

**“Impacto del Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y
Planificación Familiar en el Centro de Salud Municipal N° 50 de
Barrio Villa Adela- Ciudad de Córdoba-Enero de 2005 a
Diciembre de 2008”**

Maestrando: Maria Gabriela Cociglio

**Director de Tesis: Magíster Medico Humberto Jure
Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas.
Córdoba. 2013**

Tribunal de Tesis

Profesor Doctor Estario Juan Carlos

Magíster Jure Humberto

Profesor Doctor Kiguen Jorge

Dedicatoria

A mi hijos, a quienes les quite horas compartidas, dedicación y momentos de recreación; y a "ese ángel de la guarda" que siempre me alentó a seguir y que "sabe" el espacio que ocupa en mi corazón.

Agradecimiento

Especial gratitud a mi Director de Tesis Magíster Humberto Jure, que siempre se mostró accesible y dispuesto para que avance en mi trabajo

A Margot Tablada por todo el Apoyo Intelectual y Afectivo

A la Escuela de Salud Publica por despertar en mi el deseo de realizar esta Tesis

Art. 23.-Ord. Rectoral 3/77 “La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”

Índice

Resumen	1-2
Summary	3-4
Introducción	5-17
Objetivos Generales y Específicos	18-19
Diseño Metodológico	20-25
Resultados	26-34
Conclusión	35
Bibliografía	36-37
Anexo	38-80

RESUMEN

Mediante este trabajo se trató de establecer si la creación del Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar, por parte de la Municipalidad de Córdoba, en mayo de 2003, a posteriori de la promulgación de la Ley Nacional N° 25673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, allana el camino para que las mujeres en edad fértil que consultan en el Centro de Salud Municipal N° 50 de Barrio Villa Adela de la ciudad de Córdoba, accedan a un método anticonceptivo adecuado que les permita programar una maternidad –paternidad responsable, prevenir los abortos provocados, disminuir la morbi-mortalidad infantil, evitar enfermedades de transmisión sexual, prevenir el embarazo adolescente, etc.

Plantea la posibilidad que la población tenga acceso, sin discriminación, a los recursos para una procreación responsable y potencia la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual, otorgando especial contención a los “grupos de riesgo”.

Por su parte, el Estado a través de los Programas Nacionales de Salud Pública o de la Obra Social a la que pertenecen, tiene el compromiso de ser el proveedor de esos recursos, que deberán tener carácter reversible, no abortivos y transitorios.

En este estudio se utilizó cantidades mensuales de pacientes registradas en dos franjas etarias :menores de 20 años y mayores de 20 años, frecuencias del uso de distintos métodos anticonceptivos y cantidad de embarazadas en el período comprendido entre Enero del 2005 y Diciembre del 2008.

Según la franja etaria, a partir del año 2005, se observa una tendencia creciente en la cantidad de mujeres mayores a 20 años registradas en el Programa .

Al comienzo del período estudiado el Dispositivo intrauterino y el anticonceptivo oral fueron los métodos más utilizados y en los

últimos años el anticonceptivo oral fue el de mayor demanda, empleado por el 50% de los pacientes bajo programa, convirtiéndose en el método anticonceptivo más requerido. En los años 2000 y 2001, la proporción media de embarazadas resultó estadísticamente mayor a la media estimada entre los años 2005 y 2008. Pareciera entonces que el programa resultó efectivo en cuanto a los objetivos, ya planteados, del mismo.

Summary

Through this work we tried to establish whether the creation of the Program on Reproductive Health, Sexuality and Family Planning, by the Municipality of Córdoba, in May 2003, subsequent to the enactment of the National Law No. 25,673 on Sexual Health and Parenthood Responsible, paves the way for women of childbearing age who visit the Municipal Health Center No. 50 Shopping Barrio Villa Adela city of Córdoba, accessing adequate contraception that allows them to schedule a maternity-parenting, prevent abortions caused, reducing morbidity and mortality, prevent sexually transmitted diseases, teen pregnancy prevention, etc..

It raises the possibility that the public has access, without discrimination, to resources for responsible procreation and power women's participation in decision-making regarding their sexual health, with special containment to "risk groups".

So, the State through the National Public Health or Welfare to which they belong, is committed to being the provider of these resources, which must be reversible, not abortifacients and transient.

In this study we used monthly amounts of patients registered in two age groups: under 20 and over 20 years, frequency of use of contraceptive methods and number of pregnant women in the period between January 2005 and December 2008.

According to the age group, to give birth in 2005, there was an increasing trend in the number of women over 20 years registered in the Program.

At the beginning of the study period the IUD and oral contraceptives were the most used methods in recent years and the oral contraceptive was the most in demand, used by 50% of patients under the program, becoming the required method of contraception. In 2000 and 2001, the average proportion of pregnant women was statistically higher than the estimated average between 2005 and

2008. Pareciera then that the program was effective in terms of objectives and forwards it.

INTRODUCCION

La anticoncepción ha resultado un tema de preocupación desde tiempos inmemoriales. Según información que data del año 2000 a.c., los seres humanos utilizaban amuletos, duchas vaginales, barreras mecánicas y otros métodos, intentando evitar un embarazo no deseado; los egipcios descubrieron el primer anticonceptivo del mundo, un pequeño cono hecho de semillas de granada y cera (por los estrógenos naturales que contiene prevenía la ovulación). Las mujeres chinas tomaban mercurio. En el año 1850 antes de Cristo se escribe el Papyrus Petri (libro dedicado a prácticas medicinales, que contiene el primer reglamento escrito para la anticoncepción) donde se aconsejaban los lavados vaginales con miel y bicarbonato de sodio. En el 1550 a.c se escribe el segundo libro médico llamado "Papyrus Ebers" donde se describe un tampón compuesto de goma arábiga y dátiles (al descomponerse la goma se libera ácido láctico de efecto espermicida que debía durar 3 años aproximadamente). También se utilizaba algodón impregnado en jugo de limón y pescado seco. De los años 100/200 después de Cristo procede la ilustración que muestra un hombre que lleva una especie de condón durante el acto sexual, dicho dibujo se encuentra en el muro de un sótano en Combarelles (Francia). A fines del siglo XVI aparecen condones de tela como protección de enfermedades infecciosas como la sífilis, otros hechos de piel e intestino de animales fueron empleados en el control de la natalidad. En el siglo XVIII mujeres de varias culturas utilizaban mitades de frutas como tapón cervical, como barrera física complementada con la liberación de ácido cítrico. En los años 30 del siglo XIX se menciona por primera vez las duchas vaginales con jabón y vinagre; como método anticonceptivo. En los años 40 del siglo XIX, GOOD YEAR descubre el caucho y se hacen condones con este material. En 1923 el laboratorio farmacéutico alemán Shering empieza la investigación de las hormonas sexuales. En el año 1937 dos investigadores de Shering

logran desarrollar el Etinilestradiol , el estrógeno más activo por vía oral , que actualmente se sigue utilizando en los anticonceptivos orales en todo el mundo. Mientras tanto, el látex líquido reemplaza al caucho en la producción de preservativos. En 1944 dos científicos alemanes comprueban la inhibición de la ovulación por la progesterona. A partir de estos estudios preeliminares se fabrica en EEUU la primera píldora anticonceptiva que permitió a las mujeres disponer de independencia para controlar su fertilidad y es uno de los métodos más utilizados en todo el mundo desde 1960.

El origen de los dispositivos intrauterinos es desconocido y parece situarse hacia 1863 , donde se le llamaban “elevadores”, porque servían para elevar un útero retroverso y estaban hechos de una talla de aleación de zinc y cobre.

El primer DIU específicamente anticonceptivo, era un anillo de tripa de gusano de seda fabricado en 1909 por el Dr. Richter.

En 1931 , Graefender notificó el uso de una estructura de tripa de gusano de seda forrada de plata alemana.

La espiral de Margulies , el primer DIU de segunda generación fue introducido en 1960; en 1962 Lippes introdujo un DIU en forma de doble S , que es todavía el más usado y el primero que se elaboró con un hilo colgante de nylon.

En el siglo XX , una vez descubiertos distintos métodos anticonceptivos ,se presentó otro problema de base socio económica , como fue la de acceder a los mismos y mantener una constante con respecto al control de la natalidad .En el año 2001 , se produjo en el país y en el mundo una gran crisis económica , desestabilidad social, aumento de la mortalidad infantil ,se cerraron muchas fabricas e industrias ; los varones que proveían el aporte económico a sus hogares quedaron desempleados ,lo que determinó que las mujeres salieran a trabajar y se convirtieran en el principal ingreso monetario a su familia.(situación que podía entorpecerse si se embarazaban), mientras los varones quedaban en sus casas

cuidando de los niños .Los roles en el hogar , a los que estábamos acostumbrados culturalmente ,se invierten .En algunos casos ,la mujer como único jefe de familia tuvo que dejar sus hijos pequeños en guarderías, al cuidado de un familiar o hermano mayor o en algunos casos cuando la edad lo permitía quedaban solos .Por otro lado la deserción escolar en el secundario hace que los adolescentes tengan demasiado tiempo libre , a lo que se suma la maduración social anticipada de ellos con el consiguiente inicio precoz en la vida sexual y allí aparece el embarazo adolescente y el riesgo potencial de las enfermedades de transmisión sexual. Los padres son los educadores naturales por excelencia y educan con interacciones, sosteniendo y transmitiendo creencias, costumbres, condicionados por su propia historia emocional , laboral, social y cultural. También sabemos que hoy los lazos sociales están debilitados, como también se ha debilitado la estructura familiar, por motivos diversos y complejos.

(Anexo II)Según el Programa Municipal de la ciudad de Córdoba sobre salud reproductiva la prevención permite actuar antes que se presenten los problemas .Es importante reconocer que ciertas practicas y conductas asociadas a la sexualidad producen consecuencias negativas para los sujetos (embarazo precoz, relaciones sexuales insatisfactorias, abuso sexual, prostitución, abortos , transmisión de enfermedades etcétera)y resulta un imperativo evitarlas.

La sexualidad es un componente constitutivo de la naturaleza humana, que esta presente en todas las etapas de la vida. Si bien sexo se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos en hembras y machos , sexualidad hace referencia a la dimensión biológica, psicológica y social de hembras y machos. La pandemia de vih –Sida trae aparejada la necesidad de promover cambios en los comportamientos y practicas sexuales de las personas. La sexualidad implica múltiples dimensiones desde la

manera en que las personas pueden manifestarse y relacionarse con otros y consigo mismo, hasta el modo de sentir y de comunicarse afectiva y socialmente. Cada época, cada cultura, cada grupo, ha generado, consensuado o impuesto nociones y valores con respecto a los modos de vivir la sexualidad.

Según la OMS , Sexualidad se puede definir como: “Un entramado de manifestaciones y expresiones afectivas, biológicas, psicológicas, socioculturales, éticas y religiosas, que nos identifica y caracteriza como sujetos únicos. Decir sexualidad es decir identidad, vivencias, emociones, es también decir represiones y mandatos, es decir placer y responsabilidad”.

(Anexo I)El 23 de mayo del 2003 es sancionada la Ley nº 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, por parte del Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina, a través de ella se intenta disminuir la morbimortalidad materno-infantil, evitar los embarazos no deseados, promover la salud sexual de los adolescentes, prevenir y detectar precozmente no solo enfermedades de transmisión sexual (como hiv-sida) sino también patología genital y mamaria. Que la población tenga acceso sin discriminación , a servicios referidos a la procreación responsable y potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual es una inquietud de esta ley. A través de la sanción de la Ley Nacional Nº 25673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable es esperable que las mujeres en edad fértil , luego de recibir información sobre cada método anticonceptivo factible de ser utilizado , tengan la libertad de elegir el que mejor se adapte a sus características psicofísicas individuales , que puedan acceder al mismo en forma constante y que toda modificación del recurso empleado para planificación familiar sea por determinación propia según variación de hábitos de vida o por sugerencia del facultativo interviniente.

