

“Gestionando el derecho a decidir”  
La experiencia del Programa de Salud Sexual del Municipio  
de General San Martín

Relato de experiencia vinculado a la gestión –  
administración de servicios de salud  
Inédito

Autores:  
Pérez, Andrea Mariel (Médica Generalista)  
Williams, Ricardo Leonardo (Residente Medicina General)

Programa de Salud Sexual, Municipalidad de General San Martín  
25 de Mayo 2091, San Martín, Provincia de Buenos Aires. CP 1650.

11-54617268

ssyr.sanmartin@gmail.com

Septiembre 2016

## **Introducción**

El presente trabajo relata la experiencia en gestión llevada a cabo desde el Programa Municipal de Salud Sexual del Municipio de General San Martín (MGSM), en el periodo comprendido entre Junio de 2015 y Mayo de 2016.

## **Contexto**

El Municipio de General San Martín forma parte del aglomerado urbano conocido como Gran Buenos Aires. La población estimada por el INDEC en el 2010 fue de 422.830 habitantes.

En las últimas décadas del siglo XX, el proceso de desindustrialización condujo inevitablemente al desempleo y la pauperización de grandes estratos de la población. A los antiguos barrios obreros, en proceso de precarización relativa, se le sumaron así los asentamientos y villas que crecieron en cantidad de habitantes de modo exorbitante y constante a partir de fines de los años 1970, ubicándose la mayoría de ellos en el área aledaña a la cuenca del río Reconquista.

El municipio cuenta con 18 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) , siendo dos de ellos sede de Residencias de Medicina General (RMG), 1 centro de rehabilitación psicofísica, 1 centro de salud mental, 1 hospital municipal de referencia, 2 hospitales locales de baja complejidad y 2 hospitales provinciales.

La gestión municipal en el área salud cuenta en su organigrama con una dirección de atención primaria de salud, y otra dirección de programas y promoción de la salud.

El Programa de Salud Sexual está incluido en la esfera de esta última dirección, el mismo al momento del inicio de las actividades aquí relatadas funcionaba como anexo del Programa Materno Infantil, realizando solamente actividades de registro estadístico y distribución de insumos.

En ese contexto se convoca desde la municipalidad a dos trabajadores (con una carga horaria de 12 horas semanales pagas para uno de ellos en principio, con la posibilidad de

contratación del otro en similares condiciones a futuro) para comenzar a planificar y desarrollar el programa.

### **Marco teórico**

La salud sexual reproductiva y no reproductiva, requiere un abordaje centrado en el respeto de los derechos humanos, de la diversidad sexual e identidades de género y de la autonomía de las/los sujetos como marco fundamental para el diseño y la gestión de intervenciones en salud.

En la Argentina, las políticas públicas orientadas a garantizar y promover los derechos sexuales tienen antecedentes recientes.

La sanción de la Ley 25673/2 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, sienta un precedente fundamental en la materia inaugurando a partir del 2003 un período de conquistas y avances legislativos.

Por su parte, la salud sexual y reproductiva se configura históricamente como un campo complejo atravesado por múltiples tensiones: ideológicas, teóricas, políticas. Dichos “atravesamientos” intervienen en las prácticas cotidianas que llevan adelante las/los diferentes actores sociales en sus ámbitos y territorios concretos y que requiere por tanto, de una mirada amplia y un abordaje interdisciplinario.

Los derechos sexuales son aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar de una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos mientras que los derechos reproductivos involucran la posibilidad de decidir en forma autónoma, responsable y sin discriminación si tener o no tener hijos, el número de los mismos y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se debe disponer de información suficiente y los medios adecuados.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos, en tanto derechos humanos, tienen las características propias de estos; es decir, son universales y como tales la responsabilidad de respetarlos, de garantizarlos y de prevenir su vulneración corresponde a las instituciones del Estado.

En este sentido, las instituciones del sistema de salud juegan un papel fundamental. El modelo tradicional de abordaje de la salud sexual por parte de los equipos de salud suele implicar estrategias de control en relación al acceso a la atención o a los recursos, ideas de normalidad asociadas a la heterosexualidad, concepciones de la sexualidad fuertemente unidas a su función reproductiva, entre otras vulneraciones sistemáticas al respeto de la autonomía de las/los pacientes.

Creemos que este modelo, que implica un saber normalizador hegemónico, centrado en la práctica profesional médica en detrimento de otras disciplinas, se muestra insuficiente para enfrentar los retos de la atención de la salud sexual y la salud reproductiva en la actualidad.

De esta manera todas/os las/los integrantes del equipo de salud se encuentran ante la necesidad de instrumentar formas de atención transformadoras que aproximen a las personas usuarias al cumplimiento de sus derechos y que permitan, además, mayor satisfacción profesional en la tarea diaria.

A tal fin consideramos que nuestro modelo de atención debe desarrollarse con un criterio de clínica ampliada (Souza Campos, 1997), es decir una atención centrada en las personas reales, donde son contempladas la dimensión social y subjetiva de la salud. En otras palabras la atención de la salud incluye al problema, al contexto y al propio sujeto.

De igual manera consideramos prioritario el desarrollo de modelos de gestión del personal de salud que permitan realizar un “doble trabajo” (Souza Campos, 1998). Por un lado asegurar el cumplimiento del objetivo primario de cada organización – en nuestro caso, la producción de salud- y por otro, al mismo tiempo, estimular a las/los trabajadoras/es a ampliar su capacidad de reflexión, de cogestión y , en consecuencia, de realización profesional y personal.

## **Primer momento: Diagnostico de situación**

Antes de iniciar la planificación general y el diagnostico de situación nos planteamos como prioridad los siguientes objetivos generales y específicos para el programa:

### Objetivo General

- Favorecer el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la población del municipio de San Martín y zonas de influencia.

### Objetivos específicos

- Aumentar la accesibilidad a la información y a los métodos anticonceptivos en la población.
- Favorecer la atención integral en Salud Sexual centrada en las personas.
- Disminuir el impacto de los embarazos no deseados en la salud de la población.
- Generar información estadística local para planificación y evaluación de las intervenciones.

Como primera medida decidimos realizar un diagnóstico de la situación del abordaje de la salud sexual en los efectores municipales, a partir de entrevistas con los implicados en la gestión municipal y provincial, y de la visita a cada efector de salud municipal para sostener encuentros con directores y trabajadores que estuvieran implicados en el área. (Ver Anexo 1).

