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su intención es contribuir al fortalecimiento de los servicios que ofrecen prestaciones en salud sexual y reproductiva en los hospitales de la Provincia. El estudio busca identificar y describir las prestaciones en SSR que se ofrecen y las formas en las que los servicios se organizan para ofrecer estas prestaciones, con el fin de identificar estrategias para solucionar los problemas habituales que enfrentan para responder apropiadamente. El objetivo es fortalecer estos servicios y aprender de sus estrategias exitosas para transferir a otros servicios y consolidar así una red de centros de buenas prácticas.

Para ello, el proyecto *Más calidad para Más mujeres* convoca a un conjunto de instituciones seleccionadas para elaborar un diagnóstico participativo que aporte los lineamientos de un plan de acción para fortalecer los servicios en SSR en la Provincia de Buenos Aires.

En este marco, el objetivo de esta entrevista es relevar información sobre la atención de la SSR en este hospital, el funcionamiento de los servicios y las prácticas habituales en consejería, acceso a métodos anticonceptivos, atención post-aborto e interrupción legal del embarazo.

Se estima que la entrevista durará alrededor de 30 minutos y si usted lo permite la grabaremos.

Nos comprometemos a respetar el anonimato y la confidencialidad de la información. Le solicitamos que por favor lea atentamente el consentimiento informado y que conversemos de lo que sea necesario para que UD despeje dudas y se sienta cómoda/o antes de comenzar la entrevista.

### I. INFORMACIÓN DEL/LA ENTREVISTADO/A

***Me gustaría empezar conversando sobre su formación profesional y trayectoria en este hospital:***

¿Cuál es su especialidad? \_\_\_\_\_ .-

¿Desde qué año UD. trabaja en este hospital? \_\_\_\_\_.-

¿Desde qué año UD. está a cargo de la Dirección de este Hospital? \_\_\_\_\_.-

## II. ESTRUCTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL

***En esta primera parte de la entrevista quisiera a conversar sobre el funcionamiento del hospital en lo que refiere a la atención en SSR:***

¿Podría contarme cuáles son los servicios/consultorios/proyectos que ofrecen atención en salud sexual y reproductiva en este hospital? *(es una primera pregunta abierta para entender la mirada sobre la SSR, tener en claro que no solo preguntamos por los servicios sino por todos los tipos de institucionalidades).*

A su criterio, las instalaciones y el equipamiento de esos servicios/consultorios/proyectos mencionados ¿son las adecuadas para su buen funcionamiento? *(condiciones edilicias generales, si se comparten los consultorios entre profesionales)*

¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en estos servicios/consultorios/proyectos? *Nos referimos a los obstáculos organizacionales. (Guía de preguntas CEDES/MSCF)*

¿Cómo se suelen resolver esos problemas o conflictos en estos servicios/consultorios/proyectos? *(Guía de preguntas CEDES/MSCF)*

¿Cuáles son las estrategias que el hospital tiene para ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención en SSR? *(IPPF pág. 17)*



### III. PRESTACIONES SSR

***Ahora quisiera conocer sus opiniones acerca de la atención de las mujeres en SSR en este hospital.***

¿Cuál es su opinión sobre la atención que se ofrece a las mujeres para anticoncepción?

¿Y para interrupción legal del embarazo? ¿Y para atención post aborto?

¿Cuál es su opinión sobre la atención de situaciones de abuso, violencia sexual y violencia de género?

¿Cuáles son los obstáculos habituales que las mujeres enfrentan cuando buscan atención en SSR en este hospital? *(nos referimos a la organización, trato, accesibilidad, calidad. Atención en no caer en la respuesta de la falta de insumos)*

¿Considera que sería necesario cambiar algo de la atención que se ofrece a las mujeres en SSR? *(nos referimos a cuestiones relacionadas con el trato, prestaciones y también cuestiones organizacionales)* ¿Cómo cree que sería la mejor forma de hacerlo?

*Para finalizar, quisiera destacar algún equipo o servicio por su desempeño y/o las prestaciones que ofrece? ¿En que sentido? (Prestar atención a calidad, accesibilidad, disponibilidad)*

Me podría facilitar su:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

***¡Muchas Gracias!***

## GUÍA DE ENTREVISTA PARA JEFAS/ES DE SERVICIO

*Más calidad para Más mujeres* es un proyecto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su intención es contribuir al fortalecimiento de los servicios que ofrecen prestaciones en salud sexual y reproductiva en los hospitales de la provincia. El estudio busca identificar y describir las prestaciones en SSR que se ofrecen y las formas en las que los servicios se organizan para ofrecer estas prestaciones, con el fin de identificar estrategias para solucionar los problemas habituales que enfrentan para responder apropiadamente. El objetivo es fortalecer esos servicios y aprender de sus estrategias exitosas para transferir a otros servicios y consolidar así una red de centros de buenas prácticas.

Para ello, el proyecto *Más calidad para Más mujeres* convoca a un conjunto de instituciones seleccionadas para elaborar un diagnóstico participativo que aporte los lineamientos de un plan de acción para fortalecer los servicios en SSR en la Provincia de Buenos Aires.

En este marco, el objetivo de esta entrevista es relevar información sobre la atención de la SSR en este hospital, el funcionamiento de los servicios y las prácticas habituales en consejería, acceso a métodos anticonceptivos, atención post-aborto e interrupción legal del embarazo.

Se estima que la entrevista durará alrededor de 50 minutos y si usted lo permite la grabaremos.

Nos comprometemos a respetar el anonimato y la confidencialidad de la información. Le solicitamos que por favor lea atentamente el consentimiento informado y que conversemos de lo que sea necesario para que UD despeje dudas y se sienta cómoda/o antes de comenzar la entrevista.

### I. INFORMACIÓN DEL/LA ENTREVISTADO/A

Hospital: \_\_\_\_\_.- Jefe del Servicio de \_\_\_\_\_.-

***Me gustaría empezar conversando sobre su formación profesional y trayectoria en este hospital:***

¿Cuál es su especialidad? \_\_\_\_\_ .-

¿Desde qué año UD. trabaja en este hospital? \_\_\_\_\_ .-

¿Desde qué año UD. está a cargo del Servicio? \_\_\_\_\_ .-

## II. ESTRUCTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL

*En esta primera parte de la entrevista quisiera que conversáramos sobre la estructura y funcionamiento del servicio a su cargo:*

¿Cómo está compuesto este servicio? (Nos referimos a guardia/ consultorios/ internación)

Cantidad de médicos/as de planta (nombrados): \_\_\_\_\_ .-

Cantidad de enfermeras asignadas al servicio: \_\_\_\_\_ .-

¿Las enfermeras son exclusivas del servicio o rotan? En caso de que roten, ¿cada cuánto tiempo?

¿Cuáles residencias tiene en su servicio? ¿Cuántos residentes tiene actualmente?

¿Tiene otros residentes rotando en el servicio? ¿De qué especialidades? ¿Cuántos son?

¿Hay otros/as profesionales de la salud que integran el servicio? ¿Cuáles?

Sobre los consultorios que integran este servicio ¿Qué días funcionan? ¿En qué horarios?

A su criterio, ¿las condiciones edilicias y el equipamiento del servicio son adecuadas para el funcionamiento cotidiano del servicio?

¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan en este servicio? ¿Cómo suelen resolver esos problemas? (*cómo, cuándo y dónde*).

¿Cómo es la relación entre el servicio a su cargo y los servicios de salud mental y trabajo social? ¿En qué situaciones trabajan juntos? ¿Qué opinión tiene sobre la experiencia de trabajo con estos servicios?

### III. PRESTACIONES SSR

***Ahora quisiera conversar con UD. sobre la atención que se brinda a las mujeres en este servicio en relación a algunas prestaciones concretamente:***

En relación a los espacios de **Consejería en SSR:**

¿Existe un consultorio específico dedicado a la consejería en SSR?

**Si la respuesta es SI:** ¿Puede describir brevemente cómo funciona? ¿Cuáles son los días y horarios de atención? ¿Con qué cantidad de profesionales y de qué especialidad cuentan? ¿En qué espacio se realiza (*indagar si el espacio físico es íntimo y/o privado*)  
¿Disponen de folletería u otro material gráfico?

