

“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO EN LA GESTIÓN LOCAL DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL”
DEL ROSSO, María Flavia
Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, y Salud Sexual y Reproductiva. Bv. Galvez 1563, 1° piso. Santa Fe, CP 3000. 0342-155088405 mfdelrosso@gmail.com
Trabajo de investigación con enfoque cuantitativo.
Gestión/Administración de Salud
<p>Durante el año 2014 se inició en la provincia de Santa Fe un proceso de conformación de colegiados de co-gestión en salud sexual, mediante educación permanente con el Método Paideia.</p> <p>La finalidad es valorar el efecto que este ha generado en la dinámica de esos equipos y en la gestión del acceso a los cuidados de la salud sexual.</p> <p>Trabajo descriptivo, observacional, y retrospectivo. Se implementó una encuesta, se relevaron planillas de asistencia, y los datos se procesaron y analizaron mediante Microsoft® Excel.</p> <p>Resultados: 88% de efectores que asistieron de manera regular, considera que el colegiado tuvo un impacto fuertemente positivo tanto en las subjetividades como en la dinámica de los equipos; en el 87% de ellos se realiza consejería en salud sexual en la consulta habitual. Refieren dificultades para facilitar el acceso a anticoncepción inyectable (53%), anticoncepción quirúrgica (47%), e interrupción legal del embarazo (41%).</p> <p>Conclusiones: los colegiados han sido altamente efectivos para fortalecer a los equipos en la gestión local de la salud sexual.</p> <p>Propuestas: profundizar este proceso ampliando la participación y los temas, garantizando el suministro de recursos, clarificando procedimientos, y acompañando a quienes participan en él de modo sostenido para que actúen como agentes multiplicadores.</p>
Colegiados de co-gestión, método Paideia, salud sexual.
SopORTE técnico: proyector y pantalla.

“EL SABOR DEL ENCUENTRO”

EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL

Del Rosso, María Flavia

Médica especialista en Educación Sexual

Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia, y Salud
Sexual y Reproductiva

Bv Galvez 1563, 1 piso. CP 3000, Santa Fe.
0342-155 088405

Enero y Agosto de 2015

***TRABAJO DESCRIPTIVO, OBSERVACIONAL Y RETROSPECTIVO.
ENFOQUE CUANTITATIVO. GESTIÓN/ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS
DE SALUD***

“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL” Del Rosso

I. INTRODUCCIÓN

Los avances legales¹ realizados en la provincia de Santa Fe en materia de salud sexual y reproductiva, han generado una fuerte interpelación del discurso médico hegemónico al posicionarse sobre una perspectiva de géneros² y derechos³ que reclama el protagonismo de lxs ciudadanxs en la toma de decisiones en relación a su propia salud. Por lo que la adecuación a este marco legal ha demandado la revisión y erradicación de prácticas naturalizadas que por mucho tiempo y hasta hace pocos años eran exigidas a lxs trabajadorxs y usuarixs, y que vulneran los derechos sexuales y reproductivos: la anuencia del/la médicx y/o el informe de un/a trabajador/a social o psicólogx para que la mujer pueda acceder a la anticoncepción quirúrgica, la obligación de que el personal de salud haga la denuncia ante sospecha de un aborto inducido, el requerimiento de la presencia de un/a adultx para entregar anticoncepción a un/x adolescente, son algunas de ellas. Sin embargo, este proceso ha sido lento e irregular, generado profundos conflictos en y entre aquellos planteles donde conviven trabajadorxs posicionadxs en la perspectiva de género y derechos, y trabajadorxs que aún sostienen lógicas y prácticas orientadas al control social y la acumulación de poder. A este obstáculo generado por la ideología y/o las dinámicas al interior de los grupos de trabajo, se suman la metodología con que se brinda información sobre salud sexual y la disponibilidad de recursos, generando una disparidad en la posibilidad de la población de acceder a prácticas de cuidado en salud sexual establecidas por la ley.

¹ Algunas de las normas incorporadas en los últimos años, y que impactan fuertemente en las prácticas en salud sexual, son las de Acompañamiento en el Trabajo de Parto y Parto Humanizado (Ley Nacional 25929/2004 y Ley Provincial 12443/2005), las que adhieren a las Guías para la Atención de Abortos No Punibles (Resolución 887/2009 y Res.612/2012 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe), las de Prevención, Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (Ley Nacional 26485 y Decreto Reglamentario 1011/ 2010), las de establecimiento del Registro Público de Objetores de Conciencia (Ley Nacional 11888/2001 y Res. 843/2010 y 2136/2010 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe), y las que garantizan el respeto por la Identidad de Género (Res. 1877/9 y 2183/9 del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y Ley Nacional 26742/2012).

² "Se llama enfoque de género al abordaje que tiene en cuenta las desigualdades existentes entre las personas por su género y su orientación sexual, producto de la persistencia de relaciones de poder y los mandatos sociales." Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2010.

³ "Los derechos sexuales son los referidos al disfrute de una sexualidad libremente elegida, sin sufrir violencia ni abuso sexual, con posibilidades de evitar los riesgos de transmisión de enfermedades, y con respeto de la orientación sexual y de la identidad de género de cada persona sin discriminación.(...) Los derechos reproductivos son definidos como la posibilidad de decidir, en forma autónoma y sin discriminación, si tener o no tener hijos, el momento de tenerlos, cuántos hijos tener y con quién, incluso el espaciamiento entre sus nacimientos." Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2010.

"EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL" Del Rosso

Con la finalidad de abordar estas cuestiones, durante el año 2014 se inició en la provincia de Santa Fe un proceso de conformación de colegiados de co-gestión, aplicando el Método Paideia a través de un proceso de educación permanente.

El objetivo de este trabajo es evaluar tanto el impacto que este dispositivo ha generado en la dinámica de los equipos que asistieron a los encuentros, como las barreras y facilitadores que existen en estos efectores para el acceso a los cuidados de la salud sexual.

II. IDENTIFICACIÓN, DELIMITACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1. Origen y propósitos de los Colegiados de Co-gestión en Salud Sexual

Durante los años 2011-2013 y como parte del proceso de la conformación del registro público de objetores de conciencia, se mantuvieron reuniones con efectores de los distintos nodos a fin de revisar inconsistencias en la confección de los formularios ya que la mitad⁴ de estos evidenciaba un gran desconocimiento científico y/o legal en relación a salud sexual. Sin embargo, aún luego de completado este proceso y conformado y publicado el registro de objetorxs, seguían existiendo dificultades ante la presencia de trabajadorxs que no estaban registradxs como objetorxs de acuerdo a lo establecido por ley pero que aún así negaban u obstaculizaban por motivos ideológicos el acceso a ciertas prácticas de cuidado de la salud sexual (interrupciones del embarazo, anticoncepción quirúrgica y en menores de edad, suministro de anticoncepción de emergencia e implante de DIU, fundamentalmente). Paralelamente, en el año 2012 se realizaron en todos los nodos de salud de la provincia, encuentros de reflexión en relación a salud sexual desde una perspectiva de géneros y derechos⁵, coordinados conjuntamente con organizaciones civiles y de los cuales participaron los equipos de los efectores y la comunidad.

Las discusiones suscitadas en estos espacios dejaron en evidencia que una importante barrera para el acceso a los cuidados en salud sexual estaba representada por las concepciones

⁴ Informe realizado por el CEDES, enero de 2010.

⁵ “Levantando barreras”, jornadas de debate realizadas mediante la metodología de teatro del oprimido, junto al Grupo de Teatro del Oprimido de Rosario, e INSGENAR.

“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL” Del Rosso

erróneas y/o discriminatorias de lxs mismxs trabajadorxs, fundamentalmente por desconocimiento del marco legal –y en ocasiones, científico- y los conflictos de intereses entre los distintos actores que integran el sistema de salud y las tensiones que atraviesan cotidianamente su quehacer, muchas veces en relación con estos posicionamientos. Sumados a aquellas que puedan implicar la falta de información oportuna o la insuficiente disponibilidad de recursos.

Considerando el rol de los equipos de acompañamiento matricial en la gestión de estas barreras, se decidió convocar a trabajadorxs interesadxs y comprometidxs en la temática a participar de un espacio de colegiado de co-gestión con dos finalidades: la educación permanente desde una perspectiva dialógica posicionada en un enfoque de géneros y derechos, y la gestión democrática del acceso a los cuidados en salud sexual; con el objetivo de consolidar equipos que actúen como catalizadores de “alteraciones en la subjetividad y en la cultura dominante entre el personal de salud por medio de una valorización concreta y operacional de las directrices del vínculo terapéutico (...); interdisciplinariedad de los saberes y de las prácticas (...) y el de gestión de organizaciones como dispositivo⁶ para producción de Grupos Sujetos.”⁷

2. Características de los Colegiados en Salud Sexual

Los encuentros se realizaron mensualmente entre los meses de julio y diciembre del 2014 en las ciudades de Santa Fe (donde se conformaron dos grupos: uno de la subregión Centro-Sur y de La Costa, y otro de las subregiones Norte y Santo Tomé), Rafaela y Granadero Baigorria (equipo de la zona norte de Rosario). En ellos se abordaron, a través de una metodología participativa, diversos contenidos: si bien en todos se trabajó sobre problemas relacionados con la gestión local en salud sexual⁸, con algunos equipos también se hizo foco sobre aspectos teóricos del nuevo paradigma en salud pública⁹ (Santa Fe y Rafaela) y con otros se propusieron

⁶ Según Barembliitt “dispositivo es un montaje o artificio productor de innovaciones que genera acontecimientos, actualiza potencialidades e inventa lo nuevo Radical”. Sousa Campos, 1998.

