

INFORME FINAL DE AUDITORIA

Código del Proyecto: 3.06.09

Nombre del Proyecto: Seguimiento de Proyecto
3.16.02.00. Cumplimiento de la Ley N° 418 de
Salud Reproductiva y Procreación Responsable.
Periodo 2000/2001.
Auditoria de Gestión

Buenos Aires, Abril de 2007

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Presidente

Lic. Matías Barroetaveña

Audidores Generales:

Dra. Alicia M. J. Boero

Dr. Vicente Mario Brusca

Dr. Rubén A. Campos

Dr. Nicolás Corradini

Dr. José Luis Giusti

Lic. Josefa A. Prada

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.06.09

**NOMBRE DEL PROYECTO: Seguimiento de Proyecto 3.16.02.00.
Cumplimiento de la Ley Nº 418 de Salud
Reproductiva y Procreación Responsable.
Período 2000/2001.**

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME: noviembre de 2006

**EQUIPO DESIGNADO: Coordinador: Prof. Mario Aiscurri
 Supervisor: Dra. Nora Solano**

OBJETIVO: Determinar si la entidad auditada ha adoptado acciones correctivas oportunas y apropiadas. Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales en términos de eficiencia y eficacia

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Octubre de 2006																						
Código del Proyecto	3.06.09																						
Denominación del Proyecto	Seguimiento del Proyecto 3.16.02.00. Cumplimiento de la Ley N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Período 2000/2001																						
Período examinado	Años: 2004, 2005 y Primer semestre 2006																						
Objetivo de la auditoría	<p>Determinar si la entidad auditada ha adoptado acciones correctivas oportunas y apropiadas.</p> <p>Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales en términos de eficiencia y eficacia.</p>																						
Presupuesto (expresado en pesos)	<p>La Ordenanza N° 47.731 B.M. 19.862 Publ. 06/09/1994 en su art. 3° establece que el destino anual de los fondos correspondientes a la Cuenta Especial Decreto Nacional 1772/92, será el siguiente: 1) El primer millón de pesos recaudados corresponderán al Programa de Procreación Responsable con destino a la adquisición de bienes y servicios no personales, 2) los restantes ingresos corresponderán a la Partida de Atención Clínico quirúrgica, para la adquisición de Bienes de Consumo.</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">AÑO 2004</th> <th style="text-align: center;">AÑO 2005</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Crédito original</td> <td style="text-align: center;">1.000.000</td> <td style="text-align: center;">1.000.000</td> </tr> <tr> <td>Disminución del crédito 31/12/05</td> <td></td> <td style="text-align: center;">141.706</td> </tr> <tr> <td>Disminución del crédito 05/07/05</td> <td></td> <td style="text-align: center;">52.390</td> </tr> <tr> <td>Crédito Vigente al 31/12/05</td> <td></td> <td style="text-align: center;">805.904</td> </tr> <tr> <td>Ejecución-definitivo</td> <td style="text-align: center;">882.626</td> <td style="text-align: center;">785.903</td> </tr> <tr> <td>Crédito sin ejecución</td> <td style="text-align: center;">117.374</td> <td style="text-align: center;">20.001</td> </tr> </tbody> </table>			AÑO 2004	AÑO 2005	Crédito original	1.000.000	1.000.000	Disminución del crédito 31/12/05		141.706	Disminución del crédito 05/07/05		52.390	Crédito Vigente al 31/12/05		805.904	Ejecución-definitivo	882.626	785.903	Crédito sin ejecución	117.374	20.001
	AÑO 2004	AÑO 2005																					
Crédito original	1.000.000	1.000.000																					
Disminución del crédito 31/12/05		141.706																					
Disminución del crédito 05/07/05		52.390																					
Crédito Vigente al 31/12/05		805.904																					
Ejecución-definitivo	882.626	785.903																					
Crédito sin ejecución	117.374	20.001																					

Alcance	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solicitud por nota del informe del grado de cumplimiento de la recomendaciones formuladas en el proyecto original al coordinador designado del Programa de Procreación Responsable. 2. Análisis de la normativa complementaria aplicable al programa de Salud Sexual y Procreación Responsable. 3. Entrevista con la Coordinadora del Programa. 4. Entrevista con la Directora General Adjunta de Atención Primaria de la Salud. 5. Relevamiento e inspección visual del espacio físico disponible en los efectores seleccionados en el proyecto original. 6. Entrevistas con responsables del programa. Implementación de cuestionario único en todos los efectores seleccionados. 7. Entrevista con el responsable del área de Salud e Integración Social de la Defensoría del Pueblo. Análisis del material de difusión elaborado sobre la normativa aplicable en materia de derechos sexuales y reproductivos, y la legislación que rige la práctica médica en el ámbito de la CABA. 8. Entrevista con responsables del Consejo del niño, niña y adolescentes. Obtención de estadísticas y acciones enmarcadas en el Plan Transversal de Políticas de Infancia y Adolescencia para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2003, 2004, 2005). Informe Anual 2005. 9. Entrevista Directora de la Droguería Central. 10. Solicitud al S.A.M.E lista de pacientes derivadas desde los hospitales de Salud Mental a Maternidades durante el período 2004/2005. 11. Solicitud Hospital Penna pacientes embarazadas derivadas del Hospital Moyano. 12. Análisis Historias Clínicas Hospital Moyano de pacientes embarazadas en el mismo período. 13. Análisis muestra de Historias Clínicas Hospital Moyano en relación a la implementación y seguimiento del programa. Entrevistas con los jefes de servicio en aquellos pabellones de donde se obtuvo la muestra. 14. Verificación de los cambios producidos en los circuitos involucrados en los procesos administrativos. 15. Análisis del sistemas de control y distribución insumos. 16. Análisis y procesamiento de datos estadísticos. Elaboración de indicadores en base a los mismos. 17. Realización de encuesta por muestreo estadístico aleatorio estratificado entre los usuarios del sistema público de Salud y establecimientos Educativos de la Ciudad.
----------------	---

Limitaciones al alcance	<p>No se obtuvieron los precios unitarios de los insumos adquiridos para el Programa durante los años 2001 y 2005, y no fue posible determinar en qué grado el incremento de la ejecución presupuestaria correspondió a una aumento en la cantidad de insumos comprados o en el precio de los mismos.</p>
Período de desarrollo de tareas de auditoría	<p>Las tareas de campo se llevaron a cabo entre los meses de enero de 2006 y septiembre de 2006.</p>
Aclaraciones previas	<p>El informe se estructura en base a tres categorías de análisis interrelacionadas y desde una perspectiva integral que incorpora actividades y procedimientos correspondientes al seguimiento del proyecto 3.16.02.00, compatibles con la metodología aplicada a los seguimientos de observaciones, a los que se incorporaron aquellos aspectos que permiten analizar la gestión del programa que no fueron alcanzados en el proyecto anterior. También se analizaron aspectos relacionados a la satisfacción de la población, accesibilidad a las prestaciones, difusión y promoción de las acciones con el objeto de analizar la cobertura del Programa y su dinámica operativa.</p>
Observaciones	<p>GENERALES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Falta de personal en los efectores capacitado en Informática para el desarrollo y actualización de los programas, procesamiento de los datos y elaboración de indicadores, necesarios para ayudar a la toma de decisión y efectividad del programa. 2. Falta de equipamiento y obsolescencia del actual.(muebles para guarda y custodia de insumos, histerómetros, ecógrafos, computadoras). 3. A la fecha la Comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, solo ha recibido el informe anual Cumplimiento de la Ley 418 Art. 10º , correspondiente al año 2004. 4. Imposibilidad de articular actividades administrativas, asistenciales, de promoción y prevención, con la actual distribución de recursos profesionales, técnicos y administrativos, particularmente en efectores .que atienden a la población de mayor vulnerabilidad o riesgo (Hospitales de Salud Mental, CeSACs y hospitales zona Sur). 5. No está definida una metodología de seguimiento y monitoreo, ni tampoco criterios para el registro adecuado de las bajas, lo que impide conocer adecuadamente la población bajo programa y la

	<p>construcción de indicadores.</p> <p>6. Falta material de apoyo y difusión.</p> <p>7. No se adquieren test para la detección de chlamydias</p> <p><u>HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS</u></p> <p><u>GENERALES:</u></p> <p>8. Al no haberse conformado equipos interdisciplinarios, ni asignaciones formales de responsabilidades, no se evidencia el compromiso institucional para la implementación del programa.</p> <p>9. Inadecuada asignación de recursos y responsabilidades. Falta de personal administrativo.</p> <p>10. No se realizan actividades de evaluación y monitoreo.</p> <p>11. El espacio físico y equipamiento asignado son inadecuados (excepto Hospital Rivadavia).</p> <p><u>ESPECÍFICAS :</u></p> <p><u>Hospital General de Agudos “P. Piñero”</u></p> <p>12. Falta de coordinación entre los dos servicios que intervienen en el PPR (Ginecología menores de 18 y Obstetricia mayores de 18).</p> <p>13. El último envío de insumos fue recibido sin remito.</p> <p>14. No existen Normas escritas para la derivación de pacientes (Referencia-Contrarreferencia).</p> <p><u>Hospital General de Agudos “A. Zubizarreta”</u></p> <p>15. Recurso humano insuficiente. Actualmente hay una sola profesional ginecóloga, que pertenece al programa PAP, a cargo de las actividades del Programa luego de que se jubilara la profesional que participaba de las reuniones con la coordinación.</p> <p><u>Hospital General de Agudos “Dr. E. Tornú”</u></p> <p>16. Equipamiento asignado es insuficiente y deficiente. No poseen un mobiliario adecuado para guardar la medicación. No tienen computadora.</p> <p>17. Los insumos pertenecientes al PPR son recibidos por farmacia pero no son stockeados, y solo son controlados con el remito ya que no cuentan con copia</p>
--	---

de la solicitud de pedido.

Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía”

- 18. Escasez de determinados insumos médicos, como material para escobillado.
- 19. No se realizan actividades de evaluación y monitoreo del programa.
- 20. No existen Normas escritas para la derivación de pacientes (Referencia-Contrarreferencia).
- 21. Hay una sola profesional que desarrolla todas las actividades para el PPR, asistenciales y administrativas.

Hospital General de Agudos “B. Rivadavia”

- 22. No pueden concurrir a las reuniones mensuales organizadas por la Coordinación del Programa por no contar con profesionales que realicen la tarea asistencial.
- 23. No existe relación con otras redes y programas.
- 24. No tienen normas escritas sobre funcionamiento y atención en el Sector. (Se utiliza como referencia las normativas de la OMS).
- 25. No tienen registros de stock.

CENTROS DE SALUD Y ACCION COMUNITARIA – CeSACs:

GENERALES :

- 26. Es insuficiente la cantidad de profesionales de las áreas de trabajo social, psicología, promoción de la salud y de personal administrativo, aún cuando las acciones se desarrollan interdisciplinariamente en el marco de la Atención Primaria de la Salud.
- 27. No se registran los participantes en los talleres extramurales.
- 28. No existen Normas escritas para la derivación de pacientes (Referencia-Contrarreferencia), ni de las muestras para el laboratorio. (UNASAD 27, CESAC N° 5; CESAC N° 11; CESAC N° 22).

	<p><u>CeSAC N° 9</u></p> <p>29. Las actividades extramurales se desarrollan a partir de los pedidos de instituciones y organizaciones barriales y/o gubernamentales incluidas las del área de educación, no respondiendo a una adecuada planificación o análisis de la demanda o de las necesidades desde el Centro.</p> <p>30. No se entrega a las pacientes el “Carnet Salud de la Mujer”, dispuesto por el Programa.</p> <p>UNASAD N° 27</p> <p>31. El espacio físico y el equipamiento asignado es inadecuado.</p> <p>32. No poseen equipo para esterilización del material.</p> <p>33. Falta de coincidencia entre la Planilla de asistencia diaria y el Informe mensual entregado a la coordinación, en los registros relativos a la cantidad de insumos entregados.</p> <p>CeSAC N° 5</p> <p>34. Falta de comunicación con la coordinación. Imposibilidad de participar en las reuniones en el día fijado para las mismas.</p> <p>35. Existe retraso en la recepción de los insumos solicitados, debido a un problema logístico (transporte). Los óvulos de tratamiento y los test de embarazos, se reciben en una cantidad menor a la solicitada.</p> <p><u>CeSAC N° 33</u></p> <p>36. El espacio físico y el equipamiento asignado es inadecuado (un solo consultorio que se comparte entre ginecología y obstetricia).</p> <p>37. No hay un S.U.M. para que los talleres y cursos se lleven a cabo de un modo adecuado.</p> <p><u>CeSAC N° 11</u></p> <p>38. El espacio físico y el equipamiento asignado es inadecuado.</p> <p>39. No hay correo que lleve las muestras de PAP, ni retire</p>
--	---

	<p>los resultados, por lo que en algunas oportunidades la entrega de resultados puede demorar hasta dos meses o más.</p> <p>40. Existe retraso en la recepción de los insumos solicitados, debido a un problema logístico (transporte).</p> <p>41. Falta de capacitación del personal administrativo del CESAC.</p> <p>42. Provisión de óvulos de tratamiento insuficiente.</p> <p>43. Tiempos de espera prolongados para la realización de análisis de laboratorio, ecografías, etc.</p> <p><u>CeSAC Nº 22</u></p> <p>44. No existen registros de stock, distribución y dispensación de los insumos. El registro de stock se realiza en el mismo formulario de pedidos de insumos que se envía a la Coordinación del programa.</p> <p>45. El espacio físico y el equipamiento asignado es inadecuado.</p> <p>46. Falta de coincidencia entre la Planilla de asistencia diaria y el Informe mensual remitido a la coordinación del Programa, de los registros referidos a la cantidad de insumos entregados</p> <p><u>Hospitales de Salud Mental:</u></p> <p><u>Generales:</u></p> <p>47. Inexistencia de normas escritas para la implementación del programa y metas referidas al mismo, aún cuando las patologías, de carácter crónico e internaciones prolongadas de los pacientes lo facilita y su vulnerabilidad lo justifica. No se evidencia intervención desde la coordinación para lograrlo.</p> <p><u>Particulares:</u></p> <p><u>Hospital “Braulio Moyano”:</u></p> <p>48. Las acciones del programa no demuestran un compromiso institucional (más del 65% de los jefes de servicio desconoce si el programa se implementa en el hospital). Es escaso el número de pacientes con derivación al programa o con prescripción de métodos anticonceptivos.</p> <p>49. En las Historias Clínicas no consta la negativa a recibir métodos anticonceptivos.</p> <p>50. Inexistencia de guías consensuadas para el control y seguimiento de las pacientes externadas o con altas transitorias con respecto a métodos anticonceptivos o pacientes embarazadas que reciben psicofármacos.</p> <p>51. Inexistencia de un registro estadístico de pacientes</p>
--	--

	<p>embarazadas, sus derivaciones, contingencias del parto, estado del Recién Nacido, decisiones judiciales (tutela del recién nacido, destino, etc). Esta situación impide determinar fehacientemente el número de embarazos y partos ocurridos durante el período auditado.</p>
	<p><u>CONCLUSIONES</u></p> <p>La promoción de la salud sexual y reproductiva y la prevención de enfermedades relacionadas son premisas fundamentales para mejorar la calidad de vida de la población, tratando en particular de focalizar las acciones y priorizarlas sobre los diferentes grupos según sus características o vulnerabilidad: niños y adolescentes, mujeres en el período post parto y post aborto, mujeres discapacitadas, víctimas de violencia física y/o abuso sexual, etc. Es necesario un modelo integral e integrado en una red de servicios complementarios que sustenten las políticas diseñadas a tal fin, atendiendo las demandas y las necesidades objetivadas, que exceden el marco de la anticoncepción. Pese a una baja tasa de natalidad y mortalidad infantil, la heterogeneidad entre las distintas zonas, que aún persiste dentro de la ciudad y se agrava más aún si se considera la región metropolitana, requieren la constitución de grupos de trabajo -heterogéneos, interdisciplinarios e intersectoriales- conformados por representantes de las áreas de salud, educación, de desarrollo social y empleo que, respondiendo a la Coordinación del Programa, articulen las acciones para el logro de los objetivos de manera adecuada, eficiente y equitativa. Para esto debe optimizarse y mantenerse actualizado el sistema de información permitiendo la realización de un análisis de situación confiable que tenga en cuenta, entre otros aspectos, la población destinataria y la población bajo Programa, edad promedio de inicio de la actividad sexual, tasa de embarazo por grupo de edad; tasa de aborto; prevalencia de ETS/HIV/SIDA, de cáncer génito-mamario y otras enfermedades prevenibles; disponibilidad de servicios de atención e información en salud reproductiva -número de efectores y su distribución, recursos humanos, horarios de atención, equipamiento, insumos y métodos anticonceptivos-, nivel de educación, indicadores socioeconómicos (vivienda, ocupación), identificación de todos los sectores (gubernamentales y no gubernamentales) que se ocupan o realizan actividades sobre el tema, fortaleciendo el trabajo en red de instituciones vinculadas a los destinatarios del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, como también la definición de una estrategia de comunicación social sobre el tema, particularmente en aquellos grupos de menor participación y mayor exposición al riesgo</p>

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

PROYECTO: 3.06.09

DESTINATARIO

Señor Vicepresidente 1º
Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires
Dr. Santiago De Estrada
S / D

En uso de las facultades conferidas por el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y por la Ley 70, artículos 131, 132, 136, la Auditoría General de la Ciudad Autónoma de la Ciudad de Buenos Aires procedió a efectuar un examen en Hospitales y Centros de Salud y Acción Comunitaria, dependientes de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, con el objeto detallado en el apartado siguiente.

I) OBJETO

Grado de avance en las acciones desarrolladas en relación con los aspectos observados en ocasión de la auditoría sobre el Proyecto 3.16.02.00 Cumplimiento de la Ley Nº 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable - Período 2000/2001. Nueva Auditoría de Gestión - Período 2004/2005/ 1er semestre 2006.

II) ALCANCE DEL EXAMEN

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, aprobadas por la Ley 325 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y las normas básicas de auditoría aprobadas por Resolución 161/00 de la AGCBA.

Los efectores de las acciones previstas en la Ley de referencia son los equipos de salud de las áreas de obstetricia y ginecología, urología, adolescencia de los establecimientos asistenciales (hospitales generales y hospitales monovalentes de salud mental), los centros de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad y de todos aquellos sobre los cuales la autoridad de aplicación tenga competencia.

Los procedimientos de auditoría fueron desarrollados sobre los efectores seleccionados en el Proyecto original, agregándose otros que por su significación en el programa y en el área se consideraron relevantes, tal el caso del CESAC N° 2 del Área Programática del Hospital Pirovano, CESAC N° 20 del Área Programática del Hospital Piñero y el Centro N° 33 del Área Programática del Hospital Tornú, como también los Hospitales de Salud Mental Infanto-Juvenil “Tobar García”, “J. T. Borda” y “B. Moyano”.

Descripción:

1. Solicitud por nota del informe del grado de cumplimiento de la recomendaciones formuladas en el proyecto original al coordinador designado del Programa de Procreación Responsable.
2. Análisis de la normativa complementaria aplicable al programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.
3. Entrevista con la Coordinadora del Programa.
4. Entrevista con la Directora General Adjunta de Atención Primaria de la Salud.
5. Relevamiento e inspección visual del espacio físico disponible en los efectores seleccionados en el proyecto original.
6. Entrevistas con responsables del programa. Implementación de cuestionario único en todos los efectores seleccionados.
7. Entrevista con el responsable del área de Salud e Integración Social de la Defensoría del Pueblo. Análisis del material de difusión elaborado sobre la normativa aplicable en materia de derechos sexuales y reproductivos, y la legislación que rige la práctica médica en el ámbito de la CABA.
8. Entrevista con responsables del Consejo del niño, niña y adolescentes. Obtención de estadísticas y acciones enmarcadas en el Plan Transversal de Políticas de Infancia y Adolescencia para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2003, 2004, 2005). Informe Anual 2005.
9. Entrevista Directora de la Droguería Central.
10. Solicitud al S.A.M.E lista de pacientes derivadas desde los hospitales de Salud Mental a Maternidades durante el período 2004/2005.
11. Solicitud Hospital Penna pacientes embarazadas derivadas del Hospital Moyano.
12. Análisis Historias Clínicas Hospital Moyano de pacientes embarazadas en el mismo período.
13. Análisis muestra de Historias Clínicas Hospital Moyano en relación a la implementación y seguimiento del programa. Entrevistas con los jefes de servicio en aquellos pabellones de donde se obtuvo la muestra.
14. Verificación de los cambios producidos en los circuitos involucrados en los procesos administrativos.
15. Análisis del sistemas de control y distribución insumos.
16. Análisis y procesamiento de datos estadísticos. Elaboración de indicadores en base a los mismos.