**Si la respuesta es NO:** ¿En qué ámbitos o momentos se brinda consejería sobre SSR?  
¿Qué profesionales las realizan? ¿Disponen de un espacio específico para ello?  
¿Disponen de folletería u otro material gráfico?

En relación a los **métodos anticonceptivos:**

¿Cuáles métodos tienen disponibles en el servicio? ¿Estos métodos están disponibles en

los consultorios? ¿Cuáles tienen disponibles en guardia? (*si no se menciona, preguntar por la ligadura tubaria y vasectomía*)

¿Para la provisión de métodos se solicitan estudios previos? ¿Para cuáles métodos?  
¿Qué tipo de estudios se solicitan?

¿Se realiza algún seguimiento de las mujeres que obtienen un método anticonceptivo en este servicio? ¿En qué casos? ¿Podría contarme brevemente en qué consiste?

A continuación, quisiera conversar sobre la **interrupción legal del embarazo (ILE)**

¿Cómo se resuelven las situaciones de mujeres que solicitan una ILE en este servicio?  
¿Disponen de un protocolo para estas situaciones? (*consultar concretamente sobre la práctica clínica, procedimiento médico y las estrategias de contención y respeto de la intimidad*)

¿Ha observado algunas dificultades en la aplicación de este protocolo? ¿Cuáles? ¿Por qué cree que se presentan?

En su experiencia, ¿cuáles son los obstáculos que se observan para atender una prestación de ILE? ¿Cómo cree UD que se podrían resolver esos obstáculos?

¿Cómo se resuelve el tema de la objeción de conciencia en este servicio?

¿Cómo se obtiene el misoprostol para su uso en la atención de un aborto incompleto o una interrupción legal del embarazo?

A continuación, quisiera conversar sobre la **atención post aborto:**

¿Cómo se resuelve la atención de una mujer que consulta por aborto incompleto o en situación de post aborto? ¿Disponen de un protocolo para estas situaciones? (*consultar*

*concretamente sobre la práctica clínica, procedimiento médico y las estrategias de contención y respeto de la intimidad)*

¿Ha observado algunas dificultades en la aplicación del protocolo? ¿Cuáles? ¿Por qué cree que se presentan?

¿Qué tipo de seguimiento se realiza de las mujeres en situación de post aborto?

¿En su experiencia, cuáles son los obstáculos que se observan en el servicio para atender a una mujer en situación de aborto incompleto o post aborto? ¿Cómo cree UD que se podrían superar esos obstáculos?

Para finalizar este bloque de preguntas y centrándonos nuevamente en el servicio:

¿En su opinión cuáles serían las prioridades de **capacitación de los integrantes del servicio?** (*Guía IPPF/UNFPA*)

¿Se han realizado acciones de sensibilización sobre la violencia institucional, en especial la obstétrica, a los integrantes de este servicio? (*CELS*)

#### **IV. GRUPOS DE POBLACIONES ESPECÍFICAS**

*En esta parte de la entrevista quisiera conocer cómo es la **estrategia de atención de algunos grupos poblacionales específicos** como **adolescentes**, niñas/os y adolescentes en situación de **abuso** y mujeres víctimas de **violencia**.*

¿Cuáles son las **estrategias de atención** de este servicio para la **población adolescente**? ¿Su servicio cuenta con profesionales capacitados en atención de la SSR de la población adolescente? (*nos interesa saber si existe un profesional que ofrece información de calidad, que es accesible a través de un sistema ampliado de turnos, que sea continuo es decir que las intervenciones requeridas estén pautadas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, que se tome en cuenta la autonomía de las decisiones de las adolescentes basada en información de calidad, que se respete la diversidad cultural*)

Si en la atención de una adolescente se plantea un **conflicto de interés** entre la decisión de sus padres y la adolescente, ¿cómo se maneja esta situación? *(Indagar sobre el papel que juegan los adultos, si se trata a la adolescente como sujeto de derecho, si se la escucha o se toma en cuenta aquello que dicen los adultos a cargo).*

En las situaciones de **niños/as y adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual**, ¿cómo se maneja el equipo? ¿Existen servicios de atención especializada? ¿Podría contarme **cómo se abordan estos casos**?

¿Cómo se maneja el servicio ante una **mujer víctima** de algún tipo de **violencia**? ¿Existen equipos o **servicios especializados**? ¿Utilizan algún **protocolo de atención específico**? ¿Existe algún mecanismo particular en relación al acceso a métodos anticonceptivos? ¿Podría describirlo brevemente?

#### **V. OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN SSR.**

Si tuviera que destacar los aspectos positivos de este servicio en relación al desempeño profesional, la calidad de sus prestaciones, etc. ¿Cuál/es serían?

Y para finalizar, pensando en las oportunidades de mejora en la atención de la SSR ¿Cuáles serían los cambios más necesarios en su servicio? ¿Cómo cree que sería la mejor forma de promoverlos?

Me podría facilitar su:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*¡Muchas Gracias!*

## GUÍA DE ENTREVISTA PARA MÉDICAS/OS DE PLANTA

*Más calidad para Más mujeres* es un proyecto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su intención es contribuir al fortalecimiento de los servicios que ofrecen prestaciones en salud sexual y reproductiva en los hospitales de la provincia. El estudio busca identificar y describir las prestaciones en SSR que se ofrecen y las formas en las que los servicios se organizan para ofrecer estas prestaciones, con el fin de identificar estrategias para solucionar los problemas habituales que enfrentan para responder apropiadamente. El objetivo es fortalecer esos servicios y aprender de sus estrategias exitosas para transferir a otros servicios y consolidar así una red de centros de buenas prácticas.

Para ello, el proyecto *Más calidad para Más mujeres* convoca a un conjunto de instituciones seleccionadas para elaborar un diagnóstico participativo que aporte los lineamientos de un plan de acción para fortalecer los servicios en SSR en la Provincia de Buenos Aires.

En este marco, el objetivo de esta entrevista es relevar información sobre la atención de la SSR en este hospital, el funcionamiento de los servicios y las prácticas habituales en consejería, acceso a métodos anticonceptivos, atención post-aborto e interrupción legal del embarazo.

Se estima que la entrevista durará alrededor de 40 minutos y si usted lo permite la grabaremos.

Nos comprometemos a respetar el anonimato y la confidencialidad de la información. Le solicitamos que por favor lea atentamente el consentimiento informado y que conversemos de lo que sea necesario para que UD despeje dudas y se sienta cómoda/o antes de comenzar la entrevista.

### I. INFORMACIÓN DEL/LA ENTREVISTADO/A

***Me gustaría empezar conversando acerca de su formación profesional y trayectoria en este hospital:***

¿Cuál es su especialidad? \_\_\_\_\_ .-

¿Desde qué año UD. trabaja en este hospital? \_\_\_\_\_ .-

¿Desde qué año UD. integra este Servicio? \_\_\_\_\_ .-



## II. ESTRUCTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL

***En esta primera parte de la entrevista quisiera que conversáramos sobre el funcionamiento del servicio/consultorio/proyecto que UD integra:***

¿En qué sector del servicio trabaja? (*sala, consultorio, guardia*) ¿Podría contarme brevemente cómo funciona?

¿Cuál es su opinión sobre la atención que se brinda a las mujeres en este sector?

En su opinión, ¿las condiciones edilicias y el equipamiento son adecuadas para el funcionamiento cotidiano?

¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan? ¿Cómo suelen resolver esos problemas? (*cómo, cuándo y dónde*).

¿Ha trabajado con profesionales de los servicios de salud mental y trabajo social? ¿En qué situaciones? ¿Qué opinión tiene sobre la experiencia de trabajo conjunta?

En su experiencia ¿ha habido cambios en las prácticas, en las formas de atención u otros aspectos del servicio en el último tiempo? ¿Quiénes las impulsaron? ¿Podría contarnos brevemente?