⁷ Sousa Campos, 1998.

⁸ Onocko Campos, 2002.

⁹ Granda, E. 2004.

“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL” Del Rosso

dinámicas vivenciales (Santa Fe). A los grupos de Rafaela y Santa Fe se les proveyó bibliografía, al de Santa Fe se le entregó además material didáctico para realizar actividades de consejería en salud sexual (dildos, maquetas de vulvas, material gráfico).

Si bien la organización y coordinación de estos espacios estuvo formalmente a cargo de la Dirección de Políticas de Géneros e Interculturalidad en Salud, la planificación fue realizada por un equipo de trabajo del que participaban integrantes la Dirección Provincial de Salud Mental y la Dirección de Políticas de Género del Ministerio de Desarrollo, que se conformarían como equipo de apoyo matricial para los equipos territoriales. A este grupo se sumaron también integrantes del equipo de Salud en la Adolescencia y, en algunas ocasiones, del Programa de VIH-SIDA.

La participación tuvo diferencias en los distintos nodos:

-en los encuentros realizados en la ciudad de Santa Fe participaron –además de trabajadorxs de los efectores de las distintas subregiones- representantes de efectores de los nodos Reconquista (provenientes de Villa Guillermina, Florencia, Villa Ocampo, Vera y Reconquista) y Rafaela (que luego se integraron al colegiado de esa ciudad), convocadxs con el objetivo de que se tornen facilitadores del mismo proceso a nivel regional. En los últimos encuentros se sumaron integrantes de equipos de salud de la subregión de Coronda. También estuvieron presentes los equipos de la Dirección Provincial de Salud Mental y la de Políticas de Género del Ministerio de Desarrollo, integrantes del Consejo Asesor en Salud Sexual y Reproductiva, del equipo de ESI del Ministerio de Educación, del Programa Provincial de Control de VIH/Sida, y de Salud en la Adolescencia. Cabe aclarar que ningún/a representante del nodo asistió a estas reuniones.

-en los encuentros de Rafaela participaron trabajadorxs de salud de la ciudad de Rafaela y localidades aledañas, lxs referentes del nodo, parte del equipo de ESI, e integrantes de la Dirección Provincial de Salud Mental.

-en los de zona norte de Rosario participaron equipos de salud de esta localidad y de la zona norte de Rosario, la coordinación de la subregión y en algunas ocasiones, también del municipio.

Cabe destacar que los encuentros se realizaron siempre en la zona urbana de cada localidad: en el caso de Santa Fe en el edificio del Nodo, en zona norte de Rosario en el Hospital Escuela Eva Perón (Granadero Baigorria), y en Rafaela en el Centro Cívico.

3. Justificación del estudio:

Como parte del proceso de educación permanente se hace necesario, entonces, evaluar los resultados del colegiado en ambos sentidos: tanto en su impacto en las dinámicas de trabajo al interior del equipo, y entre este y la comunidad, como en la gestión de barreras y facilitadores en el acceso a la salud sexual. Dado que, en última instancia, la finalidad de este espacio es la conformación de redes de atención y acompañamiento con equipos de referencia sensibilizados y comprometidos.

III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1. Objetivos generales:

Determinar la utilidad del proceso de educación permanente en colegiados de co-gestión en salud sexual en el fortalecimiento de los equipos de salud.

Reconocer las barreras y facilitadores existentes en estos efectores, para el acceso a la salud sexual y reproductiva.

2. Objetivos específicos:

Relevar el impacto del colegiado en la dinámica interna de los equipos participantes.

Indagar la existencia de ámbitos de integración intra e interinstitucional (trabajo en redes).

Investigar la modalidad y características de la consejería/asesoramiento en salud sexual.

Explorar las barreras existentes en el acceso a los métodos anticonceptivos y misoprostol.

IV. MARCO TEÓRICO

La propuesta de conformación de colegiados de co-gestión para la educación permanente en salud surge como respuesta a la dificultad de lxs trabajadorxs y equipos de salud de desnaturalizar prácticas profundamente arraigadas para constituirse en garantes de los derechos sexuales y reproductivos, a fin de actuar conforme al marco legal vigente. Sin olvidar, por otra parte, las múltiples tensiones que atraviesan en su complejidad a lxs trabajadorxs de salud: por un lado, en tanto tales, la responsabilidad tanto hacia lxs usuarixs como hacia lxs propixs compañerxs, y por otro, ser también usuarixs del sistema de salud. Depositarixs de conocimientos específicos, con posibilidades concretas de administrar el poder, e inmersxs en una red de afectos, cuyo trabajo opera en un triple sentido: producir subjetividad tanto en sí mismxs como en lxs usuarixs, brindar servicios a personas ajenas a la organización, y reproducir las dinámicas que sostienen la propia organización.

Partiendo de esta base, los colegiados se constituyen como dispositivos que generen nuevos modos de subjetivación, dispositivos orientados a producir cambios al interior de la cultura organizacional para superar la alienación y el corporativismo estimulando el compromiso de lxs trabajadorxs con la producción de salud sin exigirles omnipotencia (Campos, 1998). Por ello se afirman en la metodología que Souza Campos ha denominado Soporte Paideia¹⁰: *una metodología constructiva para ampliar la capacidad de análisis y de intervención de equipos y gerentes de salud en situaciones complejas, y en la elaboración de planes, proyectos de intervención sobre procesos salud-enfermedad individuales o colectivos, y evaluación de acciones de salud. Esta metodología considera los efectos interactivos de los recursos de poder y*

10 Sousa Campos, 2005.

"EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL" Del Rosso

de conocimiento, como así también los efectos de los afectos sobre el trabajo y la gestión en salud.” Esta se basa en el método Paideia, que apela a un intercambio democrático orientado a incrementar la integración y autonomía de los equipos y sujetos, generando grados crecientes de responsabilidad y compromiso con su situación.

Posicionándose en una lógica dialéctica y admitiendo en principio que todos portamos condicionamientos culturales, en pos de mantener la coherencia entre teoría y práctica se hace necesario generar un ámbito donde todas las voces sean escuchadas y todas las posturas puedan ser revisadas, “aprendiendo a aprender con el objeto sometido a crítica”. Considerando de que la familiarización con la perspectiva de géneros y derechos requiere de debates donde puedan ser explicitadas las contradicciones y conflictos que nos generan prácticas en “salud” constituidas con un doble sentido de dominación y control social. Por lo que *“nunca se propone resolver estos conflictos y mucho menos eliminar estas contradicciones. Al contrario, se trataría de admitir la inevitable existencia de estas polaridades, y de crear espacios donde pudiesen ser explicitadas y trabajadas, considerando, siempre, los varios intereses y, por lo tanto, las varias racionalidades involucradas”*¹¹.

A través de este dispositivo, y en consonancia con lo que plantea el autor, se pretende facilitar la co-gestión y la consolidación de equipos de referencia¹² a través de un proceso de educación permanente en salud sexual¹³ como *estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo*, ampliar el “maletín tecnológico”¹⁴ fortaleciendo tanto las tecnologías blandas o relacionales. Y facilitar así el acceso a los otros recursos potenciando las habilidades en los equipos para identificar y remover obstáculos generados tanto por lógicas subjetivas e institucionales carentes de un enfoque de derechos y género, como por un deficiente suministro de recursos o servicios.

¹¹ Souza Campos, 1998.

¹² Souza Campos, 1998

¹³ Merhy, Camargo Macruz Feuerwerker, Burg Ceccim.2006

¹⁴ “Para concretar un acto de salud, los trabajadores utilizan un “maletín tecnológico”, compuesto por tres modalidades de tecnologías: las tecnologías “duras”, que corresponden a los equipamientos, medicamentos, etc.; las tecnologías “blanda-duras”, que corresponden a los conocimientos estructurados, como son la clínica y la epidemiología; y las tecnologías “blandas”, que corresponden a las tecnologías relacionales, que permiten al trabajador escuchar, comunicarse, comprender, establecer vínculos, y cuidar del usuario”. Merhy, Camargo Macruz Feuerwerker, Burg Ceccim.2006

“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL” Del Rosso

Por otra parte, desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable se reconoce que los espacios orientados a generar capacitación y reflexión sobre las propias prácticas en los equipos de salud, y la investigación acerca de modalidades innovadoras, se constituyen en componentes indispensables de los ámbitos "Consejería". Considerando a estas como instancias de asesoramiento orientadas al enfoque de género y la perspectiva de derechos, que brindan "la posibilidad de acceder gratuitamente a un asesoramiento de calidad que contribuya a la autonomía y a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva"¹⁵, y pueden desarrollarse en dos modalidades diferentes entre sí en el encuadre y la disponibilidad de tiempo: la consejería propiamente dicha, y la oportunidad en la asistencia. Mientras la primera se visualiza como un espacio ad donde hay una demanda activa por parte de la persona, la segunda se trata de una propuesta que hace el profesional el momento de la asistencia, considerándola como oportunidad para generar un vínculo de confianza que habilite las demandas en relación con las necesidades de las personas. En ambos casos, la finalidad es generar un vínculo que permita que la persona tome la palabra para expresar sus necesidades, facilitando el acceso a información de calidad y promoviendo autonomía en a la toma de decisiones en materia de salud sexual y reproductiva -a lo que se agregaría, de ser posible¹⁶, el suministro de métodos anticonceptivos y misoprostol.