El objetivo general de este primer momento fue el de conocer los equipos de trabajo en los efectores y obtener información actualizada de la situación local en temas como: servicios brindados en salud sexual , su organización y barreras a la accesibilidad; asesoramiento y acompañamiento en embarazo no deseado e interrupción legal del embarazo ( ILE); atención integral de personas trans ; actividades de promoción de la salud y trabajo comunitario vinculados a la temática ; registro y utilización de información estadística.

Desde el inicio se propuso a los trabajadores de los equipos un modelo de gestión participativo, donde se invitaba a cada equipo a trabajar conjuntamente en la construcción de los problemas y las intervenciones posibles, ubicándolos como protagonistas más que como ejecutores de decisiones tomadas en otro estrato de la gestión.

En paralelo coordinamos reuniones con referentes de otras áreas de gestión municipales para articular y realizar una planificación conjunta de actividades, entre ellos con el Programa de HIV, Programa Materno Infantil, Programa de Salud Escolar, Dirección de Juventud (Secretaría de Desarrollo), Mesa de Violencia de Género (Secretaría de Desarrollo).

A nivel regional se concretaron reuniones con el Programa de Salud Sexual de la provincia de Buenos Aires y de la Región Sanitaria V para trabajar de manera coordinada con los mismos.

Consideramos fundamental el haber tejido redes, también desde este primer momento, con Socorristas en red (1) y participar activamente en la Red de Profesionales por el derecho a decidir (2).

De este primer diagnóstico se obtuvieron algunas conclusiones generales que orientaron la planificación de las actividades subsiguientes:

- Todos los efectores de salud brindaban servicios de anticoncepción y colocación de DIU, pero la accesibilidad, el sistema de entrega y registro, y el abordaje eran muy heterogéneos.
- El personal no médico desarrollaba un papel fundamental en el acceso real al método anticonceptivo pero la mayoría de las veces no contaba con un apoyo institucional para tal tarea (por ejemplo con horas definidas para tal actividad, para planificación o para capacitación, etc.)
- Los principales obstáculos a la accesibilidad que pudimos recabar estaban referidos a: falta de recurso humano; falta de capacitación y actualización de las/los

profesionales de la salud; barreras burocráticas y administrativas, condicionantes “morales” de las/los trabajadoras/es de la salud.

- Las actividades extramuro más frecuentemente realizadas en salud sexual por los equipos eran los talleres de métodos anticonceptivos (MAC) en escuelas públicas de la zona.
- La orientación y acompañamiento en embarazo no deseado se concentraba en pocos centros de salud que absorbían toda la demanda y no recibían acompañamiento municipal. Muchos efectores no ofrecían ninguna respuesta.
- El acceso al misoprostol para la interrupción legal del embarazo (ILE) (3) resultaba dificultoso debido a que el mismo presenta un elevado valor en el mercado, y no era garantizado por el estado; de esta manera su costo debía ser cubierto por la usuaria/o. Algunos CAPS no entregaban receta para la compra del mismo.
- Ningún hospital del área municipal realizaba interrupciones legales del embarazo vinculadas al causal salud en su sentido integral y el acceso para interrupciones vinculadas al causal violación era dificultoso. El hospital municipal continuaba resolviendo las ILE y abortos en curso con legrado, y no con aspirado manual endouterino (AMEU) (4).
- El recurso ecográfico municipal era escaso y con demoras, por lo que la mayoría de las ecografías pre y pos aborto y para control de DIU eran realizadas en el subsistema privado de salud, constituyendo gasto de bolsillo para la usuaria/o.
- No existía un sistema de registro/pedido de insumos unificado entre los efectores y el programa.
- La información sobre la oferta de servicios (colocación de DIU, ligadura tubaria, entrega de MAC a demanda, espacios de salud sexual, talleres, consejerías en embarazo no deseados, etc.) no se encontraba centralizada ni difundida.
- Gran parte de los servicios de salud sexual brindados por medicas/os provenían de residentes o egresadas/os de las residencias de medicina general del municipio.
- Existían situaciones de violencia institucional, discriminación y maltrato en algunos efectores municipales.

- La atención integral en diversidad sexual se concentraba únicamente en el “Consultorio de Diversidad” desarrollado de manera semanal en uno de los hospitales de baja complejidad.
- La comunicación entre el primer y el segundo nivel de atención era deficiente, sin circuitos adecuados de referencia y contrareferencia.

## **Segundo momento: Intervenciones para favorecer la garantía de los derechos sexuales y reproductivos (DSyR)**

En base al diagnóstico realizado, delineamos un plan de acción inicial de acuerdo a nuestros objetivos previos. El mismo consistió en actividades que pueden organizarse esquemáticamente a fin de facilitar su relato en aquellas dirigidas a:

1. La organización de los servicios y recursos para favorecer la accesibilidad (5) de la población a los mismos.
2. El inicio de un proceso de educación permanente (6) del recurso humano, con la intención de constituir equipos de trabajo con un enfoque crítico y transformador para el cambio institucional.

### **Gestión de recursos e información**

Organización de la oferta de servicios

A partir de la información obtenida construimos una “Guía de Recursos” (Ver Anexo 2) con los servicios prestados en cada efector, a fin de ser distribuida al resto de los efectores, a la población general y a distintas instituciones y organizaciones barriales.

Para difundir esta y otras informaciones creamos una página en la red social Facebook, para favorecer la comunicación directa con las/los usuarias/os.

A su vez se constituyeron circuitos de referencia-contrareferencia entre el 1er y 2do nivel para dar respuesta a algunas demandas específicas. De esta manera se garantizó la disponibilidad de turnos directos desde los CAPS al Hospital para ecografías pre y pos aborto y para control de DIU, sin demora mayor a una semana. A su vez se gestionaron circuitos directos entre el primer y segundo nivel para ligadura tubaria y vasectomía.

Asimismo se propuso y se acompañó a los efectores en la conformación de “Espacios de consejería en salud sexual”, de acuerdo a las propuestas y lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación (7). Estos espacios brindan atención integral, con frecuencia semanal,

con la modalidad de taller y de demanda espontánea con el objetivo de favorecer la accesibilidad a la consulta y a la información.

Para facilitar esta tarea se confeccionó y distribuyó un “Carnet para la entrega de métodos anticonceptivos” (Ver Anexo 3) unificado para todo el municipio tomando como modelos los carnets y ficheros cronológicos que ya funcionaban de manera satisfactoria en algunos CAPS. El carnet es entregado y llenado por personal capacitado en consejería en MAC y garantiza la entrega anual del método elegido en cualquier efector del municipio.