## III. PRESTACIONES SSR

***Ahora quisiera conversar con UD. sobre la atención que se brinda a las mujeres en relación a algunas prestaciones concretamente:***

En relación a los **métodos anticonceptivos**:

¿Cuáles métodos tienen disponibles en su sector? *Si la/el profesional trabajará en guardia*: ¿Tienen disponibilidad de anticoncepción de emergencia? ¿Y de antiretrovirales y otros para prevención de infecciones de transmisión sexual? (*Ej.:*

*penicilina para sífilis)*

¿Para la provisión de métodos se solicitan estudios previos? ¿Para cuáles? ¿Qué tipo de estudios se solicitan? ¿Cómo se gestiona estos estudios?

¿Se realiza algún seguimiento de las mujeres que obtienen un método anticonceptivo en este servicio? ¿En qué casos? ¿Podría contarme brevemente en qué consiste? ¿UD otorga turnos programados para ello?

¿En qué ámbitos o momentos se brinda consejería sobre SSR? ¿Qué profesionales las realizan? ¿Disponen de un espacio específico para ello? ¿Disponen de folletería u otro material gráfico?

A continuación, quisiera conversar sobre la **interrupción legal del embarazo (ILE) y la atención post aborto:**

¿Cómo se atiende a una mujer que solicita una ILE? ¿Cuáles son las prácticas que realizan? ¿Siguen algún protocolo o guía de abordaje para estas situaciones? ¿Podría contarme cuál/es? (*consultar concretamente sobre la práctica clínica, procedimiento médico y las estrategias de contención y respeto de la intimidad*)

¿Qué dificultades se presentan en la atención de estos casos? ¿Por qué cree que se presentan?

¿Cómo se gestiona el misoprostol para su uso en la atención de una ILE? ¿Se utiliza este medicamento para resolver otras situaciones clínicas?

¿Cómo se resuelve el tema de la objeción de conciencia en este servicio? ¿Tienen un registro de objetores?

¿Cómo se atiende a una mujer en situación de post aborto o aborto incompleto? ¿Cuáles son las prácticas que realizan? ¿Siguen algún protocolo o guía de abordaje para estas situaciones? ¿Podría contarme cuál/es? (*consultar concretamente sobre la práctica clínica, procedimiento médico y las estrategias de contención y respeto de la intimidad*)

¿Qué dificultades se presentan en la atención una mujer en situación de post aborto o aborto incompleto? ¿Por qué cree que se presentan?

¿Cómo se realiza el seguimiento de las mujeres en situación de post aborto? ¿Se solicitan estudios complementarios? ¿Cómo se gestionan?

Al momento del alta, ¿las mujeres en situación de post aborto se retiran con un método anticonceptivo? ¿De qué modo acceden al mismo? ¿Cómo se define el método más conveniente en cada caso?

¿Ha realizado abordaje interdisciplinario en casos de ILE o APA? ¿Con qué otros profesionales trabajan en estos casos?

En su experiencia, cómo cree que se podrían superar las dificultades que se presentan para la atención de las mujeres que solicitan una ILE? ¿Y para la atención de mujeres en situación de post aborto?

Para finalizar este bloque de preguntas, ¿han recibido actualizaciones en estos temas en los últimos años?

#### **IV GRUPOS DE POBLACIONES ESPECÍFICAS**

***En esta parte de la entrevista quisiera conocer cómo es la estrategia de atención de algunos grupos poblacionales específicos como adolescentes, niñas/os y adolescentes en situación de abuso y mujeres víctimas de violencia.***

¿En este sector se atienden consultas de mujeres adolescentes? ¿Toman algún recaudo particular para su atención? (*disponer de un espacio privado, disponer de mayor tiempo para la consulta, que la adolescente entre sola*) ¿Hay colegas especialmente capacitados para la atención de esta población?

Si una adolescente planteara un conflicto de interés con la decisión de sus padres, ¿cómo maneja esta situación? *(Indagar sobre el papel que juegan los adultos, si se trata a la adolescente como sujeto de derecho, si se la escucha o se toma en cuenta aquello que dicen los adultos a cargo).*

¿Ha recibido situaciones de niños/as y adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual? ¿Cómo aborda estos casos? ¿Disponen de algún protocolo o guías de indicaciones para actuar?

¿Ha recibido situaciones de mujeres víctimas de algún tipo de violencia? ¿Cómo aborda estos casos? ¿Disponen de algún protocolo o guías de abordaje para actuar?

¿Utilizan o conocen protocolos de tamizaje, rastreo y evaluación de riesgo para violencia en general y violencia de género en particular?

Frente a alguna de las situaciones planteadas previamente, trabajan en interdisciplinariamente? ¿Con qué profesionales? ¿De qué modo? ¿Podría contarme?

#### **V. OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN SSR.**

Si tuviera que destacar los aspectos positivos de este servicio en relación al desempeño profesional, la calidad de sus prestaciones, etc. ¿Cuál/es serían?

Y para finalizar, pensando en las oportunidades de mejora en la atención de la SSR ¿Cuáles serían los cambios más necesarios en su servicio? ¿Cómo cree que sería la mejor forma de promoverlos?

Me podría facilitar su:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

***¡Muchas Gracias!***

## GUÍA DE ENTREVISTA PARA RESIDENTES

*Más calidad para Más mujeres* es un proyecto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su intención es contribuir al fortalecimiento de los servicios que ofrecen prestaciones en salud sexual y reproductiva en los hospitales de la provincia. El estudio busca identificar y describir las prestaciones en SSR que se ofrecen y las formas en las que los servicios se organizan para ofrecer estas prestaciones, con el fin de identificar estrategias para solucionar los problemas habituales que enfrentan para responder apropiadamente. El objetivo es fortalecer esos servicios y aprender de sus estrategias exitosas para transferir a otros servicios y consolidar así una red de centros de buenas prácticas.

Para ello, el proyecto *Más calidad para Más mujeres* convoca a un conjunto de instituciones seleccionadas para elaborar un diagnóstico participativo que aporte los lineamientos de un plan de acción para fortalecer los servicios en SSR en la Provincia de Buenos Aires.

En este marco, el objetivo de esta entrevista es relevar información sobre la atención de la SSR en este hospital, el funcionamiento de los servicios y las prácticas habituales en consejería, acceso a métodos anticonceptivos, atención post-aborto e interrupción legal del embarazo.

Se estima que la entrevista durará alrededor de 40 minutos y si usted lo permite la grabaremos.

Nos comprometemos a respetar el anonimato y la confidencialidad de la información. Le solicitamos que por favor lea atentamente el consentimiento informado y que conversemos de lo que sea necesario para que UD despeje dudas y se sienta cómoda/o antes de comenzar la entrevista.

### I. INFORMACIÓN DEL/LA ENTREVISTADO/A

***Me gustaría empezar conversando acerca de su formación profesional y trayectoria en este hospital:***

¿En qué especialidad se está formando? \_\_\_\_\_.-

¿En qué año de la residencia está? \_\_\_\_\_.-

¿Desde qué año UD. integra este Servicio? \_\_\_\_\_.-

## II. ESTRUCTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL

*En esta primera parte de la entrevista quisiera que conversáramos sobre el funcionamiento del servicio/consultorio/proyecto que UD integra:*

¿En qué sector del servicio trabaja? (*sala, consultorio, guardia*)

¿Cuál es su opinión sobre la atención que se brinda a las mujeres en este sector?

En su opinión ¿las condiciones edilicias y el equipamiento son adecuadas para el funcionamiento cotidiano?

¿Cuáles son los problemas más frecuentes que se presentan? ¿Cómo suelen resolver esos problemas? (*cómo, cuándo y dónde*).

¿Ha trabajado con profesionales de los servicios de salud mental y trabajo social? ¿En qué situaciones? ¿Qué opinión tiene sobre la experiencia de trabajo conjunta?

En su experiencia ¿ha habido cambios en las prácticas, en las formas de atención u otros aspectos del servicio en el último tiempo? ¿Quiénes las impulsaron? ¿Podría contarnos brevemente?