A través del proceso de educación permanente desarrollado en el colegiado en salud sexual se facilitaría, entonces, la gestión democrática del acceso a la salud sexual, propiciando el acompañamiento mutuo entre equipos territoriales y equipos de apoyo matricial, y fortaleciendo en lxs trabajadorxs el ejercicio de la autonomía y la construcción de cuidado. Por otra parte, a través del diálogo entre polaridades se posibilitaría la apropiación del marco legal y el impulso de cambios en la cultura institucional que mejoren los vínculos en los equipos de trabajo y agilicen los procesos de atención. Todo ello propiciaría, en última instancia, la remoción de barreras y generación de fortalezas originadas, por un lado, en el posicionamiento ideológico y las dinámicas de los equipos, y por otro en el acceso a la información oportuna (consejería) y los recursos (MAC y misoprostol).

¹⁵ Ministerio de Salud de la Nación, 2010.

¹⁶ Ya que algunos métodos y el misoprostol sólo pueden ser provistos por un/a profesional con entrenamiento específico.

"EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL" Del Rosso

V. MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio de tipo transversal con la finalidad de evaluar los resultados de este proceso, revisar el trabajo en red, e identificar las barreras y facilitadores existentes para el acceso a la salud sexual y reproductiva.

Para el análisis del proceso de educación permanente en colegiados en salud sexual se evaluaron:

-los registros de asistencia;

-la encuesta (Anexo) implementada a razón de una encuesta por efector (que podía ser respondida por más de una persona) en el último encuentro de colegiado realizado con cada grupo en el mes de diciembre de 2014. En el análisis del impacto del colegiado en la dinámica de los equipos, se agruparon las categorías “muy de acuerdo” y “poco de acuerdo” considerándose ambas como modificación/impacto: la primera como modificación evidente, la segunda como modificación relativa, y la categoría “en desacuerdo” como ninguna modificación.

Los datos se procesaron mediante planillas Excel, y se enriquecieron con opiniones vertidas por lxs participantes, y registradas en el informe de cada encuentro.

Dado que el instrumento se implementó como prueba piloto en el colegiado de la zona norte de Rosario, a partir de las sugerencias de este grupo se modificaron algunas preguntas que fueron –o no- analizadas en las demás cohortes. Las diferencias existentes en estos ítems son mencionadas en el análisis del punto correspondiente.

Para la discusión, esta información se enriqueció con aquella proveniente de los registros informales de los encuentros (acuerdos, experiencias, reclamos, expresiones de lxs participantes, etc).

VI. RESULTADOS:

1. Análisis de las asistencias: conformación, continuidad y participación en el proceso de conformación de colegiados

En el proceso de educación permanente a través de la conformación de colegiados, se realizaron 4 encuentros en el Nodo Rosario, 4 en el Nodo Rafaela, y 6 con cada grupo del Nodo Santa Fe. Participaron a lo largo de los encuentros 221 trabajadorxs de 88 efectores de salud de la provincia de Santa Fe correspondientes a los nodos Rafaela, Santa Fe, Rosario y Reconquista. Un tercio de ellos correspondía a la profesión médica, seguida por lxs de la salud mental (psicología, psicología social, psiquiatría), trabajo social, y enfermería; un 15% de la presencia estuvo correspondió a otras especificidades.

TABLA 1: PROFESIONES DE LXS ASISTENTES AL COLEGIADO DE CO-GESTIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014.

Profesiones con mayor presencia	ROSARIO (G.Baig. y Z. Norte) (36)	RAFAELA (67)	SANTA FE (107)	RECONQUISTA (11)	TOTAL (221)
Medicina	15	26	27	1	31%
Psicología	4	7	30	2	19%
Trabajo social	6	2	22	4	15%
Enfermería	6	10	12	1	10%
Obstétricas	0	1	11	0	5%
Otras	5	20	5	3	15%

1. *Otras profesiones y especificidades: Bioquímica, Abogacía, Operadorxs Comunitarixs, Agentes Sanitarixs, Administrativxs, Docencia, Comunicación Social*

En todos los nodos los efectores estuvieron representados en promedio en la mitad de los encuentros, sólo el 39% del total de efectores (34 de 88) lo estuvo en más de la mitad de ellos: el 88% de los encuestados pertenecía a alguno de estos últimos. En más de la mitad de los casos (46) asistió sólo una persona por efector.

TABLA 2: DATOS DE ASISTENCIA POR NODO AL COLEGIADO DE CO-GESTIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014.

VARIABLES EVALUADAS	ROSARIO (G.Baigorria y Z. Norte)	RAFAELA	SANTA FE	RECONQ. (sólo facilitadorxs)	Totales
Cantidad de participantes	36 personas	67 personas	107 personas	11 personas	221 personas
Cantidad de Efectores	16 efectores	24 efectores	41 efectores	7 efectores	88 efectores
Efectores por los cuales asistieron más de dos personas	7	11	24	0	42 (38%)
Promedio asistencia por efector	2 encuentros sobre un total de 4	2 encuentros sobre un total de 4	3 encuentros sobre un total de 6	3 encuentros sobre un total de 6	50% de los encuentros
*75-100% de asistencia	7 efectores	6 efectores	10 efectores	6 efectores	29 efectores
*60-75% de asistencia	---	----	5 efectores	---	5 efectores
Promedio presencia de referentes de hospitales	4 encuentros sobre un total de 4	3 encuentros sobre un total de 4	2 encuentros sobre un total de 6	4 encuentros sobre un total de 6	69% de los encuentros
Presencia de referentes del nodo	3 encuentros de 4 (coord. Subregión)	4 encuentros de 4 (coordinación)	NO.	5 encuentros de 6 (administrativxs, abogado)	-----
Efectores relevados en las encuestas, que estuvieron representados en más de la mitad de los encuentros	8 efectores (100%)	4 efectores (67%)	16 efectores (100%)	2 efectores (35%)	30 efectores (88%)

Trabajadorxs de los hospitales estuvieron presentes en casi dos tercios de los encuentros: la presencia de estos fue más constante en las subregiones Centro-Sur y Santo Tomé del nodo Santa Fe, en Rafaela, y en la subregión norte de Rosario.

Del nodo Reconquista sólo participaron lxs facilitadorxs convocados a razón de uno por efector, ya que en esta instancia se apuntaba a constituir un equipo a nivel regional (y no local).

En la mayoría de los encuentros estuvieron presentes lxs referentes de nodo y/o coordinadorxs de subregión, a excepción de lxs de Santa Fe (donde no hubo ningunx).

2. Análisis de las encuestas:

2.1. Ambitos de integración intra e interinstitucional

2.1.1. Reuniones de equipo:

Más de la mitad de los equipos se reúnen en su efector de manera habitual (al menos una vez al mes) en encuentros en los que usualmente se discuten problemáticas vinculadas con la salud sexual, con la presencia constante de quienes asisten al colegiado.

1.1.1. Articulación interinstitucional:

También mejoró la articulación entre efectores del primer nivel y la referencia al 2do y 3er nivel (83%) –no así la contrarreferencia- y la organización de consejerías en salud sexual (82%).

Otros aspectos que fueron modificados positivamente, fueron la motivación para el inicio o consolidación de las reuniones de equipo (73%) y el incremento en la participación en estos espacios¹⁷ tanto de la coordinación (67%) como de otrxs trabajadorxs (64%). En este contexto, aparece como contradictorio que sea menor la percepción de que haya influido positivamente en el trabajo en equipo (60%).

¹⁷ Aspecto que en Rosario no modificó porque las venían realizando desde antes del inicio del colegiado.
"EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL" Del Rosso

TABLA 3: REUNIONES DE EQUIPO Y TRABAJO EN RED DE LOS EFECTORES DE CADA NODO QUE ASISTIERON AL COLEGIADO DE CO-GESTIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014

VARIABLE	ROSARIO (G.Baigorria y Z. Norte) (8)	RAFAELA (4)	SANTA FE (16)	RECONQUISTA (2)	TOTAL (30)	%
Reunión de equipo <i>periódica</i>	6	4	6	1	17	57%
Se discuten problemáticas vinculadas con la salud sexual	6	3	13	1	23	77%
Presencia constante de quienes asisten al colegiado	8	4	14	2	28	93%
Articula con otro efector	8	1	14	2	25	83%
Articula con escuela	6	4	8	2	20	67%
Articula con osc	5	2	6	2	15	50%

El 83% de los efectores articula habitualmente con otro CS o con el hospital de referencia.

El 67% de los efectores (20) desarrolla actividades con escuelas de distintos niveles educativos, generalmente talleres y charlas. La mitad (15) también trabaja conjuntamente con otras organizaciones sociales y realizan tareas de sensibilización con la comunidad.

2. Evaluación del colegiado:

2.1. Evaluación del dispositivo:

Los encuentros fueron valorados en general como muy buenos tanto en lo que hace a la bibliografía y material didáctico (cuando estos fueron suministrados), contenido teórico, coordinación, organización y clima de trabajo.