#### Información estadística

Constituimos planillas para registro de entrega de MAC en los efectores locales, a fin de generar información estadística local e indicadores de cobertura (8).

Además se actualizaron los códigos de registro del actual sistema de turnos unificado municipal para obtener información más precisa y detallada de las hojas de atención de las/los profesionales, respecto a las prácticas referidas a la salud sexual.

Se unificó un instrumento para el registro de ILE (historia clínica), a fin de facilitar la atención integral y de calidad, y de contar con información estadística local referida a esta demanda específica (ver anexo 4).

#### Garantía del derecho a ILE

Se trabajó de manera conjunta con el Programa Provincial y la Región Sanitaria, poniendo en agenda municipal la problemática de los embarazos no deseados.

Se realizaron capacitaciones orientadas a la “sensibilización” de los trabajadores en relación al derecho a la ILE, al marco legal y al uso de misoprostol para los equipos de salud, y se formaron equipos de consejerías en distintos CAPS con asesoramiento continuo por parte del programa.

Participamos activamente en la constitución del “Comité de aborto no punible” del hospital municipal, a la vez que acompañamos y gestionamos las derivaciones al segundo nivel, en los casos en que esto fue necesario.

Formamos parte activamente de la Red de profesionales por el derecho a decidir y trabajamos de manera conjunta con Socorristas en Red y otras organizaciones, para el trabajo en red con quienes garantizan el derecho a la ILE en nuestro territorio.

Por último habilitamos la posibilidad de recibir quejas y denuncias de las usuarias por malos tratos y vulneración de derechos (ya sea personalmente en la sede del programa, vía correo electrónico, o vía redes sociales), elevando las mismas al Programa de Salud Sexual de la Provincia de Buenos Aires.

### **Formación y capacitación de equipos de salud sexual**

Realizamos capacitaciones en derechos sexuales y reproductivos y en uso de métodos anticonceptivos para personal no médico de todos los centros de atención primaria del municipio, con una duración total de 32 horas cátedra, distribuidas en 8 encuentros de 4hs. cada uno (Ver Anexo 5).

Asistieron a los mismos más de 150 personas, entre ellos trabajadores de los equipos de salud (principalmente psicólogas, enfermeras, trabajadoras sociales, promotoras de salud, personal administrativo), miembros de diversas organizaciones del territorio, de otras instituciones públicas (principalmente del campo educativo) y vecinos.

El objetivo de los mismos consistió en conformar equipos de trabajo abocados a promover una práctica centrada en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, centrada en la/el usuario y su derecho a decidir, además de brindar capacitación técnica en lo referente a anticoncepción y fomentar el tejido de redes locales (Ver Anexo 6).

Los encuentros fueron regionalizados, dividiendo en cuatro áreas al municipio, ofreciendo la posibilidad de un trabajo en conjunto por realidades similares y cercanía geográfica. Los mismos se llevaron a cabo con sede en distintos CAPS, realizando una convocatoria previa

abierta a organizaciones territoriales y otras instituciones interesadas en el campo, a fin de propiciar un espacio de encuentro, como puntapié inicial para el trabajo en red.

A partir de los mismos se propuso la creación de proyectos de intervención llevados adelante por el mismo personal capacitado, de acuerdo a las distintas realidades locales, con la posibilidad de articular entre los distintos efectores y las otras instituciones participantes.

Se estableció una plataforma digital para compartir las fuentes bibliográficas actualizadas y redes sociales para la difusión de actividades, capacitaciones y recursos disponibles para la atención (entre ellos la creación de instrumentos para favorecer la consejería a trabajadores de la salud que no fueran profesionales médicos).

A partir de la identificación de nuevos problemas emergentes surgieron distintas demandas de capacitación por parte de las/los participantes, de esta forma, se realizaron sucesivos encuentros de actualización en temas específicos: con enfermeros de guardia en temas de salud sexual (anticoncepción de emergencia, violencia sexual y acceso a ILE), capacitación en colocación de implantes subdérmicos para residentes de medicina general, identificación de barreras a la accesibilidad a MAC para profesionales de la salud.

Además organizamos encuentros en conjunto con la Dirección de Juventud y con la Dirección de Discapacidad, para difundir y debatir los derechos sexuales y reproductivos con las/los participantes de diferentes espacios de recreación municipales. Concurrieron a los mismos más de 50 adolescentes y adultas/os jóvenes.

## **Tercer momento: Resultados y conclusiones**

### **Resultados**

Consideramos que el tiempo de ejercicio en la gestión ha sido breve, posibilitando en principio el desarrollo inicial de intervenciones que favorecen la accesibilidad de las/los usuarias/os al ejercicio de sus derechos sexuales.

En este sentido queremos destacar algunos resultados.

Al inicio de la gestión, de los 18 CAPS municipales, solo 4 contaban con espacios específicos de Consejería y Atención en salud sexual de acuerdo a la modalidad propuesta, la mayoría sin participación de disciplinas no médicas, limitando ello el abordaje integral de las/los usuarias/os.

Este número, luego de las intervenciones relatadas se amplió a 11.

En relación a la garantía del acceso a ILE, se constituyeron nuevos equipos de trabajo, pasando del número inicial de 6 equipos, a contar en la actualidad con la atención integral en ILE en 11 de 18 CAPS. Se consolidó, además, un sistema de derivación oportuna en aquellos efectores que no cuentan con trabajadores abocados a esta temática.

A partir de las iniciativas surgidas a partir de las capacitaciones y de la constitución de nuevos equipos de trabajo, se instituyó una “Mesa Local en Salud Sexual”, que se reúne con periodicidad bimensual. La misma está destinada al acompañamiento y asesoramiento de los distintos equipos conformados, y a la resolución de nuevos emergentes y necesidades en los mismos.

Otro logro importante consistió en generar y sostener circuitos de referencia y contrareferencia entre el primer y segundo nivel de atención, aunque con resultados disímiles.

La consolidación de un circuito para el acceso a ecografías sin dilación facilitó el accionar de los trabajadores del primer nivel, y disminuyó considerablemente la necesidad de que

las usuarias accedieran a tal práctica en el sistema privado. El mismo se sostiene sin mayores inconvenientes desde que fue propuesto por el programa.