## III. PRESTACIONES SSR

*Ahora quisiera conversar con UD. sobre la atención que se brinda a las mujeres en relación a algunas prestaciones concretamente:*

En relación a los **métodos anticonceptivos**:

¿Cuáles métodos tienen disponibles en su sector? *Si la/el profesional trabajará en guardia*: ¿Tienen disponibilidad de anticoncepción de emergencia? ¿Y de antiretrovirales y otros para prevención de infecciones de transmisión sexual? (*Ej.: penicilina para sífilis*)

¿Para la provisión de métodos se solicitan estudios previos? ¿Para cuáles? ¿Qué tipo de estudios se solicitan? ¿Cómo se gestiona estos estudios?

¿Se realiza algún seguimiento de las mujeres que obtienen un método anticonceptivo en este servicio? ¿En qué casos? ¿Podría contarme brevemente en qué consiste? ¿UD otorga turnos programados para ello?

¿En qué ámbitos o momentos se brinda consejería sobre SSR? ¿Qué profesionales las realizan? ¿Disponen de un espacio específico para ello? ¿Disponen de folletería u otro material gráfico?

A continuación, quisiera conversar sobre la **interrupción legal del embarazo (ILE) y la atención post aborto:**

¿Ha recibido capacitación específica para la atención de una mujer que solicita una ILE? ¿En caso positivo podría contarme su opinión al respecto?

¿Aplican algún protocolo o guía de abordaje para estas situaciones? ¿Cuáles?

¿Las ha puesto en práctica? ¿Ha contado con supervisión para ello? ¿De qué profesionales?

¿Qué dificultades se presentan en la atención de estos casos? ¿Por qué cree que se presentan?

¿Cómo se gestiona el misoprostol para su uso en la atención de una ILE? ¿Se utiliza este medicamento para resolver otras situaciones clínicas?

¿Cómo se resuelve el tema de la objeción de conciencia en este servicio? ¿Tienen un registro de objetores?

¿Ha recibido capacitación específica para la atención de una mujer en situación de post

aborto o aborto incompleto?

¿Aplican algún protocolo o guía de abordaje para estas situaciones? ¿Cuáles?

¿Las ha puesto en práctica? ¿Ha contado con supervisión para ello? ¿De qué profesionales?

¿Qué dificultades se presentan en la atención una mujer en situación de post aborto o aborto incompleto? ¿Por qué cree que se presentan?

¿Cómo se realiza el seguimiento de las mujeres en situación de post aborto? ¿Se solicitan estudios complementarios? ¿Cómo se gestionan?

Al momento del alta, ¿las mujeres en situación de post aborto se retiran con un método anticonceptivo? ¿De qué modo acceden al mismo? ¿Cómo se define el método más conveniente en cada caso?

¿Ha realizado abordaje interdisciplinario en casos de ILE o APA? ¿Con qué otros profesionales trabajan en estos casos?

En su experiencia, cómo cree que se podrían superar las dificultades que se presentan para la atención de las mujeres que solicitan una ILE? ¿Y para la atención de mujeres en situación de post aborto?

Para finalizar este bloque de preguntas, ¿han recibido actualizaciones en estos temas en los últimos años?

¿De qué organismo o institución?

#### **IV GRUPOS DE POBLACIONES ESPECÍFICAS**

*En esta parte de la entrevista quisiera conocer cómo es la estrategia de atención de algunos grupos poblacionales específicos como adolescentes, niñas/os y adolescentes*



***en situación de abuso y mujeres víctimas de violencia.***

¿En este sector se atienden consultas de mujeres adolescentes? ¿Toman algún recaudo particular para su atención? (*disponer de un espacio privado, disponer de mayor tiempo para la consulta, que la adolescente entre sola*) ¿Hay colegas especialmente capacitados para la atención de esta población?

Si una adolescente planteara un conflicto de interés con la decisión de sus padres, ¿cómo maneja esta situación? (*Indagar sobre el papel que juegan los adultos, si se trata a la adolescente como sujeto de derecho, si se la escucha o se toma en cuenta aquello que dicen los adultos a cargo*).

¿Ha recibido situaciones de niños/as y adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual? ¿Cómo aborda estos casos? ¿Disponen de algún protocolo o guías de indicaciones para actuar?

¿Ha recibido situaciones de mujeres víctimas de algún tipo de violencia? ¿Cómo aborda estos casos? ¿Disponen de algún protocolo o guías de abordaje para actuar?

¿Utilizan o conocen protocolos de tamizaje, rastreo y evaluación de riesgo para violencia en general y violencia de género en particular?

Frente a alguna de las situaciones planteadas previamente, trabajan en interdisciplinariamente? ¿Con qué profesionales? ¿De qué modo? ¿Podría contarme?

**V. OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN SSR.**

Si tuviera que destacar los aspectos positivos de este servicio en relación al desempeño profesional, la calidad de sus prestaciones, etc. ¿Cuál/es serían?

Y para finalizar, pensando en las oportunidades de mejora en la atención de la SSR ¿Cuáles serían los cambios más necesarios en su servicio? ¿Cómo cree que sería la mejor forma de promoverlos?

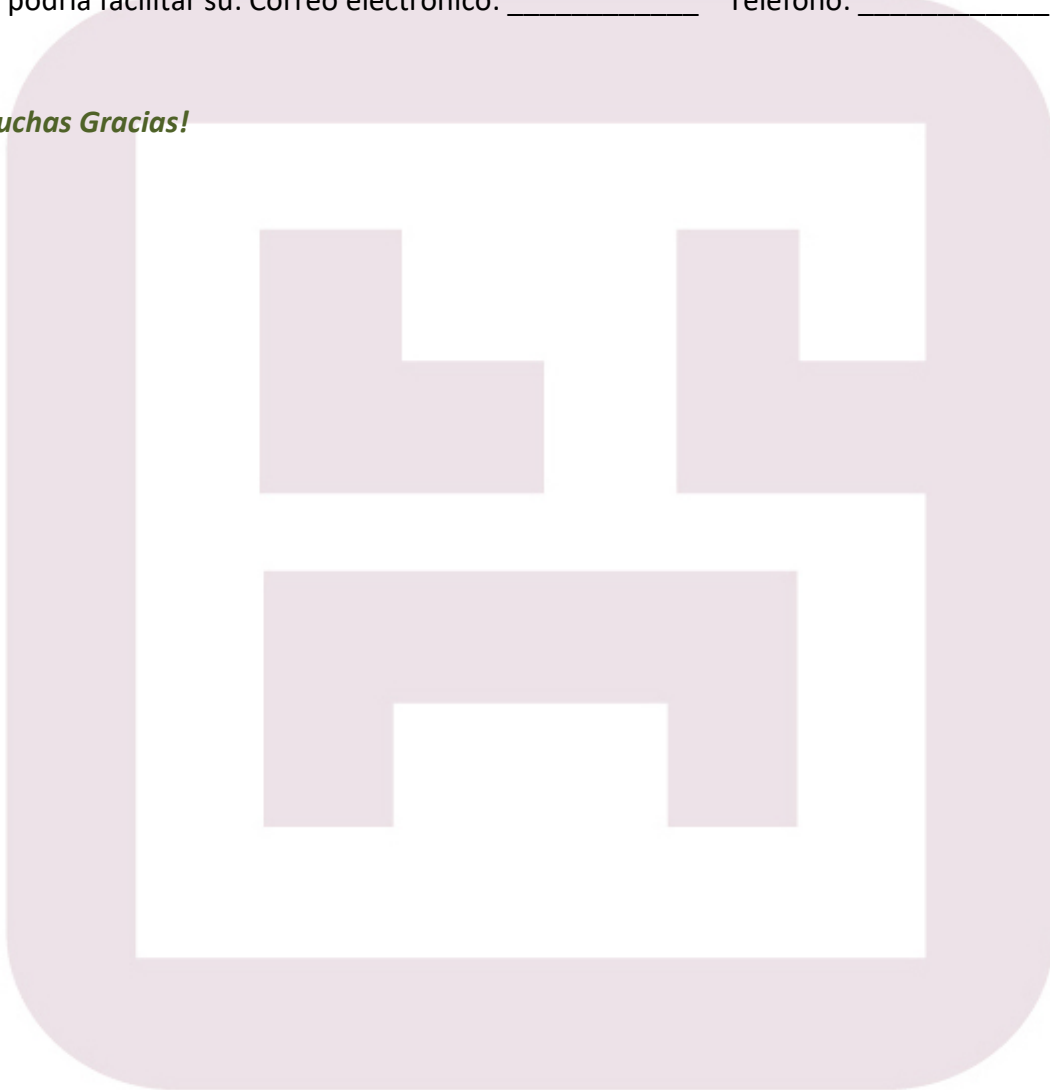


**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

Me podría facilitar su: Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*¡Muchas Gracias!*



## GUÍA DE ENTREVISTA SERVICIO SOCIAL / SALUD MENTAL

*Más calidad para Más mujeres* es un proyecto impulsado por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Tiene como propósito contribuir al fortalecimiento institucional de los servicios que ofrecen prestaciones en salud sexual y reproductiva (SSR). En estas instituciones se busca describir las prestaciones en SSR que se ofrecen y las formas de organización de los servicios con el fin de identificar estrategias para solucionar los problemas habituales en la prestación en este campo. El objetivo es potenciar los servicios y replicar sus modalidades de funcionamiento -con las adecuaciones necesarias- a otras instituciones para consolidar una red de centros de buenas prácticas en SSR.