TABLA 4: EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ENCUENTROS DEL COLEGIADO DE CO-GESTIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014

EVALUACIÓN DE LOS ENCUENTROS	ROSARIO Z. NORTE (8)	RAFAELA (4)	SANTA FE (16)	RECONQUISTA (2)	N TOTAL (30)	%
Calidad de los encuentros	B	MB	MB	MB	MB	-
Temas de interés	ILE- cultura organizacional	ILE- cultura organizacional	ILE – MAC	ILE	ILE- cultura organizacional	-
Temas para seguir profundizando	ILE- cultura organizacional	Herramientas para el trabajo comunitario- ESI	ILE- MAC	ILE- diversidad sexual- adolescencia	ILE	-
Fueron replicables y útiles	5	4	16	2	27	90

Si bien el tema de interrupción legal del embarazo ha sido considerado de interés por todos los que respondieron a este ítem, a pesar de que fue trabajado de distintos modos a lo largo de los encuentros (ya que surgían reiteradamente dudas y debates en relación a estos procesos) la mayoría de los encuestados considera que sigue siendo necesario profundizarlo. Otro tema que ha despertado interés, fueron los instrumentos para el trabajo sobre la cultura organizacional, que también se considera importante seguir profundizando en los equipos de la zona norte de Rosario y en Rafaela.

Entre lxs participantes del nodo Reconquista, es prioritario considerar el abordaje de salud sexual en la adolescencia, y diversidad sexual. Y en el nodo Rafaela, brindar herramientas para el trabajo comunitario y con las escuelas. En Santa Fe, profundizar en el tratamiento de la gestión y suministro de MAC.

Por otra parte, el 90% de ellos considera que lo trabajado en los encuentros ha sido replicable al interior de cada equipo y útil para el trabajo cotidiano.

2.2. Impacto en la dinámica del equipo:

En general, la participación en el colegiado ha tenido un impacto muy positivo (las variables evaluadas fueron modificadas favorablemente en un 76% en promedio) tanto en lo que hace al trabajo en salud sexual en particular, como a la cultura organizacional en general.

En relación al primer punto, los aspectos sobre los cuales ha tenido mayor influencia están claramente vinculados con la mejora en la identificación de barreras y facilitadores para el acceso a la salud sexual (97%) y la incorporación de nuevos saberes en relación a la temática (90%).

TABLA 5: VARIABLES MÁS IMPACTADAS (MÁS DEL 75% DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS) A PARTIR DE LA PARTICIPACIÓN EN EL COLEGIADO DE CO-GESTIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014

MODIFICACIÓN	ROSARIO (8)	RAFAELA (4)	SANTA FE (16)	RECONQUISTA (2)	N TOTAL (30)	%
Mejóro la identificación de facilitadores y barreras para el acceso a la salud sexual	7	4	16	2	29	97
Dejó en evidencia los diferentes posicionamientos en salud sexual	NE ¹⁸	3	15	2	20/22	90
Posibilitó la adquisición de nuevos saberes	6	3	16	2	27	90
Facilitó la articulación con otros CS	8	4	11	2	25	83
Mejóro la comunicación interna	5	4	14	2	25	83
Generó una toma de decisiones de manera democrática	6	3	14	2	25	83
Mejóro la referencia al 2° o 3° nivel	8	3	13	1	25	83
Facilitó la organización de consejerías	NE	3	13	2	18/22	82
Contribuyó a clarificar roles y funciones	4	3	15	2	24	80
Facilitó la definición de la misión	6	3	12	2	23	77
Incrementó la autonomía del equipo	NE	3	12	2	17/22	77

¹⁸ NE: aspecto No Evaluado.

Si bien en el 90% de los efectores quedaron en evidencia los diferentes posicionamientos, sólo en uno de los casos esto obstaculizó el trabajo en equipo: en la mayoría de ellos lo potenció y facilitó el consenso, y en el resto no generó modificaciones.

En cuanto a la cultura organizacional, ha generado un incremento en la toma de decisiones de manera democrática (83%) y mejorado la comunicación interna (83%), la clarificación de roles y funciones (80%), la definición de una misión compartida (77%) y la autonomía de los equipos (77%).

También mejoró la articulación entre efectores del primer nivel y la referencia al 2do y 3er nivel (83%) –no así la contrarreferencia- y la organización de consejerías en salud sexual (82%).

TABLA 6: VARIABLES MENOS IMPACTADAS (MENOS DEL 75% DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS) A PARTIR DE LA PARTICIPACIÓN EN EL COLEGIADO DE CO-GESTIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014

MODIFICACIÓN	ROSARIO (8)	RAFAELA (4)	SANTA FE (16)	RECONQUISTA (2)	N TOTAL (30)	%
Promovió la organización de las reuniones de equipo	1 ¹⁹	4	15	2	22	73
Facilitó el consenso	NE	4	9	2	15/22	68
Mejóro la participación de la coordinación	5	3	NE	NE	8/12	67
La visibilización de diferentes posicionamientos ha potenciado claramente el trabajo en equipo	NE	4	8/14 (2 no respond en)	1	13/20	65
Incrementó el interés de otrxs trabajadorxs en la temática	1	3	13	2	19	64
Influyó positivamente en el trabajo en equipo	5	4	7	2	18	60
Mejóro la contrarreferencia	5	2	3	0	10	33

Otros aspectos que fueron modificados positivamente, fueron la motivación para el inicio o consolidación de las reuniones de equipo (73%) y el incremento en la participación en estos

¹⁹ Las reuniones de equipo existían previamente en 4 de los efectores encuestados.

espacios²⁰ tanto de la coordinación (67%) como de otrxs trabajadorxs (64%). En este contexto, aparece como contradictorio que sea menor la percepción de que haya influido positivamente en el trabajo en equipo (60%).

2.3. Accesibilidad a recursos para el cuidado de la salud sexual:

2.3.1. Consejería en salud sexual:

El 87% de ellos (26) implementa la consejería en salud sexual en el ámbito de la consulta habitual. En ellos, todxs lxs profesionales de la salud entregan los métodos anticonceptivos: es de destacar que –a diferencia de Rafaela y zona norte de Rosario - en Santa Fe tienen gran presencia las obstétricas. Muy pocos (6) cuentan con –o están en vías de habilitar- espacios especialmente destinados a tal fin (uno en Sunchales, dos en Santo Tomé, Hospital Iturraspe, Hospital Escuela Eva Perón, SAMCO de Florencia).

Casi todos (28) cuentan con material didáctico, aunque todos consideran que es insuficiente; los insumos más pedidos son material gráfico (afiches y folletos, generalmente sobre ITS²¹ y métodos quirúrgicos, y DIU) y maquetas (dildos y vulvas).

TABLA 7: CARACTERÍSTICAS DE LA CONSEJERÍA EN LOS EFECTORES DE CADA NODO DEL COLEGIADO DE CO-GESTIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014

VARIABLE	ROSARIO Z. NORTE (8)	RAFAELA (4)	SANTA FE (16)	RECONQUISTA (2)	TOTAL (30)	%
Consejería en consulta habitual	6	4	14	2	26	87%
Disponibilidad de material didáctico	6	4	16	2	28	93%
Equipo para el abordaje de VIH-SIDA	2	0	5	1	7	23%

²⁰ Aspecto que en Rosario no modificó porque las venían realizando desde antes del inicio del colegio.

²¹ Infecciones de transmisión sexual.

“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL” Del Rosso

En cuanto a la presencia de equipos para abordaje de problemáticas vinculadas con el VIH-SIDA, sólo existen en una cuarta parte de ellos (7); todos son efectores de Santa Fe y zona norte de Rosario próximos a otros de mayor complejidad que cuentan con equipos interdisciplinarios (Hospitales Iturraspe y Cullen y Hospital Escuela Eva Perón).

2.3.2. Acceso a MAC²²:

Sólo uno de los efectores encuestados no lleva registro (fichero o archivo) de la población bajo programa.

TABLA 8: OBSTÁCULOS EN EL ACCESO A MAC EN LOS EFECTORES DE CADA NODO DEL COLEGIADO DE CO-GESTIÓN EN SALUD SEXUAL DE LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014

Obstáculos ²³ para el acceso a MAC	ROSARIO Z. NORTE (8)	RAFAELA (4)	SANTA FE (16)	RECONQUISTA (2)	TOTAL (30)	%
AHO ²⁴	0	0	8	0	8	27%
AHI ²⁵	1	0	13	2	16	53%
DIU	0	1	6	0	7	23%
QUIRÚRGICOS	2	1	10	1	14	47%
Preservativos (no hay dispenser)	3	1	2	1	7	23%
ILE ²⁶	NE	1	6	2	9/22	41%

Los métodos son entregados fundamentalmente por el personal de enfermería y el de farmacia. El mayor obstáculo está representado por la provisión discontinua o insuficiente de anticonceptivos hormonales, fundamentalmente inyectables aunque también orales. En segundo lugar, las dificultades para la realización de lisis por falta de articulación adecuada con el 2° o 3° nivel (14) , y las barreras para la inserción de DIU (7): falta de personal capacitado para realizarla y pedido rutinario de estudios (PAP y ecografía) como condición para hacerlo son las

²² Métodos anticonceptivos.

²³ En el ANEXO 2 se presenta un detalle de los obstáculos identificados en cada nodo para el acceso a los MAC.

²⁴ Anticonceptivos hormonales orales.

²⁵ Anticonceptivos hormonales inyectables.

²⁶ Interrupción legal del embarazo.

principales, aunque también se mencionan dificultades en su provisión. En el nodo Santa Fe, más de la mitad de los efectores tiene dificultades con el suministro de métodos hormonales y para el acceso a lisis.