Las mujeres pueden planificar su familia, elegir libremente el método anticonceptivo a utilizar y el Estado , a través de los Programas Nacionales de Salud Pública o de la Obra Social a la que pertenecen , tiene el compromiso de ser el proveedor de esos recursos.

En los artículos 3º y 4º, la presente Ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad, y en el artículo 5º se refiere a la contención de “grupos de riesgo”, fortaleciendo los recursos barriales y comunitarios, educando y asesorando sobre dicho tema.

Los métodos y elementos anticonceptivos deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando las convicciones de los destinatarios, previa información sobre ventajas y desventajas de métodos naturales y de aquellos aprobados por ANMAT.

(Anexo II)Según el Programa de Salud Reproductiva de la Municipalidad de la ciudad de Córdoba para que las personas puedan expresar su deseo sexual con libertad, necesitan descansar en un método confiable y tranquilizador elegido por y para ellos. A partir de allí su bienestar sexual dependerá de otros factores relacionados con su personalidad, su historia, sus modelos y mandatos, su sistema de valores y la relación general con su pareja .Casi todas las personas, en algún momento de sus vidas , necesitarán consejo sobre planificación familiar.

El control de la natalidad, ha sido una preocupación en todas las épocas en la historia de la humanidad., a pesar de los múltiples métodos existentes, la planificación familiar sigue siendo una asignatura pendiente entre un número creciente de jóvenes y adolescentes.

(Anexo I)Según la Ley Nacional N° 25673 los servicios de Salud del Sistema Público, de la Seguridad Social de Salud y los Sistemas

Privados incorporarán la Ley de Salud Reproductiva a sus coberturas ,en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones .Se deberá realizar , como lo indica el artículo11, una vez implementado el programa, su seguimiento y evaluación .En el artículo 12 hace referencia al gasto demandado por el sector publico, el cual formará parte del Presupuesto General de la Administración Nacional del Ministerio de Salud.

El Decreto Nacional N° 1282 /2003 reglamenta que la Ley 25673 importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, Pacto Internacional de Derechos Económicos ,Sociales y Culturales, Convención sobre la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Los derechos reproductivos comprenden ciertos derechos humanos ya reconocidos en leyes nacionales , documentos internacionales y otros documentos de consenso .Se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas de decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y de tener la información y los medios para hacerlo y el derecho de alcanzar el mejor estándar de salud sexual y reproductiva .(Párrafo 95 Plataforma de Acción, Beijing, 1995).

La Constitución Nacional de la República Argentina, en el artículo 75 señala la necesidad de promover medidas que garanticen el ejercicio de los derechos y libertades individuales reconocidos por dicha Constitución y por Tratados Internacionales de Derechos Humanos.

La OMS define el Derecho a la Planificación Familiar como “ un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en actitudes y decisiones tomadas con responsabilidad, promoviendo la salud y el bienestar de la familia ,

contribuyendo al desarrollo del país.....Que la Salud Reproductiva ... “es un estado general de bienestar físico , mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y estadísticamente se ha demostrado que en los estratos más vulnerables de la sociedad ciertos grupos de mujeres y varones ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos , mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos...

La Ley de Salud Reproductiva , no busca sustituir a los padres en la Educación Sexual de los hijos menores de edad , tiene el propósito de orientar a los padres en el ejercicio de la Patria Potestad en los hijos adolescentes, evitar embarazos no deseados , prevenir el aborto y las enfermedades de transmisión sexual..,

La reglamentación de la Ley Nacional N° 25673...se encuentra en un todo de acuerdo con el Código Civil , en el artículo. 921 hace referencia a los menores de 14 años , propiciando un clima de confianza y empatía en la consulta médica ,procurando la asistencia de los padres o de un adulto referente. La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño entiende que ellos deben ser beneficiarios del mas alto nivel de salud incluyendo políticas de prevención y atención en salud sexual y reproductiva ,las políticas sanitarias nacionales están orientadas a fortalecer la estrategia de APS y garantizar a la población el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos autorizados , hacer hincapié en la libre .elección sin discriminación, coacciones ni violencia, y en ese contexto facilitar el acceso a dichos métodos e insumos .

A raíz de las repercusiones en el desarrollo social , político, y económico de los países , la salud reproductiva genera compromisos públicos que ponen de manifiesto la preocupación internacional. En el año 2001 la LV Asamblea Mundial de Salud de la OMS , resolvió instalar la Salud Reproductiva como un tema prioritario de Salud Pública .

La Resolución adoptada sobre Salud Reproductiva se denomina “Contribución de la OMS al logro de metas de desarrollo de la Declaración del Milenio de Naciones Unidas” en la que se reconoce la igualdad de derechos de hombres y mujeres a los más altos niveles de salud y la importancia del acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad.

En la provincia de Mendoza, Argentina, el Programa Provincial de Salud Reproductiva comenzó a funcionar en 1998 , después de la sanción de la Ley Provincial N° 6433 . El abordaje de la temática se realiza no solo desde la óptica de la salud , sino desde la complejidad y el desafío que plantean los derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de género, aspirando a que las personas planifiquen su propia fecundidad y puedan tener una vida sexual sana. Dentro de sus objetivos ...llevar una vida sexual plena , sin temor a infecciones o embarazos no deseados, así también decidir libre y responsablemente cuando y cuántos hijos tener.

En la ciudad de Córdoba, la Escuela de Salud Pública de la UNC ha creado la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva fundamentando este proyecto en que tanto la comunidad en general como los gobiernos, a pesar de grandes esfuerzos, los indicadores específicos de la salud reproductiva , no mejoran de acuerdo a sus expectativas.

“Se reconoce que las necesidades de las mujeres y los hombres en cuanto a su salud reproductiva son un requerimiento crítico para el logro del desarrollo humano y social “.La perspectiva de género y de violencia con relación al género , la prevención y el control de las ETS incluyendo el VIH/Sida y su transmisión perinatal, los riesgos reproductivos , la lactancia materna ,la prevención y reparación oportuna de patologías génito/mamarias , la educación sexual, la planificación familiar , y la atención integral a grupos especiales

como el de los adolescentes , son algunas de las temáticas que se incluyen..

El Programa de Salud Reproductiva , Sexualidad y Planificación Familiar de la Municipalidad de Córdoba, creado en el año 2003, se basa en el derecho que asiste a las personas a decidir conscientemente sus pautas de salud reproductiva y sexual , y el deber del Estado de ofrecer los medios para ejercer este derecho . La salud reproductiva es el derecho de las mujeres y de los varones a obtener información , planificar su familia, elegir los métodos para regularla fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceder a otros seguros , eficaces, asequibles y aceptables.

Por lo tanto , fomentar la reproducción en edades adecuadas , favorecer intervalos intergenésicos ´ óptimos y evitar embarazos no deseados o en situaciones de riesgo , contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida del grupo poblacional de más riesgos evitables Por lo expuesto , la procreación responsable como necesidad sentida por la comunidad, constituirá uno de los aportes más trascendentes que la organización social puede brindar a traves de sus servicios de salud a fin de mejorar la calidad de vida de sus componentes.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)Argentina, acompaña los esfuerzos del gobierno y de la sociedad civil para alcanzar el acceso universal de las mujeres y las parejas a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad , reducir las muertes maternas , superar la pobreza y promover la igualdad entre los géneros .Dentro de los indicadores básicos ::Tasa de mortalidad materna , nº de abortos , porcentaje de mujeres que usan algún método anticonceptivo , porcentaje de métodos utilizados etc. . El UNFPA en América Latina y el Caribe tiene como lema que la salud reproductiva es un bien en si mismo y es crucial para la eliminación de la pobreza . Es la base fundamental para tener hijos saludables, relaciones íntimas seguras y familias felices .El UNFPA

considera que todos los individuos tienen derecho a la salud reproductiva, y con ella a decidir con quién y en que momento unirse como pareja, cuántos hijos y cuando tenerlos, a partos seguros y evitar las infecciones de transmisión sexual. La salud reproductiva implica contar con las condiciones de equidad necesarias para tomar decisiones de manera voluntaria e informada, así como el derecho a la privacidad y a una vida libre de violencia y coerción sexual.

La salud reproductiva es un bien en sí mismo pero además, es crucial para el desarrollo y la eliminación de la pobreza. Por ello, en la Cumbre Mundial 2005 líderes mundiales acordaron integrar el acceso a la salud reproductiva en sus estrategias nacionales para alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio.

Las persistentes desigualdades de género y los riesgos de salud relacionados con éstas son factores clave de la problemática de la salud reproductiva.

El Proyecto Atención a la Salud Sexual y Reproductiva en Guatemala, considera que la salud reproductiva es una de las prioridades de su agenda social, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) contribuye a través del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con una donación no reembolsable al programa nacional vigente. El UNFPA trabaja con el gobierno y la sociedad civil guatemalteca para incrementar la demanda, el abastecimiento, el acceso y la calidad de los servicios de salud reproductiva para todos los guatemaltecos desde el año 2001. A través de asistencia técnica y asesoría y en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud Pública el UNFPA trabaja para identificar límites claves que impiden satisfacer la demanda en servicios de planificación familiar. En el 2003 creció el consumo de insumos anticonceptivos del 55,20% para condones, 70% para el inyectable y 3% para las píldoras orales, tomando como base el consumo del año 2000.

Guatemala como muchos otros países de América Latina presenta niveles de mortalidad materna elevados , ya que cuenta con condiciones de mucha ruralidad y dispersión de sus comunidades que limitan la disponibilidad de los servicios de salud y el acceso a ellos ,lo que se refleja en que solo el 60 %recibe atención prenatal , llegando a un 2%de atención pos/natal lo que se relaciona con las costumbres propias de la población.

Las leyes de Salud Sexual y Reproductiva en el historial de Argentina , datan de 1988 cuando la Municipalidad de la Ciudad de BS AS crea el primer Programa de Procreación Responsable. En 1991 aparece la primera ley de salud reproductiva en La Pampa. .La Ley Nacional N° 25673 de creación del programa Nacional de Salud Reproductiva fue sancionada el 23 de mayo de 2003 y publicada el 26 de mayo del 2003. .

En Chubut mediante la Ley 4545 se crea el programa de Salud Sexual y Reproductiva con el objeto de implementar políticas sanitarias destinadas a:|

1)/Promocionar la salud individual y familiar garantizando el derecho que asiste a las personas de decidir libre y responsablemente sus pautas sexuales y reproductivas ofreciendo los medios para facilitar ese derecho.2) .Informando sobre los diferentes métodos de contracepción permitidos por la Legislación , con controles de salud previos y posteriores a los mismos. 3)Capacitación permanente, con abordaje interdisciplinario de todos los agentes involucrados incorporando al mismo conceptos de Bioética ... y en el artículo 4to refiere que los métodos deben ser de carácter reversible , transitorio y serán elegidos voluntariamente por los beneficiarios .Data del 23 de noviembre de 1999.

En la ciudad de Jujuy , el Ministerio de Salud en forma conjunta con Asociación Médica Argentina de Anticoncepción desarrollaron el Programa “Salud Sexual y Reproductiva , nuevos desafíos “;en él se considera la anticoncepción en situaciones especiales como

anticoncepción en la adolescencia, criterios de elegibilidad ,disminución de riesgos y daños , anticoncepción hormonal de emergencia etc. Uno de los objetivos de este programa es continuar capacitando a los equipos técnicos de los hospitales y centros de salud para que puedan mejorar la interacción con la población y así modificar los indicadores respecto a los abortos los embarazos no deseados , la mortalidad materna y la mortalidad infantil , segun consta en la Ley Provincial N°5133 que data de junio de 1999.