Para ello, *Más calidad para Más mujeres* convoca a los equipos de salud de las instituciones intervinientes para la elaboración de un diagnóstico participativo que aporte los lineamientos del futuro plan de acción para el fortalecimiento de los servicios en SSR en la Provincia de Buenos Aires.

En este marco, el objetivo concreto de esta entrevista es acceder a información relevante sobre la atención de la SSR en este hospital, el funcionamiento de los servicios y las prácticas habituales para la atención en consejería, post-aborto, interrupción legal del embarazo y el acceso a métodos anticonceptivos.

Se estima que la entrevista durará alrededor de 30 minutos y si usted lo permite la grabaremos.

Nos comprometemos a respetar el anonimato y la confidencialidad de la información. Le solicitamos que por favor lea atentamente el consentimiento informado y que conversemos de lo que sea necesario para que UD despeje dudas y se sienta cómoda/o antes de comenzar la entrevista.

### I. INFORMACIÓN DEL/LA ENTREVISTADO/A

Hospital: \_\_\_\_\_ . - Cargo \_\_\_\_\_ . -

***Me gustaría empezar conversando acerca de su formación profesional y trayectoria en este hospital:***

¿Cuál es su profesión? \_\_\_\_\_.-

¿Desde qué año UD. trabaja en este hospital? \_\_\_\_\_.-

¿Desde qué año UD. integra este Servicio? \_\_\_\_\_.-

## II. ESTRUCTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL

***En esta primera parte de la entrevista quisiera conversar sobre el servicio que UD integra:***

¿En qué casos relacionados con la SSR interviene este servicio? ¿Qué circunstancias motivan su participación?

¿Quién/es requieren su actuación?

¿Quiénes requieren con mayor frecuencia? (si no surge preguntar directamente director htal., jefes de servicios, médicos de planta, residentes, y frente a qué casos?)

¿Cómo es la relación entre su servicio y el resto de los servicios?

### **Pregunta de reserva:**

¿Cuáles son los principales obstáculos o problemas en la comunicación con los otros servicios?

¿Cuáles son los principales facilitadores en la comunicación con los otros servicios?

Existe un ámbito o espacio en el que se converse sobre estrategias interdisciplinarias de abordaje y/o de atención de las mujeres en relación a la SSR? ¿Cómo se valora la opinión del servicio en estos espacios? (*detectar las formas de trabajo interdisciplinario y cómo estos servicios trabajan en la atención de las mujeres*)

**Centrando la mirada en este servicio, nos podría responder las siguientes preguntas:**

Cantidad de personal nombrado: \_\_\_\_\_.-

¿Cuáles son los perfiles profesionales de este personal?

Días y horarios en que funciona el servicio: \_\_\_\_\_.-

¿Su servicio tiene residencias? ¿Qué profesiones? ¿Cuántos residentes tienen actualmente?

### III. PRESTACIONES SSR

***Ahora quisiera conocer cómo es la participación de este servicio en relación a las prestaciones de métodos anticonceptivos, consejería en SSR, interrupción legal del embarazo (ILE) y atención post aborto (APA).***

¿Podría mencionar los protocolos que se utilizan en este servicio para el abordaje de la SSR? (Guía IPPF/ UNFPA)

¿Este servicio participa de los espacios dedicados a la **consejería en SSR** de este hospital?

#### **Si la respuesta es SI:**

- ¿Nos puede describir brevemente cómo es esta participación?
- Días y horarios de atención
- Cantidad y especialidad de los profesionales involucrados.
- ¿Se realiza en un espacio físico íntimo y/o privado?
- ¿Se incluyen varones y/u otros tipos de género?
- ¿Disponen de folletos u otro material gráfico? (tomar foto/link con guía de observación)

#### **Si la respuesta es NO:**

- Indagar cuáles son los servicios que realizan consejería.

- ¿Qué obstáculos encuentran a su participación en estos espacios de consejería?
- ¿Qué opinión le merecen estos espacios en relación a la estrategia de abordaje: atención cuidada, calidad de la información?

En relación al acceso de las mujeres a los **métodos anticonceptivos**, ¿este servicio desarrolla algún tipo de acción o intervención? ¿Podría describir brevemente de qué modo lo hace? *Si el servicio no desarrolla ningún tipo de intervención indagar los motivos.*

Ante un caso de **interrupción legal del embarazo**, ¿el servicio desarrolla algún tipo de intervención? ¿Podría describirla? ¿Quién/es requieren su intervención? ¿Cómo se preserva la intimidad y derechos de la persona? ¿Se realiza seguimiento de las mujeres que accedieron a la ILE? *Si el servicio no desarrolla ningún tipo de intervención indagar los motivos.*

En los casos de **atención post- aborto** ¿el servicio desarrolla algún tipo de intervención? ¿Podría describirla? ¿Quién/es requieren su intervención? ¿Cómo se preserva la intimidad y derechos de la persona? *Si el servicio no desarrolla ningún tipo de intervención indagar los motivos.*

Según su experiencia, ¿Qué condiciones deberían existir para que se provea una adecuada atención de las mujeres en situación de post-aborto? ¿Qué obstáculos cree que existen actualmente?

En relación a los **medicamentos**, ¿existe alguna instancia en la cual este servicio interactúe con el servicio de Farmacia del hospital? ¿Cómo es esta interacción? ¿Podría describir el proceso de obtención de los medicamentos y cuáles son las dificultades que Ud. observa?

#### **IV. GRUPOS DE POBLACIONES ESPECÍFICAS**

***Ahora quisiera conversar sobre las estrategias de abordaje y de atención de grupos específicos poblacionales como adolescentes, niñas/os y adolescentes en situación de***

### ***abuso y mujeres víctimas de violencia.***

¿Se desarrollan en este hospital actividades de prevención frente al abuso y la violencia de género? ¿Este servicio participa de esas actividades? ¿De qué modo?

¿Cuáles son las estrategias de atención que aplica este servicio para la **población adolescente**? ¿Cuentan con un profesional formado y sensibilizado en adolescencia? *(nos interesa saber si existe un profesional que ofrece información de calidad, que es accesible a través de un sistema ampliado de turnos, que sea continuo es decir que las intervenciones requeridas estén pautadas mediante una secuencia lógica y racional de actividades, que se tome en cuenta la autonomía de las decisiones de las adolescentes basada en información de calidad, que se respete la diversidad cultural)*

Si en la atención de la salud sexual y reproductiva de una adolescente se planteara un conflicto de interés entre la decisión de los padres y la adolescente/niña, ¿cómo se maneja esta situación? *(Indagar sobre el papel que juegan los adultos, si se trata a la niña como sujeto de derecho, si se la escucha o se toman en cuenta aquello que dicen los adultos a cargo).*

En las situaciones de **niños/as y adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual**, ¿cómo se maneja el equipo? ¿Existen servicios de atención especializada? ¿Cómo se coordinan las acciones con los servicios que atienden esta problemática? ¿Podría contarme cómo se abordan estos casos? ¿Qué opinión le merece la atención que se brinda en esta situación?