En oposición, los circuitos para la derivación al segundo nivel para ligadura tubaria y/o vasectomía presentan mayor demora y exigen al programa un accionar constante en pos de garantizar tal derecho, con dificultades a la fecha para lograr una situación estable que garantice el acceso.

La construcción de indicadores de cobertura en anticoncepción fue dificultosa en el periodo relatado, debido a un sistema de consolidación de la información entre efectores y programa que prácticamente no existía al inicio de la gestión, y que, si bien pudo mejorar notablemente durante el proceso relatado, no alcanza en la actualidad a brindar aun información estadísticamente confiable y relevante ( debido a que no todos los efectores envían la información solicitada en tiempo y forma, y que en periodo de registro adecuado de la información es aún muy breve).

Sumado a ello, consideramos que el tiempo de ejercicio es aun acotado para traducirse en un impacto en indicadores de cobertura, si bien apostamos a que tal objetivo se lograra de sostenerse las políticas iniciadas en este periodo.

## **Conclusiones**

Se intentó establecer una gestión cercana a los equipos de salud de cada efector orientada a potenciar prácticas centradas en la población, que garanticen el derecho al pleno disfrute de la sexualidad y la absoluta autonomía sobre los cuerpos.

Para alcanzar este objetivo se trabajó en un proceso de aprendizaje y trabajo conjunto a largo plazo y permanente. Comenzando con un diagnóstico de situación y entablando un proceso de comunicación continua, lo que nos dio la posibilidad de direccionar las intervenciones de acuerdo a una definición de problemas y un diagnostico situado en su práctica cotidiana.

Priorizamos el personal no médico de los centros de asistencia, por entender como parte fundamental de este proceso la socialización de la información y la necesidad de arrebatar el poder y el control sobre las decisiones al saber médico hegemónico. Reivindicando de esta forma también la enorme labor de otras/os trabajadoras/es frecuentemente desplazados de los procesos de aprendizaje y elaboración de proyectos, así como de la toma de decisiones.

En el programa de capacitación se fomentó el aprendizaje a partir de situaciones de la vida cotidiana, reconociendo el potencial educativo y transformador del análisis crítico de las mismas. Ello supone tomar a las situaciones diarias como “palanca” del aprendizaje, analizando reflexivamente los problemas y valorizando el propio proceso de trabajo, colocando a los sujetos como actores reflexivos y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores pasivos de información.

De esta forma lo que se busca es acompañar el aprendizaje individual y la adquisición de nuevas capacidades con un “aprendizaje” institucional. En otras palabras lo que se procura son “cambios en los modelos de atención y de participación, lo que representa una transformación en las reglas de juego de las instituciones”(Davini, 1995).

Consideramos que los cambios de paradigmas de trabajo y de lógicas institucionales conllevan tiempo y constancia. Que es dificultoso romper con lo establecido y perder privilegios. Pero también entendemos que estos equipos no pueden continuar obstruyendo el pleno ejercicio de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos de la población en base a conceptos morales y conservadores.

En nuestro país existen notorios avances en el campo de la salud sexual y reproductiva, particularmente en la esfera legislativa a partir de la implementación de distintas leyes en los últimos 15 años. Sin embargo, la garantía efectiva de tales derechos, exige que más allá del marco jurídico-normativo vigente, se implementen políticas públicas tendientes a saldar la brecha entre el discurso y la realidad cotidiana de los usuarios del sistema de salud.

Creemos que nuestra experiencia de trabajo relata las fortalezas y dificultades encontradas en el intento de saldar esa brecha en el ámbito municipal.

La principal fuerza del modelo de gestión desarrollado consistió en la aceptación por parte de los miembros de los equipos de salud implicados, quienes hicieron propia la propuesta de participación en la planificación y la construcción conjunta de los proyectos de intervención y educación, entendiendo la potencia de un proceso creativo y transformador tanto en su tarea cotidiana como en su relación con la población con la que trabajan. De igual manera se contó con el apoyo y el compromiso de la mayoría de los directores de los efectores del primer nivel de atención, de muchos trabajadores y de miembros de la comunidad y distintas organizaciones territoriales comprometidos con la salud y los derechos de la población.

Queremos agradecer y reivindicar aquí el papel llevado a cabo por las organizaciones feministas que trabajan en cada uno de los territorios, quienes garantizan el derecho a la ILE entre otros, allí donde el estado no tiene la voluntad política de hacerlo, ni lo considera una prioridad en la agenda pública.

Todo proceso que se pretenda transformador de las lógicas hegemónicas imperantes en las instituciones de salud debe saber de antemano que encontrará algunas dificultades, allí donde los actores que detentan el poder sean interpelados. De esta manera no sorprenden cuales fueron las principales dificultades encontradas durante el recorrido aquí relatado.

La intención propuesta de un modelo de atención y organización de los servicios centrada en los usuarios, antes que en los profesionales, y el respeto pleno de su autonomía, encontró numerosas barreras por parte de algunos profesionales médicos. En algunos casos se consiguieron acuerdos “mínimos” para el trabajo conjunto y en otros fue imposible lograr construir criterios comunes. En estas ocasiones, solo fue posible buscar aliados entre otros trabajadores, fundamentalmente de otras disciplinas.

Otra amenaza importante para el desarrollo y la continuidad del proyecto fue la relación con el nivel central de la gestión municipal, en varios sentidos.

Por un lado un posicionamiento ambiguo respecto a uno de los principales problemas en el campo de la salud sexual, el acceso a la ILE, donde fue a nuestro entender, insuficiente la voluntad política de darle un lugar prioritario en la agenda, a pesar del trabajo en este sentido del programa y gran parte de los equipos de salud de los CAPS.

De igual manera queremos enfatizar las dificultades referidas al presupuesto destinado a la acción del programa, donde finalmente solo se contrató a uno de los participantes de este proyecto.

Esta realidad es en la actualidad una amenaza que limita la posibilidad de continuar con los procesos iniciados, y la profundización de las líneas de trabajo esbozadas.

A pesar de estas dificultades, creemos profundamente que la garantía del derecho a la salud exige una modificación sustancial de los modelos de atención imperantes en las instituciones, en favor de un paradigma donde la atención este centrada en la persona, su subjetividad y su contexto, independiente de la moral disciplinar médico-hegemónica.