En Salta “La otra voz digital “ en mayo de 2010 comenta , que en la Conferencia Mundial de Beijing (1995) los Estados Participantes se comprometieron a implementar políticas de reconocimiento de los derechos reproductivos de las mujeres y de promoción de la Salud Reproductiva. En los países desarrollados se ha logrado que los estados garanticen en buena medida esos derechos .En países en desarrollo , la situación es despareja . El Consejo Latinoamericano por los derechos de las mujeres (CLADEM) define así los derechos reproductivos :”Todos los seres humanos tienen derecho a la autonomía y a la autodeterminación en el ejercicio de la sexualidad.”

El Programa de Salud Reproductiva en México data del año 2001, el proceso de desarrollo de la planificación familiar a través de los servicios de salud , tiene como antecedente la Tercera Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994 ratificado en la Asamblea Extraordinaria de las Naciones Unidas en 1999. Dicho Programa se basa en el reconocimiento del derecho básico de todos los individuos a decidir libre y responsablemente el N° de hijos , el espaciamiento de los nacimientos ,el derecho a disponer de la información y de los medios para ellos y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva . También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación , coacciones ni violencia , de conformidad con lo establecido en la Constitución Mexicana. ..Segun este programa mexicano la

Planificación Familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante información , oferta sistemática de métodos de control de la fertilidad y la prestación de servicios de calidad a toda la población , con particular énfasis en las áreas rurales , urbano marginadas , comunidades indígenas y adolescentes ,fomentando conductas responsables , libres e informadas con respecto a su vida sexual y reproductiva. En planificación familiar la misión es lograr que hombres y mujeres ejerzan por igual sus derechos sexuales y reproductivos de una manera plena, responsable y segura y que esta conducta permita al país tener un crecimiento armónico de la población.

En Argentina , el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable tiene en apariencia un corto camino recorrido (2003 la Ley , 2003 el Programa) , pero es fruto de décadas de luchas de distintos sectores de la sociedad , El programa tiene como propósito promover la igualdad de derechos , la equidad y la justicia social . Reconoce que el derecho a la salud comprende la salud sexual y que ésta incluye la posibilidad de desarrollar una vida sexual gratificante y sin coerción así como prevenir embarazos no deseados . Se basa en la autonomía de todas las personas para elegir individual y libremente de acuerdo a sus convicciones y a partir de la información y el asesoramiento , un método anticonceptivo adecuado , reversible , no abortivo y transitorio para poder definir la posibilidad de tener hijos , cuántos ,cuando , intervalo entre ellos .Por eso promueve la Conserjería en salud sexual y reproductiva en los servicios de Salud Publica de todo el país . Al mismo tiempo favorece la detección oportuna de enfermedades genitales , previniendo infecciones y Sida.

Objetivos

Objetivo General

Determinar el impacto de la Implementación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable , en el marco de la Ley Nacional N° 25673 , en las mujeres en edad fértil , que concurrieron a la consulta ambulatoria de Ginecología , en el Centro de Salud Municipal N°50 de la Ciudad de Córdoba durante el período 2005/2008, en busca de un método anticonceptivo adecuado.

Objetivos Específicos

- Determinar la cantidad de mujeres en edad fértil que pertenecen al área de cobertura del Centro de Salud N°50 que participaron en el Programa de Salud sobre Salud Reproductiva de dicho Centro entre Enero del 2005 y Diciembre del 2008 .
-
- Determinar cuantas mujeres menores de 20 años (adolescentes) se integraron al Programa de Salud Reproductiva en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela .
- Determinar los métodos anticonceptivos elegidos por las mujeres bajo Programa de Salud Reproductiva .
- Establecer el número de embarazadas que concurrieron a la consulta ginecológica entre Enero del 2005 y Diciembre del 2008 en el Centro de Salud N° 50 .
- Comparar la proporción de mujeres embarazadas en relación al total de mujeres que participaron del Programa de Salud

Reproductiva antes y después de la implementación de la Ley N°
25673 .

Diseño Metodológico

El Servicio de Ginecología del Centro de Salud N° 50 , permanece abierto de lunes a viernes de 7 a 14 horas , atendiendo entre 25 y 30 consultas diarias de mujeres sin límite de edad , sin definir su estado socioeconómico (educación, alfabetización, NBI, agua potable, urbanización, cloacas) sin tener en cuenta si posee cobertura social, sin considerar N° de hijos etcétera, que habitan dentro de los límites geográficos del área de responsabilidad de este Dispensario .Si bien la población femenina general es de 9233, las mujeres en edad fértil suman aproximadamente 4603 , siendo las menores de 20 años alrededor de 860.

El área de cobertura o área programática del Centro de Salud N° 50 , se refiere a la zona geográfica limitada por las calles Riga (al sur) Almonacid (al norte) Diaz de la Fuente (al este) y Francisco de Arteaga (al oeste) en la ciudad de Córdoba , cuyos habitantes pueden realizar consulta médica en este Centro de Salud , y sobre ellos se aplican los Programas de APS, uno de los cuales es el de Salud Reproductiva. .

Cada paciente que interviene en el Programa de Salud Reproductiva tiene una ficha individual , con datos identificatorios personales , donde se registra el método anticonceptivo elegido y la constancia en retirarlo , a su vez se anota en la historia clínica familiar .

Mediante inspección de las fichas ginecológicas de las Historias Clínicas , pertenecientes al Centro de Salud N° 50 se define el método anticonceptivo empleado por cada paciente bajo programa , logrando cuantificar su demanda y variación a lo largo del tiempo (entre Enero del 2005 y Diciembre del 2008) discriminados según hábitat o residencia del usuario (área programática del Centro de Salud N° 50) y edad (mujeres en edad fértil agrupadas en mayores y menores de 20 años) .

Se registra el método anticonceptivo elegido por cada una de las pacientes: anticonceptivo oral, anticonceptivo inyectable,

preservativo y dispositivo intrauterino . Sin considerar variables socio-económicas como grado de alfabetización, educación, falta de cobertura de obra social, menores de 15 años, urbanización, provisión de agua potable, cloacas, etcétera .

Finalmente , se hace referencia a la proporción de mujeres embarazadas que consultaron en el Centro de Salud N° 50 haciendo un paréntesis antes y después de la implementación de la Ley Nacional N° 25673 .

Los registros corresponden al total de pacientes asentados en el Resumen Mensual del Programa de Salud Reproductiva y Programa de Control de Embarazo presentados mensualmente en el Departamento de Capacitación y Docencia de la Dirección de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Córdoba .

-Ficheros :

De Salud Reproductiva .

De embarazadas .

Computadora .

Lápiz .

Lapiceras .

Papel .

Calculadora .

TIPO DE ESTUDIO

Es un trabajo descriptivo simple, observacional, cuantitativo y retrospectivo. La segunda parte es correlacional.

POBLACIÓN :

Hace referencia al número total de mujeres en edad fértil (son las mujeres que tienen la posibilidad de procrear y que tienen entre 15 y 49 años.) que habitan en el área de cobertura del Centro de Salud número 50. Población en edad fértil en el área programática :4603 mujeres según Censo 2001 .

MUESTRA:

Es el número total de mujeres en edad fértil que se encuentran dentro del Programa de Salud Reproductiva del Centro de Salud número 50 Villa Adela , que han consultado por un método anticonceptivo y /o control de embarazo entre Enero del 2005 y Diciembre del 2008. Total de la muestra 877 mujeres .

Los registros contienen datos mensuales sobre la cantidad total de pacientes en cada uno de dos grupos de edad (menores de 20 años y mayores de 20 años) , la cantidad total de pacientes que utiliza un determinado método anticonceptivo (oral , inyectable , DIU , preservativo) y la cantidad total de mujeres embarazadas . Dado que se cuenta con datos referidos a cantidad de pacientes , el análisis consistirá en :

- Describir la evolución del número de pacientes en el Programa a lo largo de los años .

- Estudiar diferencias entre las proporciones de uso de los métodos anticonceptivos a lo largo de los años , mediante una prueba Chi cuadrado .

- Estudiar diferencias entre las proporciones de mujeres embarazadas antes y después de la Ley número 25673 .

Los resultados se presentarán en tablas y gráficos . En el caso de las pruebas de hipótesis , se utilizará un nivel de significación de 0,05 .

VARIABLES :

Número de mujeres en edad fértil :

- Año 2005

-Año 2006

-Año 2007

-Año 2008

Edad :

-Menores de 20 años

-Mayores de 20 años

Método Anticonceptivo :

-Oral

- Oral durante la lactancia.

-Inyectable

-DIU

-Preservativo

Número de embarazos :

- Año 2005

- Año 2006

- Año 2007

- Año 2008

Diferencia entre estas dos variables :

-Número de mujeres en edad fértil

-Número de embarazadas.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó un estudio retrospectivo, de tipo descriptivo, en base a los registros de las pacientes que concurren al Programa de Salud Reproductiva en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela, desde el año 2005 hasta el año 2008.

Para todas las variables, los registros corresponden al total de pacientes ya que no hay registros individuales disponibles.

Se contaba con las cantidades mensuales de pacientes registradas en dos fajas etarias (menores a 20 años y mayores a 20 años), con frecuencias del uso de distintos métodos anticonceptivos y con la cantidad mensual de pacientes embarazadas. Se contaba, también, con datos del total de mujeres en edad fértil y de embarazadas para los años 2000 y 2001, anteriores a la implementación del Servicio de Salud Reproductiva.

Con las frecuencias según la edad se determinaron las altas y bajas en cada año, para establecer la cantidad de pacientes que permanecieron en el Programa anualmente y durante todo el periodo.

Para evaluar posibles diferencias en las frecuencias de uso de los métodos anticonceptivos, durante los años del periodo estudiado, se aplicó una prueba Chi-cuadrado con un nivel de significación de 0,05.

Se obtuvieron las proporciones anuales de pacientes embarazadas en relación al total de mujeres en edad fértil de cada año. Se compararon las proporciones medias de embarazadas antes y después de la implementación de la Ley de Salud Reproductiva.

Según información proveniente del Censo 2001, la población femenina en el área de cobertura del Centro de Salud N° 50 es de 9233, con 860 adolescentes entre 15 y 20 años y 3743 mujeres entre 20 y 49 años (aproximadamente un 9% y un 40% de la población femenina, respectivamente). Esto indica un total de 4603 potenciales pacientes del Programa, con edades entre 15 y 49 años.

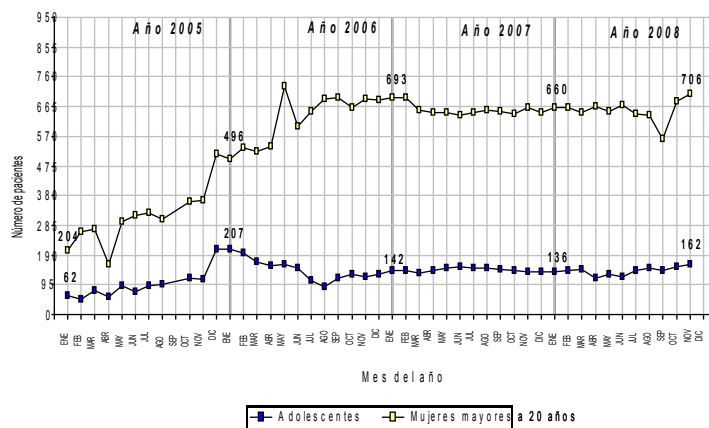
La proporción de adolescentes en la población de pacientes potenciales corresponde a un 19%.

Resultados

Cantidad de pacientes

El Gráfico 1 muestra la evolución mensual en el número de pacientes durante el periodo 2005/2008, para el grupo de adolescentes y de mujeres con edades mayores a 20 años.

Gráfico 1: Evolución mensual del número de pacientes (según la faja etaria) que concurrieron al Programa de Salud Reproductiva en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela durante el periodo 2005-2008



El gráfico muestra una tendencia creciente en la cantidad de mujeres mayores a 20 años que se registraron en el Programa.