¿Cómo se maneja el servicio ante una mujer que expresa sufrir algún tipo de **violencia**? ¿Existen instancias especializadas? ¿Cuentan con algún protocolo de atención específico? ¿Existe algún mecanismo particular en relación al acceso a métodos anticonceptivos? ¿Podría describirlo brevemente?

### **V. OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN SSR.**

Si tuviera que mencionar los obstáculos con que se encuentran las mujeres cuando

vienen a atenderse a este hospital ¿Cuáles serían? *(nos interesa captar cuestiones referidas a la organización, trato, accesibilidad, calidad. Tratar de que las respuestas no queden reducidas a la falta de insumos)*

A modo de cierre y pensando en las oportunidades de mejora en la atención de la SSR ¿Qué cree que debe ser modificado en la atención de la SSR de las mujeres en este hospital? ¿Cuáles son los cambios más necesarios? *(nos referimos a cuestiones relacionadas con el trato, prestaciones y también cuestiones organizacionales)*. ¿Cómo cree que sería la mejor forma de promoverlos?

Me podría facilitar su:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

***¡MUCHAS GRACIAS!***



## HOJA DE RUTA Y ENTREVISTA A FARMACIA

*Más calidad para Más mujeres* es un proyecto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su intención es contribuir al fortalecimiento de los servicios que ofrecen prestaciones en salud sexual y reproductiva en los hospitales de la provincia. El estudio busca identificar y describir las prestaciones en SSR que se ofrecen y las formas en las que los servicios se organizan para ofrecer estas prestaciones con el fin de identificar estrategias para solucionar los problemas habituales que enfrentan para responder apropiadamente. El objetivo es fortalecer esos servicios y aprender de sus estrategias exitosas para transferir a otros servicios y consolidar así una red de centros de buenas prácticas.

Para ello, el proyecto *Más calidad para Más mujeres* convoca a un conjunto de instituciones seleccionadas para elaborar un diagnóstico participativo que aporte los lineamientos de un plan de acción para fortalecer los servicios en SSR en la Provincia de Buenos Aires.

En este marco, el objetivo de esta entrevista es relevar información sobre la atención de la SSR en este hospital, el funcionamiento de los servicios y las prácticas habituales en consejería, acceso a métodos anticonceptivos, atención post-aborto e interrupción legal del embarazo.

Se estima que la entrevista durará alrededor de 30 minutos y si usted lo permite la grabaremos.

Nos comprometemos a respetar el anonimato y la confidencialidad de la información. Le solicitamos que por favor lea atentamente el consentimiento informado y que conversemos de lo que sea necesario para que UD despeje dudas y se sienta cómoda/o antes de comenzar la entrevista.

### I. CARACTERÍSTICAS DE/LA ENTREVISTADO/A

***Me gustaría empezar conversando sobre su formación profesional y participación en este hospital:***

¿Cuál es su cargo en el servicio de farmacia? \_\_\_\_\_ .-

¿Cuál es su especialidad? \_\_\_\_\_ .-

¿Desde qué año UD. trabaja en este hospital? \_\_\_\_\_.-

¿Desde qué año UD. Integra/ está a cargo del Servicio? \_\_\_\_\_.-

## II. ESTRUCTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL

Concretamente en relación a la atención de la SSR de las mujeres, ¿En qué casos o situaciones interviene la farmacia del hospital?

¿Cómo es la relación entre la farmacia y los servicios/consultorios/programas de ginecología y obstetricia/planificación familiar en este hospital? ¿Por qué asuntos se vinculan cotidianamente?

¿Hay algún aspecto del funcionamiento de la farmacia en relación a los servicios de SSR que cree debería mejorarse? ¿En qué sentido? ¿Cómo considera que podría promoverse esta mejora?

***Para caracterizar cómo es el Servicio de la Farmacia en este hospital quisiera consultarle:***

¿Qué días funciona? ¿En qué horarios?

Cantidad y especialidad de los profesionales que integran el servicio.

## III. LOCALIZACIÓN DE LA FARMACIA (OBSERVACIÓN)

En que parte del hospital se encuentra la Farmacia *(para el desarrollo de las funciones específicas, este servicio de dispensación debe estar localizado en un lugar de fácil acceso, de preferencia cercano a los servicios de consulta externa y emergencia con*

*facilidad de comunicación interna y externa).*

¿Este servicio cuenta con farmacias satélites? ¿Cuáles?

Hacer dibujo.

Piso: \_\_\_\_\_.-

Cercana a los siguientes servicios: \_\_\_\_\_.-

Según su opinión, ¿las instalaciones con las que cuenta la farmacia son adecuadas para el almacenamiento, conservación y dispensación de los medicamentos e información sobre su uso correcto? ¿Por qué?

¿Presta servicio de información al paciente? ¿De qué tipo? ¿Se entrega algún tipo de material?

¿Cuenta con un lugar/área privada para proveer información? ¿Cómo es? ¿Para qué casos se utiliza?

#### **IV. DISPONIBILIDAD Y ACCESIBILIDAD ILE/POST ABORTO/ANTICONCEPCIÓN**

¿Cuáles son los anticonceptivos que figuran en el vademécum de este hospital?

- Vía oral de uso corriente

- Vía oral de emergencia
- Intramuscular
- Subcutáneo
- Dispositivos bio médicos como DIU
- Preservativos

¿Cuáles son los que se proveen con más frecuencia?

¿Esta farmacia maneja el stock de estos anticonceptivos? ¿Recibe de Programas y/o compra mediante dirección del hospital? ¿Podría contarme cómo se maneja el stock? ¿Cómo procede en casos de faltante de anticonceptivos?

¿Cómo es el circuito de solicitud y entrega de anticonceptivos?

¿Tienen algún sistema para hacer seguimiento de stock de anticonceptivos en la farmacia? ¿Cómo funciona?

¿Cómo es el circuito de solicitud y entrega de misoprostol (oxaprost) para el tratamiento del aborto incompleto o la realización de una interrupción legal del embarazo?

¿Actualmente tienen disponibilidad de analgésicos y anestésicos?

## **V. OPORTUNIDADES DE MEJORA EN LA ATENCIÓN EN SSR**

Si tuviera que mencionar los obstáculos con que se encuentran las mujeres cuando acuden a la farmacia para solicitar un medicamento ¿Cuáles serían? ¿En qué sentido? *(nos interesa captar cuestiones referidas a la organización, trato, accesibilidad, calidad. Tratar de que las respuestas no queden reducidas a la falta de insumos)*

¿Tienen mecanismos puestos en marcha para evaluar el grado de satisfacción de las mujeres en torno a los servicios farmacéuticos prestados?



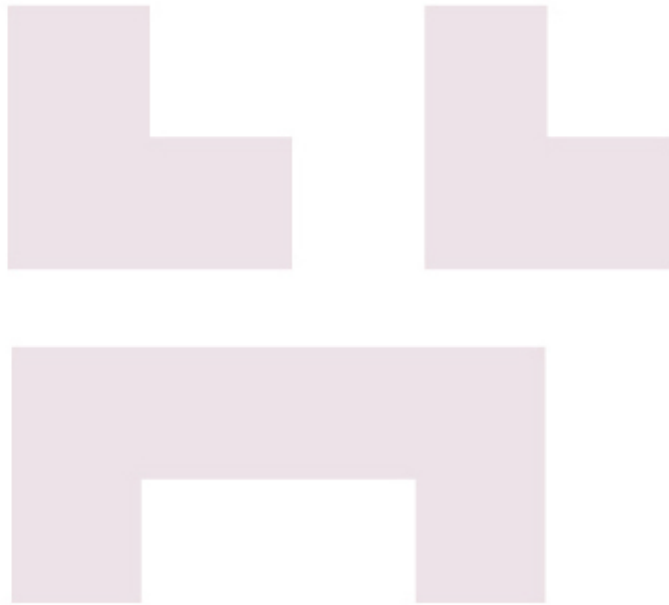
**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

Me podría facilitar su:

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*¡Muchas Gracias!*



## GUÍA DE ENTREVISTA ENFERMEROS

*Más calidad para Más mujeres es un proyecto del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su intención es contribuir al fortalecimiento de los servicios que ofrecen prestaciones en salud sexual y reproductiva en los hospitales de la Provincia. El estudio*

*legal del embarazo.*

*Se estima que la entrevista durará alrededor de 30 minutos y si usted lo permite la grabaremos.*

*Nos comprometemos a respetar el anonimato y la confidencialidad de la información. Le solicitamos que por favor lea atentamente el consentimiento informado y que conversemos de lo que sea necesario para que UD despeje dudas y se sienta cómoda/o antes de comenzar la entrevista. busca identificar y describir las prestaciones en SSR que se ofrecen y las formas en las que los servicios se organizan para ofrecer estas prestaciones, con el fin de identificar estrategias para solucionar los problemas habituales que enfrentan para responder apropiadamente. El objetivo es fortalecer estos servicios y aprender de sus estrategias exitosas para transferir a otros servicios y consolidar así una red de centros de buenas prácticas.*

*Para ello, el proyecto Más calidad para Más mujeres convoca a un conjunto de instituciones seleccionadas para elaborar un diagnóstico participativo que aporte los lineamientos de un plan de acción para fortalecer los servicios en SSR en la Provincia de Buenos Aires.*

*En este marco, el objetivo de esta entrevista es relevar información sobre la atención de la SSR en este hospital, el funcionamiento de los servicios y las prácticas habituales en consejería, acceso a métodos anticonceptivos, atención post-aborto e interrupción*

### **I. INFORMACIÓN DEL/LA ENTREVISTADO/A**

***Me gustaría empezar preguntándole acerca de su formación profesional y trayectoria en este hospital:***

¿Desde qué año UD. trabaja en este hospital? \_\_\_\_\_ .-

¿En qué servicio se desempeña? \_\_\_\_\_ .-

¿Tiene asignación permanente en el mismo?

SI ¿Se ha especializado o capacitado particularmente para integrar el servicio? ¿De qué modo? \_\_\_\_\_.-

NO ¿Cada qué período de tiempo rota? \_\_\_\_\_.-

## II. ESTRUCTURA Y CLIMA ORGANIZACIONAL

***En esta primera parte de la entrevista voy a preguntarle sobre el funcionamiento del hospital en lo que refiere a la atención en SSR y, en particular, sobre el servicio/consultorio/proyecto que UD integra:***

¿Puede contarme cuáles son los servicios/consultorios/proyectos que componen la atención de la SSR en este hospital? *(es una primera pregunta abierta para entender la mirada sobre la SSR, tener en claro que no sólo preguntamos por los servicios, sino por todos los tipos de institucionalidades).*

¿Cómo es la interacción y/o comunicación entre el servicio que integra y el resto de los servicios/consultorios/programas mencionados? *(ver salud mental, trabajo social y otros servicios vinculados).*

### **Preguntas de reserva:**

¿Cuáles son las acciones que desarrollan en forma conjunta?

¿Qué evaluación le merece la experiencia de trabajo con estos otros servicios?

¿Cómo describiría Ud. el clima o ambiente de trabajo cotidiano en este servicio?

¿En qué espacios conversan acerca de lo que sucede en el servicio? *(cómo, cuándo y dónde)* ¿Cuáles son los temas que se conversan habitualmente? ¿A Ud. le gustaría conversar sobre algún tema en especial?

¿Cuáles son los problemas o conflictos más frecuentes que se presentan en este servicio?

¿Cómo suelen resolver los problemas o conflictos? ¿Existen ámbitos donde plantear estos problemas? (*cómo, cuándo y dónde*).

Según su experiencia ¿cuál ha sido la receptividad que este servicio ha tenido para introducir cambios, cualquiera que fueran ellos (*como cambios en la política de recursos humanos, en las prácticas asistenciales, cambios en las modalidades de atención o en otros aspectos*)? ¿Podría dar un ejemplo? ¿Por qué cree que esto ha sido así?

### III. PRESTACIONES SSR

***Ahora quisiera conversar con UD. sobre la atención que se brinda a las mujeres en este servicio en relación a algunas prestaciones concretamente:***

¿Cómo describiría la atención que se brinda a las mujeres en este servicio?

Podría mencionar los protocolos de servicio, las directrices de políticas, manuales, etc. que se utilizan en este servicio para el abordaje de la SSR? (*Guía IPPF/ UNFPA*)

Concretamente en relación a los **métodos anticonceptivos**:

Podría contarme cómo se proveen los métodos en este hospital (*circuito de obtención del método, si lo tienen que comprar las mujeres o se los ofrecen en el hospital*)

Ahora me gustaría preguntarle acerca de los espacios de **consejería**:

¿Este servicio interviene en algún espacio específico dedicado a la consejería en SSR?  
¿Nos puede describir brevemente cómo?



**Si la respuesta es SI,**

pregunta por:  
realiza consejería.

- Los días y horarios de atención
- Cantidad y especialidad de los profesionales involucrados
- ¿Se realiza en un espacio físico íntimo y/o privado?
- ¿Se incluyen varones y/u otros tipos de género?

**Si la respuesta es NO:**

- indagar en qué otro servicio se

A continuación, quisiera conversar sobre la **interrupción legal del embarazo (ILE) y la atención post aborto:**

¿Cómo se atiende a una mujer que solicita una ILE? ¿Siguen algún protocolo o guía de abordaje para estas situaciones? ¿Podría contarme cuál/es? (*consultar concretamente sobre la práctica clínica, procedimiento médico y las estrategias de contención y respeto de la intimidad*)

¿Qué dificultades se presentan en la atención de estos casos? ¿Por qué cree que se presentan?

¿Cuáles son los procedimientos para la atención de mujeres en situación de post-aborto? ¿Cómo surgieron estos procedimientos? (*consultar concretamente sobre la práctica clínica y las estrategias de contención y respeto de la intimidad*)

¿Existen obstáculos en la organización y dinámica de este servicio para la atención de mujeres en situación de post aborto? ¿Cuáles?

¿Cómo cree UD que se podrían resolver o superar dichos obstáculos?

Para finalizar este bloque de preguntas y centrando la mirada nuevamente en el servicio en general:

¿Cuáles son las prioridades de **capacitación**, quiénes necesitan ser capacitados, en qué temas o en qué habilidades? (*Guía IPPF/UNFPA*)

¿Se han realizado acciones de sensibilización sobre la violencia institucional, en especial la obstétrica, a los integrantes de este servicio? (*CELS*)

#### **IV GRUPOS DE POBLACIONES ESPECÍFICAS**

***En esta sección quisiera saber cómo es la estrategia de abordaje y de atención de grupos específicos poblacionales como adolescentes, niñas/os y adolescentes en situación de abuso y mujeres víctimas de violencia.***

¿Se toman algún recaudo particular para la atención de mujeres adolescentes? (*disponer de un espacio privado, disponer de mayor tiempo para la consulta, que la adolescente entre sola*) ¿Hay colegas especialmente capacitados para la atención de esta población?

¿Ha recibido situaciones de niños/as y adolescentes víctimas de violencia o abuso sexual? ¿Cómo se abordan estos casos? ¿Disponen de algún protocolo o guías de indicaciones para actuar?

¿Ha recibido situaciones de mujeres víctimas de algún tipo de violencia? ¿Cómo aborda estos casos? ¿Disponen de algún protocolo o guías de abordaje para actuar?

#### **V. OPORTUNIDADES DE MEJORA DE LA ATENCIÓN EN SSR.**

Si tuviera que destacar los aspectos positivos de este servicio en relación al desempeño profesional, la calidad de sus prestaciones, etc. ¿Cuál/es serían?