A tal fin consideramos estratégico la implementación de modelos de gestión que impliquen a los trabajadores y su comunidad como sujetos activos, informados, con la posibilidad de crear y transformar su quehacer cotidiano para favorecer su realización personal, el desarrollo de su potencia y la responsabilidad inherente al respeto del derecho a la salud de las poblaciones a las que asisten.

## Notas

(1) “Socorristas en Red” nuclea a numerosas organizaciones feministas que comparten el activismo por el acceso al aborto seguro. Se definen a sí mismas como “...activistas feministas que armamos Socorros Rosas. Tomamos este nombre en clave genealógica, inspiradas ineludiblemente en los acompañamientos de las feministas de las décadas del ‘60 y del ‘70. En particular los de las italianas, pero también de las francesas y de las estadounidenses, quienes generaron espacios de consejerías y acompañamientos para mujeres que necesitaban practicarse un aborto desafiando así las imposiciones del heteropatriarcado [...]Nos articulamos para pasar información y acompañar a mujeres que deciden abortar. Para que lo hagan de manera segura. Para que atraviesen esta decisión acompañadas y cuidadas. Mientras hacemos socorristos, aprendemos de y con las mujeres de la experiencia de abortar con misoprostol.”

(2) La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir, está integrada como su nombre lo indica, por profesionales de distintas disciplinas comprometidos con la garantía de los derechos sexuales reproductivos y no reproductivos. En su “Carta Pública” se definen de la siguiente manera: “Somos profesionales de la salud de varias generaciones. Somos lxs que hacemos la atención directa, cara a cara, en cada territorio de nuestro país: en los centros de atención primaria de la salud, en los hospitales, en las giras médicas. Somos el eslabón más concreto de la política pública, estamos allí donde las leyes y los programas de salud se convierten en derechos para las personas, o en el otro extremo, se vulneran.”

(3) La OMS en su publicación “*Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*” (2012) recomienda la utilización de misoprostol para la interrupción del embarazo con procedimientos medicamentosos, allí donde no se disponga de la combinación entre mifepristona y misoprostol, como es la situación de nuestro país.

(4) La práctica de ILE también puede realizarse mediante un procedimiento instrumental, ya sea de aspiración de vacío (AMEU) o por raspado o legrado uterino. La aspiración de

vacío presenta mínimas complicaciones, en comparación con las que pueden ocurrir con el raspado o legrado con cureta rígida (como la perforación uterina, lesiones cervicales y la posibilidad de generar sinequias uterinas) y está asociado a menor pérdida de sangre y dolor. De esta manera la OMS y el Ministerio de Salud de la Nación recomiendan que en aquellos lugares donde la práctica habitual es el legrado uterino se deben dirigir todos los esfuerzos a reemplazarla por la aspiración de vacío, a fin de mejorar la seguridad y calidad de la atención.

(5) Adherimos a la definición de accesibilidad como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de la una combinatoria entre las *“condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios”* (Stolkiner y otros (2000). Reforma del Sector Salud y utilización de servicios de salud en familias NBI: estudio de caso).

(6) El concepto de educación permanente utilizado hace referencia a aquel definido por M.C. Davini como: “[...]un importante giro en la concepción y en las prácticas de capacitación de los trabajadores de los servicios. [...] incorporando el enseñar y el aprender a la vida cotidiana de las organizaciones y a las prácticas sociales y de trabajo, en el contexto real en el que ocurren; colocando a los sujetos como actores reflexivos de la práctica y constructores de conocimiento y de alternativas de acción, en lugar de receptores...”

(7) Entendemos los espacios de consejería como “...un espacio de *encuentro* entre profesionales del equipo de salud y personas usuarias del sistema de salud, que tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de manera lo más consciente e informada posible.” (Consejerías en salud sexual y salud reproductiva, PNSSyPR, Ministerio de Salud de la Nación. 2014.)

(8) El indicador de cobertura que pretendimos utilizar es el conocido como “años protección pareja” (APP). El mismo estima la protección proporcionada a la población por los servicios de salud sexual durante el periodo de un año, a partir del volumen de métodos anticonceptivos distribuidos durante ese periodo. El APP se calcula multiplicando la cantidad de cada método distribuido a los usuarios por un factor de conversión en relación al tiempo de protección que cada método confiere.

### **Bibliografía**

Souza Campos G. La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada.1997.

Souza Campos G. El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso.1998.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), Ministerio de Salud de la Nación. Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. PROPUESTA DE DISEÑO, ORGANIZACIÓN E IMPLEMENTACIÓN. Agosto 2014.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR), Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Abril 2015.

Davini, M.C. Enfoque, problemas y perspectivas en la educación permanente de los recursos humanos de salud.

Davini, M.C. Educación Permanente en Salud, Serie PALTEX N° 38, OPS/OMS, Washington, 1995.

Comes Yamila, y otros. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. (2007)

## Anexos

### Anexo 1: Diagnostico de situación. Instrumento para el relevamiento.



MUNICIPALIDAD DE SAN MARTIN

PROGRAMA de SALUD SEXUAL

Centro de Salud/Hospital.....

Contacto.....

Fecha.....

#### RELEVAMIENTO DE RECURSOS

a) Quiénes entregan/colocan en el Centro de Salud/ Hospital (colocar nombre y apellido)

	Médicos	Enfermeras	Promotoras/otras
Anticoncepción de emergencia			
Preservativos			
ACO			
ACI			
DIU			
Implantes			

b) Quiénes realizan consejerías pre y pos aborto? (colocar nombre y apellido y días de atención)

- c) ¿Quién es el referente de Salud Sexual? CONTACTO
  
- d) ¿Quién realiza la estadística de entrega de MAC y Stock?
  
- e) ¿Como se realiza la entrega de MAC? Tienen un carnet para la entrega?
  
- f) ¿Hay alguien capacitado en atención LGTB? CONTACTO
  
- g) ¿Han tenido falta de insumos para colocación o entrega de métodos anticonceptivos? Cuáles?
  
- h) ¿Están interesados en capacitaciones para Médicos, Enfermeras, Promotores?
  
- i) ¿Hay profesionales interesados en capacitación en colocación de DIU? Cuentan con cajas de DIU? Esterilizador?
  
- j) ¿Se realizan talleres de SS en el Caps/hospital o extramuro? Detallar

Muchas gracias.