En la Tabla 1 se resume la evolución anual en la cantidad de pacientes bajo el Programa, según el grupo de edad.

Tabla 1: Evolución del número de pacientes que concurrieron al Programa de Salud Reproductiva en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela durante el periodo 2005-2008

	Cantidad de pacientes al inicio	Cantidad de pacientes al final	Registradas durante el año	Bajas en el año	Variación anual en la cantidad de pacientes
Año 2005					
Menores a 20 años	62	208			146
Mayores a 20 años	204	515			311
Total de pacientes	266	723	661	204	457
Año 2006					
Menores a 20 años	207	130			-77

Mayores a 20 años	496	687			191
Total de pacientes	703	817	463	349	114

Año 2007

Menores a 20 años	142	135			-7
Mayores a 20 años	693	647			-46
Total de pacientes	835	782	187	240	-53

Año 2008

Menores a 20 años	136	183			47
Mayores a 20 años	660	694			34

Total de paciente s	796	877	375	294	81
---------------------------	-----	-----	-----	-----	----

El total de mujeres en edad fértil que concurrieron al Programa de Salud Reproductiva durante 2005/2008 fue de 1952. Se registraron 1087 bajas, permaneciendo bajo el programa 877 pacientes.

La proporción de pacientes atendidas en relación al total de pacientes potenciales, fue de 0,42. La cantidad de pacientes, durante todo el periodo estudiado, constituyó una proporción de 0,19 del total de pacientes potenciales.

El grupo de adolescentes representó una proporción de 0,21 de las adolescentes en la población y el grupo de mujeres, un 0,18 del total en la población.

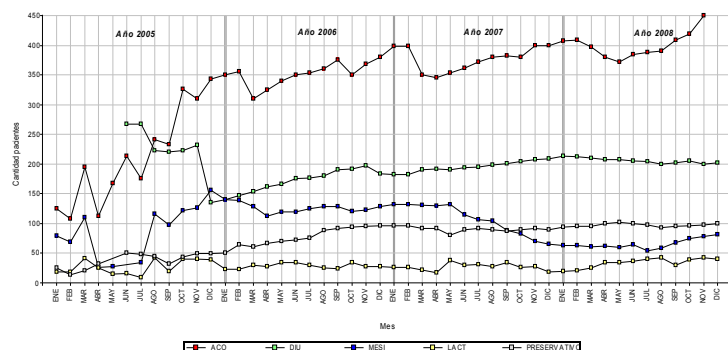
Uso de anticonceptivos

Se estudiaron las frecuencias relativas para el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, en relación al total de pacientes que registraba el Programa de Salud Reproductiva en cada uno de los años comprendidos entre 2005 y 2008.

El siguiente gráfico muestra la cantidad de pacientes que utilizaron cada método anticonceptivo, en los sucesivos meses de los diferentes años.

Gráfico 2: Evolución mensual del número de pacientes que concurrieron al Programa de Salud Reproductiva

en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela durante el periodo 2005-2008 según los métodos anticonceptivos que utilizaron



En el gráfico se observa que, en todos los años, el anticonceptivo oral fue el método más utilizado, siguiendo en orden el DIU, MESIGINA inyectable, el preservativo y finalmente el anticonceptivo de la lactancia..

Se utilizó una tabla de contingencia y un nivel de significación del 5%, para determinar posibles diferencias entre los perfiles de las frecuencias de uso en los diferentes años.

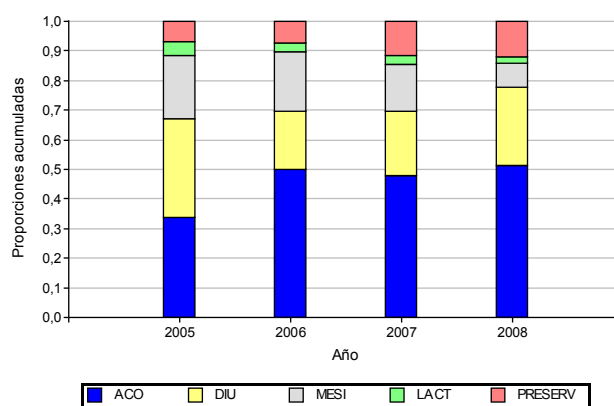
La Tabla 2 contiene las frecuencias de pacientes que utilizan los diferentes métodos.

Tabla 2: Frecuencias de uso de los métodos anticonceptivos en las pacientes que concurren al Programa de Salud Reproductiva en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela durante el periodo 2005-2008

Cantidad de pacientes				
Método	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008
DIU	124	140	182	213
ACO	125	350	398	407
MESI	79	140	132	63
LACT	18	23	26	19
Preserv.	25	50	97	94
Total	266	703	835	796

Las frecuencias relativas respecto al total anual de pacientes que emplea cada método, se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 3: Frecuencias relativas de pacientes que concurren al Programa de Salud Reproductiva en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela durante el periodo 2005-2008 según los métodos anticonceptivos que utilizaron



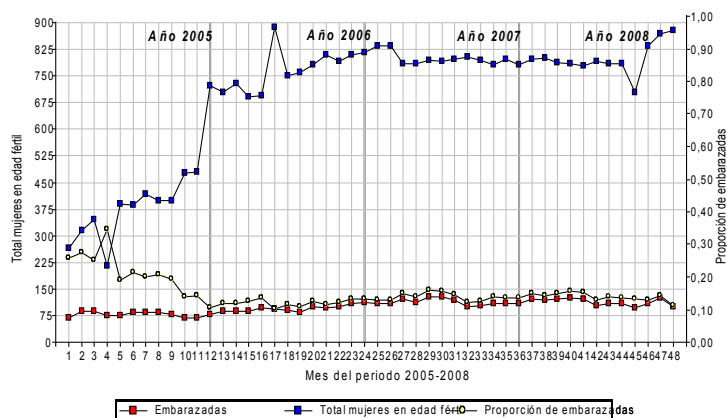
Los resultados señalaron que las frecuencias de uso de los anticonceptivos fue significativamente diferente ($p < 0,0001$), en al menos uno de los años. Al respecto se puede señalar que:

- El uso de ANTICONCEPTIVOS durante la LACTANCIA disminuyó de un 5% del total de pacientes a un 2%.
- En el caso de los preservativos, se produjo un aumento de un 7% a un 12%.
- La proporción de pacientes que emplearon MESIGINA inyectable se mantuvo alrededor del 20% en los dos primeros años para luego disminuir a un 16% en el 2007 y a un 8% en el 2008.
- La proporción de pacientes con DIU disminuyó de 33%, al comienzo del periodo, a 27%, al final del periodo.
- El anticonceptivo oral registró las mayores frecuencias de uso en todos los años, incrementando de 34% a 51%.

Cantidad de embarazadas

El gráfico 4 muestra el total mensual de pacientes en el Programa, las frecuencias mensuales de pacientes embarazadas y las proporciones de éstas respecto del total de pacientes, para cada año.

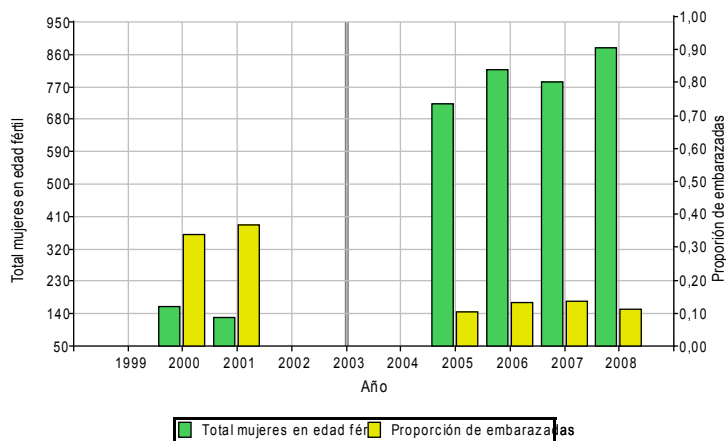
Gráfico 4: Frecuencias de pacientes, de embarazadas y la proporción que ellas representan en relación al total de pacientes que concurren al Programa de Salud Reproductiva en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela durante el periodo 2005-2008



El gráfico 4 muestra una disminución en las proporciones de embarazadas a lo largo del tiempo. En el año 2005 las proporciones fueron declinando y en los años restantes se mantuvieron prácticamente constantes.

El gráfico 5 corresponde a la comparación entre el total de mujeres en edad fértil y la proporción de embarazadas en los años previos a la Ley de Salud Reproductiva, 2000 y 2001, y en los posteriores a la misma.

Gráfico 5: Totales de pacientes en edad fértil y proporción de pacientes embarazadas durante el periodo anterior y posterior a la implementación del Programa de Salud Reproductiva en el Centro de Salud N° 50 Villa Adela



La comparación entre los valores medios de las proporciones de ambos periodos, indicó una diferencia significativa. Antes de la Ley de Salud Reproductiva la proporción media de embarazadas estimada en 0,36 resultó estadísticamente mayor a la media de 0,12 estimada en la etapa posterior.

Conclusiones

Durante el periodo 2005-2008 concurrieron a consulta del Programa de Salud Reproductiva, del Centro de Salud N° 50 de Villa Adela, un total de 1952 mujeres.

El Programa mantuvo 877 casos activos, atendiendo a 183 adolescentes entre 15 y 20 años y 694 mujeres mayores de 20 años. Desde el año 2005 el registro permanente de adolescentes se incrementó en 121 pacientes y el de mujeres en 490 pacientes.

La proporción de adolescentes en el Programa representa una proporción de 0,21 de las pacientes potenciales en dicha faja etaria.

La proporción de mujeres en el Programa representa a un 15% de las pacientes potenciales en dicha faja etaria.

Al comienzo del periodo el DIU y el anticonceptivo oral fueron los métodos más utilizados. En los últimos años el anticonceptivo oral fue usado por el 50% de las pacientes.

Se observó escaso uso del preservativo.

La proporción de mujeres embarazadas fue declinando y en los últimos años se mantuvo prácticamente constante.

Bibliografía

1 www.bayerconosur.com/celebrando_50/celebrandoevolucion01.php

Revista Cubana de Medicina General Integral, abril-junio, 1995

Revista Chilena de Obstetricia Ginecol.v.73n.4 Santiago 2008

Revista Cubana Medicina General Integral 1997,13 (1):49-58

femline@gador.com.ar

Manual de Planificación Familiar y métodos anticonceptivos .Dr
Walter Barbato .Editora 2001 .
www.insp.mx Salud Pública México v.45n.6 Cuernavaca nov/dic 2003
Sexualidad y Escuela. www.CBA.gov.ar
Ley Nacional de Educación Sexual Integral N° 26150 octubre 2006.
Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la
Nación.Educación Sexual .El monitor de la Educación n° 11,Bs
As.Marzo/abril 2007
Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de
la Salud.Promoción de la Salud Sexual Recomendaciones para la
acción.Guatemala,Mayo 2000
Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana
.wwwsalud.gob.mx/unidades/cdi/nam/rm005ssa293.html
OMS/OPS Argentina <http://www.ops.org.ar>,www.ops.who.com
Red de Salud de las mujeres latinoamericanas y del Caribe
<http://www.reddesalud.web.cl>
Género y Salud Reproductiva en América Latina.
Dra Lucila Scavone (Compiladora)Editorial Universidad de Costa
Rica 01/01/1999
La transición de la salud sexual y reproductiva, en América Latina 15
años después de El Cairo .1994.. Publi 04_ 2011.CEPAL-Población
y Desarrollo N° 102.
Una mirada desde América Latina y el Caribe al objetivo de
desarrollo del Milenio de acceso universal a la Salud Reproductiva.
Maren Andrea Jiménez, Lissette Aliaga, Jorge Rodríguez Vignoli.
www.EC/AC.C//cgi-bin/getProd.asp?xml=//xml/7
Salud Reproductiva y Derechos Humanos: Integración de la
Medicina , la Ética y el Derecho.- 2003- Autores : Rebecca Cook.
Bernard Dickkens. Mahmoud Fathala.
Salud Sexual y Reproductiva de adolescentes y jóvenes :una
mirada desde la óptica de los derechos humanos. Autor Jorge
Pelaez Mendoza.