Todos coinciden en que la vasectomía no es un método solicitado por la población.

Casi la cuarta parte de ellos (7) no cuentan con dispenser de preservativos.

La práctica del aborto legal se ve obstaculizada en 9 de ellos, fundamentalmente a causa de objeciones, prejuicios o desconocimiento del personal de salud, y en segundo lugar la dificultad para la provisión de misoprostol. Cabe aclarar que no se han presentado formalmente objeciones de conciencia, en ninguno de los efectores que respondieron las encuestas.

VII. DISCUSIÓN

Si bien la representatividad de las encuestas ha sido variable desagregándola por nodo - siendo mayor en el caso del nodo Santa Fe y en la subregión norte de Rosario (100%), menor en el nodo Rafaela (67%) y mucho menor aún en el caso de Reconquista (35%)-, en el muestreo fue relevado el 88% de los efectores que estuvieron representados en más de la mitad de los encuentros (34)²⁷ de colegiado. Por lo que si bien la muestra es pequeña considerando la cantidad de efectores de la provincia (menos del 10%), podemos considerar que es muy representativa de los que participaron en este espacio de manera sostenida.

Así mismo, es necesario mencionar que en la discusión -y dado que se realizó el relevamiento por efector (y no por persona)- se consideraron de modo indiferenciado y yuxtaponible los términos “efector”, “equipo”, y “trabajador/a” o “participante”. Si bien estos se han utilizado de manera intercambiable considerando que quienes han respondido a la encuesta, dada su participación sostenida se constituyen en referentes del colegiado en los efectores relevados en vistas al trabajo en redes, no se puede asumir que reflejen la opinión de todo el plantel o la existencia de un grupo de trabajadorxs que funcione como equipo. Por lo que esta operación de intercambio de los términos puede representar un sesgo en dos sentidos:

-encuestas respondidas por trabajadorxs que asistieron *individualmente* al espacio pero no formaban parte de un “equipo”: muchxs de lxs asistentes mencionaban, por ejemplo, que en sus lugares de trabajo eran lxs únicxs comprometidxs con estas reflexiones, y se encontraban trabajando “solxs” en un contexto de gran resistencia al cambio. Esto queda en evidencia al analizar las asistencias, ya que menos de la mitad de los efectores estuvo representada por al menos dos personas (mínimo necesario para pensar en la conformación de un “equipo”).

-encuestas respondidas por dos o más trabajadorxs que se conformaban como “*subequipo*” *sensibilizado* no se encontraban integradxs al resto del “equipo”, o donde este no existía: en ocasiones ocurría algo similar al caso anterior, ya que sobre estas personas recaía muchas veces la demanda no asistida por el resto de sus compañerxs. También había situaciones de planteles conformados como “equipos” pero claramente fracturados donde la parte del equipo que concurría al colegiado se posicionaba en una perspectiva de derechos, y la otra parte incurría en ilegalidades declarándose de hecho “objektorxs de conciencia”²⁸.

Esta situaciones se condicen con lo manifestado por lxs participantes en relación a los déficits en la convocatoria para esta actividad (muchxs refirieron haberse enterado pocos días antes, o de manera indirecta) y a la habitual dificultad para asistir a espacios debido fundamentalmente a la demanda intramuros (asistencial fundamentalmente). En cuanto a la visibilización de la demanda asistencial como obstáculo para la instalación y priorización de espacios de formación y gestión, cabe preguntarse si esto se debe a una demanda verdaderamente excesiva para la capacidad de los equipos, a la desorganización en la administración de esta demanda o a las dificultades para priorizar estas actividades por sobre las de atención y control. A lo largo de los encuentros pudo ir instalándose en algunos grupos la pregunta sobre el sentido de sus prácticas y el discurso subyacente a la imposición de las funciones de intervención y control en un sentido amplio, por sobre las de acompañamiento, planificación, promoción y prevención; es posible que posteriores avances en esta reflexión, nos brinden algunas pistas sobre aspectos de la cultura organizacional o profesional que impiden la apropiación de estos por parte de lxs trabajadorxs. Revisando la escasa participación y continuidad de la asistencia en el total de los encuentros, se hace necesario repensar no sólo las

²⁸ No figuran en el registro público de objetores de conciencia, ninguno perteneciente a los efectores que participaban del colegiado.

“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL” Del Rosso

maneras en que se realiza la convocatoria sino también de qué manera se legitima y sostiene y desde otros ámbitos de la gestión, la participación de los equipos de salud en estos espacios de reflexión y debate. Ya que como mencionaban algunos participantes, es prioritario generar conciencia sobre la responsabilidad de todos los trabajadores en la garantía de los derechos sexuales.

IMPACTO DEL COLEGIADO EN LOS ASPECTOS VINCULARES Y EN LA INTEGRACIÓN INTRA E INTERINSTITUCIONAL:

A pesar de lo mencionado y considerando el corto tiempo del proceso de educación permanente, del análisis se desprende que los colegiados en la provincia de Santa Fe fueron altamente efectivos para potenciar a los equipos en vistas a la optimización del acceso a prácticas y recursos para el cuidado de la salud sexual, generando una paulatina apropiación de la perspectiva de derechos en la práctica cotidiana. La participación de los trabajadores en el colegiado propició una revalorización de los ámbitos de debate, facilitando la instalación de reuniones en los lugares en que estas no se realizaban. Probablemente tales cambios hayan favorecido la clarificación de roles, la socialización de conocimientos en relación a estos temas y la democratización en la toma de decisiones y mejora en la comunicación interna.

El hecho de que un 90% de los participantes considere que los temas abordados en este ámbito fueran replicables en sus espacios de trabajo y útiles para la labor cotidiana, es un indicio de que el intercambio entre pares ha contribuido de algún modo a interpelar a otros trabajadores en relación a sus posicionamientos y representaciones en salud sexual y les ha permitido actuar como agentes multiplicadores tanto a nivel interno, como fortaleciendo además a otros equipos. Por este motivo, y si bien los trabajadores que asistieron al colegiado se constituyen en referentes en vistas a la posibilidad de generar y potenciar redes, es necesario darse un profundo debate sobre la necesidad y maneras de articular desde los equipos matriciales, estrategias para legitimarlos y acompañarlos a nivel territorial.

El colegiado ha tenido una fuerte impronta en el fortalecimiento de los circuitos de referencia y contrarreferencia en el primer nivel, y la mayoría de los efectores tiene algún trabajo en red fundamentalmente con otros centros de salud: tanto en el nodo Reconquista

como en la localidad de Santo Tomé y en la subregión de La Costa en Santa Fe y zona norte de Rosario, los grupos sensibilizados en estos espacios sostuvieron y potenciaron a otros generando instancias de capacitación o en el abordaje de situaciones problemáticas. Lo mismo ocurre con la referencia a los hospitales, que probablemente se haya visto potenciada por la presencia de integrantes de los equipos hospitalarios de modo sostenido a lo largo de los encuentros. Lo cual, si bien ha agilizado la referencia personalizada, no ha impactado mayormente en la contrarreferencia (que habitualmente queda a cargo de quien da el alta, y no de quien recibe a la persona). En este sentido, son de destacar tanto la utilidad del colegiado para la consolidación del trabajo en red a nivel local, como la necesidad de revisar estrategias de contrarreferencia que permitan a quienes están en territorio conocer los recorridos e intervenciones que la persona ha tenido en el hospital.

En lo que hace a la articulación con otras instituciones de la comunidad (no pertenecientes al sistema de salud), las educativas representan un ámbito a sondear ya que no son lo suficientemente invocadas como apoyo para el trabajo en salud: a pesar de su habitual proximidad geográfica y de que usualmente tienen la misma población a cargo, menos de dos tercios de los efectores desarrollan algún tipo de actividad con ellas, mayormente de carácter focalizado y unidireccional (charlas impartidas a alumnx por personal de salud). Probablemente, un motivo de esta situación pueda encontrarse en lo manifestado por participantes del nodo Rafaela en relación a la falta de estrategias consensuadas entre ambos ministerios (Salud y Educación) que les permitan despejar trabas burocráticas²⁹ para efectivizar y sostener ámbitos de trabajo conjunto.

Cabe aclarar que en el nodo Rafaela, un 30% de lxs asistentes a estos encuentros fueron personas vinculadas a los equipos de salud desde ámbitos no clínicos, lo cual puede considerarse una fortaleza en relación a la posibilidad de trabajo en redes.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ÁMBITOS DE CONSEJERÍA EN SALUD SEXUAL:

En cuanto a las condiciones de acceso a las prácticas de cuidado en salud sexual, este espacio ha facilitado el desarrollo de herramientas teóricas para la detección de propias

²⁹ Por ejemplo, habitualmente el personal docente no puede participar de estos espacios ya que no cuentan con la autorización por parte de sus instituciones, ya que no son actividades organizadas por el Ministerio de Educación.

fortalezas y barreras en el acceso y la generación de acuerdos que propicien la remoción de algunos obstáculos legales y administrativos. Aunque no se ha generalizado la instalación de espacios físicos destinados específicamente al asesoramiento en salud sexual, al reforzarse la perspectiva de derechos sí se pudo visibilizar a la consulta habitual como ámbito para el asesoramiento.