Atte. Andrea Pérez / Ricardo Williams

## Anexo 2: Guía de Recursos

### Distribución de los efectores de salud en el territorio de San Martín



### Consultorio de Diversidad Sexual

Todos los viernes de 16 a 20 hs - Hospital Fleming

# Programa de Salud Sexual

Municipalidad de San Martín | SALUD

Guía de recursos

Salud Sexual y Reproductiva



Cualquier duda o queja comunícale con nosotros:

0800-777-88766 SISTEMA DE TURNOS MUNICIPAL

[ssyr.sanmartin@gmail.com](mailto:ssyr.sanmartin@gmail.com)



**Orientación en embarazo no deseado. Solicitar Turno al 0800 777 88766**

Centro de salud	Profesionales	Especialidad	Dias de atención	Atención sin turno
Caps 3	Mariel Spallera	Med. General	Mar–Mie–Vie	Miércoles 9 hs
Caps 4	De lio / Parera	Med. general	Lunes	
Caps 5	Fagioli / Ramos	M. Gral/ clinica	Vie / Lun–Jue	
Caps 7	Sebastian Crespo	Med. general	Mie–Jue	
Caps 8	Spallera / Ramos	M. Gral / clinica	Vie / Mar–Vie	
Caps 9	Gordillo Ahck Rubachin	Equipo ID	Lun–Mar–Mie	Lun a Mie 8 a 15
Caps 10	Dejean/ Perez	Med. General	Lun a Vie	Mie 9 hs/Jue 11 hs
Caps 15	Alejandro Dyzel	Med. general	Martes	
Caps 16	De lio / Parera	Med. General	Lunes	Miércoles 12 hs
Caps 20	Pablo Rall	Med. general	Mar–Mie–Jue	

**Demanda espontanea de métodos anticonceptivos . SIN TURNO**

Centro de salud	Profesionales	Especialidad	Dias de atención
Caps 3	Residencia Med. Gral	Med. General	Mar–Jue–Vie 14 hs
Caps 4	Residencia T. Social	Trabajo social	Jueves 11 hs
Caps 5	Ana Paula Fagioli	Med. General	Viernes 9 a 10 hs
Caps 6	Liliana Perez	Obstetricia	Viernes 14 hs
Caps 7	Sebastian Crespo	Med. General	Viernes 13 hs
Caps 9	Gordillo/ Ahck	Med. Gral/ Obstet.	Lun a Mier 9 a 15
Caps 10	Residencia MG /Perez	Med. General	Mie 9 hs /Jue 11.30 hs
Caps 11	Equipo Interdisciplina	Equipo Interdisciplina	Miércoles 11 hs
Caps 15	Safar / Dyzel	Equipo Interdisciplina	Martes 12.30 hs
Caps 20	Equipo Interdisciplina	Equipo Interdisciplina	Miércoles 10.30 hs
Caps 21	Viberti / Peltiza	Equipo Interdisciplina	Lun y Vie 8 a 14 hs

**Colocación de DIU . Solicitar Turno 080077788766**

Caps / Htal	Profesionales	Especialidad	Dias de atención
Caps 3	Mariel Spallera	Med. General	Ma–Mie– Vie
Caps 4	De lio / Parera	Med. General	Lunes
Caps 5	Ana Paula Fagioli	Med. General	Viernes
Caps 7	Crespo/ Perez	Med. General	Mie / Vie
Caps 8	Mariel Spallera	Med. General	Viernes
Caps 9	Andrea Gordillo	Med. General	Lun–Mar–Mie
Caps 10	Dejean / Perez	Med. General	Lun a Vie
Caps 11	M. Estela Alfonso	Ginecologia	Lun–Mar–Mie
Caps 12	Viviana Caliguiri	Ginecologia	Lun–Mie
Caps 13	Mariano Levkovich	Med. General	Viernes
Caps 14	Miriam Ujaque	Ginecologia	Mie–Jue–Vie
Caps 15	Alejandro Dyzel	Med. General	Martes
Caps 16	Davezac/ De lio / Parera	Obstetricia / Med. General	Mier / Lun
Caps 17	Silvia Marquez	Ginecologia	Jue–Vie
Caps 19	Pamela Fernandez	Med. General	Lun–Jue
Caps 20	Pablo Rall	Med. General	Mar–Mie–Jue
Caps 21	Pamela Fernandez	Med. General	Lun–Jue
H. Thompson	Plantificación Filar	Ginecologia	Lun a Vie
H. Fleming	Constela/ Pamim	Ginecologia	Lun a Jue
H. Marengo	Glavone/ Mussi	Ginecologia	Mar a Sab

## Anexo 3: Carnet para la entrega de métodos anticonceptivos

Método		Uso Farmacia		Uso Medico	
1	ACO (EE 30 + Levonorgestrel)	Fecha	Cantidad	Fecha	TA
2	ACO (EE 30 + gestodeno)			FU pap	Hilos
3	Minipildora (Levonorgestrel 0.03)				
4	Desogestrel				
5	ACI (Estradiol + Nore) Mensual				
6	ACI (Medroxip) Trimestral				
7	Preservativo				
8	DIU Tcu380 (10 años)				
9	DIU Multiload 375				
10	Mini DIU				
11	ACO de emergencia				



Municipalidad de San Martín | Secretaría de Salud

### Programa de Salud Sexual

Centro de salud: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_

Dni/HC: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_

Tener información es tu derecho

No te quedes con dudas!



Consultas:

0800-222-444

Ssyrr.sanmartin@gmail.com  
Salud sexual san martin

Municipalidad de San Martín | Secretaría de Salud

Tenes derecho a una sexualidad plena y libre de violencia

Vos podés decidir si tener o no hijos

Los métodos anticonceptivos son gratis en todos los hospitales y centros de salud

Cualquier duda o queja comunicate con nosotrxs:

Salud sexual San Martín  
Ssyrr.sanmartin@gmail.com



### Información

#### Anticoncepción de emergencia (pastilla del día después)

Si algo falló todavía puedes prevenir el embarazo. Se puede tomar hasta el 3to día después de la relación sexual sin protección. No es abortivo. No se debe usar si estás embarazada o no tiene contraindicaciones. Es GRATIS en hospitales y centros de salud y la puede retirar cualquier persona.

#### Preservativo

Uso: Revisar el empaque y controlar que no está roto, abrílo con los dedos. Se coloca en el pene cuando está erecto y se desenrolla hasta su base. Debe apretarse la punta del preservativo antes de desenrollarlo para que no quede aire y evitar que se rompa. Se tiene que usar durante TODA la relación sexual y se retira luego de la eyaculación.