Bvs.sldcu/revistas/gin/vol 34_2_08/gin 05208htm.

OMS Salud Sexual y Reproductiva

[www.who.int/entity/reproductive health es.](http://www.who.int/entity/reproductive_health_es)

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

[www.msal.gov.ar/salud sexual.](http://www.msal.gov.ar/salud_sexual)

[www.EntreRios.gov.ar/msalud/Programa-Provincial-Salud Sexual..](http://www.EntreRios.gov.ar/msalud/Programa-Provincial-Salud_Sexual..)

UNFPA America Latina y el Caribe. Salud y Derechos

Reproductivos. [Lac.unfpa.org/public/pid 2024.](http://Lac.unfpa.org/public/pid_2024)

Salud Sexual y Reproductiva Fondo de Población de las Naciones.

[www.unfpa.org/Salud Sexual y Reproductiva.](http://www.unfpa.org/Salud_Sexual_y_Reproductiva)

Programa Provincial de Salud Reproductiva.

www.SaludMendoza.gov.ar/index.php?option=com.view

OPS/OMS Elementos básicos para el estudio y para la prevención de la mortalidad materna. Agosto 1987.

Métodos anticonceptivos . Actualidad y perspectivas para el nuevo milenio . Autor :.Jorge Pelaez Mendoza. Editorial Científico Técnica 2002.

Controversias y aspectos novedosos sobre anticoncepción. .

Editorial Científico Técnica. 2009..

Anexos

ANEXO I

Ley Nacional N° 25673 y Decreto Nacional 1282 /2003 que reglamenta la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

ANEXO II

Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar.

Dirección de Medicina Preventiva.

Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Secretaría de Salud y Ambiente.

Municipalidad de Córdoba

Anexo I

Ley 25.673/2003

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

ARTICULO 1° - Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.

ARTICULO 2° - Serán objetivos de este programa:

- a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia;
- b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil;
- c) Prevenir embarazos no deseados;
- d) Promover la salud sexual de los adolescentes;
- e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias;
- f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable;
- g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

ARTICULO 3° - El programa está destinado a la población en general, sin discriminación alguna.

ARTICULO 4° - La presente ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad. En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional de los Derechos del Niño (Ley 23.849).

ARTICULO 5° - El Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación y de Desarrollo Social y Medio Ambiente tendrán a su cargo la capacitación de educadores, trabajadores sociales y demás operadores comunitarios a fin de formar agentes aptos para:

- a) Mejorar la satisfacción de la demanda por parte de los efectores y agentes de salud;
- b) Contribuir a la capacitación, perfeccionamiento y actualización de conocimientos básicos, vinculados a la salud sexual y a la procreación responsable en la comunidad educativa;
- c) Promover en la comunidad espacios de reflexión y acción para la aprehensión de conocimientos básicos vinculados a este programa;
- d) Detectar adecuadamente las conductas de riesgo y brindar contención a los grupos de riesgo, para lo cual se buscará fortalecer y mejorar los recursos barriales y comunitarios a fin de educar, asesorar y cubrir todos los niveles de prevención de enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario.

ARTICULO 6° - La transformación del modelo de atención se implementará reforzando la calidad y cobertura de los servicios de salud para dar respuestas eficaces sobre salud sexual y procreación responsable. A dichos fines se deberá:

- a) Establecer un adecuado sistema de control de salud para la detección temprana de las enfermedades de transmisión sexual, vih/sida y cáncer genital y mamario. Realizar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación;

b) A demanda de los beneficiarios y sobre la base de estudios previos, prescribir y suministrar los métodos y elementos anticonceptivos que deberán ser de carácter reversible, no abortivos y transitorios, respetando los criterios o convicciones de los destinatarios, salvo contraindicación médica específica y previa información brindada sobre las ventajas y desventajas de los métodos naturales y aquellos aprobados por la ANMAT.

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción; (Párrafo incorporado por art. 8° de la Ley N° 26.130 B.O. 29/8/2006)

c) Efectuar controles periódicos posteriores a la utilización del método elegido.

ARTICULO 7° - Las prestaciones mencionadas en el artículo anterior serán incluidas en el Programa Médico Obligatorio (PMO), en el nomenclador nacional de prácticas médicas y en el nomenclador farmacológico.

Los servicios de salud del sistema público, de la seguridad social de salud y de los sistemas privados las incorporarán a sus coberturas, en igualdad de condiciones con sus otras prestaciones.

ARTICULO 8° - Se deberá realizar la difusión periódica del presente programa.

ARTICULO 9° - Las instituciones educativas públicas de gestión privada confesionales o no, darán cumplimiento a la presente norma en el marco de sus convicciones.

ARTICULO 10° - Las instituciones privadas de carácter confesional que brinden por sí o por terceros servicios de salud, podrán con fundamento en sus convicciones, exceptuarse del cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6°, inciso b), de la presente ley.

ARTICULO 11° - La autoridad de aplicación deberá:

a) Realizar la implementación, seguimiento y evaluación del programa;

b) Suscribir convenios con las provincias y con la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para que cada una organice el programa en sus respectivas jurisdicciones para lo cual percibirán las partidas del Tesoro nacional previstas en el presupuesto. El no cumplimiento del mismo cancelará las transferencias acordadas. En el marco del Consejo Federal de Salud, se establecerán las alícuotas que correspondan a cada provincia y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

ARTICULO 12° - El gasto que demande el cumplimiento del programa para el sector público se imputará a la jurisdicción 80 - Ministerio de Salud, Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, del Presupuesto General de la Administración Nacional.

ARTICULO 13° - Se invita a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a adherir a las disposiciones de la presente ley.

ARTICULO 14º - Comuníquese al Poder Ejecutivo. DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS TREINTA DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL DOS.

DECRETO NACIONAL 1.282/2003

REGLAMENTACION DE LA LEY Nº 25.673 DE CREACION DEL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE

VISTO

el Expediente Nº 2002-4994/03-7 del registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley Nº 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable, y

CONSIDERANDO

Que dicha norma legal crea el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD.

Que la Ley Nº 25 673 importa el cumplimiento de los derechos consagrados en Tratados Internacionales, con rango constitucional, reconocido por la reforma de la Carta Magna de 1994, como la Declaración Universal de Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra

la Mujer; y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

Que el artículo 75, inc. 23) de nuestra CONSTITUCION NACIONAL, señala la necesidad de promover e implementar medidas de acción positiva a fin de garantizar el pleno goce y ejercicio de los derechos y libertades fundamentales reconocidos por la misma y los Tratados Internacionales de Derechos Humanos, antes mencionados.

Que la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) define el derecho a la planificación familiar como "un modo de pensar y vivir adoptado voluntariamente por individuos y parejas, que se basa en conocimientos, actitudes y decisiones tomadas con sentido de responsabilidad, con el objeto de promover la salud y el bienestar de la familia y contribuir así en forma eficaz al desarrollo del país."

Que lo expuesto precedentemente implica el derecho de todas las personas a tener fácil acceso a la información, educación y servicios vinculados a su salud y comportamiento reproductivo.

Que la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Que estadísticamente se ha demostrado que, entre otros, en los estratos más vulnerables de la sociedad, ciertos grupos de mujeres y varones, ignoran la forma de utilización de los métodos anticonceptivos más eficaces y adecuados, mientras que otros se encuentran imposibilitados económicamente de acceder a ellos.

Que en consecuencia, es necesario ofrecer a toda la población el acceso a: la información y consejería en materia de sexualidad y el uso de métodos anticonceptivos, la prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el

HIV/SIDA y patología genital y mamaria; así como también la prevención del aborto.

Que la ley que por el presente se reglamenta no importa sustituir a los padres en el asesoramiento y en la educación sexual de sus hijos menores de edad sino todo lo contrario, el propósito es el de orientar y sugerir acompañando a los progenitores en el ejercicio de la patria potestad, procurando respetar y crear un ambiente de confianza y empatía en las consultas médicas cuando ello fuera posible.

Que nuestro ordenamiento jurídico, principalmente a partir de la reforma Constitucional del año 1994, incorporó a través del Artículo 75, inc.) 22 la CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, y con esa orientación, ésta ley persigue brindar a la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable, siendo aspectos sobre los que, de ninguna manera, nuestros adolescentes pueden desconocer y/ o permanecer ajenos.

Que, concretamente, la presente ley reconoce a los padres, justamente, la importantísima misión paterna de orientar, sugerir y acompañar a sus hijos en el conocimiento de aspectos, enfermedades de transmisión sexual, como ser el SIDA y/o patologías genitales y mamarias, entre otros, para que en un marco de responsabilidad y autonomía, valorando al menor como sujeto de derecho, mujeres y hombres estén en condiciones de elegir su Plan de Vida.

Que la Ley N° 25.673 y la presente reglamentación se encuentran en un todo de acuerdo con lo prescripto por el artículo 921 del CODIGO CIVIL, que otorga discernimiento a los menores de CATORCE (14)

años y esta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica.

Que en concordancia con la CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, se entiende por interés superior del mismo, el ser beneficiarios, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evaluación de sus facultades.

Que el temperamento propiciado guarda coherencia con el adoptado por prestigiosos profesionales y servicios especializados con amplia experiencia en la materia, que en la práctica asisten a los adolescentes, sin perjuicio de favorecer fomentar la participación de la familia, privilegiando el no desatenderlos.

Que en ese orden de ideas, las políticas sanitarias nacionales, están orientadas a fortalecer la estrategia de atención primaria de la salud, y a garantizar a la población el acceso a la información sobre los métodos de anticoncepción autorizados, así como el conocimiento de su uso eficaz, a efectos de su libre elección, sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de Derechos Humanos y en ese contexto a facilitar el acceso a dichos métodos e insumos.

Que, en el marco de la formulación participativa de normas, la presente reglamentación ha sido consensuada con amplios sectores de la población de los ámbitos académicos y científicos, así como de las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la temática, las jurisdicciones locales y acordado por el COMITE DE CRISIS DEL SECTOR SALUD y su continuador, el CONSEJO CONSULTIVO DEL SECTOR SALUD.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta de conformidad con las facultades emergentes del artículo 99, inciso 2º) de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA DECRETA:

Artículo 1.- Apruébase la Reglamentación de la Ley N° 25.673 que como anexo I forma parte integrante del presente Decreto.

Artículo 2.- La Reglamentación que se aprueba por el artículo precedente entrará en vigencia a partir del día siguiente de su publicación en el Boletín Oficial.

Artículo 3.- Facúltese al MINISTERIO DE SALUD para dictar las normas complementarias interpretativas y aclaratorias que fueren menester para la aplicación de la Reglamentación que se aprueba por el presente Decreto.

Artículo 4.- Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional de Registro Oficial y archívese.

ANEXO I

REGLAMENTACION DE LA LEY N° 25.673

Artículo 1.- El MINISTERIO DE SALUD será la autoridad de aplicación de la Ley N° 25.673 y de la presente reglamentación.

Artículo 2.- A los fines de alcanzar los objetivos descriptos en la Ley que se reglamenta el MINISTERIO DE SALUD deberá orientar y

asesorar técnicamente a los Programas Provinciales que adhieran al Programa Nacional, quienes serán los principales responsables de las actividades a desarrollar en cada jurisdicción. Dicho acompañamiento y asesoría técnica deberán centrarse en actividades de información, orientación sobre métodos y elementos anticonceptivos y la entrega de éstos, así como el monitoreo y la evaluación.