17. Realización de encuesta por muestreo estadístico aleatorio estratificado entre los usuarios del sistema público de Salud y establecimientos Educativos de la Ciudad.

18. Las tareas de campo se llevaron a cabo desde el 23 de enero de 2006 al 29 septiembre de 2006.

III) LIMITACIONES AL ALCANCE:

No se obtuvieron los precios unitarios de los insumos adquiridos para el Programa durante los años 2001 y 2005, y no fue posible determinar en qué grado el incremento de la ejecución presupuestaria (Obs.1 Incs. c), d) y e) según informe objeto de seguimiento) correspondió a una aumento en la cantidad de insumos comprados o en el precio de los mismos.

IV) ACLARACIONES PREVIAS

El informe se estructura en base a tres categorías de análisis interrelacionadas y desde una perspectiva integral que incorpora actividades y procedimientos correspondientes al seguimiento del proyecto **3.16.02.00**, compatibles con la metodología aplicada a los **seguimientos de observaciones**, a los que se incorporaron aquellos aspectos que permiten analizar la **gestión** del programa que no fueron alcanzados en el proyecto anterior. También se analizaron aspectos relacionados a la **satisfacción** de la población, **accesibilidad** a las prestaciones, **difusión y promoción** de las acciones con el objeto de analizar la cobertura del Programa y su dinámica operativa.

Para evaluar las decisiones adoptadas y las acciones desarrolladas en relación a los aspectos observados en el Informe Final de Auditoría, Proyecto 3.16.02.00 Cumplimiento de la Ley N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable - Período 2000/2001 se utilizaron criterios de calidad basadas en el grado de avance, considerándose:

- **Satisfactorio:** Cuando las acciones encaradas y las decisiones adoptadas hasta el momento por la entidad responden en forma adecuada a las observaciones efectuadas.
- **Incipiente:** Se han adoptado algunas decisiones en línea con las observaciones efectuadas, aunque el proceso deberá ser continuado en el futuro.
- **No satisfactorio:** La entidad no ha dado respuesta a las observaciones efectuadas.

Las modificaciones operadas en la implementación del programa y el diseño de nuevos procedimientos (nuevo alcance asignado a la auditoría) para abordarlas determinan la formulación de nuevas observaciones y recomendaciones como también el levantamiento de aquellas observaciones del proyecto anterior que no pudieron evaluarse en función de estas razones, tal es el caso de las siguientes:

Observación 1, Inc.i)

Observación 2, Inciso j), n), o), p), q), k), l), m),

Observación 3, Inciso e):

1. Marco Normativo:

El derecho a la salud constituye un derecho humano esencial. La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, y por lo tanto de la salud individual.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), establece que “Salud Sexual y Reproductiva es tener relaciones sexuales gratificantes y enriquecedoras, sin coerción y sin temor de infección ni de un embarazo no deseado; poder regular su fertilidad sin riesgo de efectos secundarios desagradables o peligrosos; tener un embarazo y parto seguros y criar hijos saludables.” Implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria libre de coacción, violencia, sin riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual y la libertad para decidir la procreación, cuándo y con qué frecuencia.

En Nairobi (1985) al concluir la Conferencia Mundial sobre la Mujer, se señaló: “Los Gobiernos deben favorecer el acceso a los servicios de Planificación Familiar, cualquiera sea su política de población”.

“La sexualidad es una parte integral de la persona desde antes de su nacimiento y hasta la muerte. Siendo una fuerza vital constitutiva de la persona, debe ser entendida como una forma de expresión de los seres humanos, que concentra aspectos afectivos, comunicacionales, creativos, éticos y reproductivos” (*Cerruti Basso, S: Salud y sexualidad desde una perspectiva de género. En Género, mujer y salud en las Américas OPS/OMS Washington, DC1993.*).

La República Argentina ratificó y adoptó el tratado internacional titulado “Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer”, aprobado por unanimidad por el Congreso Nacional en mayo de 1985, el que fue incorporado a la Constitución Nacional en 1994. En su artículo 75º, inciso 22º, se establece que la Salud Reproductiva es parte de los derechos humanos.

La Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley Nº 25.673, Ministerio de Salud de la Nación Argentina/Decreto 1282/2003) cuyo Decreto Reglamentario (26/06/2003) establece la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable a cargo del Ministerio de Salud en coordinación con los Ministerios de Educación, de Desarrollo Social y Medio Ambiente. Contempla entre sus enunciados más sustantivos: impulsar políticas sociales y educativas tendientes a la promoción de la salud reproductiva, a la defensa y promoción de los derechos sexuales y a la disminución de la morbimortalidad infantil. Dichas

políticas buscarán alentar la responsabilidad en el comportamiento sexual y reproductivo, a los efectos de un mayor compromiso en la planificación de la familia.

Promover la salud integral y la accesibilidad a la información y asesoramiento sobre formas de contracepción, contemplando particularmente la promoción de la salud sexual en adolescentes.

La Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en su Artículo 21 establece los lineamientos que deberán conformar la Ley Básica de Salud, entre los que se consideran aquellos vinculados a la promoción de la maternidad y paternidad responsables. Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos (Inc. 4)

Además, garantiza la atención integral del embarazo, parto, puerperio y de la niñez hasta el primer año de vida, asegura su protección y asistencia integral, social y nutricional, promoviendo la lactancia materna, propendiendo a su normal crecimiento y con especial dedicación hacia los núcleos poblacionales carenciados y desprotegidos (Inc 5).

En el art. 37, “Se reconocen los derechos reproductivos y sexuales, libres de coerción y violencia, como derechos humanos básicos, especialmente a decidir responsablemente sobre la procreación, el número de hijos y el intervalo entre sus nacimientos (si bien esto expresa la correspondencia con la Constitución Nacional, la norma local lo reconoce explícitamente).

“Se garantiza la igualdad de derechos y responsabilidades de mujeres y varones como progenitores y se promueve la protección integral de la familia”.

En este marco la **LEY Nº 418 DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACION RESPONSABLE (octubre 2000)** garantiza las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable y las acciones destinadas a tal fin, entre otras, brindar información completa y adecuada y asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular, como también la realización de estudios previos a su prescripción y controles de seguimiento. Estos métodos anticonceptivos, en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio, no abortivos, aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación y elegidos voluntariamente por las/los beneficiarias/os luego de recibir información completa y adecuada por parte del profesional interviniente.

Además se deberán promover acciones de promoción, prevención y educación para la salud sexual y reproductiva, como también la evaluación periódica de las mismas a través de un sistema de información y registro. Capacitación permanente, coordinación de las acciones entre todos los efectores, propiciando la interdisciplinariedad y entre las distintas jurisdicciones, con especial énfasis en el seguimiento de la población según enfoque de riesgo.

Realizar la atención integral del embarazo, parto, puerperio y lactancia en condiciones apropiadas, resguardando la intimidad y dignidad de las personas asistidas.

Con respecto a la incorporación de nuevos métodos se establece que en todos los casos serán de carácter reversible, transitorio, no abortivos, debidamente investigados y aprobados por el Ministerio de Salud de la Nación. *(Conforme texto Artículo 3º de la Ley 439 BOCBA 997).*

Actualmente se encuentra incorporada la anticoncepción de emergencia (AE) o “píldora del día después”.

Efectores: Los efectores de las acciones previstas en la presente Ley son: los equipos de salud de los servicios de obstetricia y ginecología, tocoginecología, urología, adolescencia, de los centros de salud, hospitales generales y hospitales monovalentes de salud mental, dependientes del Gobierno de la Ciudad y de todos aquellos sobre los cuales la autoridad de aplicación tenga competencia. Se propicia la atención interdisciplinaria.

Recursos: Los recursos destinados a la aplicación de esta Ley son:

- a) Los asignados anualmente por el presupuesto para la atención de los programas, servicios y acciones contempladas en dicha Ley.
- b) Los fondos provenientes de lo dispuesto por el Decreto P.E.N. N° 1.772/92 en su artículo 1º, inciso 3, (B.O. 28/09/1992) y la Ordenanza N° 47.731 en su artículo 3º. (B.M. 19862, fecha de publicación 06/09/1994)

Como puede apreciarse la Ley de la ciudad se anticipa a la Ley Nacional reconociendo sus antecedentes en la asignación de fondos específicos al programa por la citada Ordenanza.

La autoridad de aplicación deberá remitir a la Legislatura un informe anual sobre la implementación de la presente ley.

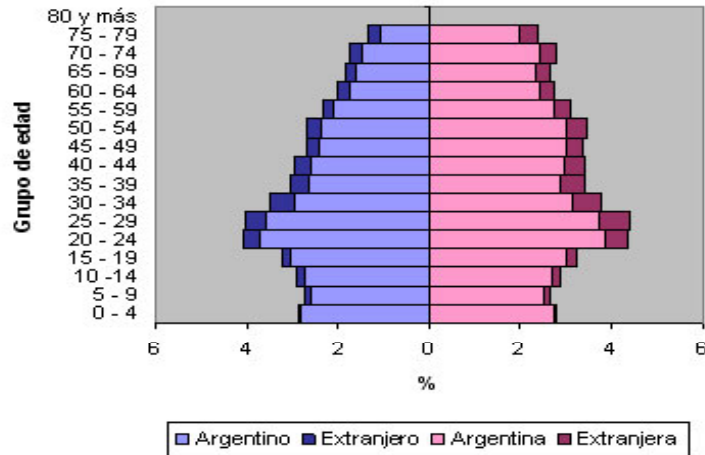
2. Aspectos Demográficos: (cuadros y gráficos en ANEXO 2)

La consideración de la distribución y composición de la población, particularmente los más jóvenes y en edad reproductiva, reviste una importancia fundamental para la planificación de acciones efectivas y sustentables orientadas a promover y preservar la salud sexual y la procreación responsable.

Las cifras comparadas de los dos últimos censos muestran un descenso en la población considerando las cifras totales, en ambos sexos. (cuadro 1)

La estratificación por grupos de edad revela un leve predominio femenino en las edades más jóvenes que se torna neto en el grupo de la población mayor, lo que conforma la cima de la pirámide poblacional de manera semejante a los países desarrollados, no así la base, donde se interrelacionan y potencian los efectos condicionantes de una mayor vulnerabilidad en las etapas más tempranas de la vida.

Pirámide Poblacional Ciudad Autónoma de Buenos Aires – 2001



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de estadísticas vitales, estimaciones y censos de población

Distribución territorial:

Se consideran cuatro zonas en que se agrupan los CGP, a saber:

Zona Norte: CGP 13, 14 Oeste, 14 Este, 2 Norte

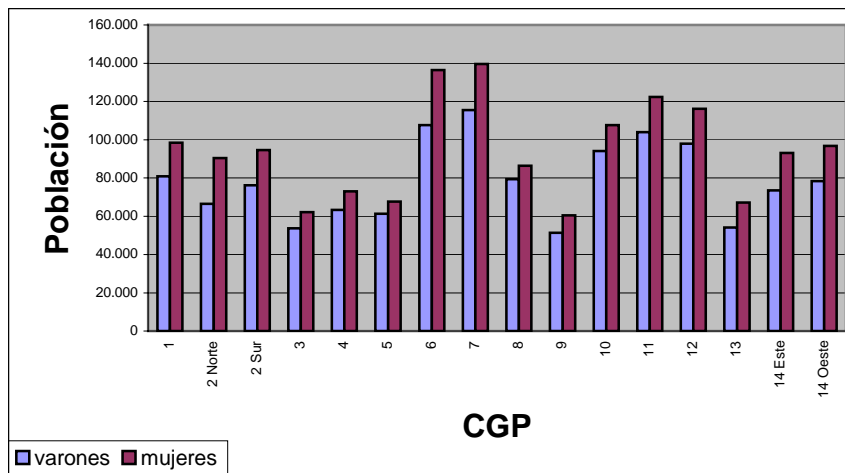
Zona Sur: 3,4,5,8

Zona Oeste: 7,9,10,11, 12

Zona Este: 1,2 Sur, 6.

Cada una de ellas reconoce particularidades que abarcan tanto aspectos demográficos, como económicos, sociales, epidemiológicos y culturales cuyas variables es preciso identificar para planificar adecuadamente las acciones tendientes a lograr los objetivos definidos en la ley. Esto implica un esfuerzo conjunto de todas las áreas involucradas en la vinculación de estas variables, para la definición de prioridades dentro de la complejidad de las mismas.

Población total censada por sexo, según Centro de Gestión y Participación. Ciudad de Buenos Aires – 2001 (1)

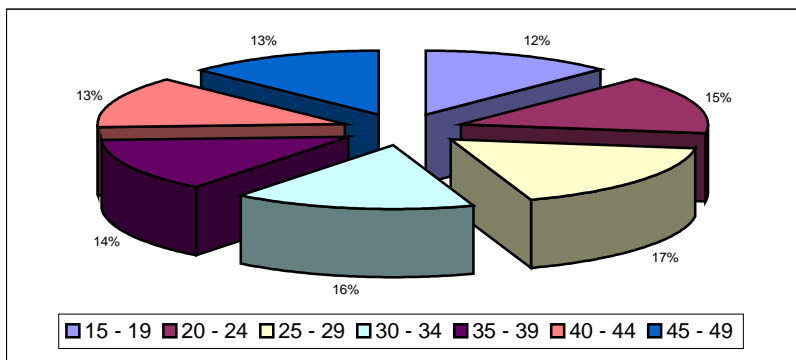


(1) Resultados provisionales.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de los censos nacionales de 1991 y 2001.

Con respecto a la distribución de la población en la ciudad se mantiene la misma tendencia respecto al Censo anterior; sólo en dos Centros de Gestión y Participación, el CGP 5 Y el CGP 8, se verifica un crecimiento de la población en términos absolutos, a expensas de la población femenina, lo que también determina la acciones a desarrollar. En el año 2004 los datos de la Encuesta Anual de Hogares de la Dirección de Estadísticas y Censos siguen demostrando esta supremacía femenina (cuadros 2, 3, 4, 5). Con respecto a la distribución por rango de edad de mujeres en edad fértil, la mayor concentración se encuentra entre los 25 y 34 años. No obstante y atendiendo a las particularidades de la distribución geográfica, la zona Sur tiene mayor proporción de población menor de 30 años (cuadro 6).

Distribución de mujeres edad fértil (entre los 15 a 49 años):



Fuente: INDEC (2005) Análisis Demográfico N° 31

Fecundidad:

La dinámica poblacional de los dos últimos censos indica un crecimiento vegetativo negativo para la Ciudad de Buenos Aires, con una tasa de fecundidad (número de hijos por mujer) de 1.75 ‰, la más baja del país, correspondiente a un 34% menos que el promedio.

Con respecto a la condición de maternidad y según los resultados de la Encuesta Anual de Hogares de 2004, del total de mujeres de 14 años y más, el 61,1% es madre. El porcentaje de madres aumenta para el CGP 8 (Lugano, Riachuelo, Villa Soldati) llegando al 70,3% y disminuye en el CGP 2 Norte 49,2% (Recoleta).

Según la misma fuente, con respecto a la cantidad de hijos, el 29,6% de las madres tiene 1 hijo, 2 hijos el 40,8% , 4 y más hijos el 11,1%. En el CGP 8 el porcentaje de madres con 4 y más hijos es del 21,3 %. En el otro extremo, para el segmento de 1 hijo el CGP 3 (La Boca, Barracas) incrementa el porcentaje hasta el 36,2%.

La tasa de natalidad no registra variaciones considerada para el total de la ciudad entre los años 1991 y 2002 (13,7 ‰ y 13,4 ‰ respectivamente), sin embargo se verifica un crecimiento más marcado en el CGP 3 y 5 (zona Sur) y CGP 9 (zona Oeste) (Cuadro N° 7).

3. Aspectos Socioeconómicos:

La incorporación de estos indicadores responde a la necesidad de considerar otros factores que afectan la decisión sobre el número de hijos y el ejercicio de los derechos reproductivos.

Condiciones de habitabilidad:

Con respecto a las condiciones del habitat la zona Sur registra el mayor porcentaje de precariedad con un 9.6 % de viviendas tipo conventillos, hoteles y pensiones o casillas, opuesto al 2.25% de la Zona Norte, agravado por un mayor hacinamiento, como lo demuestra la relación con respecto al número de miembros por hogar: el 18.9 % de los hogares con 5 miembros o más está radicado en el Sur, con un promedio para la ciudad de 9,5%. El nivel de hacinamiento crítico para el CGP3 de un 6% para un promedio de 1.8%. (EAH 2004 DGEyC Cuadro N° 8– Gráfico N° 1).

Ocupación:

La tasa de empleo para el total de la ciudad es del 56,7% mientras el 8% y el 11,3% las de desocupación y subocupación respectivamente. Considerando las mismas tasas desagregadas por sexo : respecto a la de empleo los porcentajes son 66,6% y 48,7% para varones y mujeres respectivamente. Los porcentajes son: 6,5% y 9,6% para la desocupación y 8,2% y 14,6% para la subocupación considerando a varones y mujeres respectivamente. Con respecto a la distribución de la población desocupada, los mayores porcentajes se registran en los CGP 2 sur, 3, 4 , 5 y 8 de la zona Sur de la ciudad.

4. Aspectos Epidemiológicos:

Reunir información relacionada con la conducta o historia natural de una enfermedad y con los factores condicionantes de la salud, es indispensable para determinar, mediante su vigilancia, las acciones más efectivas que permitan mitigar el daño o las consecuencias negativas sobre la calidad de vida de la población.

La superposición de actividades y recursos dependientes de los distintos programas diseñados para responder a requerimientos similares sobre grupos de población comunes, impiden la elaboración de indicadores de impacto o de eficiencia de manera específica para cada uno de ellos (Plan Materno Infantil, Programa PAP, Coordinación SIDA), de modo que se seleccionaron estadísticas de eventos relacionados con estos programas.

Enfermedades Trasmisibles:

En relación a indicadores relacionados con algunos de los objetivos del Programa, como la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, conviene aclarar que si bien se registran pocas variaciones en los últimos cinco años, debe tenerse en cuenta el subregistro existente para estas patologías, dado que no todos los casos se notifican.

Casos notificados de enfermedades de transmisión sexual (ETS) de residentes en la Ciudad de Buenos Aires por año. 2001 a 2004

Enfermedad	2001	2002	2003	2004
total	2.333	3.168	3.340	2.472
Sífilis	457	830	1.034	1.001
Supuración genital	1.649	1.979	2.040	835
Herpes genital	100	182	121	191
Chancro Blando	-	47	22	61
Granuloma Inguinal	8	1	2	30
Linfogranuloma Venéreo	8	9	5	10
HPV	-	-	-	-
Condiloma Acuminado	111	120	116	344

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos del Departamento Vigilancia Epidemiológica. Secretaría de Salud.

Evolución del SIDA en la CABA:

Año	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Casos	804	850	913	611	483	385	362	430	291	274	252

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de la Coordinación SIDA del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Diagnósticos de infección por HIV según Institución notificante. Período 2003/2005:

Hospital	Nº	%
Muñiz	696	29,1
Fernández	362	15,1
Ramos Mejía	214	8,9
Piñero	189	7,9
Santojanni	125	5,2
Argerich	118	4,9
Penna	92	3,8
Garrahan	88	3,7
Alvarez	74	3,1
Pirovano	71	3,0

Hospital	Nº	%
Sardá	69	2,9
Tornú	68	2,8
Elizalde	51	2,1
Gutiérrez	48	2,0
Rivadavia	43	1,8
Durand	35	1,5
Ferrer	25	1,0
V. Sarsfield	22	0,9
Moyano	3	0,1
Total	2.393	100

Fuente: Elaboración a partir de datos de Publicación Infosida Año 5 Nº 5 - Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Diagnóstico de infección por VIH en residentes de la ciudad de Buenos Aires, 2003 a 2005.

Se han registrado en el período 01/01/2003 al 30/08/2005 1.126 nuevos diagnósticos de infección en residentes, cuya distribución por barrios (solo en el 49,9% del total de notificaciones está registrado el barrio de residencia), se describe a continuación:

Al agrupar los barrios de la ciudad en tres zonas (Norte, Centro y Sur) se verifica una mayor tasa de notificación de VIH en la zona Sur, y tasas similares para las zonas Centro y Norte de la ciudad, aunque esto conlleva un sesgo estadístico porque sólo corresponde a la mitad de las notificaciones. En los barrios de la zona Sur las tasas superan el 30 por cien mil habitantes; el barrio de la Paternal tiene una tasa de 49,8 por cien mil.

La relación hombre/mujer es 2 a 1, dato que permanece estable en el período 2003/2005.

La mediana de edad es de 33 años (33 en hombres y 32 en mujeres).

Es de destacar en relación a este proyecto que el 89,2% de las infecciones de VIH diagnosticadas durante el período 2003/2005 tiene como antecedente la transmisión por vía sexual (55,9% heterosexual y 33,3% hombres que tienen sexo con hombres).

Fuente: Coordinación Sida.- Secretaría de Salud. GCBA.