#### Pastillas (etinilestradiol y levonorgestrel, combinadas)

Se toman una por día hasta terminar el blister de 21 pastillas, siempre en el mismo horario y se descansa una semana. En estos días es habitual que comience la menstruación, luego se empieza con otra caja (sin importar cuando comenzo o la termino la menstruación). Si empezaste tu primer día de tu primer día de menstruación tenes que empezar a tomar una caja nueva. Es importante respetar la hora de toma de la pastilla. Si le olvidaste de tomar dos o más pastillas tomalas juntas al otro día y esa semana usa preservativo, y si tuviste relaciones sexuales podés usar la pastilla del día después.

#### Minipildora para la lactancia (Levonorgestrel)

Tomar una pastilla todos los días a la misma hora. Cuando terminas una caja empiezas una nueva. No debes hacer descanso. Es importante respetar la hora de toma de la pastilla, ya que solo mantiene la eficacia por 3 horas desde la hora de tomo habitual. Solo es efectiva si estás amamantando y tu bebé tiene menos de 6 meses. - Tu bebé se alimenta exclusivamente de leche materna - No volvíste a menstruar después del parto

#### Desogestrel

Tomar una pastilla todos los días a la misma hora, y cuando terminas una caja empiezas una nueva. No debes hacer descanso. Si te olvidas de tomar una o más pastillas, tomalas juntas al otro día y esa semana usa preservativo.

#### Injectable mensual

La primera vez que se aplica se ideal hacerlo durante la menstruación, y de ahí en más una vez por mes en la misma fecha de calendario (por ejemplo: por ejemplo: si la primera inyección fue el 3 de febrero, se aplicaran las siguientes todos los 3 de cada mes)

#### Injectable trimestral

Se administra mediante una inyección cada tres meses, siempre en la misma fecha de calendario (por ejemplo: si comienza el 4 de enero, luego de 4 de abril, 4 de julio, etc.). La inyección puede darse hasta con 2 semanas de adelanto o de demora de la fecha en que debería aplicarse.

#### Diu

Es un objeto de plástico muy pequeño con forma de T, recubierto de un hilo de cobre, que se coloca en el útero. Se coloca en consultorio sin necesidad de estar en ayuno. La colocación tarda 20 min. y te protege por 5 a 10 años, dependiendo del modelo. Puede retirarse cuando vos quieras y no hace falta haber tenido hijos

## Anexo 4: Historia Clínica para el registro estadístico ILE

### HISTORIA CLINICA ABORTO NO PUNIBLE

Fecha: .....  
N° HC:.....

#### DATOS GENERALES

1. Nombre de la institución:.....		
2. Nombre y Apellido:.....		3. Edad:.....
4. Domicilio:.....		5. Localidad:.....
6. Teléfono:.....		7. Mail:.....
8. ¿Está estudiando actualmente?	9. Máximo nivel de escolaridad alcanzado:	10. ¿Tiene trabajo remunerado?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Primario incompleto	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Primario completo	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Secundario incompleto	
	<input type="checkbox"/> Secundario completo	11. ¿Tiene obra social o prepaga?
	<input type="checkbox"/> Terciario/universitario	<input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No

#### ACCESIBILIDAD Y ACOMPAÑAMIENTO

12. ¿Se siente acompañada en esta situación?	14. Situación de pareja	16. Grado de dificultad de la comunicación
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Sin pareja	<input type="checkbox"/> Nada
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Poco
		<input type="checkbox"/> Mucho
13. ¿Cómo llego a la consulta?	15. ¿Esta situación está atravesada por algún tipo de violencia?	
<input type="checkbox"/> Es usuaria del caps	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Personal de salud.....	<input type="checkbox"/> Sí ¿De quién?.....	
<input type="checkbox"/> Conocida/familiar		
<input type="checkbox"/> Otros.....		

**ANTECEDENTES OBSTETRICOS Y GINECOLOGICOS**

17. FUM:...../...../.....	19. Antecedentes obstétricos: G P C AE AP	
18. FUP: ...../...../.....	Si AP ¿Cómo?.....	
20. EG por FUM: . . . . (sem)	22. Grupo y factor:.....	
21. EG por ECO: . . . . (sem)	23. Si RH (-), ¿recibió gammaglobulina?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
24. Estaba usando MAC	25. Motivo por el cual no uso MAC	26. Uso correcto de MAC
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No quisimos usar preservativo	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> ACO	<input type="checkbox"/> Él no quiere usar preservativo	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> ACI	<input type="checkbox"/> Ella no quiere usar preservativo	
<input type="checkbox"/> DIU	<input type="checkbox"/> Deseo concepcional	27. Dificultad para acceder al MAC
<input type="checkbox"/> Preservativo	<input type="checkbox"/> No tiene acceso	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Implante	<input type="checkbox"/> No conoce	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Ci	<input type="checkbox"/> Violencia sexual	
<input type="checkbox"/> Calculo de días	<input type="checkbox"/> Descanso	28. Uso anticoncepción de emergencia
	<input type="checkbox"/> Otro.....	<input type="checkbox"/> Sí
		<input type="checkbox"/> No
29. Causal del ANP	31. Contraindicaciones de Misoprostol:	
<input type="checkbox"/> Riesgo de vida	<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Problemas de coagulación de la sangre	
<input type="checkbox"/> Violación	<input type="checkbox"/> Anemia grave	
30. Esta amamantando a un bebe menor de 6 meses	<input type="checkbox"/> Enfermedades graves del corazón	
<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Presión alta	
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Tumor o quiste en el ovario	
	<input type="checkbox"/> Cáncer en la vagina o útero	
	<input type="checkbox"/> Otra.....	

**SEGUIMIENTO**

32. Fecha de consulta: ...../...../.....

34. EG al momento del uso:

33. Fecha en que uso la medicación:...../...../.....

35. Método (especificar medicación/ameu/legrado/etc.)	Comp totales	Dosis	Se produjo el aborto	Aborto completo (si/no)

36. Si Aborto incompleto, ¿Cuál fue la indicación?

- Seguimiento expectante
- Medicación
- Ameu
- Legrado
- Otros

37. ¿Cómo obtuvo la medicación?

- Farmacia con receta
- Farmacia sin receta
- Personal de salud
- Proveedor del barrio
- Amiga/conocida
- Internet
- Otro.....

38. Costo por comprimido: .....

39. Necesidad de asistir a la guardia

- No
- Sangrado abundante
- Dolor
- Fiebre
- Otros.....