Asimismo, se deberán implementar acciones que tendientes a ampliar y perfeccionar la red asistencial a fin de mejorar la satisfacción de la demanda.

La ejecución de las actividades deberá realizarse con un enfoque preventivo y de riesgo, a fin de disminuir las complicaciones que alteren el bienestar de los destinatarios del Programa, en coordinación con otras acciones de salud orientadas a tutelar a sus beneficiarios y familias.

Las acciones deberán ser ejecutadas desde una visión tanto individual como comunitaria.

Artículo 3.- SIN REGLAMENTAR.

Artículo 4.- A los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considéreselo al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades. En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en particular en los casos de los adolescentes menores de CATORCE (14) años. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad.

En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA MEDICA (ANMAT) debiendo asistir las personas menores de CATORCE (14) años, con sus padres o un adulto responsable.

Artículo 5.- Los organismos involucrados deberán proyectar un plan de acción conjunta para el desarrollo de las actividades previstas en la ley, el que deberá ser aprobado por las máximas autoridades de cada organismo.

Artículo 6.- En todos los casos, el método y/o elemento anticonceptivo prescrito, una vez que la persona ha sido suficientemente informada sobre sus características, riesgos y eventuales consecuencias, será el elegido con el consentimiento del interesado, en un todo de acuerdo con sus convicciones y creencias y en ejercicio de su derecho personalísimo vinculado a la disposición del propio cuerpo en las relaciones clínicas, derecho que es innato, vitalicio, privado e intransferible, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 4º del presente, sobre las personas menores de edad. Entiéndase por métodos naturales, los vinculados a la abstinencia periódica, los cuales deberán ser especialmente informados. La ADMINISTRACION NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGIA (ANMAT) deberá comunicar al MINISTERIO DE SALUD cada SEIS (6) meses la aprobación y baja de los métodos y productos anticonceptivos que reúnan el carácter de reversibles, no abortivos y transitorios.

Artículo 7.- La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, en el plazo de DIEZ (10) días contados a partir de la publicación del presente Decreto, deberá elevar para aprobación por Resolución del MINISTERIO DE SALUD, una propuesta de modificación de la Resolución Ministerial N° 201/02 que incorpore las previsiones de la Ley N° 25.673 y de esta Reglamentación.

Artículo 8.- Los Ministerios de SALUD, de EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA y de DESARROLLO SOCIAL deberán realizar campañas de comunicación masivas al menos UNA (1) vez al año, para la difusión periódica del Programa.

Artículo 9.- El MINISTERIO DE EDUCACION, CIENCIA Y TECNOLOGIA adoptará los recaudos necesarios a fin de dar cumplimiento a lo previsto en el artículo 9° de la Ley N° 25.673.

Artículo 10.- Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y PROCREACION RESPONSABLE previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada.

Los centros de salud privados deberán garantizar la atención y la implementación del Programa, pudiendo derivar a la población a otros Centros asistenciales, cuando por razones confesionales, en base a sus fines institucionales y/o convicciones de sus titulares, optaren por ser exceptuados del cumplimiento del artículo 6, inciso b) de la ley que se reglamenta, a cuyo fin deberán efectuar la presentación pertinente por ante las autoridades sanitarias locales,

de conformidad a lo indicado en el primer párrafo de este artículo cuando corresponda.

Artículo 11.- SIN REGLAMENTAR.

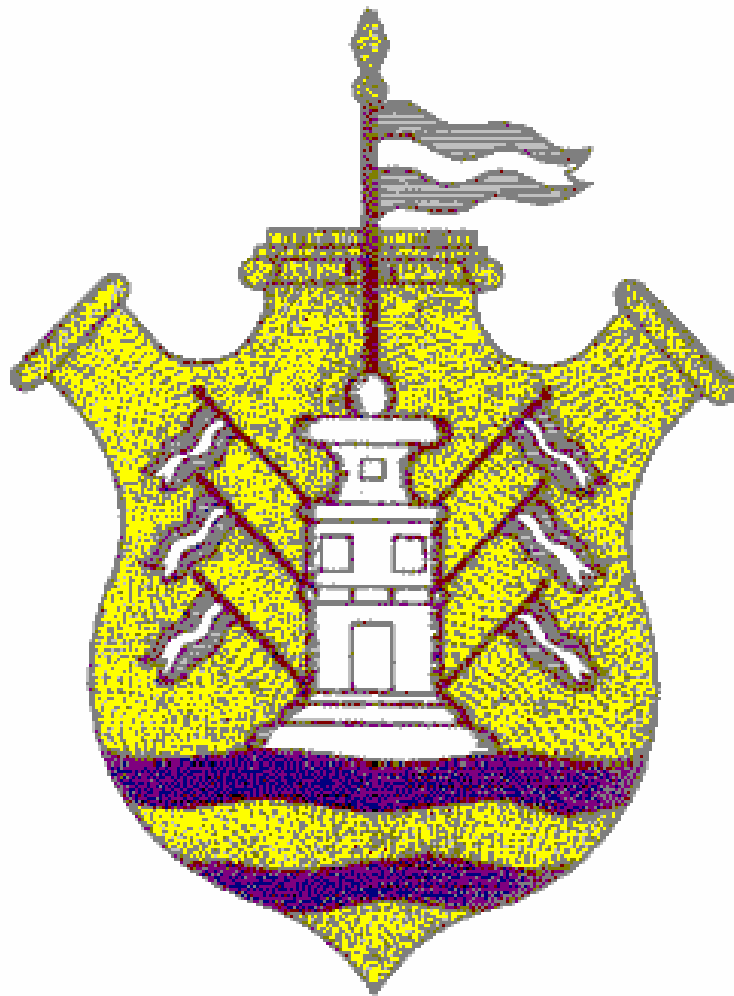
Artículo 12.- SIN REGLAMENTAR.

Artículo 13.- SIN REGLAMENTAR.

Artículo 14.- SIN REGLAMENTAR.

Sanción.- 23 de mayo de 2003

Publicación B.O.- 26 de mayo de 2003



AUTORIDADES MUNICIPALES

Dr. LUIS ALFREDO JUEZ

Intendente Municipal

Dr. DANIEL OSCAR GIACOMINO

Vice Intendente Municipal

Dr. RAUL ERNESTO JIMENEZ

Secretario de Salud y Ambiente

Dr. HORACIO BARRI

Subsecretario de Salud y Ambiente

Dr. MARIO SALINAS

Director General de Atención de la Salud

Dra. ANA MARIA FORESI

Director de Medicina Preventiva

Dr. MARCELO FEULLETT

Subdirector de Medicina Preventiva

Dra. LILIANA PORCHEDDU

Director de Atención Primaria de la Salud

Dr. JOSE MANTARAS

Subdirector de Atención Primaria de la Salud

COMISION ASESORA

Coordinador General:

Dr. JUAN CARLOS FERRARI

Integrantes:

Dra. NORMA ELISA ATTI

Dr. ESTRELLA SARQUIS

Dra. GRACIELA RODRIGUEZ

Lic. MARTA GRACIELA FONTANELLA

Lic. CAROLINA MERCEDES ALLENDE

Lic. ADRIANA MATTA

Enf. LUCIA RODRÍGUEZ

Obstetra: NORMA PANEI

Comisión Revisión 2004:

Martínez Gustavo

Gandur, Alicia

Ingelmo, Mónica

Palacio, Graciela

INDICE

Pags.



Prólogo

2



Introducción

3



Fundamentación

4



Diagnóstico de Situación

6



Objetivos Prioritarios

8

Objetivos Generales

Objetivos Específicos



Metas para el año en curso

9



Acciones



Evaluación

11



Normas de atención

13



Dinámica Asistencial según Método Contraceptivo Elegido

15



Anticonceptivo Ideal

19



Descripción de Métodos Anticonceptivos Reversibles

20

Clasificación



Métodos Naturales

21



Métodos de Barrera

30



Métodos Hormonales

36



Dispositivo

Intrauterino

46



Anticoncepción en Situaciones especiales

51

Anticoncepción en la Adolescencia

Anticoncepción en la Perimenopausia



Bibliografía

53



Anexos

55

La Comisión Asesora del Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación Familiar pone a disposición del equipo de salud y comunidad de la Ciudad de Córdoba, el Programa, cuya realización le fuera encomendada.

A partir del Diagnóstico de Situación establecido, se planificó la elaboración del Instrumento (El Programa), poniendo énfasis prioritariamente en la prevención y anticipación de los problemas, sin descuidar su resolución una vez que éstos se hubieren presentado. Se lo ha diseñado de una manera práctica, estableciendo mecanismos de acción que ofrecen diversidad de opciones (tanto para la población-objetivo como para los equipos de salud) y describiendo las ventajas y desventajas de los distintos métodos para garantizar la libertad de elección.

Esta Comisión considera de fundamental importancia para la aceptación del Programa, la realización de tareas de sensibilización con los efectores de salud y que éstos cuenten con un espacio de análisis y reflexión sobre los aspectos instrumentales del mismo (fase de motivación). Sugerimos que se lo propicie aunque pueda parecer una dilación para la implementación, ya que redundará en amplios beneficios a la hora de ejecutar y evaluar las acciones previstas.

A los fines de seguir contribuyendo en la continuidad del Programa, esta Comisión trabajará en todas las fases de su implementación y en su evaluación a corto, mediano y largo plazo, objetivos para los cuales organizará:

- La Capacitación de los efectores.
- Las Campañas de Educación Sanitaria.

- La Coordinación con otros Programas.
- La Evaluación periódica y sistemática de los resultados obtenidos y
- El Contralor para el efectivo cumplimiento del Programa.

Este Equipo de trabajo aspira haber podido establecer un Marco Programático de Contención, que apunte al bienestar físico, psicológico y social de todas las personas que se incorporen al mismo. De ser así, habrá cumplido responsablemente con la tarea asignada.

PROLOGO

El presente documento se elabora a pedido de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba, con el objetivo de fijar lineamientos básicos en relación a la formulación de un Programa de Salud Reproductiva y Sexual, a aplicar en el ámbito de dicha Secretaría.

Este trabajo se encuadra dentro de los lineamientos generales de la ordenanza municipal N° 9479, la ley 9073 de la Provincia de Córdoba (Programa de Maternidad y Paternidad Responsable) y basada en la ley Nacional Nro 25673 del año 2002 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable , elaborándose aspectos normativos y programáticos referentes a la Salud Reproductiva y Sexual y Educación en sexualidad humana.

INTRODUCCIÓN

El derecho que asiste a las personas a decidir conscientemente sobre sus pautas reproductivas y el deber del Estado de ofrecer los medios para ejercer ese derecho, constituyen la base de las actividades englobadas bajo el nombre de PROCREACIÓN RESPONSABLE.

Las mismas, integradas a las políticas de Salud en programas de atención materno-infantiles, no deben confundirse con Políticas de población basadas en aspectos demográficos coercitivos.

Por el contrario, deben interpretarse como un aporte tendiente a mejorar el proceso reproductivo humano.

Sus fines están dirigidos a mejorar la salud de la Madre, el Niño y la Familia, con la creencia y el convencimiento de que la verdadera riqueza de un país se apoya principalmente en sus recursos humanos y por ende en su población.

Por lo tanto, fomentar la reproducción en edades adecuadas, favorecer intervalos intergenésicos óptimos y evitar embarazos no deseados o en situaciones de riesgo, contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida del grupo poblacional de más riesgos evitables, que aún hoy sigue pagando tributo a la improvisación, desconocimiento e incompreensión.

Se entiende que dar una respuesta organizada a aquellos requerimientos desde y a partir de los servicios institucionales de salud, especialmente los que atienden el proceso de reproducción humana, constituirá el medio idóneo para alcanzarlos.

Por otra parte, el alto número de abortos, entre los cuales el provocado se estima como el de mayor proporción y los altos índices de mortalidad materna, así como la esterilidad que provoca esta causa, exigen revertir con urgencia esta situación promoviendo la educación para la salud en forma integral.