Egresos por Partos :

El mayor número de partos se verifica en los Hospitales de la zona Sur; Argerich; Santojanni, Piñero, Penna, que representa el **50.60%** sobre el total de partos realizados en los hospitales generales de agudos y el 39,11 % del total del sistema público. (Cuadro Nº 11).

Egresos por Abortos no especificados. Distribución por edad:

La interrupción del embarazo espontánea o inducida en el primer trimestre del embarazo representa el 17% sobre el total de egresos por partos en los hospitales de la ciudad para el año 2005 (Dirección General de Estadística y Censos G.C.B.A.)

Hospital	Partos	Ab. Espont./ méd	Abor. No Especif.	% sobre tot. Part.	Edad en años abort. No Especif.					Defunc.
					<15	15-24	25-34	35-44	45-54	
Alvarez	1249	2	333	26.7	1	122	150	58	2	
Argerich	2609	4	574	22	2	231	230	105	6	
Durand	1752		411	23.4	2	148	169	78	14	
Fernández	2175	3	311	14.2	1	113	131	58	8	
Penna	2864	1	809	28.2	2	288	382	127	10	1
Piñero	2495		599	24	1	241	251	101	5	1
Pirovano	1460	1	299	20.5		105	119	71	4	
Ramos Mejía	1445	1	431	29.8	1	134	211	82	3	
Rivadavia	1531	14	126	8.2		41	52	30	3	
Santojanni	4186	19	578	13.8		190	285	98	5	
Tornú		1								
VelezSarsfield	1199	8	108	9		38	37	32	1	
Sardá	7084	4	616	8.69	1	211	253	147	4	
Total	30049	58	5195	17.3	11	1862	2270	987	65	2
%		1	99			36,1	43,7			

Fuente: Partos y abortos. Egresos por hospital - Año 2005 -
(Elaboración propia en base a datos de la Dirección Estadísticas para la Salud -
Ministerio de Salud CABA)

Del total de abortos realizados dentro del sistema el 99% corresponde a no especificados (corresponde a la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, décima revisión - CIE 10⁰) y sólo el 1% restantes a los espontáneos o médicos. El total de defunciones por aborto realizados dentro del sistema representó el 0.04%.

Del total de abortos no especificados, el 36,1% se producen en menores de 24 años y el 43,70 % se producen en el grupo de 25 a 34 años.

En relación a las cifras del año 2000, consideradas en el informe anterior, el número total de abortos no especificados ha disminuido en un 20,20 %, con un descenso máximo para el hospital Rivadavia (zona Norte) superior al 63% y un aumento del 1,50% para el Hospital Penna (zona Sur). (Cuadro N° 13).



Del total de egresos registrados durante el primer semestre de 2004 en los hospitales generales de agudos, las tres principales causas fueron: Nacidos vivos, partos y abortos no especificados, respectivamente. Estos últimos representan el 33, 8% de los partos del período (*Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la Ciudad de Buenos Aires – año 2003*)

Mortalidad Materna:

La OMS define la defunción materna como la “muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los cuarenta y dos días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales” (OPS, 1995).

Sin duda, la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio es un componente esencial de la salud reproductiva. Las enfermedades y muertes maternas son eventos de una trascendencia social muy importante, ya que tienen consecuencias profundamente negativas para la sociedad y, en especial, para la familia. Los problemas durante el embarazo no sólo afectan la salud de la mujer, sino la de su hijo.

La razón de mortalidad materna del país se estabilizó, desde 1994, en torno a las 4 muertes por cada 10.000 nacidos vivos. (Situación de Salud en la Argentina, 2003. Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud). (Gráfico N° 2)

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Tasa de mortalidad materna aumentó del año 2001 al 2002 de 0,9 cada diez mil mujeres embarazadas, a 1,5. En el año 2003 volvió a bajar al mismo valor del 2001. Este incremento constituye un 66% del valor de la tasa, si bien se tiene en cuenta que estos valores constituyen muy pocos casos. En el 2003, la mortalidad materna en residentes fue de 8 casos. El aborto fue la causa principal. (5 casos). Las tres restantes fueron por shock séptico, placenta acreta e insuficiencia respiratoria. (*Análisis de Situación de Salud (ASIS) de la población de la Ciudad de Buenos Aires – año 2003*)

Las causas de mortalidad materna son evitables en la mayoría de los casos. Esto reafirma la necesidad de atender a la información, educación y atención adecuada y suficiente de la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, como también las condiciones de su entorno.

(Para que cada muerte materna importe, Buenos Aires, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación - CEDES, 2004).

Mortalidad Infantil:

La tasa de mortalidad infantil relaciona las defunciones de niños menores de un año ocurridas en el lapso de un año y el número de nacidos vivos registrado durante el mismo período (muertes de menores de un año/nacidos vivos, por 1000).

Si las defunciones ocurren en los primeros 27 días de vida, se las llama defunciones neonatales, y si ocurren entre ese momento y el primer año de vida, se las denomina defunciones post-neonatales. Esta distinción es importante ya que las causas que producen las defunciones en cada período son muy diferentes y en consecuencia, las acciones de salud con las que pueden reducirse dichas muertes se basan en distintas estrategias.

Mortalidad Neonatal:

Este componente de la mortalidad infantil considerado “duro”, se relaciona, en general, con la atención médica del embarazo, parto y la atención inmediata del recién nacido. También en este caso las zonas del Sur de la ciudad son las más afectadas.

Evolución de la Tasa de mortalidad neonatal por ‰ y por año según residencia habitual de la madre - CGP
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de estadísticas vitales

CGP	2000	2001	2002	2003	2004
Total	5,9	6,2	6,3	6,4	5,7
1	5,1	7,6	5,8	8,3	6,6
2 Norte	5,6	4,5	4,3	6,7	5,4
2 Sur	7,6	6,8	6,7	5,6	4,8
3	7,6	7,7	9,3	7,6	7,6
4	9,1	5,0	8,2	5,2	8,3
5	6,0	11,2	12,4	7,6	7,3
6	6,0	5,7	4,1	5,7	4,6
7	5,3	5,5	5,4	6,0	8,6
8	7,6	6,5	9,5	11,3	10,7
9	8,2	4,9	6,0	3,7	3,9
10	5,5	5,0	6,7	2,0	3,1
11	6,4	6,3	3,7	6,8	3,4

12	4,8	5,6	5,0	8,4	3,0
13	1,8	2,8	2,3	3,9	4,4
14 Este	4,0	5,4	4,4	4,4	3,7
14 Oeste	3,5	7,3	6,5	6,0	3,8

Vulnerabilidad de los más jóvenes:

El perfil epidemiológico de los adolescentes pone de manifiesto patologías psicosociales que requieren estrategias integrales para su resolución. La demanda a los servicios de salud por los adolescentes es relativamente baja, por lo tanto es necesario atender a la multiplicidad de variables que la condicionan.

El principal motivo de consulta de adolescentes al sistema público de salud tiene relación con la sexualidad. La mayoría de las internaciones corresponden a partos normales y complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Entre los factores de riesgo del embarazo precoz se distinguen aspectos sociales, culturales y psicológicos, la disfunción familiar, la escasa autoestima, la violencia y el abuso sexual, consumo de alcohol y drogas, la migración de zonas rurales a urbanas, la pobreza, el hacinamiento y la deserción escolar.

En el contexto de las acciones previstas en el Plan Transversal de Políticas de Infancia y Adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires en el 2004, se señalan las correspondientes a la articulación de aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, desarrolladas en forma conjunta entre la Secretaría de Salud y el Consejo de los Niños, Niñas y Adolescentes, a partir del móvil sanitario que recorre la ciudad con zonas de intervención en Constitución, Once, Caballito, Pompeya, Obelisco, Retiro. Se atendieron un total 1.420 de niños, niñas y adolescentes durante el año 2004.

Relacionado con la atención de menores en situación de riesgo o mayor vulnerabilidad, el análisis realizado por los articuladores del Programa de Atención Primaria de la Salud para niñas, niños y adolescentes en situación de calle del Consejo del Niño, niña y adolescente en su informe anual 2005, muestra que las entrevistas realizadas son predominantemente masculinas y procedentes del Gran Buenos Aires y que el 48,6 % incluyen un acto médico. Esto también constituyen datos de referencia para definir estrategias de acción regionales y de búsqueda activa, dado que la proporción de entrevistas realizadas en relación a la proporción de jóvenes en situación de riesgo es baja (cuadros N° 9, 10 y gráfico N° 3).

Con respecto al Plan Transversal de Políticas de Infancia y Adolescencia de la Ciudad de Buenos Aires 2005, se informan como acciones realizadas a diciembre de 2005:

- Capacitación de profesionales en perspectiva de género, trabajo interdisciplinario, uso de anticoncepción de emergencia, atención post-aborto. Diseño de encuesta sobre Anticoncepción de Emergencia que se implementará antes del mes de noviembre de este año.
- Incorporación de médicos generalistas al equipo de Salud Reproductiva.

- Monitoreo y evolución del desempeño de los equipos de los consultorios, servicios y/o secciones de adolescencia de los Hospitales, los Centros de Salud y el Plan Médico de Cabecera.
- Reimpresión de folletería destinada a adolescentes: difusión del Programa, uso del preservativo y Métodos Anticonceptivos en general.
- Realización de actividades de prevención y promoción de la salud en diversos ámbitos comunitarios, educativos, etc.

5. Aspectos Sanitarios:

Cobertura:

El promedio de la distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica de la Encuesta Anual de Hogares del año 2004 demuestra que, el 22% corresponde al Sistema público como única cobertura, el 54 % está incorporado a la Seguridad Social, el 14,4% reconoce la adhesión a un sistema de medicina prepaga y un 9.5% otras modalidades, en un rango que reconoce para el sistema público los mayores porcentajes de cobertura para el sistema público en los CGP 5 y 8 con el 45 % y 47.2% respectivamente, que corresponden a la zona Sur, en una proporción semejante para varones y mujeres y el más bajo de 9.2% para el CGP 13.

6. Aspectos Educativos y de Información:

La importancia de considerar estos aspectos radica en la necesidad de diseñar estrategias y metodologías de difusión y promoción que puedan ser aceptadas y comprendidas por el grupo poblacional al que estén orientadas, tendientes a aumentar la efectividad del programa.

Nivel de instrucción- máximo nivel educativo alcanzado en la población de 25 y más años

- El 4,7% de la población muestra como máximo nivel educativo primario incompleto, el porcentaje se eleva a 10,7% para el CGP 8.
- El 18,6% primario completo
- El 13,1% secundario incompleto
- El 21,5% secundario completo
- El 16,5% superior/universitario incompleto
- El 27,6% superior/universitario completo. Mientras que para el CGP 14 Este (Palermo, Villa Crespo) el porcentaje es de 43,9% y para el CGP 8 8,2%.

Los datos del INDEC para el año 2004, revelan que el 74,4 % de las madres están comprendida en un rango de edad entre 20 y 34 años, y el nivel de instrucción indica que un 2,8 % tiene primario incompleto, un 29,4 primario completo o secundario incompleto y un 66,8 secundario completo y más, respecto del total.

V) SEGUIMIENTO DE LAS OBSERVACIONES

V1) Según Informe objeto de seguimiento	
<p><u>Relativas a la Previsión del continuo abastecimiento de insumos, bienes y servicios.</u> <u>Observación 1:</u></p> <p>a) Es insuficiente la provisión de insumos por parte de la Coordinación del PPR durante los años 2000-2001 (art. 7 inciso d). Se detectó inexistencia de DIU en los efectores y en la ex Dirección de Tecnología de Alimentos, desde junio de 2001 hasta junio del 2002 y de Anticonceptivos hormonales inyectables de aplicación mensual (Mesigyna*) desde febrero hasta octubre del 2001.</p> <p>b) El 84% de los efectores analizados refiere escasez y/o discontinuidad en la entrega de insumos para el cumplimiento de los objetivos del PPR.</p> <p>c) El PPR solo ejecutó el 25% de su presupuesto para el año 2000, según lo informado por la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico de la SS (SGE). La Coordinación del PPR no entregó los datos solicitados del mismo ejercicio. El 37% del presupuesto ejecutado fue utilizado para comprar chasis mamográficos (Carpeta de Compra N° 90602/99)</p> <p>d) El PPR solo ejecutó el 27% de su presupuesto para el año 2001, según lo informado por la SGE.</p> <p>e) No coincide el monto del presupuesto ejecutado para el año 2001 según lo informado por su responsable (el Coordinador del Programa) y lo informado por la Subsecretaría de Gerenciamiento Estratégico. La cifra informada por la Coordinación del Programa es \$ 162.235,27 menor a la suministrada por la SGE.</p> <p>f) La coordinación autoriza el retiro de insumos que no tienen existencia en la Droguería Central. (La Nota 23/PPR/01 autoriza la entrega de 690 ampollas de Mesigyna habiendo en existencia 324 unidades. La Nota N° 25/PPR/01 autoriza 2750 test de embarazo, la Nota N° 27/PPR/01 autoriza 1120 unidades, no habiendo existencia en la Droguería Central, de acuerdo al formulario F-15 del mismo período. La Nota N° 25/PPR/01 autoriza la entrega de 2150 blister de Microvlar y 1970 de Tridestan, Mesigyna 575 registrándose en existencia solo 721 blister de Microvlar y ninguno de Tridestan y Mesigyna.)</p> <p>g) Se observa que la Coordinación no determina punto crítico de stock, comparando el resumen mensual de existencia y el inicio del proceso de compra.</p> <p>h) No se arbitró otro mecanismo de compra que evitara el desabastecimiento de DIU., habiendo sido impugnada la licitación (Expediente N° 67.830/2001).</p> <p>i) Nunca fueron entregados Test para detección de chlamydias a los efectores, según los remitos, existiendo estos productos en la Droguería Central.</p>	<p><u>Recomendación:</u></p> <p>Arbitrar los mecanismos necesarios para garantizar el abastecimiento continuo de insumos, bienes y servicios; determinando el punto crítico de stock y utilizando el presupuesto disponible.</p>

V.1.

1) Comentarios de la Coordinación Programa Salud Reproductiva

Se han arbitrado los mecanismos necesarios para garantizar el abastecimiento continuo de insumos, bienes y servicios, determinando el punto crítico de stock y utilizando el presupuesto disponible. Esto ha redundado en una mejora en la

calidad de atención a la población usuaria y en la facilitación de las tareas de los efectores del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable del GCBA, que manifiestan su satisfacción al respecto.

2) Comentarios de la Auditoría :

Observación 1, Inc. a), b), h), i):

Si bien no existe un punto crítico de stock determinado (**inc g**), los insumos se solicitan por planilla, en la que se aclara lo recibido en la entrega anterior, lo entregado, el stock, y la cantidad pedida para el bimestre siguiente. El pedido se realiza con un mes de anticipación y se recibe durante el mes para el que se realizó.

En las respuestas obtenidas de los efectores no se verifican demoras o escasez de insumos referidos a anticoncepción aunque si se detectó una insuficiente provisión de test de embarazos y detección de patología infecciosa en el CESAC Nº 5 y en CESAC Nº 21.

Conclusión: Grado de avance incipiente.

Observación 1, Inc. c), d) y e):

Ejecución Presupuestaria 2005: La Ordenanza Nº 47.731 B.M. 19.862 Publ. 06/09/1994 en su art. 3º establece que el destino anual de los fondos correspondientes a la Cuenta Especial Decreto Nacional 1772/92, será el siguiente: 1) El primer millón de pesos recaudados corresponderán al Programa de Procreación Responsable con destino a la adquisición de bienes y servicios no personales, 2) los restantes ingresos corresponderán a la Partida de Atención Clínico quirúrgica, para la adquisición de Bienes de Consumo.

No existe transferencia financiera por parte del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación (MSAN), sólo se reciben insumos. Esto permitió a DGAAPS –desde el 2003 – optimizar los recursos del BINGO asignándolos a otros insumos no provistos por el MSAN y a insumos relacionados con la temática de salud sexual y reproductiva.

	AÑO 2004	AÑO 2005
Crédito original	1.000.000	1.000.000
Disminución del crédito 31/12/05		141.706
Disminución del crédito 05/07/05		52.390
Crédito Vigente al 31/12/05		805.904
Ejecución-definitivo	882.626	785.903
Crédito sin ejecución	117.374	20.001

El trámite de compra se abrió en cuatro Partidas Presupuestarias: 2.3.1., 2.5.2., 2.5.9. y 2.9.9. La partida 2.5.2. fue disminuida al cierre del ejercicio por no ser ejecutada en la etapa de compromiso definitivo.

Porcentaje de Presupuesto Ejecutado: 97,5 %

Porcentaje de Presupuesto Subejecutado: 2,48 %

APLICACIÓN FONDOS P.S.R. (Bingo)-2005			
Contratación	Insumos	Nº Orden Compra	Monto
LPI 01	Anticonceptivos	166-169	136.250,00
CPR 20	Anticonceptivos	329,330	230.470,50
CPR 58	Test embarazo	504	58.028,00
CPR 57	Kit PAP	11, 13, 15	12.781,60
LPI 44	Preservativos SIDA	511	334.709,00
Total			772.239,10

Conclusión: Grado de avance satisfactorio

Observación 1, Inc. f): Se corroboró que todos los insumos autorizados para su retiro por la Coordinación del Programa tienen existencia en la Droguería Central.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio.

Observación 1, Inc. i): No han sido incorporados por la Coordinación por lo tanto no se encuentran en existencia test para la detección de chlamidias . Se levanta la observación y se formula una nueva a la Coordinación.

Conclusión: No se puede emitir opinión respecto al grado de avance.

V 2) Según Informe objeto de seguimiento	
Relativas Control de la ejecución del PPR	
<p>Observación 2:</p> <p>a) No se cumple la ejecución del Programa en todos los efectores previstos en la Ley (art. 6). Los Hospitales Neuropsiquiátricos “José T. Borda” y “Carolina Tobar García” no ejecutan las actividades previstas en el PPR. Los Cesac 21 y 29 no disponen de médicos especialistas en obstetricia y/o ginecología. Los Cesac 25,27,30 no ejecutan las actividades previstas en el PPR.</p> <p>b) Ningún efector desarrolla actividades en consultorios de Urología como lo especifica el Art.3 de la Ley Nº 418, tampoco se detectan actividades desarrolladas por la Coordinación del PPR dirigidas a los usuarios varones. En los Hospitales Generales de Agudos, los consultorios del Programa funcionan exclusivamente en los servicios de toco ginecología.</p> <p>c) Se corroboraron autorizaciones de entrega y remitos, dirigidos a destinatarios que no pertenecen a la nómina de efectores suministrada por la coordinación del PPR. El Programa SIDA recibió 5770 gruesas de preservativos entre julio del 2001 y abril del 2002, la Municipalidad de San Martín 100 gruesas, la Secretaría de Salud 106 gruesas y 10 DIU y el “Consejo de los derechos” 20 determinaciones para test de embarazo (remito Nº 11892 del 5/11/01).</p> <p>d) El 65% de los remitos presentaban reemplazos en la cantidad y/o tipo de insumos, realizados por la Droguería Central, no siendo éstas sus atribuciones. (E.L. hormonal trifásico por hormonal para la lactancia)</p>	<p>Recomendación:</p> <p>Evaluar la eficiencia del gasto por consulta. Monitorear el cumplimiento de todas las actividades del programa enunciadas en la ley. Implementar actividades del Programa dirigidas a la población masculina. Limitar la distribución de insumos únicamente a los efectores autorizados por la Ley. Formalizar un sistema de distribución de insumos donde coincidan las demandas de los efectores, las notas de autorización de entrega,</p>

V 2) Según Informe objeto de seguimiento	
<p>atribuciones. (EJ: hormonal trifásico por hormonal para la lactancia).</p> <p>e) No todos los efectores ofrecen la totalidad de los métodos autorizados por las normas y provistos por el PPR (art. 4 inciso c). El 18,75% de los efectores no indican o aplican la totalidad de métodos autorizados por el programa.</p> <p>f) La totalidad de las notas de autorización para retiro de insumos dirigidas a los efectores están confeccionadas a nombre de: “el portador”.</p> <p>g) Se verificó que el 100% de las Notas de autorización de entrega de insumos auditadas no coinciden con las solicitudes de los efectores en la cantidad y/o tipo, ni con las existencias informadas por la Droguería Central a través del F-15, sin que existan explicaciones para las diferencias.</p> <p>h) Se verificó desorganización en el sistema de solicitud de insumos. Algunos efectores realizan los pedidos a través de un formulario de solicitud de insumos (en el año 2002 la Coordinación del PPR entregó a los efectores un memo con una muestra de solicitud de pedido), otros telefónicamente y otros refieren que el tipo y cantidad de suministro es otorgado por la Coordinación, sin mediar solicitud.</p> <p>i) No se registran autorizaciones de retiro de insumos desde diciembre 2000 hasta abril 2002 para los Htales. Pirovano, Fernández y los CESAC 26, 17, 23, 27, 28 y 29 .</p> <p>j) Se verifico que el 100% de los remitos de insumos autorizados por las nota 26/01 y 25/01 emitidas por la Coordinación difieren en el tipo y/o cantidad de insumos. (Nota N° 25/PPR/01 se autoriza la entrega total de 16.545 unidades de Métodos Anticonceptivos, la revisión de los remitos correspondientes arroja la entrega de 6.764 unidades; por unidad se entiende 1 blister, 1 DIU, 1 gruesa de preservativos.).</p> <p>k) El 34,61% de los 78 remitos verificados presentaban enmiendas en las cantidades de determinados insumos, no salvadas por el receptor.</p> <p>l) Los remitos N° 7534 y 11.465 entregan 1.000 y 1.500 blister de anticonceptivos hormonales al Área Programática del Hospital “Parmenio Piñero”. Se observa lo inhabitual de las cifras, y el destinatario (la cantidad habitual es entre 50 y 100 blister por CESAC discriminándola por efector).</p> <p>m) Se halló un remito mellizo en la muestra examinada (Remito N° 11.465).</p> <p>n) Se observa un faltante, en la muestra seleccionada, de 305 DIU de la comparación de la documentación de stock y de salida de insumos, entre el 30 noviembre de 2000 y el 30 de junio de 2001.</p> <p>o) Se observa un faltante de 721 unidades de Microvlar de la comparación de la documentación de stock y de salida de insumos, entre el 31-03-01 de 2001 y el 30 de junio de 2001.</p> <p>p) La Coordinación y los efectores no registran adecuadamente stock ni movimiento de insumos y no conservan la documentación respaldatoria sistematizadamente.</p> <p>q) Los efectores no llevan registro de Stock, excepto la Maternidad Sarda que es el único efector que recibe los insumos a través de la farmacia central del hospital.</p>	<p>los remitos y la disponibilidad de Stock</p> <p>Cumplir las responsabilidades asignadas y los controles que devienen de ellas.</p> <p>Implementar un sistema de registro y evaluación de calidad de la actividad del PPR.</p>

V.2.