Aún así, si bien se ha habido una apropiación de la noción de ciudadanía y la perspectiva de derechos, no ha ocurrido lo mismo con el enfoque de género: prima un enfoque biologicista y sexista acotado a la prevención y a las prácticas genitales, siendo la mujer³⁰ la principal destinataria y responsable³¹ de los “cuidados”. Esto es evidente, por ejemplo, en la naturalización de la falta de oferta de vasectomía, en las dificultades para implementar medidas concretas para la mejora de la salud sexual de otros grupos poblacionales, y en la solicitud de material didáctico mayormente sobre genitalidad, reproducción e ITS. La salud del varón, la atención de colectivos no heteronormados, y la violencia y el abuso vinculadas con la edad, el género o la orientación sexual, no se reflejan como problemáticas prioritarias -si bien en el diálogo representaban dificultades para el abordaje en la mayoría los equipos tanto por desconocimiento de las características de la población, como por falta de dispositivos aceptados para su acompañamiento. En estos casos, la necesidad de articulación con otras instancias estatales se vuelve habitualmente compleja y la falta de respuestas y procedimientos claros genera enorme frustración. Por lo que es posible suponer la naturalización de estas situaciones, lo cual amerita un trabajo puntual sobre ellas incorporando eventualmente al colegiado a otras áreas del estado que puedan enriquecer el desarrollo de estrategias conjuntas.

En cuanto a la participación en estas instancias de distintos miembros del equipo, en la entrega de los métodos anticonceptivos es el personal de enfermería (además del de farmacia) quien habitualmente quien entra en contacto con la población. En el nodo Santa Fe las obstétricas son claves reflejan un importante compromiso y han tenido una presencia sostenida a lo largo de los encuentros. Por lo tanto, sería estratégico trabajar con ellxs en lo que hace a la

³⁰ Si bien en varias ocasiones surgió en el debate la necesidad de trabajar estos temas con varones y personas trans, la demanda no se sostuvo en el tiempo y tampoco hubo eco en la necesidad de profundizar la formación en este sentido –aunque sí se explicitó en el último encuentro y algunos grupos lo expresaron en las encuestas.

³¹ En este sentido, es de resaltar el bajísimo porcentaje de varones que participó de los encuentros (no más del 13%).

actualización sobre MAC y herramientas comunicacionales para mejorar la calidad del acompañamiento en la toma de decisiones.

En lo que hace a las problemáticas vinculadas con las ITS en general y el VIH-SIDA en particular, si bien en algunos casos se trabajan junto a efectores de mayor complejidad (ya sea a nivel local o mediante referencia), la falta de equipos interdisciplinarios preparados para tomarlas en el primer nivel, la inexistencia de protocolos que sistematicen su abordaje, y la ausencia de dispensers de preservativos en varios de los efectores encuestados, dejan en evidencia la necesidad de articular acciones entre esta dirección y el Programa Provincial³².

ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN Y A LA INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO:

En relación a las tecnologías duras, sigue habiendo dificultades en el acceso a los MAC y a prácticas como la anticoncepción quirúrgica y la ILE. La insuficiente provisión de anticonceptivos orales (fundamentalmente de emergencia) e inyectables (con ausencia de trimestrales) es particularmente preocupante en el nodo Santa Fe donde más de la mitad de los efectores refiere esta situación, y se condice con lo expresado por los equipos durante los encuentros, que referían reiteradas solicitudes de interrupción de embarazos por la falta o discontinuidad del método elegido por la mujer. Situaciones particularmente graves en la vulneración de derechos a las cuales se agregan posteriormente los inconvenientes para el acceso a la práctica de ILE.

Otras barreras son la solicitud de estudios innecesarios para la inserción de DIU y los obstáculos existentes en la referencia al 2° o 3° nivel para la realización de lisis. En relación a la provisión de hormonales, todos los efectores encuestados cuentan con registros de la población bajo cobertura, por lo que en principio sería relativamente simple planificar con anticipación las cantidades necesarias. En cuanto a la vasectomía, si bien ocurre lo mismo que con la lisis, la mayor barrera es la falta de difusión del método en la población general -situación que se encuentra su correlato en la dificultad de los equipos para la incorporación de la perspectiva de género en las prácticas en salud sexual.

³² Cabe preguntarse qué impacto tendrán estos déficits en la población masculina y trans, que además de ser las que presentan mayor incidencia de ITS (fundamentalmente, VIH) son, como se mencionara anteriormente, escasamente visibilizadas.

"EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL" Del Rosso

La insuficiente apropiación de la perspectiva de género hace que incluso el enfoque de derechos sexuales siga estando vinculado a la mujer y surja fundamentalmente en relación a las interrupciones legales del embarazo -tema en el cual muchos equipos sienten aún la necesidad de profundizar incluso habiendo sido abordado reiteradamente debido al desconocimiento legal y al alto recambio de participantes. En lo que hace a estas prácticas, si bien en el primer nivel se ha instalado el debate, se ha logrado la resolución exitosa de muchas las situaciones y se van aceitando los procesos, la existencia de objetorxs ilegales³³ tanto en los CS como en los hospitales de referencia y las dificultades para el acceso al misoprostol, siguen siendo obstáculos frecuentes. A los que se agrega la poca claridad que usualmente refieren los equipos en cuanto al circuito para la solicitud de la medicación y la actuación ante edades gestacionales mayores de 12 semanas (ya que aún persisten obstáculos en el 2° o 3° nivel. Ambas situaciones fueron ampliamente trabajadas en el colegiado de Granadero Baigorria (que se convocó fundamentalmente a partir de las inquietudes generadas por este tema) donde se diseñó y consensuó entre todos los efectores que participaban un protocolo para la atención de las ILEs, cuya socialización sería de gran utilidad entre el resto de los equipos de la provincia.

En relación a la objeción de conciencia es de resaltar el gran desconocimiento que existe sobre sus alcances e implicancias, lo cual entorpece no sólo el registro de objetorxs sino también el trabajo al interior del equipo, haciéndose reiterado el reclamo ante la falta de sanciones para lxs objetorxs ilegales. En este sentido, la acción multiplicadora de quienes participaban de los encuentros trasladó las discusiones a los equipos permitiendo hacer manifiesta la existencia de objeciones, y clarificando roles y funciones y generando consensos internos para que estas personas no dificultaran –e incluso, muchas veces agilizaran- el acceso a las prácticas. Por otra parte, es de resaltar lo expresado por varixs participantes del nodo Rosario que a partir de su participación en estos debates pudieron ir corriéndose de su lugar de objetorxs mediante la adquisición de conocimientos y la consolidación subjetiva de una mirada de la salud basada en los derechos³⁴. También es de remarcar que de aquellos equipos en que

³³ Se utiliza el calificativo de “objetorxs ilegales” para aquellas personas que, sin haber presentado una declaración jurada donde manifiestan los motivos de su objeción a alguna/s práctica/s en salud sexual, se niegan a facilitar el acceso a estas.

³⁴ Una situación que se repitió en todos los nodos y que ilustra un poco este aspecto, es lo ocurrido con las personas que se sumaron a partir de la mitad del proceso exponiendo una postura discordante con este marco: se *“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL” Del Rosso*

quedaron en evidencia los diferentes posicionamientos a partir de la discusión, sólo dos manifestaron que esto representara un obstáculo. En la mayoría de los casos mejoró o al menos no modificó el trabajo en grupo; lo cual despejó nuestra preocupación acerca de las dificultades que podrían generarse entre lxs trabajadorxs –y por ende, la debilitación de los equipos- ante la identificación de opiniones encontradas. Y nos permite confirmar la utilidad de este dispositivo para motorizar reflexiones que interpelen a los equipos de salud, fortaleciéndolos en su rol de garantes de los derechos sexuales³⁵. En este proceso lxs coordinadorxs de subregión -en los casos en que estuvieron presentes (Rafaela y Baigorria)- tuvieron un papel fundamental tanto en la legitimación de los acuerdos como en la agilización de demandas de los equipos. Su presencia y compromiso brindó un importante respaldo al espacio de reflexión y permitió reforzar la capacitación, ampliar la convocatoria a otros equipos y fortalecer el colegiado como espacio de gestión.

VIII. CONCLUSIONES

Los colegiados de co-gestión han generado un impacto altamente positivo en el fortalecimiento de las dinámicas de los equipos y el trabajo en redes, propiciando la consolidación de referentes que actúan como agente multiplicadores. Si bien se fortalecieron las redes de referencia en el primer nivel y entre este y los hospitales, aún persisten dificultades en la contrarreferencia.

El proceso de educación permanente se reveló además como un método propicio para despejar objeciones de conciencia a las prácticas en salud sexual. La presencia en estos encuentros de las autoridades nodales los legitima como espacios de gestión y fortalece los consensos generados.

Las instituciones educativas ofrecen oportunidades desaprovechadas. Es necesario generar estrategias consensuadas entre los ministerios de salud y de educación para despejar trabas

encontraron con un grupo de pares que daba la discusión a partir de argumentos sólidamente fundamentados en él, con gran claridad conceptual y práctica en relación a los procedimientos y que ya había comenzado a canalizar estas demandas en sus efectores.

³⁵ Cabe mencionar una situación donde si bien el equipo se vio fracturado ante los diferentes posicionamientos, el grupo que participaba en el colegiado actuó con seguridad y acorde a la ley, fortaleciéndose en el proceso a partir del apoyo de la coordinación del nodo.