Por lo expuesto, la procreación responsable como necesidad sentida por la comunidad, constituirá uno de los aportes más trascendentes que la organización social puede brindar a través de sus servicios de salud a fin de mejorar la calidad de vida de sus componentes.

**PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA, SEXUALIDAD
Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

COMISIÓN ASESORA

FUNDAMENTACION:

El diseño de este Programa ha sido abordado con un doble perfil que posibilitará visualizarlo desde dos perspectivas inseparables: la salud pública y los derechos humanos.

Se parte del concepto de Salud Integral establecido por la Organización Mundial para la Salud como "estado de completo bienestar físico, mental y social" y no solamente la ausencia de enfermedad y de la definición de Salud Sexual propuesta también por la OMS en Ginebra en 1974 como "la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual por medios que sean positivamente enriquecedores, que potencien la personalidad, la comunicación y el amor que supera los aspectos reproductivos".

El derecho que asiste a las personas a decidir conscientemente sus pautas de salud reproductiva y sexual, y el deber del Estado de ofrecer los medios para ejercer este derecho, constituye la base de un Programa de Salud Reproductiva, Sexualidad y Planificación familiar.

La salud reproductiva es hoy un derecho de las personas, esta condición lleva implícito el derecho de las mujeres y de los varones a obtener información, planificar su familia, elegir los métodos para

regular la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y acceder a otros seguros, eficaces, asequibles y aceptables.

Es también tener derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a la pareja las máximas posibilidades de tener hijos sanos y orientar a aquellas con problemas de Fertilidad.

Señala además la OMS como primer elemento de una sexualidad sana "la actitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva y para regularla de conformidad con una ética personal y social".

Entendemos por Planificación Familiar a la ADOPCIÓN VOLUNTARIA de alguna forma de contracepción para favorecer así la elección de una maternidad y paternidad responsable, siendo ésta el compromiso de amor con los hijos en forma integral, o sea, no solamente engendrarlos, sino darles amor, educación, salud, protección y preparación para luchar en la vida. Los métodos anticonceptivos son uno de los elementos o herramientas utilizados en la planificación familiar. Esta adopción voluntaria se contrapone radicalmente con el concepto de control de Natalidad que utilizan algunos gobiernos para definir políticas poblacionales independientes de la voluntad de las personas. A partir de la creación o adopción de un programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar que asegure en calidad y cantidad suficientes la provisión de los Recursos necesarios y adecuados a las distintas regiones, se evitaría la utilización de prácticas anticonceptivas que impliquen graves riesgos para la vida y salud de las mujeres, así como el aborto clandestino y la automedicación, nacimientos de hijos no deseados (fundamentalmente en áreas con Necesidades Básicas Insatisfechas), con las conocidas consecuencias de todas estas

situaciones, tanto para las madres como para los niños y las familias.

La Educación para la Salud y la Salud son indivisibles, y desde esta perspectiva, la educación sexual que propicia el Programa, tiende a revalorizar la sexualidad a partir de la afectividad, el respeto, la solidaridad y el conocimiento.

Basándose en que la Salud Reproductiva es una responsabilidad del Estado y la Sociedad, ésta debe ser pensada de manera integral abarcando los aspectos de desarrollo sostenido, población y medio ambiente, así como la equidad y universalidad en el acceso a la cobertura, teniendo en cuenta que la calidad de la atención es fundamental para que estos factores interactúen estrechamente.

Considerando que es en APS (Atención Primaria de la Salud) donde adquieren relevancia los aspectos de promoción y prevención , poniéndose acento en la calidad de vida, se destaca como necesaria la activa participación de la comunidad, el enfoque interdisciplinario y la incorporación de diversos sectores en la búsqueda de la salud de la población.

La organización de los efectores de salud estaría dedicada a la prevención y detección temprana de la mayor parte de las complicaciones que causan Morbi-Mortalidad Materna y Perinatal y a la educación en salud, incluyendo a la Procreación responsable como componente esencial de la prevención del Aborto Provocado; además de la educación para prevenir los embarazos no deseados, los muy seguidos, los que se producen en edades extremas y las Enfermedades de Transmisión Sexual (como por ejemplo SIDA),

cuyas gravísimas consecuencias poblacionales deben ser abordados desde la Salud Pública.

Este Programa es un instrumento apto, útil e impostergable, que sirve para Educar, para nivelar y para garantizar la igualdad de oportunidades a todas las personas. Es una herramienta en defensa de la vida que el Gobierno de la Ciudad de Córdoba pone al servicio de la gente, como una respuesta político social nacida desde la comprensión de un problema y la sensibilidad para resolverlo.

DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN

Un hecho trascendente en la vida del hombre, ha sido, a lo largo de la historia, la llegada de un hijo deseado.

Contrariamente a esta situación, encontramos que un embarazo no planeado y no deseado, culmina con frecuencia en un niño abandonado, maltratado o en un aborto inducido.

Si tenemos en cuenta que un programa de Salud reproductiva y sexual tiene por misión incrementar la calidad de vida de individuos, parejas, familias, adolescentes y otros grupos a través de la promoción de la salud materno-infantil, la implementación de la planificación familiar y sexualidad responsable excede el ámbito estrictamente familiar. Los siguientes datos de la realidad nos llevan a esta afirmación:

- El inicio de la vida sexual es cada vez más precoz. Datos recabados en nuestro país como en el resto del mundo, indican que existe un descenso de un año en la edad de inicio, con respecto a estudios anteriores, siendo esta edad de 13 años para las mujeres y 14 para los varones. Es en este momento cuando se debe informar acerca de su ciclo fisiológico respecto a sus hábitos higiénicos durante la menstruación y relaciones sexuales. La falta de educación sexual crea grandes problemas, como embarazos no deseados, incremento de abortos, enfermedades de transmisión sexual y enfermedad inflamatoria pélvica, que además tiene consecuencias que afectarán su porvenir reproductivo.

- La edad para contraer matrimonio es cada vez mayor. Los jóvenes (en especial los de clase media) están demorando una década en

hacerlo, respecto a sus abuelos, fenómeno que agrega años de vida sexual no matrimonial.

- La edad para gestar ha sufrido un desplazamiento entre dos extremos: Por una parte, los que pueden planificar su familia eligen tener sus hijos más tarde y menos cantidad de los mismos. En el otro extremo se ubican las niñas-madres, habitualmente pertenecientes a familias carenciadas, donde la anticoncepción es inaccesible por razones educativas y económicas.

En nuestro país, la tasa de mortalidad materna es de 44 cada 100.000 nacidos vivos, cifra que se estima tiene un subregistro del 50%. En caso de la mortalidad materna por aborto, este subregistro se agrava, tanto por la presión penal como por las sanciones sociales.

Situación de la Salud Reproductiva en la Ciudad de Córdoba

Tasa de Natalidad: en el año 1993 era del 19.3%, similar a la media nacional, de 19.8%.

Tasa de Fecundidad: La proyección del año 1995 era de 2.3 hijos por mujer, con mayor concentración en el grupo etario de 25 a 29 años.

Tasa de Mortalidad Materna: 20 por 100.000.

En base al Censo Nacional del año 1991, la subdirección de Planeamiento - Ministerio de Salud y Seguridad Social de la Provincia de Córdoba, proyecta para el año 1996 en nuestra Ciudad Capital, sobre una población de 1.274.236 habitantes, las siguientes tasas:

- Tasa de Natalidad: 18,5%.
- Tasa de Mortalidad Infantil: 21,5%.
- Tasa de Mortalidad Neonatal: 15,3%.

Maternidad Adolescente: La edad promedio de gestación en los sectores de bajos recursos económicos, es de 17 años, contra 23 y 25 años en los sectores medios. Según datos de la Maternidad Provincial, el 21% de los partos corresponden a mujeres menores de 21 años. El estudio del Centro de Lactancia, Crecimiento y Desarrollo (CLACyD) arroja un 44% de mujeres que inició su maternidad en la adolescencia, este porcentaje aumenta al 73% entre el grupo de escasos recursos, siendo el 14% para los sectores medios y altos.

Asimismo, un estudio sobre las características reproductivas de las mujeres cordobesas, demostró que el 63% de los embarazos son inesperados y esta cifra aumenta en las adolescentes al 73% (CLACyD).

Aborto: Diariamente el sistema de hospitales provinciales de nuestra ciudad, recibe 10 pacientes por día con complicaciones por abortos provocados. Si tenemos en cuenta que es el 10% del total realizado el que se complica, podemos afirmar que en la Ciudad de Córdoba se realizan 100 abortos diarios

En una encuesta realizada a mujeres que asisten a los Centros Periféricos de Salud de la Ciudad de Córdoba, se obtuvieron los siguientes datos:

- 1 - El grupo de mayor fecundidad corresponde a mujeres entre 21-30 años.
- 2 - El 57.46% de las mujeres encuestadas tuvieron su primer embarazo antes de los 20 años.
- 3 - La familia y el agente de salud, resultaron ser la fuente de información para el conocimiento y el uso de métodos anticonceptivos aceptados por la mayoría de estas mujeres.
- 4 - A mayor edad aumenta la posibilidad de multiparidad, abortos y fetos muertos.
- 5 - El 69.21% de las gestaciones fueron no programadas.
- 6 - El 54.43% de las mujeres desconocen qué significa programar embarazos.
- 7 - El 59.72% de las mujeres no desean tener más hijos, y del 40.28% que desean tenerlos, la mayoría lo harían con espacios intergenésicos no menores de 3 años.
- 8 - El 95.49% desean recibir información al respecto.

OBJETIVOS PRIORITARIOS

- Disminuir las Tasas de Morbimortalidad Materno-Infantil, el número de abortos y las Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Asegurar a la población el ejercicio del derecho de decidir, libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos.
- Contribuir al desarrollo integral ,físico mental y social de la población en general, sin discriminación alguna, y en todas las etapas del ciclo vital. Tener en cuenta los diversos aspectos relacionados con su salud sexual y reproductiva, contemplando acciones de promoción prevención, recuperación ,rehabilitación y autocuidado.
- Establecer el acceso universal al programa y el ingreso gradual de usuarios, garantizando las actividades de información y consejería que permiten un abordaje integral y no solo la provisión de anticonceptivos.

OBJETIVOS GENERALES

- Orientar a la pareja y la familia para el ejercicio de una paternidad y maternidad responsable.
- Informar a las personas sobre el ejercicio de la sexualidad responsable.
- Facilitar a toda la población el derecho a decidir libre y responsablemente sus pautas procreativas brindando la información necesaria y los medios para ejercerlo.
- Resguardar la vida desde el momento de la concepción.
- Prevenir, a través de la información y educación, el HIV-SIDA y demás Enfermedades de Transmisión Sexual, con el fin de

preservar la integridad del Aparato Reproductor, evitando la posterior esterilidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Disminuir la mortalidad materna por aborto inducido, evitando el embarazo no deseado y la posibilidad de esterilidad secundaria al mismo.
- 2) Reducir la mortalidad infantil asociada a alta fecundidad.
- 3) Permitir la libertad de elección del número y espaciamiento de hijos.
- 4) Promover en los adolescentes la concientización sobre la maternidad y paternidad responsables y sexualidad responsable.
- 5) Promover espacios de capacitación para el equipo de salud.
- 6) Asegurar la cantidad y continuidad en la provisión de los recursos necesarios para cumplir el Programa.
- 7) Coordinar con otros Programas vigentes:
 - Programa de Violencia Infantil y Maltrato.
 - Programa de Adolescencia.
 - Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN).
 - Programa de Prevención de Cáncer Génito-Mamario.
 - Programa de Embarazo y Puerperio.
 - Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo.
 - Programa de Control del Adulto Sano.