40. Necesidad de internación

- Si
- No

41. Necesidad de intervención quirúrgica

- No
- Legrado
- Ameu

43. Según su criterio, ¿considera adecuada la intervención?

- Si
- No

44. Como te trataron en la guardia

- Mal
- Bien
- Muy Bien

42. Complicación

- No
- Rotura uterina
- Hemorragia
- Infección

CIERRE

45. Accede a consejería postaborto (personal o telefónicamente)

Si

No

46. Realiza ECO post

Si

No

47. ¿Culmina el proceso con MAC?

No

ACI

Preservativo

ACO

DIU

Implante

Consultas de seguimiento:

## Anexo 5: Programa encuentros de capacitación



### Capacitación en Salud Sexual para los Equipos de Salud.

Invita: Programa Salud Sexual MGS-M

#### Ejes temáticos a trabajar:

- Derechos Sexuales y reproductivos
- Diversidad Sexual
- Accesibilidad, elegibilidad y uso de MAC
- Embarazo no deseado
- Creación de proyectos locales que favorezcan el acceso a derechos

#### Primer encuentro. Derechos Sexuales y Reproductivos.

08.30 hs Bienvenida. Descripción de los encuentros. Entrega de material de lectura

09.00 hs Presentación de los participantes e introducción a la temática. Pretest

09.30 hs Derechos sexuales y reproductivos. Facilitadores y obstáculos.

10.30 hs Intervalo

11.00 hs Acceso a métodos anticonceptivos. Barreras en el acceso. Funcionamiento local. Estrategias de accesibilidad.

12.30 hs Cierre

#### Segundo encuentro. Métodos anticonceptivos

08.30 hs Bienvenida. Descripción del encuentro

09.00 hs Métodos anticonceptivos. Mecanismo de acción. Elegibilidad. Contraindicaciones. Anticoncepción de emergencia.

10.00 hs Historia Clínica. Carnet de métodos anticonceptivos. Entrega de MAC. Posttest.

10.30 hs Intervalo

11.00 hs Planificación de proyecto local

12.30 hs Cierre.

Anexo 6: Material para “Capacitación en derechos sexuales y reproductivos, y metodos anticonceptivos para el equipo de salud”, (fragmento).



CAPACITACION DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, Y  
METODOS ANTICONCEPTIVOS PARA EL EQUIPO DE SALUD

PROGRAMA SALUD SEXUAL  
MUNICIPALIDAD DE GENERAL SAN MARTIN

2015



## Indice

<b>Programa</b> .....	<b>3</b>
<b>Introducción: “El embarazo no deseado como problema de salud pública”</b> .....	<b>4</b>
<b>Derechos sexuales y accesibilidad : “Historia de Maria”</b> .....	<b>5</b>
<b>Requisitos legales para la entrega de MAC</b> .....	<b>7</b>
<b>Prácticas y nivel de recomendación</b> .....	<b>8</b>
<b>Eficacia de los MAC</b> .....	<b>9</b>
<b>Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE)</b> .....	<b>10</b>
<b>Herramientas para favorecer la accesibilidad a métodos anticonceptivos</b> .....	<b>13</b>
<b>Criterios de elegibilidad de la OMS para MAC (cuadro resumen)</b> .....	<b>17</b>
<b>Instrumento para la elección de métodos anticonceptivos</b> .....	<b>19</b>
Anticonceptivos orales combinados (pastillas) .....	20
Anticonceptivos orales con progestágenos .....	23
Anticonceptivos inyectables combinados (mensual).....	24
Anticonceptivos inyectables con progestágenos (trimestral).....	26
D.I.U. (dispositivo intrauterino).....	28
<b>Modo de uso de métodos anticonceptivos</b> .....	<b>29</b>
Anticonceptivos orales combinados.....	29
Anticonceptivos orales solo con levonorgestrel .....	33
Anticonceptivos orales solo con Desogestrel .....	35
Anticonceptivos inyectables trimestrales (AMPD) .....	37
Anticonceptivos hormonales inyectables mensuales .....	39
Implantes hormonales subdermicos (Etonogestrel).....	41
DIU de cobre (T de cobre y Multiload) .....	43
<b>Recurso Salud Sexual</b> .....	<b>45</b>
<b>Carnet para entrega MAC</b> .....	<b>47</b>
<b>Certificado de asistencia</b> .....	<b>48</b>

<b>“GESTIONANDO EL DERECHO A DECIDIR” LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL DEL MUNICIPIO DE GENERAL SAN MARTIN</b>
Perez, Andrea M; Williams, Ricardo L
Programa de Salud Sexual, Municipalidad de General San Martin 25 de Mayo 2091, San Martin, Provincia de Buenos Aires. CP 1650. 1166247963 - 1154617268 dikiwilliams27@gmail.com
<b>Relato de experiencia</b>
<b>Gestión – administración de servicios de salud</b>
<p>La salud sexual y reproductiva exige un abordaje centrado en el respeto de los derechos humanos y la autonomía de los sujetos como marco fundamental para el diseño y ejecución de intervenciones en salud. A tal fin es necesario un abordaje centrado en las personas, que incluya las dimensiones sociales y subjetivas de la salud, en un modelo de clínica ampliada; modificando las lógicas hegemónicas instituidas en los servicios de salud.</p> <p>Se relata la experiencia en el programa municipal a fin de favorecer el ejercicio efectivo del derecho a la salud sexual y reproductiva en la población del municipio y zonas de influencia.</p> <p>La misma incluye estrategias para favorecer la accesibilidad a los servicios en efectores de salud del primer y segundo nivel de atención, el inicio de un proceso de educación permanente para el recurso humano con el objeto de constituir equipos de trabajo en centros de atención primaria e iniciativas para incorporar en la agenda política del municipio temas relegados, como el derecho a la interrupción legal del embarazo, entre otros. La propuesta desarrollada se enmarca en un modelo de gestión participativa, cercana a los efectores, incorporándolos en los procesos de diagnóstico-intervención-evaluación de la propia práctica.</p> <p>Se analizan las fortalezas y dificultades encontradas en la tarea de salvar la distancia que existe entre el marco legislativo vigente en la materia y la garantía efectiva de los derechos que asisten a los usuarios del sistema de salud por parte del estado.</p>
Derechos sexuales y reproductivos - Accesibilidad – Recurso Humano - Educacion permanente
<b>Soporte técnico:</b> Proyector y pantalla