1) Comentarios de la Coordinación Programa Salud Reproductiva

El Programa no puede por sí mismo evaluar la eficiencia del gasto por consulta, pero envía los datos necesarios para que esta información pueda ser procesada y se obtenga la evaluación correspondiente.

2) Comentarios de la Auditoría:

La coordinación no puede monitorear la eficacia del programa en lo que respecta a la dispensación de insumos, y reconoce que muchos datos no son reales debido a errores generados en el propio sistema como en la carga de los mismos. Acerca de la calidad de los datos, se aclara que las falencias en la carga de los mismos residen fundamentalmente en la carencia de personal administrativo, afectando la cobertura del dato.

Observación 2 Inc. a):

Existen responsables designados para la realización de las actividades del PPR en los Hospitales de Salud Mental.

De los datos obtenidos sobre recursos humanos se desprende que el CeSAC 21 cuenta con 2 especialistas en ginecología y ninguno en obstetricia. De las visitas a los efectores determinados en la muestra se pudo verificar que en todos se brindan las consultas en el marco del Programa.

Conclusión: Desde el punto de vista de la implementación en los efectores el grado de avance es satisfactorio. No se verifica un apoyo significativo de la coordinación particularmente en los Hospitales de Salud Mental.

Observación 2 Inc. b): Continúan sin incorporarse los servicios de Urología para el desarrollo de las actividades previstas en el art. 3 Ley 418.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio

Observación 2 Inc. c): No se corroboraron autorizaciones de entrega y remitos, dirigidos a destinatarios que no pertenecen a la nómina de efectores suministrada por la Coordinación del PPR.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio.

Observación 2 Inc. d): Se auditaron en totalidad los remitos correspondientes al período 2005, y no se detectaron reemplazos ni en cantidad y tipo de insumo.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio.

Observación 2 Inc. e): De lo observado en los efectores se desprende que se ofrecen la totalidad de los métodos autorizados por las normas del PPR.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio.

Observación 2 Inc. f): Las notas de autorización para retiro de insumos están confeccionadas a nombre de los efectores, destinatarios de dichos insumos.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio.

Observación 2 Inc. g): Se verificó que el 100% de las Notas de autorización de entrega de insumos auditadas coinciden con las solicitudes de los efectores en la cantidad y/o tipo.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio

Observación 2, Inc. h), i): La falta de seguimiento y de depuración de la base de datos para conocer la demanda real impide una correspondencia adecuada entre los insumos solicitados y los entregados, verificándose porcentajes de desvíos significativos en algunos de los efectores en los CESAC N° 9, 11, 33, UNASAD 27, Hospital Ramos Mejía).

Observación 2, Inc. j), n), o), p), q): Ver nuevas observaciones sobre control de stock

Conclusión: Se levanta la observación (ver Aclaraciones previas).

Observación 2, Inc. k), l), m), ver nuevas observaciones sobre pacientes bajo programa (*Obs. N° 5, Hospitales Generales de Agudos, Generales*)

Conclusión: Se levanta la observación (ver Aclaraciones previas)

Observación 2, Inc. m): En la muestra examinada no se halló ningún remito replicado.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio

V 3) Según Informe objeto de seguimiento	
<p><u>Relativas a la Aplicación y diseño de herramientas de registro y evaluación de calidad de la actividad del PPR</u> <u>Observación 3:</u> a) No existe implementación de un sistema de información y registro con estadísticas por sexo y edad, ni de mecanismo de seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones establecidas en la ley. (art. 7 inciso g). b) La Dirección de Estadísticas para la Salud no recolecta ni elabora datos estadísticos relacionados con el funcionamiento del PPR.</p>	<p><u>Recomendación:</u> Implementar un sistema de registro y evaluación de calidad de la actividad del PPR.</p>

V 3) Según Informe objeto de seguimiento	
<p>c) No se implementó desde La Coordinación ningún mecanismo de evaluación del PPR, desde el año 1998, existiendo herramientas como la base de datos denominada "Ramona" El 84.5% de los efectores refirió no haber sido evaluado por la Coordinación del PPR. (art. 7 inciso h).</p> <p>d) La estimación de las consultas y prestaciones anuales calculadas por la auditoría arroja un 33% menos que las informadas por el Coordinador.</p> <p>e) Se auditó el sistema de recolección de datos utilizado por la Coordinación del Programa. Se verificó que no es posible determinar la cantidad de beneficiarias bajo programa, usando como información el número de consultas de primera vez y ulteriores.</p> <p>f) La Coordinación no tiene información actualizada sobre el recurso humano, recurso físico y horarios de atención.</p> <p>g) Según lo relevado por esta auditoría las actividades del PPR son realizadas por equipos interdisciplinarios solo en el 40% de los efectores (art 6).</p> <p>h) La Coordinación ha entregado sólo 12 solicitudes de insumos elevadas por los efectores durante el año 2001 y ninguna del año 2000, habiendo un total de 50 efectores según la Ley y existiendo 11 notas de autorización durante el periodo 2000 /2001</p> <p>i) Todos los efectores entrevistados refirieron carecer de un sistema informático para registro y elaboración de datos.</p> <p>j) El 81% de los efectores no elabora estadísticas de captación de la población usuaria.</p> <p>k) El 65% de los efectores no elabora estadísticas de características de la población usuaria del PPR.</p> <p>l) El 78% de los efectores no elabora estadísticas de distribución de métodos según características de la población usuaria.</p> <p>m) La oferta horaria en los consultorios es considerada escasa en el 56%, regular en el 22% y amplia en el 18%.</p> <p>n) No existen formularios para registro de dación de métodos a las usuarias. Los efectores no pueden discriminar los métodos suministrados por el programa de las muestras gratis que reciben directamente de las empresas farmacéuticas.</p>	

V.3.

1) a. Comentarios de la Coordinación Programa Salud Reproductiva El Programa monitorea las actividades enunciadas en la Ley a través de reuniones mensuales de la Coordinación con los efectores (Centros de Salud, Hospitales, Servicios/secciones/consultorios de Adolescencia, Plan Médico de Cabecera) y visitas a los efectores. Además organiza capacitaciones periódicas con los efectores que también facilitan la supervisión de las acciones contempladas en la Ley.

Los efectores envían los datos a la Dirección de Estadísticas para la Salud, dicha dirección es quien concentra los datos.

b. Comentarios de la Dirección General Adjunta de Atención Primaria

Durante el año 2004 se realizaron tareas de evaluación del sistema de registro de información del Programa de Salud Reproductiva y del SICESAC (Sistema de

registro de información de los Centros de Salud), junto con la Dirección de Estadísticas para la Salud, para una optimización de dichos sistemas. A partir de dicha evaluación se diseñó junto a la Dirección mencionada un nuevo sistema de información para Hospitales y Plan Médico de Cabecera y se modificó el sistema de los Centros de Salud, para obtener la información necesaria para evaluar y monitorear el Programa de Salud Reproductiva, y responder a los requerimientos nacionales y locales en materia de información.

Durante el año 2005 se diseñó un módulo específico con sus respectivas salidas para ser aplicado por el Programa. Asimismo se aclaró que el SIAPS está diseñado e instalado en los efectores del primer nivel desconcentrado (centros de salud y PMC) y no en hospitales. En estos últimos, hay una aplicación en la cual se carga la ficha de cada paciente en el hospital y luego la información es enviada en papel a la Coordinación para alimentar manualmente la base de datos.

El sistema SICESAC se integra en torno a:

- Vincular la actividad de los Centros con la población que en ellos se atiende. Este eje se plasma en la nominalización de los beneficiarios a través de un registro que incorpora aspectos relevantes para los objetivos planteados (edad, sexo, ubicación territorial, cobertura, nivel educativo, etc.)
- Reflejar las actividades de atención de todos los integrantes del equipo de salud.
- Registrar todas las modalidades que las actividades de atención asumen, tanto individuales como grupales, las realizadas intramuros como extramurales, las de demanda espontánea como las programadas.

c. Comentarios de la Dirección de Estadísticas para la Salud:

El SICESAC comienza a utilizarse a partir del 2003, en él se transportan los datos de todos los Centros de Salud. Cada efector realiza un informe en papel que envían a la Coordinación del Programa y no a la dirección de estadísticas. Del PPR en conjunto no puede hacer una evaluación global ya que no cuenta con los datos de los Hospitales, a los que se les brindó aporte metodológico para el diseño de los soportes pero no reciben la información correspondiente al Programa.

2). Comentario de la Auditoría:

Observación 3, Inc. a), b), c), d): La planificación de las acciones y su implementación requieren de una adecuada información que deber ser de calidad, oportuna y suficiente para poder construir indicadores que permitan su seguimiento y evaluación. Las respuestas obtenidas y los procedimientos efectuados en las distintas instancias revelan que no existe un sistema eficaz para la obtención de información relevante y confiable para lograr una mayor eficiencia.

Conclusión: Grado de avance incipiente.

Observación 3, Inc. e): Ver nuevas observaciones sobre pacientes.

Conclusión: Se levanta la observación (ver Aclaraciones previas).

Observación 3, Inc. f): La oferta de horas de atención se realiza en función de la disponibilidad de recursos. El programa no cuenta con recursos humanos propios y los profesionales que trabajan en él pertenecen a cada efector. En algunos se distribuyen en días determinados, en otros forma parte de la agenda diaria de turnos.

Conclusión: Grado de avance incipiente.

Observación 3, Inc. g): Según lo relevado por esta auditoría las actividades del PPR son realizadas por equipos interdisciplinarios en la mayoría de los efectores.

Conclusión: • Hospitales: Grado de avance no satisfactorio.

• CeSAC: Grado de avance satisfactorio.

Observación 3, Inc. i), j), l), m): El Sistema Informático fue diseñado en el 2002 y paulatinamente implantado durante el 2003, su desarrollo ha sido modificado por problemas de registro. Existen falencias en cuanto a la calidad de los datos debido a la falta de personal administrativo para la carga de los mismos afectando la cobertura del dato. La Dirección de Estadísticas del Ministerio de Salud manifiesta que del Programa en su conjunto no puede realizar una evaluación global ya que no recolecta ni elabora datos estadísticos relacionados con el funcionamiento del PPR en los Hospitales.

De la muestra de efectores analizada el 87% de los mismos confecciona estadísticas, el 13% restante contestó que no. Del 87 % que confecciona estadísticas el 77 % proporcionó estadísticas de métodos dispensados y el 62 % de consultas y población bajo programa.

Conclusión: • **Inciso i), l), m):** grado de avance incipiente.

• **Inciso j):** grado de avance no satisfactorio

V 4) Según Informe objeto de seguimiento	
<u>Relativas a la Difusión de la oferta del PPR en la población</u>	
<p><u>Observación 4:</u></p> <p>a) No se garantiza el acceso de varones a la información y prestaciones del PPR, todas las prestaciones se brindan en los consultorios de obstetricia y ginecología (art. 3 inciso a) y art. 6).</p> <p>b) No se realizan actividades programadas de difusión, información y orientación sobre el PPR fuera del ámbito de los consultorios de los servicios de tocoginecología, dirigidas a la población (art. 4 inciso c) art. 7 inciso k).</p> <p>c) El 62% de los efectores refiere que no realizan actividades extramurales.</p> <p>d) No existen afiches o carteles indicadores que publiciten las actividades del PPR. en el 91% de los Hospitales y Cesac auditados en la muestra.</p> <p>e) El 37% de los efectores refiere que no posee material educativo provisto por el PPR y el 50% alude que el mismo es insuficiente.</p>	<p><u>Recomendación:</u></p> <p>Implementar actividades del Programa dirigidas a la población masculina. Desarrollar estrategias y campañas de difusión de la oferta del PPR dirigidas a la población.</p>

V 4) Según Informe objeto de seguimiento

V.4.

1) Comentarios de la Coordinación Programa Salud Reproductiva

Se implementan actividades del Programa dirigidas a la población masculina especialmente población adolescente. Está previsto pero pendiente evaluar estrategias de abordaje de la población masculina en general, siempre más difícil de convocar y tener acceso.

De todas maneras, las actividades de Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva que realizan todos los efectores, especialmente los 36 Centros de Salud, están abiertas a la participación de varones, y todos los efectores distribuyen gratuitamente preservativos, sin que sea requisito el ingreso formal de la población al Programa para ello.

Se diseñaron e imprimieron folletos sobre diferentes temas relacionados con la Salud Sexual y Reproductiva, que se distribuyen para ser repartidos por los efectores y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales. Se diseñaron 2 tipos de afiches para realizar difusión.

2) Comentarios de la Auditoría:

Observación 4, Inc. a, b, c, d: No se realizan actividades de difusión masiva del PPR.

No se realizan actividades específicas para la población masculina adulta, se realizan algunas actividades con varones adolescentes. No obstante desde noviembre de 2005, se han desarrollado acciones de integración del Programa con otras áreas destinadas a la mujer y a la población adolescente en particular, restando articular su implementación con la Secretaría de Prensa y Difusión del GCBA.

Conclusión: Grado de avance incipiente

Observación 4, Inc. e): Se diseñaron e imprimieron folletos que se distribuyeron para ser repartidos por los efectores y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales, pero no en cantidad adecuada.

Conclusión: Grado de avance incipiente

V 5) Según Informe objeto de seguimiento

Relativas a la Coordinación de los efectores promoviendo la comunicación entre los mismos a los fines de actualizar las normas del PPR

Observación 5:

a) Se constató mediante memos de convocatoria suministrados por los efectores que durante el año 2001 se realizaron tres reuniones con la Coordinación del PPR en las siguientes fechas: 16/5, 17/7 y 7/11. La

Recomendación:

Cumplir con las funciones de coordinación de los efectores, elaboración y actualización de normas y

V 5) Según Informe objeto de seguimiento	
Coordinación del PPR en las siguientes fechas: 16/5, 17/7 y 7/11. La Coordinación del PPR no suministró actas y/o fechas, temarios y participantes que acrediten reuniones del año 2000/2001, con los efectores del Programa (art. 7 inciso m). A partir del 30 de noviembre y el 3 de diciembre de 2001 se convoca a reunión de comisiones.	capacitación y sensibilización del personal de salud.
V 6) Según Informe objeto de seguimiento	
<u>Relativas a la Capacitación y Sensibilización del personal de salud</u>	
<u>Observación 6:</u> a) No existe documentación que acredite actividades de capacitación programadas por el nivel central del PPR. durante el año 2000. Durante el año 2001 la única actividad registrada fue la Jornada de Capacitación y Consenso sobre "Adolescencia y Salud Reproductiva". b) El 71% de los efectores refirió que no se efectúan tareas de capacitación dirigidas a los efectores del PPR. (art. 7 inc. i y j). c) No se realizaron actividades de capacitación para los agentes de salud, educación y desarrollo social. (art. 7 inc. I y j).	<u>Recomendación:</u> Cumplir con las funciones de coordinación de los efectores, elaboración y actualización de normas y capacitación y sensibilización del personal de salud.

V.5.- V. 6

1) Comentarios de la Coordinación Programa Salud Reproductiva

Además de las reuniones mensuales con los efectores, que se realizan desde enero de 2003, la Coordinación ha realizado y tiene planificado realizar capacitaciones periódicas con ellos, sobre temas de actualización de la atención en salud sexual y reproductiva, perspectiva de género, anticoncepción de emergencia, marco legal, etc. Dentro de estas capacitaciones periódicas, se realizaron durante el año 2005 algunas de ellas coordinadas junto con la Dirección de Capacitación y la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires.

Se actualizaron las normas de atención para adolescentes en salud reproductiva y se confeccionaron normas para la atención de población adulta.

2) Comentarios de la Auditoría

Observación 5. Inc. a); Observación 6, Inc a), b), c): La coordinación del programa organiza reuniones mensuales a las que concurren los referentes de los servicios, en las que se capacita a los equipos tanto en contenidos de administración y gestión local del Programa como en actualizaciones médicas y otros contenidos científicos: actualización en anticoncepción de emergencia, metodología de las actividades grupales de información, promoción de la salud y prevención; inserción de la temática en la residencia de medicina general; etc. En dichas reuniones se presentan además experiencias y trabajos de investigación de los mismos efectores para el intercambio con otros y la capitalización del trabajo de cada uno.

Alguno de los cursos realizados durante el año 2005:

- Curso organizado con la Dirección de Capacitación y Desarrollo sobre Abordaje Interdisciplinario de la Salud Interdisciplinario de la Salud

Reproductiva y al que asistieron profesionales de distintas disciplinas. (Desde el 6 de mayo al 15 de julio).

- Capacitación con talleres participativos para el equipo de profesionales de Salud Mental de la sala de adolescencia del Hospital Alvear. (para su incorporación al Programa de Salud Reproductiva).
- Jornadas sobre normativa vigente en Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires, organizadas con la Dirección de Capacitación y la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Se realizaron 3 reuniones agrupando a todos los Hospitales, Centros de Salud y Plan Médicos de Cabecera del GCBA por áreas.
- Seminario: Atención Post Aborto, un tema de Salud Pública y Derechos Humanos en el MERCOSUR (15/11/05).

Conclusión: Grado de avance satisfactorio

V 7) Según Informe objeto de seguimiento	
<p><u>Relativas al Seguimiento especial a la población según enfoque de riesgo</u> <u>Observación 7:</u> a) No existen acciones tendientes al seguimiento de población según enfoque de riesgo. No se realizan actividades direccionadas a los pacientes de los hospitales neuropsiquiátricos (art. 7 inc. m). b) En la lista de efectores remitida a esta auditoría por el coordinador, se omiten los hospitales monovalentes de salud mental de la Ciudad de Buenos Aires, "José T. Borda", "Carolina Tobar García". c) No existen normas escritas sobre anticoncepción en población en edad fértil para pacientes neuropsiquiátricos medicados con fármacos teratogénicos o fetotóxicos, ni desde el nivel de la Coordinación del PPR ni en los establecimientos que asisten dicha población . d) El único Hospital Neuropsiquiátrico que respondió ser efector del PPR fue "Braulio Moyano" Se verificó que este efector no recibió ningún tipo de insumo desde abril del 2000 hasta el 21 /11/ 2001, en que la Coordinación le autoriza el retiro de únicamente un anticonceptivo hormonal inyectable de aplicación mensual y preservativos masculinos. e) El Hospital "Braulio Moyano" solicita siempre autorización al Juzgado para la colocación de DIU, se verificó que las respuestas pueden demorar hasta un año y 3 meses, siendo en el 80% de los casos innecesaria esta autorización pues solo el 20% de las pacientes están declaradas "insanas".(Código Civil. art 141: Declaración de Insania) .</p>	<p><u>Recomendación:</u> Cumplir con el art. 7 inc. m. de la ley de la Ciudad de Buenos Aires N° 418, que establece acciones de seguimiento especial a la población según enfoque de riesgo. Normatizar el Programa de Salud Reproductiva en los aspectos técnico-médico relacionados con la Salud Mental, y dirigir acciones específicas para la difusión e implementación del Programa en este sector de la población.</p>

V.7.