Y para finalizar, pensando en las oportunidades de mejora en la atención de la SSR ¿Cuáles serían los cambios más necesarios en su servicio? ¿Cómo cree que sería la mejor



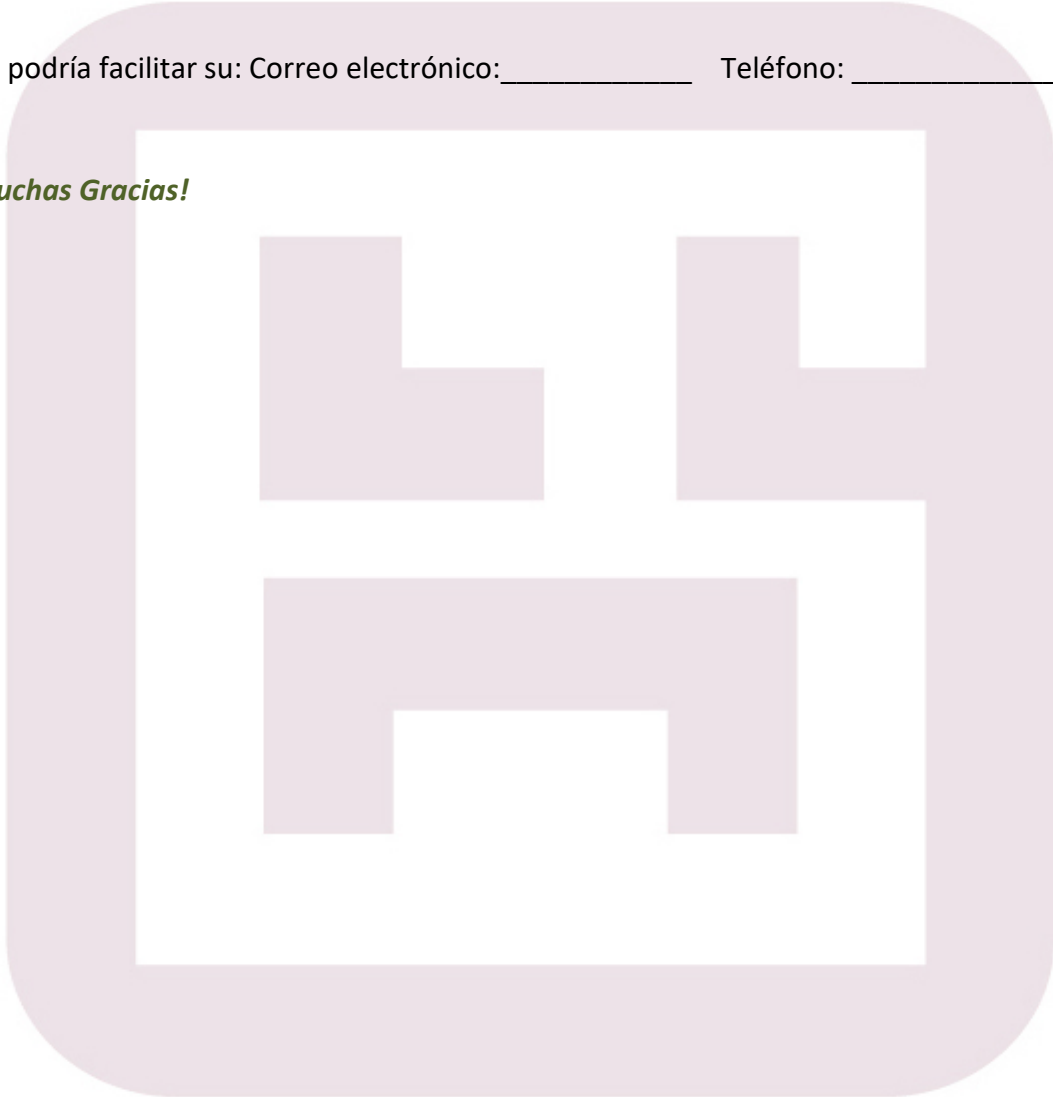
**CEDES**

Centro de Estudios  
de Estado y Sociedad

forma de promoverlos?

Me podría facilitar su: Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*¡Muchas Gracias!*



## OBSERVACIÓN SALAS DE ESPERA

### I. DATOS GENERALES HOSPITAL

Hospital: \_\_\_\_\_ .-

Fecha: \_\_\_\_\_ .-

Horario: \_\_\_\_\_ .-

#### Estructura edilicia general y localización de las prestaciones de SSR

Listar los servicios/consultorios/proyectos que componen la atención en SSR

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Describir la distribución de los servicios/consultorios/proyectos de SSR (los anteriormente mencionados; de ser posible dibujar)

---

---

---

#### Imagen institucional y señalética

¿Existen referencias visibles y claras (con apoyaturas gráficas en caso de ser necesarias) que faciliten la localización y circulación para ingresar a los servicios/consultorios?

SI	NO
----	----

¿Cómo están identificados los servicios/consultorios/proyectos que atienden a la SSR?  
*(Queremos ver los carteles y debemos sacar fotos y describir percepciones)*

---

**SALA DE ESPERA CONSULTORIOS: (SACAR FOTOS DE TODOS LOS CONSULTORIOS)**

**Espacios para consultorios:**

Cantidad:

Mencionar para que servicios existen salas de espera:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

¿Cómo son las salas de espera? Describir sus características generales: tamaño, disposición y estado de muebles **(describir por cada sala de espera mencionadas anteriormente)**

---



---



---

Distribución de las salas de espera:

Sala 1:	Muy apropiado	Apropiado	Poco apropiado	Nada apropiado
Sala 2:	Muy apropiado	Apropiado	Poco apropiado	Nada apropiado
Sala 3:	Muy apropiado	Apropiado	Poco apropiado	Nada apropiado
Sala 4:	Muy apropiado	Apropiado	Poco apropiado	Nada apropiado
Sala 5:	Muy apropiado	Apropiado	Poco apropiado	Nada apropiado

Estado del mobiliario (condiciones):

Sala 1:	Muy buenas condiciones	Buenas condiciones	Malas condiciones	Muy malas condiciones
Sala 2	Muy buenas condiciones	Buenas condiciones	Malas condiciones	Muy malas

				condiciones
Sala 3	Muy buenas condiciones	Buenas condiciones	Malas condiciones	Muy malas condiciones
Sala 4	Muy buenas condiciones	Buenas condiciones	Malas condiciones	Muy malas condiciones
Sala 5	Muy buenas condiciones	Buenas condiciones	Malas condiciones	Muy malas condiciones

¿Hay materiales informativos y educativos disponibles en las salas de espera?

SI	NO
----	----

¿Estás limpias las salas de espera?

SI	NO
----	----

¿Cuentas las salas de espera con número adecuado de asientos para cada persona que espera atención?

SI	NO
----	----

¿Hay en las salas de espera señalización y afiches dirigidos a las mujeres?

SI	NO
----	----

¿Hay en las salas de espera señalización y afiches dirigidos a adolescentes/niños/as?

SI	NO
----	----

¿Se realizan talleres en las salas de espera?

SI	NO
----	----

¿Escuchó algún tipo de quejas de las mujeres sobre el tiempo de espera u otro tipo de problema?

SI	NO
----	----

¿En el área de consultorios, es posible oír las conversaciones entre el profesional de salud y sus pacientes?

SI	NO
----	----

Comentarios adicionales:

--

**DISPOSITIVOS DE INFORMACIÓN/CARTELERIA:**

Describir su ubicación, tamaño, idioma, gráficos **(no olvidar de sacar fotos)**

--

¿Se encuentran otros tipos de dispositivos a la vista en las salas de espera?

TV:

SI	NO
----	----

Revista hospitalaria

SI	NO
----	----

Buzón de sugerencias o reclamos

SI	NO
----	----

Otros.....

## GRILLA DE REDUCCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Eje temático	Respuestas	Referente / entrevistado
Estructura SSR		Director
		Jefe de servicio de ginecología
		Médico de planta
Clima		
Articulación con servicios salud mental y social.		
Distribución de los consultorios		
Farmacia		
Problemas de farmacia		
Mejoras farmacia		
Servicio social		
Enfermería		
Problemas edilicios/equipamiento, etc.		
Problemas de gestión		
Consejerías SSR		
MAC		
ILE		
APA		
Obstáculos para atenderse		



Poblaciones específicas		
Necesidades capacitación		
Oportunidad mejoras		
Violencia obstétrica		
Valoración proyecto más calidad más mujeres		