- 8) Valorizar la importancia de los Métodos de Barrera, aún utilizando otros métodos anticonceptivos, en la Prevención del SIDA , Enfermedades de Transmisión Sexual y Cáncer de Cuello Uterino.
- 9) Prevenir y pesquisar alteraciones nutricionales y de otras patologías (Diabetes, HTA, Cardiopatía, Enfermedad Renal Crónica, etc.) que puedan hacer peligrar la evolución de una gestación.
- 10) Propiciar la creación de un espacio centralizador de la actividad y evaluador permanente de los impactos del Programa.

METAS PARA EL AÑO EN CURSO

1) Puesta en funcionamiento del Programa de Planificación Familiar, Sexualidad y Salud Reproductiva, con el equipo integrado por Médicos Tocoginecólogos, Generalistas, Clínicos, Pediatras; Obstétricas, Trabajadores Sociales y Enfermeros, con el soporte auxiliar básico de, agentes sanitarios, promotores de salud, estadísticos y administrativos, necesarios para el desarrollo de las acciones, y la provisión de insumos específicos.

2) Capacitación del equipo de salud (médicos, enfermeros, bioquímicos, trabajadores sociales, personal administrativo, promotores de salud, psicólogos, estadísticos) en temas de Sexualidad Humana y Salud Reproductiva.

3) Elaboración y presentación, ante las autoridades de la Dirección General de Escuelas Municipales y Enseñanza General Básica (EGB) de propuestas de capacitación en temas de sexualidad humana y salud reproductiva, para docentes en actividad en los distintos niveles educativos.

4) Información sobre temas de salud sexual y reproductiva, como mínimo en el 70% de las mujeres con alta hospitalaria por parto o por aborto en hospitales públicos, y asesoramiento por pasantes en las Maternidades de la Ciudad de Córdoba.

5) Atención como mínimo del 90% de la demanda espontánea en las instituciones de salud dependientes de la Subsecretaría de Salud y Ambiente de la Municipalidad de la Ciudad de Córdoba.

6) Capacitación en servicio a los agentes del programa que se desempeñan en los centros de salud.

ACCIONES

1- CAPACITAR en forma permanente al personal que trabaja en las distintas áreas de Salud Reproductiva y Sexual, mediante Cursos, Jornadas, Talleres Interdisciplinarios, sobre los siguientes temas:

- * Evolución de la sexualidad: en la niñez, en la adolescencia, en la vida adulta, en la vejez.
- * Anatomofisiología de los aparatos genitales femeninos y masculinos.
- * Embarazo. Parto. Aspectos biológicos y sociales.
- * Anticoncepción. Aspectos bio-psico-sociales.
- * El Aborto: riesgos psíquicos y físicos.
- * Enfermedades de transmisión sexual. Su prevención.
- * Esterilidad: aspectos bio-psico-sociales.
- * Las relaciones sexuales: aspectos biológicos, psicológicos y culturales.
- * Los padres como educadores sexuales: las necesidades de los niños y adolescentes.
- * El primer año de vida: cuidados físicos y emocionales. Importancia de la estimulación temprana.
- * La adopción: aspectos legales y psicosociales.
- * Información sexual que necesita un niño menor de 5 años, un escolar, un púber, un adolescente.

* Exámenes periódicos para la mujer: PAP, examen de mamas, controles ginecológicos en salud.

- 2) PROMOVER LA CAPITACIÓN, a través de los Programas (Control de Embarazo y Puerperio, Crecimiento y Desarrollo, Prevención del Cáncer Génito-Mamario, Violencia Infantil y Maltrato, Adolescencia, PROMIN) de las mujeres y/o parejas en edad fértil para informar u orientar acerca de Salud Reproductiva y Sexual y Planificación Familiar.
- 3) EDUCAR a la comunidad en forma permanente con el fin de entregar información clara, concreta y oportuna que les permita tomar sus propias decisiones en relación a la Salud Sexual y Reproductiva y Planificación Familiar.
 - a) Orientar para ingresar al Programa.
 - b) Contribuir a la prevención del Embarazo no deseado y sus posibles consecuencias (aborto inducido, esterilidad secundaria, rechazo materno, abandono y maltrato infantil, violencia intrafamiliar, deserción escolar).
 - c) Pesquisar y referir alteraciones de la fertilidad.
 - d) Pesquisar, tratar y/o referir las alteraciones de la Sexualidad.
 - e) Promover la prevención del HIV/SIDA.
- 4) INTEGRAR a los Promotores de salud, como nexo de unión con la comunidad.
- 5) COORDINAR Talleres para Adolescentes con los responsables del Programa de Adolescencia.
- 6) INTEGRAR las acciones del Programa de Salud Reproductiva y Sexual con otras Instituciones.
- 7) EVALUAR, DIAGNOSTICAR Y PRESCRIBIR a cargo del Personal Médico del método anticonceptivo correspondiente, de común acuerdo con la persona interesada.

EVALUACIÓN

1- EVALUACIÓN INICIAL DE LOS RECURSOS.

1.1- Objetivo: Enumerar y valorar los recursos con que se cuentan a nivel de recursos humanos y materiales, a la vez que conocer la necesidad y aceptación del mismo por parte de la población beneficiaria.

1.2- Recursos humanos: La Secretaría de Salud Pública y Ambiente cuenta con el personal dependiente de la Dirección de Atención Primaria de la Salud, Dirección de Especialidades Médicas y Dirección de Medicina Preventiv

1.3- Recursos Materiales:

59 Centros de Salud Periféricos.

34 Unidades Primarias de Atención de Salud.

4 Consultorios de 2° Nivel.

Desagregando, se observa que la mayoría de los Centros de Salud, UPAS, M.P. y DEM, cuentan con el equipamiento necesario.

Con la partida presupuestaria afectada al programa, se deberá proveer de: Métodos anticonceptivos, cartillas informativas, material didáctico variado, hoja para salud reproductiva (ficha), software para análisis de datos específicos.

1.4- Población Objetivo:

En base a las encuestas realizadas por DAPS, surge que la población objetivo del programa requerirá información y educación en salud reproductiva, provisión de insumos y métodos, focalizando la acción educativa en los grupos más vulnerables, como los adolescentes, multíparas y familias en riesgo social.

2- EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO (PROGRAMA)

Se realizará inmediatamente posterior a las actividades específicas de motivación.

- Cantidad de reuniones informativas y de análisis del programa.
- Encuestas de satisfacción a los efectores de salud.

3- EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA

CORTO Y MEDIANO PLAZO: Se efectuará a los 6 meses y al año, posteriores a la implementación del programa.

Evaluar sobre:

- Provisión de insumos por parte de la Secretaría de Salud. Y Programa Nacional
- Cumplimiento de acuerdos iniciales en cuanto a recursos humanos y materiales.
- La Organización:
 - Funcionalidad y / o efectividad de las normas de atención.
 - Realización de las derivaciones previstas.
 - Efectividad de la referencia / contrarreferencia.
 - Grado de conformidad de la población bajo programa.
 - Capacidad de respuesta del laboratorio (agilidad en la atención de la demanda y envío de informes de laboratorio en tiempo y forma).
- Provisión de M.A.C.: discriminar en relación a cantidad, calidad y continuidad.
- Implementación del consultorio de Reproducción Humana, para atender demanda sobre trastornos de la fertilidad.
- Trabajo interdisciplinario.

- Funcionalidad de la Ficha de Salud Reproductiva.
- Funcionalidad de la ficha de entrega y seguimiento.
- Realización de acciones de captación y recaptación de beneficiarios.
- Cantidad de entrevistas de satisfacción realizadas y resultados de las mismas.
- Coordinaciones efectuadas con los demás programas de la Secretaría de Salud.
- Incremento en la cantidad de Papanicolaou, exámenes de mamas, colposcopías, ecografías, análisis de laboratorio y mamografías.
- Cantidad de consultas de salud reproductiva en consultorio médico.
- Ídem en Servicio social / Salud Mental, en los casos en que se cuente con estos servicios.
- Entrevistas sobre salud reproductiva al servicio de enfermería.

Instrumentos de Evaluación: Cuestionarios escritos y encuestas remitidas a las distintas áreas dependientes de la Secretaría de Salud Pública.

4- EVALUACIÓN DE RESULTADOS

A LARGO PLAZO: Se efectuará a los 2 años de implementado el programa.

4.1- Aspectos cuantitativos: Se evaluarán en base a los siguientes ítems:

1) Número de la población objetivo ingresado al programa, evaluado semestralmente, desagregado por grupo etéreo.

2) Población bajo Programa: $\text{Población total} / \text{Población Bajo Programa} \times 100$.

3) Tasa de deserción: Personas que ingresaron al Programa que no regresan a los 30 días.

4) Tasa de fracaso: Beneficiarias con embarazos no deseados y/o abortos provocados.

5) Tasa de Morbimortalidad: Beneficiarias con resultados no deseables, atribuibles al M.A.C.

6) Número y Tipo de actividades de capacitación al personal que trabaja en las distintas áreas de Salud Reproductiva y Sexual.

7) Número y tipo de actividades de educación y difusión en la población.

8) Número y Tipo de actividades educativas a los promotores de salud.

4.2- Aspectos cualitativos:

- 1) Encuestas de satisfacción a usuarios.
- 2) Entrevistas a informantes claves.
- 3) Encuestas a efectores.

Se considerarán los siguientes ítems en las encuestas y entrevistas:

- Trabajo interdisciplinario.
- Participación de la comunidad en la implementación del programa, tanto en su faz educativa, como en las consultas específicas.

- Participación de los promotores de salud, tanto en la formación de los mismos, como en la coordinación con ellos en las actividades específicas relativas al Programa.

NORMAS DE ATENCIÓN

A) Captación:

Se realizará por :

Demanda espontánea.

Captación desde otros programas municipales (Control de crecimiento y desarrollo, Catastro Citoginecológico, Control de embarazo, parto y puerperio, PROMIN, Violencia infantil y Maltrato, Adolescencia).

Derivación de instituciones de salud de 2° y 3° nivel.

Derivación / coordinación con instituciones formales e informales de la comunidad.

Derivación / coordinación con organizaciones no gubernamentales.

Promotores de salud.

B) Ingreso al Programa: La persona o pareja ingresará al programa por consultorio médico, enfermería o trabajo Social, se le confeccionará una ficha que se adjuntará a la Carpeta Familiar o Historia Clínica. Cada profesional llenará la parte que le corresponde y hará la derivación correspondiente.

El objetivo de esta primera entrevista es conocer las motivaciones de la persona o pareja y sus necesidades respecto a salud reproductiva, realizar una evaluación socio - familiar, la valoración médica y brindar la información pertinente sobre salud reproductiva y métodos anticonceptivos.

El profesional médico solicitará los estudios diagnósticos que correspondan. Se dará turno e indicaciones para realizar Papanicolaou.

Si la consulta fuese por esterilidad, se informará y se derivará al consultorio correspondiente del 2° nivel, que funcionará en D.E.M. Centro.

C) Elección del M.A.C., según criterio médico - social y acuerdo de la pareja / persona.

D) Provisión del M.A.C.: Se realizará una ficha del programa de planificación familiar y una ficha de entrega y seguimiento donde figuren el nombre de la persona, su dirección, su teléfono, tipo de M.A.C., fecha de entrega y cantidad, fecha del próximo Papanicolaou y firma de la paciente.

E) Seguimiento: Controles de rutina que requiere cada método.

F) Recaptación: Por control de fichas de seguimiento, en coordinación con enfermería, Servicio social y otros programas.

G) Derivación a 3° nivel de complejidad. Las personas que no accedan a los métodos naturales, hormonales o de barrera, serán derivadas a instituciones de salud de 3° nivel.

H) Actividades de educación / información en sexualidad humana: Estarán a cargo del personal afectado al programa.

I) Deben incluirse todas las pautas de atención en consultorio de los programas vigentes relacionados con la salud de la mujer.