1) Comentarios de la Coordinación Programa Salud Reproductiva

Se realizaron y se están realizando acciones específicas de seguimiento de la población según enfoque de riesgo, especialmente la población de bajos recursos socioeconómicos y la población adolescente.

El seguimiento de la población de bajos recursos se realiza a través de los efectores de las zonas más vulnerables de la Ciudad de Buenos Aires, con actividades de promoción de la salud y prevención, además de la atención de la salud sexual y reproductiva de dicha población.

El seguimiento de la población adolescente se realiza a través de todos los efectores, incluidos los consultorios/secciones de adolescentes de los Hospitales, los Centros de Salud y los tocoginecólogos del Plan Médico de Cabecera, con actividades de promoción de la salud y prevención, además de la atención de la salud sexual y reproductiva de esta población.

Se han actualizado las normas de atención para adolescentes en salud reproductiva, para que sirvan de apoyo a los efectores a fin de mejorar la atención de este grupo etéreo.

Se han realizado capacitaciones sobre el marco legal que sostiene y facilita la atención de adolescentes.

Además a partir del 2005, el PPR participa del Plan Transversal.

Actualmente los Hospitales de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (Borda, Moyano, Tobar García y Alvear) son efectores del Programa de Salud Reproductiva. Se realizan capacitaciones para la actualización de los profesionales y la optimización de la atención.

En los Centros de Salud y Acción Comunitaria la atención y promoción de la salud se realiza en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud, en forma interdisciplinaria e integrada, intra y extra muros.

Comentarios de la Auditoría:

Observación 7 Inc.a): las acciones extramurales se realizan fundamentalmente desde los CeSACs pero no obedecen a una planificación en función del seguimiento de la población con enfoque de riesgo. En los hospitales se estructura a partir de la oferta de los métodos anticonceptivos a quienes concurren a la consulta pero tampoco están definidas estrategias de seguimiento. No se registran los participantes en los talleres.

Conclusión: Grado de avance no satisfactorio.

Inciso b): Si bien existen responsables del PPR en los tres hospitales de Salud Mental no se evidencia apoyo en particular desde la coordinación en relación con el enfoque de riesgo que requiere la población atendida. El Hospital Tobar García cuenta con una sola profesional ginecóloga que pertenece a la dotación del Hospital Penna, como suplente de Guardia. El hospital Moyano cuenta con dos ginecólogos para una población más de 900 pacientes internadas, con actividad clínica y quirúrgica.

Conclusión: Grado de avance incipiente.

Inciso d): No se verificaron dificultades en el suministro de insumos.

Conclusión: Grado de avance satisfactorio.

Inciso e): Para la colocación del D.I.U. no hay un criterio consensuado particularmente en lo que respecta a las pacientes que no están declaradas insanas, ni en trámite de serlo, de modo que hay profesionales que solicitan la autorización judicial cuando no corresponde en estos casos (art. 482 Código Civil).

Conclusión: Grado de avance incipiente.

VI) NUEVA AUDITORIA DE GESTION

VI. 1. Aspectos Operativos del Programa de Procreación Responsable:

VI. 1.1. Generales:

La información suministrada por la DGAAPS reconoce objetivos y líneas de acción aunque no se establecen metas en relación a la incorporación de población al programa.

El objetivo general del Programa es facilitar el acceso libre y gratuito de la población al cuidado de su salud sexual y reproductiva, y a la información y asesoramiento profesional para la elección y provisión del método anticonceptivo adecuado.

En función de ese objetivo se definieron las siguientes líneas de acción para el período 2005/2006:

- Abastecimiento de insumos en tiempo y forma para realizar la distribución de los mismos a los efectores y sostener la accesibilidad de la población.
- Mejoramiento de la implementación del Sistema de información del Programa.
- Relevamiento de efectores y seguimiento operativo del Programa.
- Seguimiento de guardias hospitalarias sobre la utilización y provisión de anticoncepción de emergencia.
- Capacitación para los equipos de salud, especialmente para la atención post parto y post aborto, la utilización de anticoncepción de emergencia y la atención integral de adolescentes, teniendo en cuenta siempre la perspectiva de género.
- Capacitaciones intersectoriales.
- Comunicación Social de las acciones del Programa.
- Incorporación de nuevos efectores al Programa.
- Publicación de guías de atención de adultos y revisión de guías de atención de adolescentes.

- Proyecto de Investigación sobre anticoncepción de emergencia.

Cabe destacar que en cumplimiento de estas líneas de acción las actividades desarrolladas se orientaron hacia la anticoncepción en el marco de la actividad asistencial, pero no se vieron reforzadas aquellas relacionadas con la difusión del programa. La incorporación de la anticoncepción de emergencia, que registra una mayor y mejor distribución en el último período, requiere también una profundización en la información del resto de los métodos anticonceptivos que permiten planificar el embarazo para no incurrir en este riesgo.

Misiones y Funciones:

Aunque no están expresadas formalmente, las funciones son:

- Articular con la DGAAPS en la planificación a efectos de orientar el desarrollo del Programa;
- Evaluar e implementar mecanismos de seguimiento de actividades y calidad de las prestaciones en los efectores donde se ejecuta el Programa;
- Coordinar con otros Programas dependientes de la DGAAPS para el desarrollo de acciones específicas sobre la población beneficiaria;
- Asistir a la DGAAPS en aspectos específicos de salud reproductiva;
- Planificar la ejecución del presupuesto, garantizar el abastecimiento de insumos y medicamentos y de las demás necesidades operativas;
- Entender en la estrategia comunicacional de la Dirección APS para la difusión del programa.

Acciones:

- Organizar reuniones mensuales con los efectores.
- Hacer una estimación anual o semestral del consumo de insumos, enviándolo a la Dirección General Adjunta de Atención Primaria de la Salud quien evalúa y autoriza la compra a realizar por licitación pública.
- Organizar la distribución bimensual de los pedidos bimestralmente que realizan los efectores y elevar a la DGAAPS dicha distribución para su aprobación. A su vez, los efectores deben enviar un resumen mensual con datos de población atendida y entrega de insumos.
- No pueden evaluar la eficiencia del gasto porque no puede determinarse el costo de la prestación dado que no cuentan con recursos e información para hacerlo. No administran el presupuesto, ni disponen de fondos pero elevan las recomendaciones acerca de los insumos necesarios.

Registros:

- **Ficha Personal:** se confecciona cuando se incorpora al Programa Salud Reproductiva y Procreación Responsable.

- **Planilla de Atención Diaria:** En los Centros de Salud y Atención Comunitaria –CESAC- se confecciona un “Registro de Prestaciones Individuales” que incluyen: Tipo de prestación, Ambito, Programa, diagnóstico/motivo de consulta, prácticas, dación (insumo y cantidad)
En los Hospitales se completa el “Informe estadístico de consultas médicas ambulatorias” que no permite identificar las consultas correspondientes al Programa, a diferencia de la implementada en los Centros de Salud
- **Historia Clínica**
- **Informe Mensual de Población y Actividades:** En esta planilla constan “Población bajo Programa” (discriminando sexo), “Número de concurrentes en el período”, Número de consultas según edad y tipo de consulta”, “Número de personas que recibieron métodos en el período según tipo”, Cantidad de métodos anticonceptivos y daciones entregados a mujeres y varones según edad”

Accesibilidad y difusión del programa:

- La oferta de horas de atención se realiza en función de la disponibilidad de recursos. El programa no cuenta con recursos humanos propios y los profesionales que trabajan en él pertenecen a los servicios incluidos en cada efector. En algunos se distribuyen en días determinados, en otros forma parte de la agenda diaria de turnos.
- No se han realizado campañas masivas de difusión. La difusión se realiza a nivel de cada efector como parte de las actividades de promoción de la salud en consultas y talleres. El impacto de estas actividades es tenido en cuenta en el análisis de las respuestas a las encuesta incluidas en el presente informe.

Estadísticas:

Población bajo programa:

En base a los datos aportados por la DGAAPS y en acuerdo con sus consideraciones, el indicador de la población bajo programa no refleja la demanda real.

Las pacientes son incluidas en el Programa en la primera consulta. Este no prevé una metodología de seguimiento adecuado que permita registrar las bajas y depurar los totales. Por lo tanto esto impacta sobre la solicitud de insumos que no se puede ajustar a las necesidades efectivas, sino a la población total incorporada.

Metas físicas programadas/ejecutadas en 2005.

Denominación	Producto	Un. De medida	Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.	Prog.	Ejec.
				1er. trimestre		2do trimestre		3er. trimestre		4to. trimestre
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE	PERSONAS ATENDIDAS	MUJER EN EDAD FÉRTIL Y VARON ATENDIDOS	49.844	29.092	50.444	42.530	50.444	50.367	50.844	53.908
ORIENTACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA	PERSONAS ORIENTADAS EN METODOS ANTICONCEPTIVOS	PERSONA	2.200	2.320	2.800	2.730	2.800	2.950	3.200	3.234
ATENCIÓN EN SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA	PERSONAS BAJO PROGRAMA	PERSONA CONTROLADA	47.644	26.772	47.644	39.800	47.644	47.417	47.644	50.674

Indicadores

Los registros habituales de actividad, las historias clínicas y las encuestas de satisfacción son los pilares básicos para la construcción de indicadores. La elaboración de los mismos se realizó en base a los datos que pudieron obtenerse, con el objeto de propender a la conformación de una matriz de indicadores que permita luego la implementación de un sistema de seguimiento y monitoreo. Con respecto a los registros de actividad se procesaron los datos obtenidos de los envíos a la coordinación de la utilización de insumos y de las planillas de atención diaria. La muestra de Historias Clínicas se implementó en el Hospital Moyano para analizar el grado de implementación del Programa sobre una población vulnerable, atendiendo al enfoque de riesgo que sostiene la Ley 418. Las encuestas estuvieron destinadas a detectar el grado de información y accesibilidad de los usuarios del sistema público como también otros datos de relevancia para la planificación y toma de decisiones en el marco de acciones transversales entre áreas y sectores involucrados

a) De Proceso:

Se analizaron los insumos más significativos en relación a la demanda y a la prescripción para determinar su grado de adecuación a la demanda, en función de lo solicitado y los saldos existentes, por efector en el período detallado.

Porcentaje insumos dispensados/ insumos solicitados: { $C / (A+B) = D$ }

Efactor s/ período	Insumo	Existencia anterior (A)	Recibido de Coordin (B)	Dispensado (C)	Saldo	Pedido actual	% dispensado (D)
Cesac 9 (Mayo - Junio 2004)	Mercilon	137	150	66	221	200	23
	Test de embarazo	50	100	50	100	100	33
	Preservativo	0	10	10	0	10	100
	D.I.U Tcu 380	22	25	7	40	10	15
Unasad 27 (Julio 2005)	Mercilon	54		14	40	50	26
	Test de embarazo	0	0	0	0	100	
	Preservativo					4	
	D.I.U Tcu 380	Sin datos					
Cesac 2 (enero-febrero 2005)	Mercilon	20	20	30	10	30	75
	Test de embarazo	20	30	40	10	40	80
	Preservativo	1	10	10	1	10	91
	D.I.U Tcu 380	12	20	23	9	20	72
Cesac 33 sep-octubre 2005	Mercilon	15	30	20	25	20	44
	Test de embarazo	70	30	40	60	20	40
	Preservativo					30	
	D.I.U Tcu 380			8			
Cesac 11(marzo-Abril 2006)	Mercilon	81	20	61	40	100	60
	Test de embarazo	7	20	9	18	40	33
	Preservativo	16	20	18	18	10	50
	D.I.U Tcu 380	11	10			20	0
Cesac 22 (Sep. Octubre 2005)	Mercilon		10	2	8	10	20
	Test de embarazo	15	20	16	19	20	46
	Preservativo		4	4		4	100
	D.I.U Tcu 380	15		4	11	10	27
Cesac 21 (Sep.Octubre 2005)	Mercilon						
	Test de embarazo	13	25	19	19	30	50
	Preservativo		12	12		12	100
	D.I.U Tcu 380	5	25	5	25	25	17

Efactor s/ período	Insumo	Existencia anterior (A)	Recibido de Coordin (B)	Dispensado (C)	Saldo	Pedido actual	% dispensado (D)
Ramos Mejía (Marzo-Abril 2006)	Mercilon	81	20	61	40	100	60
	Test de embarazo	7	20	9	18	40	33
	Preservativo	16	20	18	18	10	50
	D.I.U Tcu380 380	11	10	Sin datos		20	

Los porcentajes indican que las estimaciones para la solicitud de insumos no se relacionan con la demanda efectiva, obedeciendo en realidad al consumo histórico o bien incrementado empíricamente, lo que también evidencia la falta de estadísticas actualizadas para una planificación eficiente.

b) De resultados:

1. - Proporción población bajo programa / población mujeres en edad fértil:

Se incluyó en el numerador la población total bajo programa informada por la DGAAPS, controlada, que es fundamentalmente femenina y como denominador sólo las mujeres en edad fértil (obtenida de las estadísticas de la Dirección General de Estadística y Censos) dado que la inclusión de la población masculina produciría un resultado sesgado, y se ajustó en base al porcentaje promedio de población sin cobertura de salud, para obtener la proporción alcanzada por las prestaciones del programa.

Total población mujeres en edad fértil: 756.938. Promedio población sin cobertura: 22%

Población bajo programa: 50.674

Población femenina en edad fértil sin cobertura: 166.527

$$50.674/166.527=0.3042= \mathbf{30.42\%}$$

2. - a) Promedio de consultas mensuales / población bajo Programa por efector en porcentaje.

Las consultas efectuadas representan en promedio el 14,8 % (con un DS de +/- 2,51) del total de la población bajo programa (Sobre una muestra de planillas de atención diaria del año 2005 en los efectores que pudieron suministrarla).

Efactor	Promedio en %
CESAC 5	16,75
CESAC 22	11
CESAC 33	16,25
CESAC 11	16,3

Efactor	Promedio en %
CESAC 2	17
CESAC 21	13,8
UNASAD 27	12,6
Prom. Gral	14,8

b) Porcentaje de consultas PPR/ consultas tocoginecología:

Los datos fueron obtenidos de una muestra de los meses de enero, abril, julio, y octubre de 2004 y 2005 y enero y abril de 2006 de las planillas de atención diaria, en aquellos efectores que pudieron suministrarla, superando dificultades de logística (En el Cesac 21 faltan las consultas de julio y Octubre de 2004 por haberse inundado el archivo de planillas).

Efactor	Consultas PPR	Consultas tocoginecol.	% Consultas PPR
Unasad 27	349	790	44
Cesac 22	865	2097	41
Cesac 21	601	2407	25
Tobar García	47	169	28

3. - Insumos distribuidos por el Programa:

La distribución de insumos entre la población controlada durante el 2005 muestra algunas diferencias respecto del año anterior.

INSUMOS	TOTAL2005	TOTAL 2004	DIF.	PROM. MENSUAL 2005	PROM. MENSUAL 2004	DIF.
HORMONALES ORALES	121.896	110.314	11.582	10.158	9.193	965
INYECTABLE MENSUAL	12.838	11.951	887	1.070	996	74
INYECTABLE TRIMESTRAL	6.032	5.997	35	503	500	3
A.E.	5.635	3.788	1.847	470	316	154
TEST DE EMBARAZO	16.078	14.906	1.172	1.340	1.242	98
ÓVULOS ESPERMICIDAS	0	4.490	4.490	0	374	-374
ÓVULOS DE TRATAMIENTO	5.005	29.845	-24.840	417	2.487	-2.070
PRESERVATIVOS	3.167	398.736	-395.569	264	33.228	-32.964
D.I.U.	6.381	7.644	-1.263	532	637	-105

Durante el año 2005 se distribuyeron:

a) En más:

HORMONALES ORALES	10,50%
INYECTABLE MENSUAL	7,42%
INYECTABLE TRIMESTRAL	0,58%

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA	48.76%
TEST DE EMBARAZO	7.86%

b) En menos:

ÓVULOS ESPERMICIDAS	100.00%
ÓVULOS DE TRATAMIENTO	83,23%
PRESERVATIVOS	99.21%
D.I.U.	16.52%

El aumento de la anticoncepción de emergencia se explica en parte por la más reciente incorporación al programa como método, y significa una mayor cobertura, no obstante en relación a la disminución de la distribución de la distribución del D.I.U, de preservativos, y al menor incremento de anticonceptivos orales puede también significar una menor incorporación de la población a una anticoncepción programada y protegida.

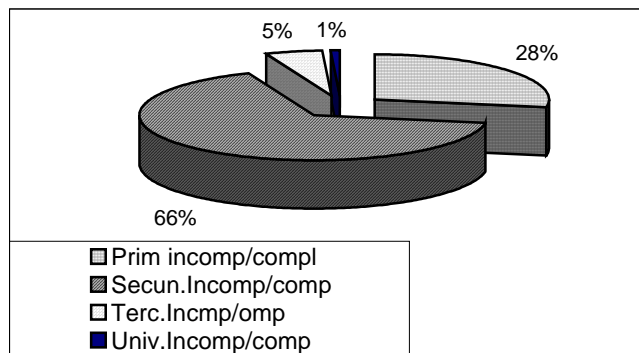
Encuestas:

Para analizar el grado de información, accesibilidad y satisfacción en la población incluida dentro del rango de edad fértil usuarias del Sistema Publico de Educación y de Salud, se implementó la metodología de encuestas entre alumnos de las Escuelas de Nivel Medio y Nivel Medio Adultos, de las zonas geográficas a las que pertenecen los efectores y entre los pacientes que concurren a estos. Se obtuvieron 296 encuestas en total (181 alumnos y 115 concurrentes a los efectores de salud), anónimas y de respuestas cerradas, en el periodo comprendido entre abril-mayo de 2006. Las respuestas obtenidas adquieren un valor complementario de las observaciones, teniendo en cuenta que con esta metodología no puede descartarse el sesgo de aspectos individuales no mensurables, relacionados con las percepciones y experiencias personales.

Del análisis realizado surgen las siguientes consideraciones: (datos preliminares sujetos a modificación)

- 1) Del total de encuestados que aceptaron participar, 223 fueron mujeres (**75.34%**) y 73 varones (**24.66%**). El resultado coincide con lo relevado en el seguimiento de este proyecto en relación a la menor participación de la población masculina y la falta de estrategias para incentivarla.
- 2) El promedio de edad para el total fue de **25,7** años. Entre los concurrentes a los servicios de Salud el promedio fue de 28, 8 años. Entre los alumnos fue de 15,5 para los concurrentes a escuelas media y 29,9 años entre los de escuela adulta.

- 3) El **81.76%** de nacionalidad argentina, un **7.43%** peruana, **5.41%** paraguaya, **3.70%** boliviana, un **1.7%** para otras nacionalidades. En relación al lugar de residencia el **78.72%** reside en la ciudad. Con respecto a las zonas la distribución fue del **32.43%** para la zona Centro, el **17.57%** para la zona Norte, el **28.72%** zona Sur. El resto se distribuye entre un **16.55%** perteneciente a Provincia de Buenos Aires y un **4.73%** otros .
- 4) Con respecto al nivel de instrucción entre los usuarios del Sistema de Salud el porcentaje con nivel secundario alcanza el **66.09%**.



- 5) Con respecto a la ocupación:

Sector	Ocupado	Desocupado	Otros (*)
Usuarios Serv. de Salud	20 %	42.61%	37.39 %

(*) Predominantemente trabajo en el hogar como ama de casa.

Escuela Pública	Ocupado	Desocupado	Estudiantes
Enseñanza Media	0 %	2.60%	97.40%
Adultos	53.85%	25.96%	20.19%

- 6) El **47.64%** refiere vivienda propia y un **41.55%** alquilada. Un **1.01%** vive en hogares de la ciudad, un **2.36%** sin domicilio fijo, Núcleos Habitacionales Transitorios (NHT) **0.34%** con un porcentaje igual para viviendas tomadas. Un **6.76%** manifiesta otra modalidad habitacional. (en el caso de los estudiantes que vivían con los padres se consideró el tipo de vivienda de estos).
- 7) Cobertura de Salud: este dato fue considerado sólo entre los alumnos de escuelas públicas dado que el criterio de inclusión para la realización de la encuesta en los servicios de salud era entre los usuarios del Sistema Público (sin cobertura).