“EL SABOR DEL ENCUENTRO: EVALUACIÓN DEL EFECTO DE LOS COLEGIADOS EN SALUD SEXUAL EN LA GESTIÓN LOCAL” Del Rosso

burocráticas que impiden la generación de ámbitos de trabajo conjunto entre escuelas y centros de salud.

La falta de oferta de vasectomía, los obstáculos en el 2° y 3° nivel para el acceso a los métodos quirúrgicos y el déficit o discontinuidad en el suministro de anticonceptivos hormonales orales e inyectables, son barreras habituales y que se presentan en aproximadamente la mitad de los efectores del nodo Santa Fe que participaron en los encuentros. La práctica de ILE sigue siendo un tema prioritario para la mayoría de los equipos, donde las dificultades para su implementación se deben principalmente a la presencia de objetorxs ilegales y al irregular suministro de misoprostol.

El ámbito en el que se desarrolla la consejería en salud sexual es la asistencia, y lxs profesionales de enfermería y obstetricia son quienes más interactúan con la población en la entrega de MAC.

Persisten déficits en la apropiación de la perspectiva de género, y temas como la salud del varón, la sexualidad no heteronormada, violencia (de género, bullying, doméstica) o abuso infantil no son visibilizados como prioritarios para el abordaje. Considerando las dificultades manifestadas por lxs participantes frente la complejidad de la actuación en estas situaciones - que por otra parte son muy habituales-, es necesario realizar actividades orientadas a sensibilizar a los equipos en relación a estos temas, y generar dispositivos para su acompañamiento.

IX. PROPUESTAS :

1. FORTALECER EL DISPOSITIVO DE COLEGIADO:

-incorporando al equipo de apoyo matricial a referentes de otras áreas del estado (Niñez y Adolescencia, Políticas de Géneros, Equipo de Educación Sexual Integral/ESI, etc) que permitan ampliar la apropiación de la perspectiva de género y derechos y la reflexión sobre los procesos de cuidado.

-garantizando la presencia de lxs referentes nodales en los encuentros como garantes de los acuerdos generados; y su compromiso a nivel territorial en la participación y ampliación de la

responsabilidad de los equipos, acompañando a lxs referentes y fortaleciendo los espacios de diálogo en los efectores.

-generando estrategias para legitimar y acompañar a lxs referentes y potenciar su efecto multiplicador a nivel local.

2. POTENCIAR LAS FORTALEZAS Y REDUCIR LAS DEBILIDADES EN EL ACCESO AL CUIDADO DE LA SALUD SEXUAL:

-legitimando y promoviendo las actividades extramuros de todxs lxs profesionales (trabajo comunitario, actividades de articulación con otras instituciones, participación de capacitaciones y espacios de reflexión, etc).

-clarificando e informando procesos e implicancias de la objeción de conciencia, y estableciendo sanciones ante situaciones de ilegalidad (obstaculización en el acceso a las prácticas en salud sexual).

-sistematizando, agilizando y monitoreando el suministro de misoprostol para la interrupción legal del embarazo, y la entrega de MAC.

-generando instancias de capacitación continua en ILE y MAC para lxs trabajadorxs con prácticas clínicas en salud sexual.

-garantizando la adecuada codificación de las prácticas de consejería en el sistema de registros.

XI. RELEVANCIA PARA LA MEDICINA GENERAL, EQUIPOS DE SALUD Y SALUD COLECTIVA:

Los colegiados de co-gestión en salud sexual constituyen ámbitos óptimos para el desarrollo de espacios de educación permanente. La incorporación en estos espacios del método Paideia, genera oportunidades para el diálogo que fortalecen la capacidad operativa de los equipos y posibilitan la detección de fortalezas y debilidades para promover en la población el acceso a recursos y prácticas para el cuidado de la salud sexual. Sin embargo, es necesario un compromiso político claro y constante para que los acuerdos y experiencias generados a partir de estas instancias se sostengan y multipliquen.

X. BIBLIOGRAFÍA

Granda, E. 2004. "¿A qué llamamos Salud Colectiva hoy?". Revista Cubana de Salud Pública 2004, Vol. 30-2. Pág. 1-19. Disponible a agosto de 2015 en <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/granda.pdf>

Merhy, Camargo Macruz Feuerwerker, Burg Ceccim. 2006. "Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud." Salud Colectiva 2006, 2 (2). Disponible a agosto de 2015 en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73120204>

Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, 2010. "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo". Disponible a agosto de 2015 en <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000588cnt-Cuadernillo-consejeria-2014-web.pdf>

Onocko Campos, R. 2002. "La gestión: espacio de intervención, análisis y especificidades técnicas." Universidad de Campinas. Disponible a agosto de 2015 en https://logicasinstitucionalescpo.files.wordpress.com/2013/03/9396615-onoko-la-gesti_n-traducido.doc

Sousa Campos, 1998. "El anti-Taylor: en relación con la invención de un método para cogobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso". Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(4):863-870,1998). Disponible a agosto de 2015 en <http://www.alames.org/documentos/antitaylor.pdf>

Sousa Campos, G. 1998. "Equipos Matriciales de Referencia y Apoyo Especializado: un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud". Disponible a agosto de 2015 en [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/EQUIPOS_MATRICIALES_DE_REFERENCIA_Y_APOYO_ESPECIALIZADO_UN_ENSAYO_SOBRE_REORGANIZACION_DEL_TRABAJO_EN_SALUD_%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/EQUIPOS_MATRICIALES_DE_REFERENCIA_Y_APOYO_ESPECIALIZADO_UN_ENSAYO_SOBRE_REORGANIZACION_DEL_TRABAJO_EN_SALUD_%20(1).pdf)

Sousa Campos, G. 2005. "Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud". Salud colectiva v.1 n.1. Universidad Nacional de Lanús Disponible a agosto de 2015 en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652005000100004&script=sci_arttext

ANEXO 1:

ENCUESTA PARA EL MONITOREO DE RESULTADOS DEL COLEGIADO EN SALUD SEXUAL

1. PERSONAS QUE RESPONDEN ESTA ENCUESTA (NOMBRE, APELLIDO Y CARGO)

2. Identificación del Efector de Salud.

Nombre:

Dirección:

Localidad:

Código Postal:

e-mail:

Hospital de referencia (SÓLO CENTROS DE SALUD):

Departamento:

Teléfono:

A- PARTICIPACION EN LOS ENCUENTROS DE COLEGIADO Y CONSOLIDACIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD

1. La participación en el colegiado, ha facilitado la definición de una misión (en relación a salud sexual) compartida entre quienes asisten a este, y el resto del equipo? SÍ / NO
2. ¿En el efector público de salud en el cual trabaja, se realizan reuniones de equipo?
NO / SÍ: ¿Con qué frecuencia? SEMESTRAL / TRIMESTRAL / MENSUAL / SEMANAL / SÓLO CUANDO SURGE ALGÚN CONFLICTO IMPORTANTE.
3. ¿Participan ustedes asiduamente en estas reuniones? SÍ / NO

4. ¿Considera que el colegiado de gestión como dispositivo, ha facilitado la instalación/consolidación de estas reuniones de equipo? SÍ/NO
POR FAVOR, FUNDAMENTAR BREVEMENTE LA RESPUESTA:
5. ¿En las reuniones de equipo se abordan temas vinculados con la salud sexual? NO/ Sí: ¿Cuáles?
6. En las reuniones de equipo en que se han abordado temas vinculados con la salud sexual: ha participado el resto del equipo (quienes no participaron del Colegiado)? SIEMPRE / HABITUALMENTE/ POCAS VECES / NUNCA.
7. En relación a los temas prioritarios agendados por el equipo...

	MUY DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	MUY EN DESACUERDO
Trabajamos sólo los temas priorizados desde otros niveles de la gestión (hospitales/efectores, nodo, direcciones, etc).				
Trabajamos sobre la urgencia, no hay espacios ni tiempo para discutir otras cuestiones.				
Hay personas muy motivadas en el equipo, pero en la dirección/coordiación del efector no existe voluntad para habilitar o sostener espacios de reflexión.				
Los espacios de reflexión en equipo son habitualmente postergados por la demanda asistencial.				
En nuestro efector el nivel de alienación laboral es muy grande, y todo el equipo está claramente desmotivado.				

8. La participación en el Colegiado: ha influenciado POSITIVAMENTE en la modificación de alguno de estos aspectos, en su efector/servicio?

ASPECTOS MEJORADOS DESDE LA PARTICIPACIÓN EN EL COLEGIADO:				
1. Articulación con efectores del 1° nivel (centros de salud)				
2. Referencia al 2° y/o 3° nivel.				
3. Contrarreferencia desde el 2° y/o 3° nivel.				
4. Definición de una misión compartida al interior del equipo.				
5. Participación de lxs trabajadorxs en las				

reuniones de equipo.				
6. Clima de trabajo al interior del efector				
7.Satisfacción laboral al interior del equipo.				
8.Identificación y priorización de problemas, compartida por quienes integran el equipo.				
9. Comunicación e información de cambios al interior del equipo.				
10.Participación de la dirección/coordinación del efector en los ámbitos de reunión del equipo.				
11.Consolidación del trabajo en equipo (interdisciplina).				
12. Aceptación e incorporación de los cambios necesarios para remover barreras en el acceso a la salud sexual.				
13.Claridad en los roles y responsabilidades de los integrantes del equipo.				
14. Identificación y consolidación de fortalezas del equipo para facilitar el acceso a la salud sexual.				
15.Incorporación de nuevos saberes en relación a la salud sexual.				
16. Democratización en la toma de decisiones al interior del equipo.				
17. Otras:				

9. Qué temas de los que se trabajaron en el Colegiado de Gestión les han interesado más?

10. Qué temas de los que se trabajaron en el Colegiado de Gestión considera necesario profundizar?

11. Qué temas de los que NO se trabajaron en el Colegiado de Gestión, considera que se necesitaría o le interesaría abordar?