Escuela	Sist. Público	Obra Social
Adultos	56,73 %	42,31 %
Enseñanza Media	63,64 %	36,36 %

- 8) Entre los estudiantes de enseñanza media, el **42,86%** manifiesta no haber iniciado sus relaciones sexuales. El promedio de edad en el inicio de las relaciones sexuales fue de **13,8** años. Entre los alumnos de escuelas para adultos, el **8.65%** manifiesta no haber iniciado sus relaciones sexuales. El promedio de edad en el inicio de las relaciones sexuales fue de **15.9** años. Entre los usuarios del sistema de salud, más del **95%** refirió tener actividad sexual y una edad promedio de inicio a los **17** años.
- 9) Del total de entrevistados el **29.73%** reconoce no tener pareja, el **81.25%** refiere pareja estable, el **16.35%** manifestó tener pareja ocasional, el resto no contesta. A continuación se presentan los datos desagregados por sector:

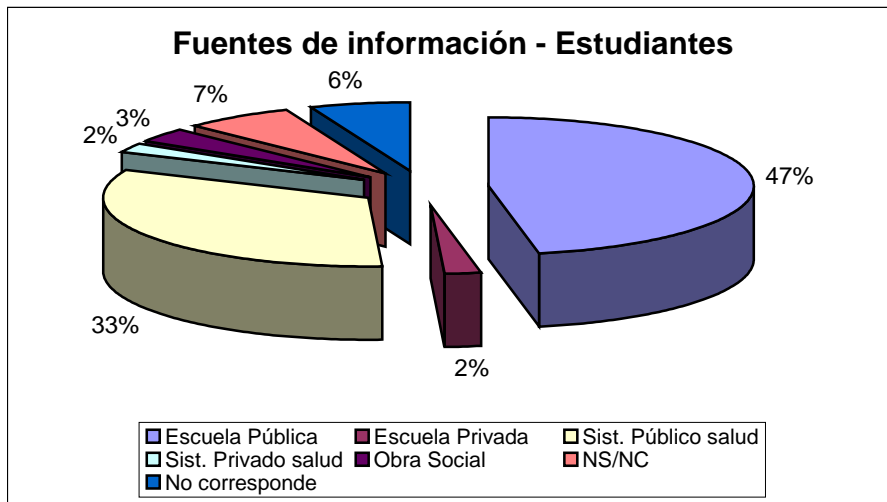
Sector	Situación de pareja	
	Si	No
Escuelas Enseñanza Media	44.16%	55.84 %
Escuela Adultos	69.23%	30.77 %
Us. Serv. de Sal.	88.70 %	11.30 %

Sector	Tipo de pareja		
	Estable	ocasional	NS/NC
Escuelas Enseñanza Media	47.06%	50%	2.94 %
Escuela Adultos	83.33 %	13.89%	2.78 %
Us. Serv. de S.	91.18%	6.86%	1.96%

- 10) El **41.22%** de total de las personas entrevistadas dice utilizar preservativo en sus relaciones sexuales, mientras que el **38%** no lo utiliza. El **15,88%** lo utiliza a veces. Distribuido por sectores, la tendencia se modifica de modo que entre los usuarios de los servicios de salud es menor el uso de preservativos, probablemente por una mayor estabilidad en el vínculo de pareja.

Sector	Si	No	A veces	NS/NC	Respuesta no clasif.
Escuelas Ens. Media	36.36 %	14.29 %	18.18 %	11.69 %	19.48 %
Escuela Adultos	43.27 %	31.73 %	23.08 %	1.92%	
Usuarios Serv. de Salud	42,61 %	49,57 %	7,83 %		

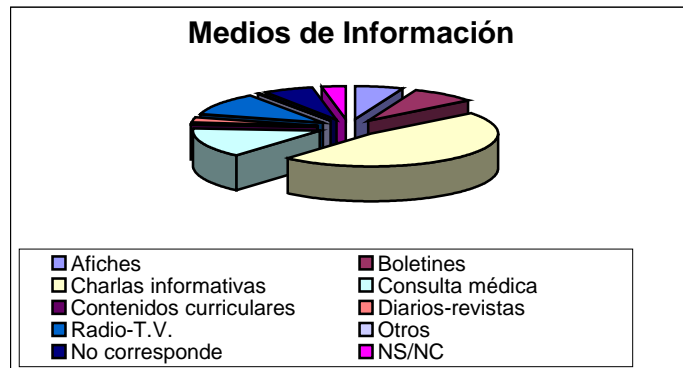
11) El **89%** del total de entrevistados recibió información sobre conductas sexuales seguras y enfermedades de transmisión sexual, entre los usuarios del sistema de salud refiere haberla obtenido dentro del sistema el **66,09 %**. Entre los estudiantes de Enseñanza Media, el **55,84 %** la obtuvo en la Escuela, el **35,06%** en el sistema de Salud. Entre los alumnos adultos, el 40,38% la recibió en la escuela y el 30,77% en los servicios de Salud Pública.



12) El **44,93%** realizó alguna vez un control para la detección de VIH, el **47,64%** no lo realizó nunca. El resto no sabe o no contesta.

Distribuido por sectores, los resultados obtenidos muestran un amplio rango; así, entre los estudiantes de las escuelas de adultos manifiestan haberlo hecho sólo el **3,09%**, entre los de enseñanza media respondieron afirmativamente el **44,23%**, y entre los concurrentes a los servicios de salud el **73%**, este porcentaje tan elevado probablemente sea debido a que la población entrevistada fue mayoritariamente femenina y la detección del VIH se recomienda en el embarazo.

13) Los medios más recordados como fuente de información fueron: Charlas informativas **46,96%**, Consulta médica **14,53%**, Radio-T.V. **11,15%** Boletines **8,45%** y afiches **6,08%** Las opciones comunicativas que importan una posibilidad de acercamiento o intercambio, demuestran ser más efectivas en la trasmisión de la información.



14) Con respecto a la prevención del embarazo, el **77.70%** reconoce haber recibido información, distribuidos de acuerdo a la tabla siguiente:.

Sector	Información sobre prevención embarazo			
	Si	No	NS/NC	
Escuelas Públicas	80.11%	En Esc. Pública	En CeSAC/Hospital	
		44.75%	25.41	17.13
Usuarios Serv. Salud	73.91%	3.48 %	66.09 %	25.22
				0.87%

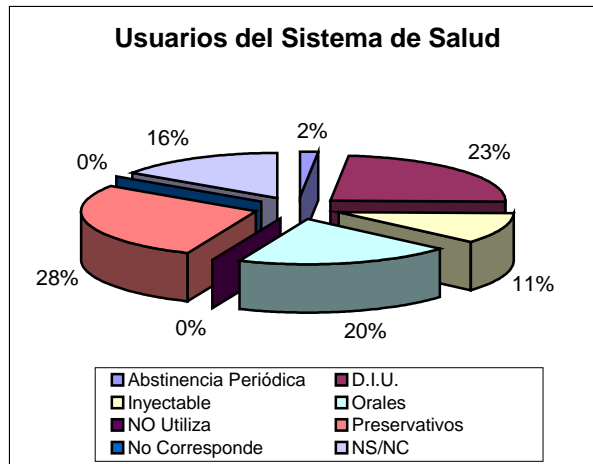
15) El **65,20%** de los encuestados no está inscripto en el PPR, solo se encuentra inscripto el **22.64%**, el resto no contesta. La deserción es baja, sólo el **1,55%** de los no inscriptos actualmente reconoce haberlo estado antes.

16) De la población femenina entrevistada, el **9.87%** se encontraba cursando un embarazo (no se registró ningún embarazo entre alumnas de las escuelas de enseñanza media y un 5, 97% entre las alumnas de las escuelas de Adultos) y el **40%** que estuvo embarazada alguna vez en uno de los últimos 4 años, reconoce un adecuado nivel de controles el **94%**. Un **13,48%** reconoce haber tenido alguna complicación durante el embarazo. Del total de embarazadas el porcentaje de paridad (partos) fue del **94%** y el **13,10%** reconoce alguna complicación durante el parto. No obstante el **50%** de la misma no realizó el Curso de preparación para el mismo.

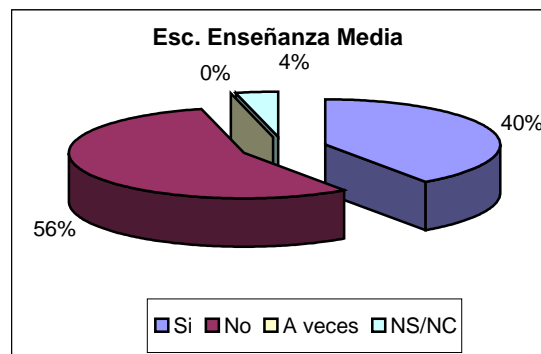
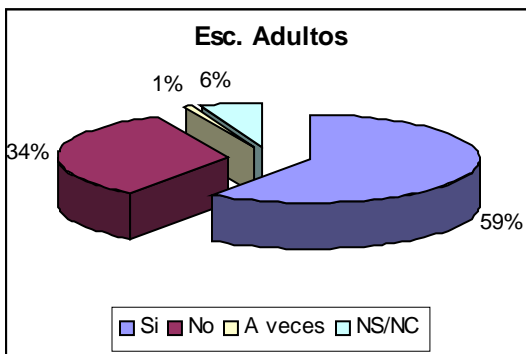
17) Sobre esta misma población entre el **71%** y el **73%** reconocen haber recibido información sobre salud sexual y reproductiva antes y después del parto respectivamente.

18) El **82.43%** de los encuestados sabe que los medios anticonceptivos son de distribución gratuita.

19) El **62.5%** de los encuestados utiliza algún método anticonceptivo y el más utilizado es el preservativo **42,5%**. Distribución por sectores:



Escuelas Públicas:



Analizadas las respuestas femeninas, el **2,7%** adhiere a la abstinencia periódica, el **13.45%** utiliza D.I.U, el **7.17%** anticonceptivos inyectables, el **17.49%** anticonceptivos orales y en el **29.15%** su pareja utiliza preservativos. Un **0.45%** refiere no utilizar ningún método. El 21,5% no contesta y el resto de las respuestas no corresponden.

20) De las respuestas obtenidas, el **46.19%** de las mujeres y el **42.47%** de los varones, dice no conocer la existencia de la “píldora del día después” (AE). De las mujeres que afirmaron conocerla, el 83% contestó que nunca debió utilizarla. El **14.29%** que reconoce haberla utilizado alguna vez, no tuvo dificultades para conseguirla en el **81,25%** de los casos.

- 21) Con respecto a los controles ginecológicos, el **73.54%** dice realizarlos periódicamente y de estas el **82.32%** refiere haber realizado el examen de Papanicolau (PAP) durante los mismos y un **83%** mamografía.
- 22) **Accesibilidad:** Proporción de la población que se atiende en Hospitales **39%** y CeSACs-Centros Médicos Barriales **36.5%**. El **12.2%** concurre al Médico de Cabecera y el **10,5%** no contesta. Un **2,03%** utiliza también el sistema privado.
- 23) En relación a la obtención de turnos, la población que concurre a los CESACs manifiesta no tener dificultades en un **68,63%**, mientras que el **17,65%** reconoce alguna dificultad. Entre aquellos que asisten a los Hospitales, refieren no tener obstáculos un **60%**, y el **20%** sí.
- 24) Las demoras superiores a 30 días en la obtención de los turnos se reconocen en **26,47%** para los CESACs y en el **23,48%** para los que solicitan la atención en el hospital. Con respecto a la obtención de los resultados en los CeSACs reconocen demoras el **17,65%** y en el Hospital el **13,04%**.
- 25) Con respecto a la obtención de métodos anticonceptivos reconoce dificultades el **3,92%** de la población que se atiende en los CESACs y entre la población atendida en el Hospital esta cifra asciende al **6.09%**, aunque debe consignarse que es significativa la proporción de encuestados que no contestan en ambos casos, entre el **30%** y el **46%**.
- 26) **Satisfacción:** Manifiesta estar satisfecha con la atención recibida el **89.2%** de la población que se atiende en los CESACs y el **83.5%** de los que se atienden en el Hospital

VI. 2. Particularidades de los efectores:

El desarrollo del PPR es variable de acuerdo a las características de cada efector (recursos humanos, materiales o físicos, características del área programática, desarrollo del plan médicos de cabecera, etc.) y su implementación reconoce distintas modalidades según se trate de Hospitales Monovalentes, Generales de Agudos o CESACs. Esto responde no sólo a las características organizacionales y prestacionales, sino a la diferente adhesión y participación en la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Mientras que en estos últimos se verifica una mayor apertura a la comunidad y a la interdisciplinariedad, en el modelo hospitalario la atención brindada es a través de los servicios de Ginecología y Obstetricia, a los que se agrega Adolescencia en aquellos hospitales en donde está organizado, sin participación de otras especialidades establecidas en la ley como Urología ni tampoco otras especialidades que sin estar especificadas contribuyen al desarrollo

de acciones sustentables para la salud sexual y reproductiva (Clínica Médica, Pediatría, Infectología, etc), dado que no se favorece el trabajo interdisciplinario ni el compromiso de la institución en la difusión y acciones de consejería del mismo. Del análisis de las respuestas a los cuestionarios formulados a los responsables del Programa en los efectores de la muestra, el 60% de los mismos respondió desarrollar actividades relacionadas con el Programa (consultas, prácticas, talleres, actividades de capacitación) todos los días en la semana, el 7% cuatro días por semana, el 26% dos días por semana, y el 7% restante atiende un solo día por semana, la disponibilidad horaria es muy variable, no pudiendo determinarse en la mayoría de los casos, ya que se brinda dentro de la actividad del Consultorio Externo.

Considerando las actividades de capacitación, el 60% realiza cursos para profesionales, sólo el 33% realiza actividades extramurales, predominantemente los Centros de Salud, consistente en talleres y charlas aunque no se sistematiza el registro de los asistentes, impidiendo la búsqueda activa o el seguimiento de los casos que se detectan como de mayor riesgo. Y en esto reside la importancia del programa, facilitar a una mayor cantidad de individuos, a través de la búsqueda activa, el acceso a una vida sexual segura y saludable y al pleno ejercicio de sus derechos reproductivos. Aún cuando las tasas de natalidad y mortalidad materna en la ciudad son bajas, el número de abortos no especificados ha descendido dentro del sistema, no podemos estimar las necesidades de aquella población que no accede al mismo, destacando la necesidad de políticas transversales eficaces que actúen sobre los otros aspectos condicionantes.

Si bien el 87% de los efectores respondió que confecciona estadísticas, y de estos, el 77 % proporcionó los métodos dispensados, los datos son remitidos a la coordinación y no se utilizan en la elaboración de indicadores particulares que permitan mejorar la eficacia. En menor proporción se informa sobre cantidad de consultas y población bajo programa (62 % de los efectores) .

El 27 % (del total de 15 efectores) entrega planillas de atención diaria. En la mayoría de los casos la entrega se vio dificultada por falta de accesibilidad a los archivos, falta de espacio para la conservación, deterioro de los de los depósitos.

VI.2.1. Hospitales Generales de Agudos:

Del informe a la Legislatura del año 2004 surge que todos los hospitales generales de Agudos desarrollan actividades relacionadas con el programa, no obstante las consultas no se registran en forma diferenciada de modo que en las estadísticas se incorporan como consultas del servicio del hospital impidiendo valorar la efectividad de las prestaciones correspondientes al mismo. De este modo la actividad principal está orientada fundamentalmente hacia la anticoncepción que es sólo uno de los aspectos que contempla la Ley 418.

VI.2.1.1. Hospital General de Agudos “Dr. E. Tornú”:

En 1925 en el Hospital Tornú se inauguró la Maternidad “ Dr. TRISTAN GONZALEZ”, única del país para enfermas tuberculosas. En 1977 se cierra y desmantela la Maternidad hasta la fecha.

En 1986 se crea El Servicio de GINECOLOGÍA, siendo aún hospital cerrado, para enfermos pulmonares, hasta que en 1987 se declara: HOSPITAL GENERAL de AGUDOS, pero no se reinstala la Maternidad.

La implementación del Programa se realiza a través del Servicio de Ginecología en el Hospital. A su vez se ha constituido un equipo interdisciplinario del que participan dicho servicio, el CESAC 33 (creado en el 2003), los profesionales de la Residencia Interdisciplinaria de Educación Para la Salud (RIEPS), médicos del Plan Médicos de Cabecera.

La profesional responsable está designada como Suplente de Guardia y cumple horas en el Hospital y en el CESAC 33. Tienen una alta proporción de población en viviendas tomadas y organizan actividades extramurales entre las mismas.

No cuentan con personal administrativo.

Estadísticas: Las estadísticas que se presentan fueron elaboradas por el hospital como parte de las actividades de gestión para una mejor planificación y eficiencia de las acciones, siendo esto una particularidad dentro de los efectores analizados y que responde a una visión integral.

Evolución Población bajo Programa, por grupo de edad:

Edad \ Año	1988	1999	2000	2001	2002	2003	2004(+)
15-24	126	124	87	88	116	127	132
25-34	260	209	215	201	212	222	600
35-44	124	113	157	141	140	113	276
45-54	36	60	36	57	36	52	120
total	546	506	495	487	504	514	1128

Fuente: Hosp. Tornú (*) Proyectado

Población por grupo de edad incorporada al Programa en el 2004

Edad \ Mes	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
15-24	17	6	9	8	11	15	15	7
25-34	52	18	42	46	58	62	57	63
35-44	12	5	12	34	26	35	33	23
45-54	5	1	7	10	21	26	0	10

Fuente: Hospital Tornú. Departamento Tocoginecología

Distribución de insumos: Los insumos se reciben en la farmacia del Hospital, con el remito del proveedor no contando con la copia de la solicitud de pedido, por lo que no puede establecer la correspondencia entre ambos y lo recibido, actúa sólo como depositaria. Desde allí se dispensan al servicio dado que el mismo no cuenta con los requerimientos necesarios para su guarda y control

VI.2.1.2. Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía”:

El programa cuenta con una médica tocoginecóloga, que participa de las reuniones con la Coordinación y se encarga de los aspectos administrativos. La atención se brinda dos días por semana (8 horas semanales) y la demanda es espontánea o programada, priorizándose la primera. Atiende a pacientes mayores de 21 años, las pacientes menores son controladas e incorporadas al programa en la Unidad de Ginecología Infanto Juvenil.

Se realizan interconsultas cuando es necesario pero no está constituido un equipo interdisciplinario. Los insumos se solicitan desde el servicio y los recibe y distribuye la Farmacia del hospital, la que a partir de octubre de 2006 realizará la gestión total de los mismos.

En el momento del examen de auditoria no contaban con preservativos.

El espacio físico es limitado y el consultorio no reúne las condiciones mínimas de privacidad.

Con respecto a las actividades de difusión y promoción desarrollan las de educación puerperal.

Estadísticas: el registro de las actividades, la confección de planillas de atención y su procesamiento informático se ven dificultadas por falta de personal administrativo y recurso tecnológico.

VI.2.1.3. Hospital General de Agudos “B. Rivadavia”:

Las acciones vinculadas al Programa se realizan en el Consultorio de Planificación Familiar por un equipo profesional a cargo de una médica ginecóloga, que desarrolla su actividad asistencial de lunes a viernes de 8 a 12 hs., e integrado además por otras dos médicas ginecólogas concurrentes, 2 veces por semana, una Lic. En Ciencias de la Educación, también ad-honorem, que organiza los Grupos de Información sobre métodos anticonceptivos y una Obstétrica perteneciente al Servicio de Obstetricia, que cumple horas en el Consultorio dos veces por semana. También participan en la implementación del Programa el personal del consultorio de Adolescencia.

No cuentan con personal administrativo.

Las pacientes llegan a la consulta por demanda espontánea para la primera consulta y las ulteriores son programadas. Las mismas se registran en la planilla diaria de consultas que permite identificarlas específicamente.

No cuentan con normas escritas sobre funcionamiento y atención en el sector y utilizan como referencia las normativas de la OMS.

El espacio físico se considera adecuado y la provisión de insumos y material informativo también. Los insumos (métodos anticonceptivos) se reciben en la farmacia del Hospital, que sólo actúa como intermediaria entre la recepción de los mismos y la entrega de la totalidad de los mismos a los profesionales del Consultorio de Planificación Familiar donde se almacenan. La dispensación se registra de manera diferente en los servicios involucrados, así en el consultorio de Adolescencia que depende del Departamento Materno Infantil se consigna en la planilla de Atención Diaria y en el sistema informático. En Planificación Familiar se anexa la planilla de registro de insumos por paciente a la Historia Clínica No se registra stock por falta de personal que realice tareas administrativas. El instrumental y el material descartable es provisto por el Hospital.

Estadísticas: el servicio elabora estadísticas propias como también la memoria anual donde se analizan, además, los datos de la población bajo programa en relación a su procedencia, escolaridad, nivel y tipo de empleo, actividades de farmacovigilancia en relación a los efectos adversos de los anticonceptivos.

Prestaciones: noviembre 2004/octubre 2005

Médicas	Consultas
1ra. vez	963
Ulteriores	4313
Psicológicas	400
Total	5676

Distribución por edad de las consultas de primera vez

Grupo etario	Consultas
20-30	623
31-40	276
> 40	64

VI.2.1.4. Hospital General de Agudos “P. Piñero”:

Las acciones del PPR se desarrollan en dos Servicios que trabajan en forma independiente, sin coordinación entre ellos. Esta situación deriva de circunstancias ajenas anteriores a la implementación del Programa.

En el Servicio de Ginecología se atiende a pacientes menores de 18 años (Adolescencia). La atención se brinda durante cuatro horas una vez por semana, con demanda espontánea, a cargo de una profesional especialista en Ginecología. Una vez al mes, para participar en las reuniones con la Coordinación profesional a cargo del PPR debe suspender el único día semanal de Consultorio Externo dado que ambos coinciden.

En el Servicio de Obstetricia se atiende a las mayores de esa edad, hayan tenido embarazos o no. Cuentan con dos profesionales médicos y dos obstétricas en Consultorios Externos de lunes a jueves. Consultorio de PAP y Colposcopia los viernes. Cuentan además con el apoyo de médicos residentes de la especialidad en forma rotativa.

Las pacientes se ingresan al programa mediante la inscripción en la ficha que la coordinación establece para tal fin.

VI.2.1.5. Hospital General de Agudos “A. Zubizarreta”:

La responsable del PPR en el Hospital se acogió a los beneficios de la jubilación, y quien ha quedado a cargo del mismo, pertenece al Programa PAP. Se incorporó al Programa en setiembre de 2005.

La actividad asistencial en el Hospital se brinda de lunes a viernes en horario vespertino por demanda espontánea y en el Área Programática, también en horario vespertino, miércoles o jueves, aunque aquí predomina la modalidad de turnos programados.

La solicitud de los insumos se realiza por correo electrónico, bimestral, se recibe en la Farmacia del Hospital aunque esta no recibe copia de lo solicitado por lo tanto no puede controlarlo. La farmacia sólo actúa como depositaria del material porque no hay lugar en el servicio de Ginecología, donde se firma el remito. La dispensación se registra en planilla individual que firma la paciente cuando lo recibe.

Trabajan en relación con otras áreas como Adolescencia, Ecografía, Área Programática. Las interconsultas se solicitan en relación a los antecedentes patológicos o hallazgos en el examen físico.

Espacio físico insuficiente para atención y depósito de insumos.

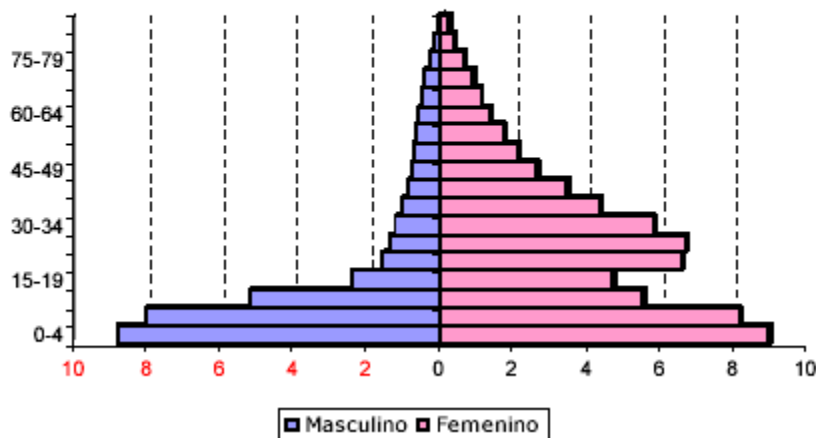
No cuentan con personal administrativo. No realizan actividades de evaluación ni construcción de indicadores.

VI.2.2. Centros de Salud y Acción Comunitaria - CeSACs:

Características de la población atendida en los Cesacs: la población atendida en los Centros de Salud es predominantemente femenina, en particular entre los grupos de edades jóvenes, aunque se igualan en la base de la pirámide.

Población de APS por edad y sexo

CESAC



Fuente: Información en Atención Primaria de la Salud - enero a junio 2005 - Dirección General de Sistemas de Información de Salud Dirección de Estadísticas para la Salud

VI.2.2.1. UNASAD 27: pertenece al Área Programática del Hospital Pirovano, Funciona en un establecimiento escolar. Desarrollan múltiples Programas que configura una superposición de funciones y no está discriminada la carga horaria para el PPR,

En el cuestionario formulado explicitan los objetivos.

No cuentan con personal administrativo. Las estadísticas se llevan en forma manual.

Realizan un informe mensual de actividades intra y extramuros, realizan talleres de salud y sexualidad con varones y mujeres en Centros Comunitarios Registran la cantidad total de participantes pero no se los individualiza.

El espacio físico y equipamiento es inadecuado. Falta equipo para esterilización del material, esto limita la realización de prestaciones. La sala de espera es un pasillo sumamente angosto. No poseen SUM (sala de usos múltiples) para la difusión del programa y Promoción de la Salud, en sede del Centro.

No poseen normas escritas sobre funcionamiento y atención en el sector.

Las entregas de anticonceptivos se realizan en mensual o bimestralmente, atendiendo las razones laborales de las pacientes

VI.2.2.2. CeSAC Nº 2: Pertenece al Área Programática del Hospital Pirovano.

Población registrada: 14025 personas, que corresponde al 4,7% del total de la población registrada en los CeSACs.

El programa se articula con otros del CeSAC, PROEM, Programa VIH-SIDA, Programa Materno infantil, Programa Talleres Recreativos y Productivos, Programa de Medicina Familiar, Taller de alfabetización. También se articula la

tarea con Escuelas de Educación Media y Hogares de Tránsito y de convivencia para adolescentes.

La modalidad de atención es espontánea solo se programan los turnos para PAP, COLPO, biopsias y ecografías. No existe lista de espera.

La Provisión y distribución de insumos se formaliza a través de una planilla de PEDIDO Y MOVIMIENTO DE INSUMOS bimestral donde constan: insumos, la presentación, la existencia anterior, la última entrega, lo entregado bajo programa, el saldo y el pedido actual.

Se reciben en el CeSAC por medio de un móvil de Secretaría de Salud (hay personas referentes en los turnos mañana y tarde para recibirlos).

La distribución se realiza dentro de la consulta ginecológica, en el espacio de la consultoría de Salud Reproductiva, en los Talleres y Grupos de Información.

La provisión de insumos es adecuada a la operatoria del efector, aunque reclaman a la Coordinación la provisión de material informativo

Los registros de stock surgen de la información registrada en la planilla de pedido y movimiento de insumos. No se cuenta en el Centro de Salud con documentación respaldatoria sobre circuito de distribución.

VI.2.2.3. CeSAC Nº 22: Pertenece al Área Programática del Hospital Durand.

Población registrada: 8791 personas, corresponde al 2,9%.

La planta física se halla en condiciones precarias. Los techos presentan grandes roturas que en días de lluvia provocan inundaciones dentro del centro poniendo en riesgo el equipamiento. El depósito de medicamentos está expuesto a altas temperaturas durante el verano afectando a los que allí se almacenan, posee Farmacia y los insumos son entregados directamente desde el Depósito Central.

Del total de consultas analizadas de la muestra de planillas de atención diaria suministradas por Ginecología (2097), el 41.25 % de las consultas (867) corresponde al PPR (La muestra abarcó los meses de enero, abril, julio y octubre de 2004, 2005 y enero y abril de 2006)

El método más utilizado es el preservativo, seguido por los anticonceptivos orales.

Un día por semana se realizan charlas sobre SIDA y PPR en un pequeño SUM

VI.2.2.4. CeSAC Nº 21: Pertenece al Área Programática del Hospital Fernández:

Población registrada: 10.493 personas, corresponde al 3,5%

Mantienen una fluida relación con la Coordinación y otras áreas del sistema: Coordinación SIDA, Educación, realizan actividades con adolescentes, aunque es baja la convocatoria a población masculina

Desde junio de 2006 posee Farmacia.

El espacio físico es bastante precario, de dimensiones reducidas para la población que asiste. El lugar para guarda de insumos del PPR es un armario en condiciones vulnerables.

La demanda es programada y espontánea. Poseen normas escritas sobre funcionamiento y atención en el Sector. El equipo está constituido por dos tocoginecólogas de 24 horas semanales cada una, un médico clínico, un médico

general, una asistente social, una enfermera, tres residentes y la jefa del CeSAC. No cuentan con personal administrativo.

En la actualidad se hacen ecografías en el Centro.

Del total de consultas analizadas de la muestra de planillas de atención diaria, el 25 % de las consultas pertenecen al PPR (601 sobre 2407). No fueron entregados por inundación en el depósito/archivo las planillas de prestaciones individuales de los meses de julio y octubre de 2004.

Los insumos son entregados a las pacientes de lunes a viernes de 8 a 17 hs. A pacientes que se presentan con los estudios completos, se les facilita el acceso a los insumos en una cantidad que cubra las necesidades hasta no más de tres meses. Cada paciente bajo programa posee su carnet control.

Reclaman a la Coordinación la remisión de mayor cantidad de material de difusión masiva.

No se construyen indicadores por falta de datos poblacionales. Sí desarrollaron análisis FODA.

No existen normas escritas para la derivación de pacientes, es informal.

VI.2.2.5. CeSAC Nº 33: Pertenece al Área Programática del Hospital Tornú. Población registrada: 11097 personas, que corresponde al 3,7%.

Creado en el 2003. Si bien no están definidos formalmente los objetivos del Centro con respecto a este Programa, enuncian el propósito de incorporar a la población de mayor vulnerabilidad, residente en casas ocupadas, o que concurren a los comedores o colegios de la zona donde se desarrollan parte de las acciones extramurales.

La responsable del programa en el CeSAC 33 tiene nombramiento como Suplente de Guardia. Se atiende cuatro días a la semana y en horario matutino y vespertino, siendo uno de los Centros con mayor oferta asistencial. En el equipo participan obstétricas, trabajadores sociales, nutricionistas y residentes de Educación para la Salud. Tienen poca comunicación con los Médicos de Cabecera. Los pedidos de insumo y confección de estadísticas se realizan de manera independiente.

Los insumos se solicitan a la Coordinación vía fax y son recibidos en la farmacia del CeSAC quien controla contra solicitud de pedido los remitos. La salida de insumos es registrada en una ficha discriminando el programa por el que salió. La dispensación a los pacientes es consignada en la Historia Clínica.

Espacio físico: inadecuado. Cuentan con un consultorio compartido que comparten entre Ginecología y Obstetricia.

Tampoco disponen de una sala de usos múltiples para dar charlas de PPR, lo que dificulta la difusión del mismo.

Refieren que realizan actividades de evaluación y monitoreo del programa aunque no hay constancia de las mismas. No se elaboran indicadores.

Estadísticas: se incorporan en las planillas diseñadas por la Coordinación todos los pacientes que consultan por primera vez. Entre las consideraciones expresadas en el cuestionario proponen consignar a través de códigos diferenciados aquellos pacientes que concurren regularmente a la consulta para

retirar MAC y poder identificar así a la población específicamente “bajo programa aunque no existe constancia de su formulación a la Coordinación.

VI.2.2.6. CeSAC Nº 11: Pertenece al Área Programática de Hospital Ramos Mejía. Población registrada: 18929, que corresponde al 6,3% del total.

Las actividades del programas están a cargo de dos profesionales ginecólogas en un equipo que integran además una Médica de Familia y una trabajadora Social, que participan en los talleres que se realizan una vez por semana. Trabajan en relación con las áreas de violencia familiar, Coordinación SIDA, CGP, ONG barriales. La demanda está organizada en turnos espontáneos y programados.

La entrega de los insumos es bimestral.

La falta de un equipo de ecografía condiciona la demora en la obtención de los exámenes que se realizan en el hospital. No obstante, en los casos que lo requieran se tramitan con urgencia.

Existen graves problemas con el sistema informático que brinda los datos para la confección de planillas estadísticas.

VI.2.2.7. CeSAC Nº 5: Pertenece al Area Programática del HospitalSantojanni. Población registrada: 20093 personas, que corresponde al 6,7%.

Escasa relación con la Coordinación. Imposibilidad de participar en las reuniones, no existiendo otra instancia alternativa.

Con respecto a la dinámica operativa cuentan con los profesionales médicos del centro en las disciplinas de Tocoginecología, Obstetricia y Servicio Social, conformando un equipo interdisciplinario y en forma articulada con otros programas como Adolescencia, Control del Niño Sano, PRODEGEM.

Cuentan con personal administrativo

La modalidad de atención es por demanda espontánea, en horario matutino y vespertino.

Las mujeres que participan en los talleres institucionales y se incorporan al programa concurren con turnos programados para su atención personalizada.

Los insumos se almacenan por la farmacéutica quien los entrega contra receta médica. Tuvieron dificultades y atraso en las entregas debido a problemas con el transporte.

Material descartable, espéculos e histerómetro son provistos por el Hospital.

Nunca recibieron test para detección de patología infecciosa.

No realizan evaluación y Monitoreo del Programa. No construyen indicadores.

Estadísticas:

Año	Consultas
2004	3488
2005	3781
variación	293 (7,74%)

VI.2.2.8. CeSAC Nº 9: Pertenece al Area Programática del Hospital Argerich.

Total de población registrada: 9568 personas, que representa el 3,2 % del total.

El Programa de Procreación Responsable funciona a partir del año 1995 y con un equipo completo, de manera orgánica con el programa central.

Desde hace diez años, la coordinación del Programa en el CeSAC, se ha realizado conjuntamente con los profesionales que participan del mismo. En este momento la misma está a cargo de la especialidad de sociología.

Relación con otros programas: El programa está incluido dentro del programa de Adolescencia. Con el programa de atención a la embarazada, está acordada la derivación directa de las púerperas al taller y a su vez se le entrega en la consulta puerperal el anticonceptivo específico para mujeres que amamantan. El anticonceptivo de emergencia se entrega tanto en enfermería, como en los consultorios de ginecología, de obstetricia, trabajo social y sociología sin horarios prefijados.

Las actividades extramurales se desarrollan a partir de los pedidos de instituciones y organizaciones barriales y/o gubernamentales incluidas las del área de educación.

Asistencia:

El programa no tiene días específicos de funcionamiento. La demanda en ginecología es espontánea o programada, en este caso los turnos pueden tener hasta dos semanas de espera.

Dación de Métodos: se realiza 3 veces a la semana a cargo de trabajo social y sociología. También se entregan métodos en la consulta ginecológica.

Espacio físico y equipamiento: adecuado. Cuentan con un consultorio de ginecología, un consultorio para dación del método, y un espacio de usos múltiples para la realización de la charla-taller.

Material: adecuado. Lo provee el Programa Central, algunos rotafolios sobre aparato reproductor son de un laboratorio, y algún material es de fabricación propia.

Capacitación:

- Reuniones mensuales que realiza el programa
- Curso organizado con la Dirección de Capacitación y Desarrollo sobre Abordaje Interdisciplinario de la Salud Reproductiva
- Jornadas sobre normativa vigente en Salud Sexual y Reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires.
- Seminario: Atención Post Aborto, un tema de Salud Pública y Derechos Humanos en el MERCOSUR.

Solicitud insumos: Se solicitan por planilla, en la que se aclara lo recibido en la entrega anterior, lo entregado, el stock, y la cantidad pedida para el bimestre siguiente. El pedido se realiza con un mes de anticipación y se recibe durante el mes para el que se realizó el pedido.

Población masculina y adolescentes: no existen actividades específicas para varones, la charla taller cotidiana es abierta tanto a hombres como para mujeres.

VI. 3 Hospitales Monovalentes de Salud Mental

Las características de las patologías asistidas en los Hospitales de Salud Mental ameritan una consideración especial. La necesaria comunicación a la Justicia de la internación de estos pacientes y su autorización, la interacción de ciertos fármacos utilizados en la terapéutica con el desarrollo del embarazo o su efecto sobre el feto, la cronicidad y la internación prolongada, con altas transitorias, condicionan o limitan la prescripción de determinados métodos anticonceptivos, como también las acciones tendientes a la difusión y promoción de la salud sexual y procreación responsable.

VI.3.1 Hospital Moyano:

El Servicio de Ginecología es el encargado de llevar adelante el PPR y es uno de los servicios del Departamento del Área de Medicina. Cuenta con dos ginecólogos y una pasante. No tienen personal administrativo ni recursos tecnológicos para una base de datos y registros que permitan la elaboración de estadísticas para un mejor monitoreo y seguimiento del programa. En relación con los pabellones de internación, si bien la mayoría de los jefes manifiesta conocer la existencia del programa, más del 65% desconoce si se implementa en el hospital.

Se incluye a las pacientes en el programa a partir del momento en que hay una acción específica del mismo (consulta o derivación).

La derivación de pacientes al servicio es realizada a través de dos vías, proveniente una del sector de internación y otra de consultorios externos.

La cantidad de consultas totales mensuales asciende a 180 pacientes aprox.

La población total del nosocomio en la actualidad es de aproximadamente 900 pacientes internadas (ya que se están realizando obras de infraestructura y muchas fueron trasladadas), y entre 200 a 300 pacientes externas. La condición de externa está dada por haber sido pacientes en algún momento del hospital y continúan tratamiento después de haber sido dadas de alta.

De las internadas en forma crónica, entre el 60 y 70 % de las pacientes son mayores de 45 años. Entre los meses de enero y febrero de 2006, a requerimiento de la Dirección de Hospitales de la Secretaría de Salud se realizó un “screening” ginecológico, consistente en realización de PAP y colposcopia y en algunos casos se agregó mamografía, a las pacientes internadas. El análisis realizado de las Historias Clínicas muestra que consta en un 78% de las mismas, aunque en esa oportunidad no fueron incorporadas al programa.

No cuentan con guías de anticoncepción específicas para pacientes con patología psiquiátrica, se aplican las correspondientes a la población general. Las personas que padecen trastornos psicológicos y/o psiquiátricos no son pasibles de utilizar cualquier método anticonceptivo. Para los anticonceptivos orales se requiere de un estado de conciencia que permita la toma diaria, su registro y control. A las pacientes que llegan a la consulta y consienten en utilizar algún método anticonceptivo, se les propone la colocación del D.I.U. porque se considera el más adecuado para esta población. No obstante el criterio para la colocación del mismo

depende de cada caso en particular. En estos casos se solicita el consentimiento informado de la paciente (derecho personalísimo) para la autorización de la intervención en las pacientes que no están declarada insanas ni se encuentran en trámite de serlo, en algunos casos se convoca al familiar a cargo para reafirmar la decisión, y si acaso la opinión de este sea opuesta puede ser fuente de demoras o conflictos en la prescripción. No obstante, no existe un criterio unificado al respecto y hay profesionales que continúan solicitando la autorización judicial que consta en la historia clínica como también la respuesta del juzgado, desestimándola, situación que fuera observada anteriormente y corregida en forma parcial en el informa de seguimiento

Para las pacientes con declaración de insania sí es necesaria la autorización judicial lo que en algunos casos ha registrado demoras significativas (art. 141. Código Civil).

Por otra parte la responsabilidad en la procreación a la que alude el Programa también se encuentra limitada en personas que se ven sometidas a actos involuntarios originados en una estructura psíquica perturbada o distorsionada (pacientes multiparas no tienen registro de dónde están sus hijos u otras para quienes la significación de un hijo se constituye en un objeto, o una amenaza) y esto hace más acuciante la definición de normas consensuadas y eficaces en la implementación de las acciones reglamentadas en la Ley 418, dado la inclusión de las pacientes en el Programa es baja y depende de la iniciativa personal de cada jefe de servicio la decisión de derivarlas a Ginecología.

La solicitud de insumos (DIU y preservativos) se realiza en forma trimestral por correo electrónico, cuya copia se archiva en el servicio, no interviene la Farmacia del Hospital. La dispensación se registra en la Historia Clínica.

Seguimiento Historias Clínicas de pacientes embarazadas:

El número de embarazos es bajo, y de acuerdo a lo manifestado por el responsable del Programa, los embarazos se producen durante el período de externación o fuga de las pacientes.

No existe lista de pacientes embarazadas ni registro estadístico de las mismas lo que dificulta su cuantificación y seguimiento. Ginecología suministró un listado de 17 pacientes con embarazos durante el período transcurrido entre el 2001 y el 2005, de los cuales tres (3) embarazos correspondieron al 2004, uno al 2005 (1) y se detectaron en el procedimiento muestral otras dos (2) en el 2005, (una en Guardia, perteneciente a la Unidad Penitenciaria N° 27 que no depende del Hospital Moyano aunque está en su predio) y una en el 2006, cursando el embarazo. Se analizaron cinco Historias Clínicas, correspondientes al período auditado que pudieron obtenerse de un total seis. La Historia faltante no pudo localizarse porque un derrumbe del techo en el lugar habitual donde funciona Estadísticas obligó a trasladarlas al sótano.