12. Por favor, marcar con una cruz cómo evalúan los siguientes aspectos de estos encuentros:

ASPECTOS	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO
Bibliografía y material didáctico entregado				

Contenido teórico de los encuentros				
Coordinación				
Organización				
Clima de trabajo				

B. SOBRE LAS CONSEJERÍAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

1. Existe un espacio, dentro de los servicios de salud, destinado para entrevistas, asesoramiento y/o consejería? **SÍ/ NO**

2. ¿Qué tipo de consejería y/o asesoramiento se realizan? (Marcar con una cruz la opción que corresponda).
 1. Métodos Anticonceptivos
 2. Embarazo no deseado- Interrupción legal del embarazo (ILE)
 3. VIH/Sida
 4. ITS
 5. Violencia (violencia de género /violencia sexual/ bulling).
 6. Diversidad sexual.
 7. Otros:

¿Qué profesionales y/o actores intervienen? (Mencionar nombre y apellido).

1. Médicxs
 2. Enfermerxs
 3. Trabajadorxs Sociales.
 4. Psicologxs.
 5. Ginecologxs
 6. Sexologxs
 7. Referente de Organizaciones de la Sociedad Civil.
 8. Otrxs
-
3. ¿Se promueven jornadas y/o talleres con la ciudadanía para fomentar actitudes saludables en relación a la sexualidad? **NO/ SÍ: ¿Qué temas se han abordado?**

 4. ¿El personal de Salud, recibe capacitación actualizada? **NO / SÍ: ¿Dónde?**

 5. ¿Tienen disponibilidad de herramientas y/o piezas comunicacionales sobre las temáticas que asesoran y/o abordan en las consejerías (afiches, folletos, preservativos, dildos, vulvas,etc?) **NO /SÍ: ¿Cuáles?.....**

6.1 .¿Considera que son suficientes? SI / NO: Por favor, mencionar cuáles creen que hacen falta:

6. ¿Existen un equipo de Trabajo en VIH/SIDA? NO / Sí: ¿Como está compuesto ese equipo?

7. ¿Se promueven jornadas y/o talleres específicos sobre prevención de VIH/SIDA?

C. SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

1. Existe en su efector/servicio, un registro, fichero o planilla de usuarios de MAC?

2. En el servicio de salud en el cual trabaja ¿cuenta con los siguientes métodos anticonceptivos?

1. Anticonceptivos monofásicos: Sí / NO:¿Por qué?
2. Anticonceptivos para la Lactancia: Sí / NO:¿Por qué?
3. Anticoncepción de emergencia Sí / NO:¿Por qué?
4. Anticonceptivos Inyectables: Sí / NO:¿Por qué?
5. DIU: Sí / NO:¿Por qué?
6. Preservativos: Sí / NO:¿Por qué?

3. Se realiza COLOCACIÓN DE DIU? Sí / NO:¿Por qué?

3.1 ¿Existen requisitos previos para la colocación? NO. Si....
¿Cuáles?.....

4. ¿Cuentan con DISPENSER DE PRESERVATIVOS? Sí / NO: Por qué?

5. ¿Cómo accede la persona a la AHE? (quién la entrega y en qué momento?)
.....

6. Existe un circuito ágil en la referencia para realizar ligadura tubaria y/o vasectomía?

Sí / NO: Por qué?

7.¿Quién entrega los insumos anticonceptivos a las personas en el efector? (Marque con una cruz según corresponda): Medicx – Farmaceuticx- Enfermerxs- Todxs ellxs - Otros:

8. SÓLO HOSPITALES: El efector cuenta con KIT para profilaxis pos-exposición no ocupacional (para casos de violencia sexual)? SÍ / NO: por qué?

9. ¿A qué cantidad de población prestan servicios de salud sexual y reproductiva en su efector? (población bajo cobertura)

D. ARTICULACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES U ORGANIZACIONES.

1. El efector de Salud ¿Articula con alguna ESCUELA del territorio? NO / SÍ (si marcó NO, pasar a pregunta 2)

SI MARCÓ SÍ:

1.1. Cuál/es?

1.2. ¿ De qué nivel educativo es? Inicial. Primario. Secundario.

1.3. El efector de Salud: ¿Mantiene vínculos y/o actividades con esta/s escuelas? NO / SÍ: ¿De qué tipo?

2. El efector de Salud ¿Articula con alguna ORGANIZACIÓN CIVIL O ESTATAL del territorio? NO / SÍ (si marcó NO, pasar a pregunta 3)

SI MARCÓ SÍ:

2.1. ¿Cuál es?

2.2. ¿Conoce su misión? ¿Cuál es?

2.3. ¿Participa en esa organización?

2.4. El efector de Salud: ¿Mantiene vínculos y/o actividades con estas instituciones u organizaciones? NO / SÍ: ¿De qué tipo?

3. El efector de Salud: ¿Mantiene vínculos con OTROS EFECTORES DE SALUD? NO / SÍ: ¿De qué tipo?

3.1. ¿Realizan y/o planifican actividades conjuntamente? NO /SÍ.

ANEXO 2:

DETALLE POR NODO DE LOS OBSTÁCULOS ENCONTRADOS PARA EL ACCESO A ANTICONCEPCIÓN E INTERRUPCIÓN LEGAL DEL EMBARAZO, EN LOS EFECTORES QUE PARTICIPARON DE LA ENCUESTA DE RELEVAMIENTO DE LOS COLEGIADOS DE CO-GESTIÓN EN LA PROVINCIA DE SANTA FE DURANTE EL AÑO 2014.

NODO SANTA FE (16 EFECTORES):

Los métodos con los que mayor discontinuidad presentan son los hormonales inyectables (fundamentalmente trimestrales) y orales; en dos efectores de Santo Tomé, esto también se presenta con la anticoncepción de emergencia. En 9 casos mencionan dificultades en la provisión del test rápido de embarazo.

En el hospital Iturraspe, no entregan MAC por directiva (verbal) de la farmacia y tampoco cuentan con dispenser de preservativos. En Santo Tomé, el principal obstáculo lo constituyen los objetores de conciencia.

En cuanto a los métodos quirúrgicos, todos coinciden en que la vasectomía no es un método solicitado por la población; en más de la mitad de los casos (n= 10) refieren dificultad para realización de lisis, fundamentalmente por obstáculos en la articulación con el 2° o 3° nivel (n=9) y en uno de ellos, por la presencia de objetores de conciencia.

En más de un tercio de los efectores no se colocan DIU (n=6): en 2 por falta de personal capacitado (n=3), por dificultades edilicias, o por motivos no explicitados completamente (Sauce Viejo: “la ginecóloga no los coloca en el centro de salud” -¿se deriva al 2° o 3° nivel?); en uno de los casos refieren que si bien se coloca, se ve dificultado por objetores de conciencia. En los efectores de La Costa y en Callejón Roca, se solicita PAP y ecografía ginecológica para su colocación. En 4 de ellos mencionan discontinuidad en la provisión de DIU.

En cuanto a la AHE, el mayor obstáculo es la falta del insumo (en uno de los casos, también la presencia de objetores de conciencia) ya que en todos los efectores son varixs lxs trabajadorxs que están habilitadxs para entregarla.

En 6 de ellos existen barreras para el acceso a ILE: discontinuidad en el acceso al misoprostol, falta de capacitación y obstaculización por objetores de conciencia son las causas mencionadas.

NODO RAFAELA (4 EFECTORES):

En cuanto a los métodos anticonceptivos, usualmente no existen mayores obstáculos para el acceso (incluidos los métodos quirúrgicos, donde en un solo caso se perciben obstáculos en el 2do-3er nivel). En uno de los efectores, aún se solicita PAP para posibilitar el acceso al DIU.

La vasectomía usualmente no es solicitada.

Las interrupciones legales del embarazo, suelen estar obstaculizadas por prejuicios y desconocimiento entre el personal de salud, o entre las usuarias del CS (no la solicitan).

NODO ROSARIO (8 EFECTORES):

Cuentan con todos los métodos anticonceptivos, aunque uno de los CS menciona que son escasos los hormonales inyectables. Sin embargo, casi la mitad (n=3) no tiene dispenser de preservativos.

En cuanto a los métodos quirúrgicos, dos de los efectores refieren dificultades en el 2do nivel, ya sea por lo diferido de los turnos para la cirugía o por barreras para el acceso de mujeres jóvenes. En todos los efectores colocan DIU, aunque dos de ellos solicitan test rápido de embarazo.

No se indagó sobre obstáculos en el acceso a interrupciones legales del embarazo.

NODO RECONQUISTA (2 EFECTORES):

Los métodos con los que mayores dificultades existen son los quirúrgicos, debido a obstáculos en el 2° y 3° nivel (2), y los inyectables trimestrales por discontinuidad (2). La vasectomía no suele ser solicitada por la comunidad (2). Ninguno cuenta con dispenser de preservativos.

En cuanto a la práctica de ILE, sólo en uno de los casos refieren que es obstaculizada por objetorxs de conciencia.