Resultados:

Dado que los datos relativos al parto y al Recién Nacido no se registran en forma sistemática o en un formulario ad-hoc, que facilite su identificación y seguimiento, los mismos se consignan en las evoluciones de la Historia, las entrevistas terapéuticas o surgen de la transcripción de los relatos de las pacientes.

De este análisis surge que:

- Los controles durante el embarazo fueron suficientes.
- De los partos: dos fueron por cesárea. Derivados por el SAME a la Maternidad Sardá, dos, uno al Argerich y otro al Penna, sin complicaciones.
- De los Recién Nacidos: tres sanos, de término y peso adecuado con datos de su egreso y destino. En el cuarto no se encontró el dato.
- Todas las pacientes registraban permisos de salidas, externaciones o fugas reiteradas.
- Cuatro de las pacientes recibieron indicación de método anticonceptivo después del parto, con controles posteriores adecuados.
- No están definidos criterios terapéuticos con respecto a la utilización de psicofármacos en el embarazo, aunque predomina la tendencia de su disminución a las dosis que permitan controlar los síntomas.
- En el informe remitido por el Hospital Penna respecto de las dos pacientes atendidas en el período auditado una provenía de la Unidad Penitenciaria N° 27 y con relación a la otra paciente no pudo ubicarse la Historia Clínica al no corresponder el N° y los datos filiatorios suministrados.

Seguimiento Historias Clínicas de pacientes en internación:

Con el objeto de analizar el alcance de la implementación del programa en un hospital para la atención de exclusiva de mujeres con períodos de internación prolongados, altas transitorias y reingresos frecuentes, cuyos vínculos afectivos y sexualidad se conservan, pero también coexisten restricciones psíquicas o clínicas para la maternidad en determinados casos, se solicitó una muestra de 94 Historias Clínicas distribuidas en 12 Servicios, seleccionadas aleatoriamente entre las pacientes en edad fértil:

Resultados:

Interconsultas y Derivaciones a Ginecología: el 61 % tiene registro de la última consulta en el 2006, el 13% en el 2005, en el 2004 el 4%, anterior el 4%, lo que muestra un control aceptable teniendo en cuenta que el 74% ha tenido algún control en los dos últimos años pero esto no significó un aumento significativo en la incorporación al programa, porque sólo el 20 % tiene métodos anticonceptivos prescritos. De estas, el 68 % utiliza D.I.U, el 32 % preservativo, el 5 % otros.

No se consigna tampoco la negativa de la paciente en el caso en que no consienta la utilización del método anticonceptivo.

No solicitan anticoncepción de emergencia aunque reciben por guardia este insumo.

En relación a las actividades con pacientes externadas, durante el primer semestre de 2006 se han realizado tres charlas informativas con los profesionales

de Consultorios Externos y también reuniones grupales multifamiliares, donde los profesionales informan sobre métodos anticonceptivos, para fortalecer los vínculos y responsabilidad familiar en el cuidado de las pacientes más vulnerables. También interviene Coordinación SIDA en la distribución de afiches y preservativos.

VI.3.2 Hospital Tobar García:

El Hospital asiste a niños y adolescentes con patologías psiquiátricas, expuestos a situaciones de riesgo social como drogadicción, violencia, abuso sexual, etc.

Actúan como responsables del programa un médico pediatra y una médica ginecóloga (suplente de guardia del área programática del Hospital Penna) que concurre una vez por semana para responder a la demanda de la especialidad. No posee consultorio propio, lo comparte con otras especialidades, lo que resta privacidad a la consulta. Realizan actividades extramurales (talleres sobre sexualidad).

En los casos de pacientes embarazadas, en el momento del parto son derivadas al Hospital Penna, que corresponde por Área Programática. El equipo de médicos del hospital se traslada hasta el lugar del parto para acompañar a la paciente. El traslado de la paciente se realiza a través del SAME.

Los preservativos los reciben a través del Programa SIDA, el resto de los insumos los envía el PPR. Se dan todo tipo de métodos estudiando el caso particular de cada paciente (preservativos, DIU, anticonceptivos orales y de emergencia).

Se tiene en cuenta para la elección de métodos el tipo de patología psiquiátrica, la edad, paridad de las pacientes y el tipo de medicación que reciben. Para la colocación de DIU se solicita el consentimiento de un familiar o el curador legal. La mayor dificultad en la implementación del Programa es la discontinuidad en el tratamiento por parte de los pacientes, debido a la patología psiquiátrica en algunos casos y la falta de recursos económicos en otros.

Los pedidos se realizan bimestralmente vía e-mail, llegan directamente a la farmacia del Hospital, quien controla los insumos contra remito, además los administra y entrega al paciente o a quien esté a cargo de él, con la receta correspondiente y la firma al dorso de la misma cuando lo retira.

Las determinaciones se procesan en el Hospital Penna, siendo transportadas las muestras por la profesional a cargo del Programa.

Trabajan con población masculina que se incluye en los talleres, el resto viene a buscar los preservativos.

Estadísticas: como en todos los registros de la Planilla de atención Diaria de los hospitales, no se puede determinar las consultas pertenecientes al programa.

VI.3.3. Hospital Borda:

El Hospital cuenta con un Servicio de Mujeres, Terapia a Corto Plazo, con 25 camas y una ocupación promedio del 80%.

Los pedidos se realizan, al igual que en el resto de los efectores los meses pares, y se envían a la Coordinación por mail. La recepción y distribución se hace a través de Farmacia, en el momento en que llegan los insumos al Hospital. El control de la entrega la realiza cada Servicio a través de una planilla formulada a tal efecto.

El Servicio no cuenta con Ginecólogo/a. Ante la necesidad de consulta, las pacientes internadas son derivadas al Servicio de Ginecología del Hospital Moyano, y las pacientes de Hospital de Día o externadas se atienden en CESAC N° 10, y en el Hospital Penna. Los preservativos, en la mayoría de los casos, son provistos por el Programa SIDA. También cubre a Hospital de Día.

VII) NUEVAS OBSERVACIONES

GENERALES:

1. No se adquieren test para la detección de chlamydias
2. Falta de personal en los efectores capacitado en Informática para el desarrollo y actualización de los programas, procesamiento de los datos y elaboración de indicadores, necesarios para ayudar a la toma de decisión y efectividad del programa.
3. Falta de equipamiento y obsolescencia del actual. (muebles para guarda y custodia de insumos, histerómetros, ecógrafos, computadoras).
4. A la fecha la Comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, solo ha recibido el informe anual Cumplimiento de la Ley 418 Art. 10º, correspondiente al año 2004.
5. Imposibilidad de articular actividades administrativas, asistenciales, de promoción y prevención, con la actual distribución de recursos profesionales, técnicos y administrativos, particularmente en efectores que atienden a la población de mayor vulnerabilidad o riesgo (Hospitales de Salud Mental, CeSACs y hospitales zona Sur).
6. No está definida una metodología de seguimiento y monitoreo, ni tampoco criterios para el registro adecuado de las bajas, lo que impide conocer adecuadamente la población bajo programa y la construcción de indicadores.
7. Falta material de apoyo y difusión.

HOSPITALES GENERALES DE AGUDOS

GENERALES:

8. Al no haberse conformado equipos interdisciplinarios, ni asignaciones formales de responsabilidades, no se evidencia el compromiso institucional para la implementación del programa.
9. Inadecuada asignación de recursos y responsabilidades. Falta de personal administrativo.
10. No se realizan actividades de evaluación y monitoreo.
11. El espacio físico y equipamiento asignado son inadecuados (excepto Hospital Rivadavia).

ESPECÍFICAS :

Hospital General de Agudos “P. Piñero”

12. Falta de coordinación entre los dos servicios que intervienen en el PPR (Ginecología menores de 18 y Obstetricia mayores de 18).
13. El último envío de insumos fue recibido sin remito.
14. No existen Normas escritas para la derivación de pacientes (Referencia-Contrarreferencia).

Hospital General de Agudos “A. Zubizarreta”

15. Recurso humano insuficiente. Actualmente hay una sola profesional ginecóloga, que pertenece al programa PAP, a cargo de las actividades del Programa luego de que se jubilara la profesional que participaba de las reuniones con la coordinación.

Hospital General de Agudos “Dr. E. Tornú”

16. Equipamiento asignado es insuficiente y deficiente. No poseen un mobiliario adecuado para guardar la medicación. No tienen computadora.
17. Los insumos pertenecientes al PPR son recibidos por farmacia pero no son stockeados, y solo son controlados con el remito ya que no cuentan con copia de la solicitud de pedido.

Hospital General de Agudos “J. M. Ramos Mejía”

18. Escasez de determinados insumos médicos, como material para escobillado.
19. No se realizan actividades de evaluación y monitoreo del programa.
20. No existen Normas escritas para la derivación de pacientes (Referencia-Contrarreferencia).
21. Hay una sola profesional que desarrolla todas las actividades para el PPR, asistenciales y administrativas.

Hospital General de Agudos “B. Rivadavia”

22. No pueden concurrir a las reuniones mensuales organizadas por la Coordinación del Programa por no contar con profesionales que realicen la tarea asistencial.
23. No existe relación con otras redes y programas.
24. No tienen normas escritas sobre funcionamiento y atención en el Sector. (Se utiliza como referencia las normativas de la OMS).
25. No tienen registros de stock.

CENTROS DE SALUD Y ACCION COMUNITARIA – CeSACs:

GENERALES :

26. Es insuficiente la cantidad de profesionales de las áreas de trabajo social, psicología, promoción de la salud y de personal administrativo, aún cuando las acciones se desarrollan interdisciplinariamente en el marco de la Atención Primaria de la Salud.
27. No se registran los participantes en los talleres extramurales.
28. No existen Normas escritas para la derivación de pacientes (Referencia-Contrarreferencia), ni de las muestras para el laboratorio. (UNASAD 27, CESAC N° 5; CESAC N° 11; CESAC N° 22).

CeSAC N° 9

29. Las actividades extramurales se desarrollan a partir de los pedidos de instituciones y organizaciones barriales y/o gubernamentales incluidas las del área de educación, no respondiendo a una adecuada planificación o análisis de la demanda o de las necesidades desde el Centro.
30. No se entrega a las pacientes el “Carnet Salud de la Mujer”, dispuesto por el Programa.

UNASAD N° 27

31. El espacio físico y el equipamiento asignado es inadecuado.
32. No poseen equipo para esterilización del material.
33. Falta de coincidencia entre la Planilla de asistencia diaria y el Informe mensual entregado a la coordinación, en los registros relativos a la cantidad de insumos entregados.

CeSAC N° 5

34. Falta de comunicación con la coordinación. Imposibilidad de participar en las reuniones en el día fijado para las mismas.
35. Existe retraso en la recepción de los insumos solicitados, debido a un problema logístico (transporte). Los óvulos de tratamiento y los test de embarazos, se reciben en una cantidad menor a la solicitada.

CeSAC N° 33

36. El espacio físico y el equipamiento asignado es inadecuado (un solo consultorio que se comparte entre ginecología y obstetricia).
37. No hay un S.U.M. para que los talleres y cursos se lleven a cabo de un modo adecuado.

CeSAC N° 11

38. El espacio físico y el equipamiento asignado es inadecuado.
39. No hay correo que lleve las muestras de PAP, ni retire los resultados, por lo que en algunas oportunidades la entrega de resultados puede demorar hasta dos meses o más.
40. Existe retraso en la recepción de los insumos solicitados, debido a un problema logístico (transporte).
41. Falta de capacitación del personal administrativo del CESAC.
42. Provisión de óvulos de tratamiento insuficiente.
43. Tiempos de espera prolongados para la realización de análisis de laboratorio, ecografías, etc.

CeSAC N° 22

44. No existen registros de stock, distribución y dispensación de los insumos. El registro de stock se realiza en el mismo formulario de pedidos de insumos que se envía a la Coordinación del programa.
45. El espacio físico y el equipamiento asignado es inadecuado.
46. Falta de coincidencia entre la Planilla de asistencia diaria y el Informe mensual remitido a la coordinación del Programa, de los registros referidos a la cantidad de insumos entregados

Hospitales de Salud Mental:

Generales:

47. Inexistencia de normas escritas para la implementación del programa y metas referidas al mismo, aún cuando las patologías, de carácter crónico e internaciones prolongadas de los pacientes lo facilita y su vulnerabilidad lo justifica. No se evidencia intervención desde la coordinación para lograrlo.

Particulares:

Hospital “Braulio Moyano”:

48. Las acciones del programa no demuestran un compromiso institucional (más del 65% de los jefes de servicio desconoce si el programa se implementa en el hospital). Es escaso el número de pacientes con derivación al programa o con prescripción de métodos anticonceptivos.

49. En las Historias Clínicas no consta la negativa a recibir métodos anticonceptivos.

50. Inexistencia de guías consensuadas para el control y seguimiento de las pacientes externadas o con altas transitorias con respecto a métodos anticonceptivos o pacientes embarazadas que reciben psicofármacos.

51. Inexistencia de un registro estadístico de pacientes embarazadas, sus derivaciones, contingencias del parto, estado del Recién Nacido, decisiones judiciales (tutela del recién nacido, destino, etc). Esta situación impide determinar fehacientemente el número de embarazos y partos ocurridos durante el período auditado.

Hospital “Tobar García”:

No hay nuevas observaciones.

VIII) NUEVAS RECOMENDACIONES:

1. Incentivar las actividades de capacitación en las diferentes competencias.
2. Planificar actividades de capacitación en informática y programas de estadísticas para mejorar los registros y la eficiencia de las acciones. (Obs. 1, Obs. 41).
3. Arbitrar los mecanismos para proveer equipamiento y mobiliario adecuados para la logística del programa (Obs. 2).
4. Actualizar y regularizar el envío del informe Anual a la Legislatura (Obs. 3)
5. Asignar prioritariamente e incorporar los recursos profesionales y técnicos, promotores de salud, trabajadores sociales, requeridos para atender a las necesidades prestacionales en la población de mayor vulnerabilidad o riesgo (Hospitales de Salud Mental, CESACs y hospitales zona Sur),

- fortaleciendo metodologías de trabajo que favorezcan las acciones de Atención Primaria de la Salud (Obs. 4, Obs. 26)
6. Diseñar una matriz de indicadores y una metodología de seguimiento que facilite la evaluación de las acciones. (Obs. 5, Obs 10, Obs. 19).
 7. Asegurar la provisión y distribución de material de apoyo para la prevención y promoción. (Obs 6, Obs. 18).
 8. Arbitrar los medios para la realización de test diagnósticos para enfermedades de transmisión sexual en el marco del primer nivel de atención (Obs. 7).
 9. Incentivar el compromiso institucional en los efectores (Obs. 8, Obs. 48).
 10. Definir responsabilidades y reasignación de recursos, particularmente en el área administrativa. (Obs. 9, Obs.15, Obs. 21).
 11. Adecuar el espacio y el equipamiento para favorecer la privacidad en la asistencia (Obs 11; Obs 16, Obs.31, Obs. 32, Obs 36, Obs. 37, Obs. 38, Obs. 45).
 12. Optimizar la coordinación entre los servicios que intervienen en el PPR (Obs. 12)
 13. Asegurar el control de los insumos a través de los remitos, la solicitud de pedido y el registro de stock en todos los efectores.
 14. (Obs.13, Obs.17, Obs. 25, Obs. 44).
 15. Optimizar el sistema de Referencia.-Contarreferencia , confeccionar normas escritas, mejorar la dinámica en relación a los turnos para la realización de exámenes complementarios. (Obs. 14, Obs. 20, Obs. 24, Obs. 28; Obs. 39, Obs. 43).
 16. Facilitar la participación en las reuniones mensuales organizadas por la Coordinación del Programa (Obs 22, Obs 34).
 17. Articular las acciones con otras redes y programas (Obs. 23).
 18. Implementar un adecuado registro de los participantes en los talleres extramurales que permita incorporarlos al programa y facilitar acciones de seguimiento y búsqueda activa (Obs. 27).
 19. Optimizar los registros para lograr coherencia y confiabilidad, en los efectores y entre estos y la coordinación (Obs. 31, Obs. 46).
 20. Optimizar transporte y distribución de insumos y muestras (Obs. 34, Obs. 40).
 21. Consensuar y elaborar normas para la implementación del programa y metas en la Hospitales de Salud Mental, con participación de la Coordinación (Obs 47, Obs. 50).
 22. Optimizar los registros en la Historia Clínica consignando la incorporación al programa y su consentimiento. Implementar un sistema de registro específico para pacientes embarazadas y su evolución, consignando además los datos referidos al Recién Nacido y su destino (Obs. 51).

IX) CONCLUSIONES:

La promoción de la salud sexual y reproductiva y la prevención de enfermedades relacionadas son premisas fundamentales para mejorar la calidad de vida de la población, tratando en particular de focalizar las acciones y priorizarlas sobre los diferentes grupos según sus características o vulnerabilidad: niños y adolescentes, mujeres en el período post parto y post aborto, mujeres discapacitadas, víctimas de violencia física y/o abuso sexual, etc.

Es necesario un modelo integral e integrado en una red de servicios complementarios que sustenten las políticas diseñadas a tal fin, atendiendo las demandas y las necesidades objetivadas, que exceden el marco de la anticoncepción. Pese a una baja tasa de natalidad y mortalidad infantil, la heterogeneidad entre las distintas zonas, que aún persiste dentro de la ciudad y se agrava más aún si se considera la región metropolitana, requieren la constitución de grupos de trabajo -heterogéneos, interdisciplinarios e intersectoriales- conformados por representantes de las áreas de salud, educación, de desarrollo social y empleo que, respondiendo a la Coordinación del Programa, articulen las acciones para el logro de los objetivos de manera adecuada, eficiente y equitativa.

Para esto debe optimizarse y mantenerse actualizado el sistema de información permitiendo la realización de un análisis de situación confiable que tenga en cuenta, entre otros aspectos, la población destinataria y la población bajo Programa, edad promedio de inicio de la actividad sexual, tasa de embarazo por grupo de edad; tasa de aborto; prevalencia de ETS/HIV/SIDA, de cáncer génito-mamario y otras enfermedades prevenibles; disponibilidad de servicios de atención e información en salud reproductiva -número de efectores y su distribución, recursos humanos, horarios de atención, equipamiento, insumos y métodos anticonceptivos-, nivel de educación, indicadores socioeconómicos (vivienda, ocupación), identificación de todos los sectores (gubernamentales y no gubernamentales) que se ocupan o realizan actividades sobre el tema, fortaleciendo el trabajo en red de instituciones vinculadas a los destinatarios del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, como también la definición de una estrategia de comunicación social sobre el tema, particularmente en aquellos grupos de menor participación y mayor exposición al riesgo.

Seguimiento de Proyecto 3.16.02.00. Cumplimiento de la Ley Nº 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Período 2000/2001.

ANEXO I

NORMATIVA APLICABLE

NORMA	Resumen
Leyes Nº 418/LCABA/00 y 439/LCABA/00	Sancionadas en julio del 2000, tienen como objeto garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación, y regula las acciones destinadas para tal fin. Los objetivos generales garantizan el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos, la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio y la disminución de la morbilidad materna e infantil.
Decreto Nº 1033/GCBA/00	Decreto promulgatorio de la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable.
Ley Nº 153/LCABA/99	Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. Consentimiento Informado-Historias Clínicas-HIV-SIDA.
Ley Nº 114/LCABA/98	Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Crea el Consejo de los Derechos de niños, niñas y adolescentes, las Defensorías zonales y el Registro de Organizaciones comunitarias y Organismos no gubernamentales. Establece obligaciones a cargo de los organismos de atención. Dispone mecanismos para la transferencia de las funciones no federales del Consejo Nacional del Menor y la Familia a la CBA.
Ordenanza Nº 47731/94	En su art. 3º expresa que “El destino anual de los fondos correspondientes a la cuenta especial Decreto P.E.N. Nº 1772/92, será el siguiente: 1) “el primer un millón de pesos recaudados corresponderán al Programa de aplicación Responsable con destino a la aplicación de bienes y servicios no personales...”. Esta partida presupuestaria está vigente desde la sanción de la ordenanza, fue ejecutada desde el año 1995. La Ley Nº 418 establece, en su artículo 9º inciso b), como recursos destinados a la Aplicación de la ley, a “Los fondos provenientes de lo dispuesto por el Decreto P.E.N. Nº 1772/92 en su art. 3º.
Convenio GCBA/CDNNYA/02 (BOCBA Nº 1449)	Convenio Marco entre el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la CABA y la Fundación para la Salud del Adolescente del 2000. FUSA 2000.
Convenio GCBA/CDNNYA/02 (BOCBA Nº 1424)	Convenio Marco entre el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la CABA y la Asociación Mutual Mujeres de Buenos Aires.
Convenio GCBA/CDNNYA/02 (BOCBA Nº 1424)	Convenio Marco entre el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la CABA y la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer.
Convenio GCBA/CDNNYA/02	Convenio Marco entre el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la CABA y la Unión de Mujeres de la

NORMA	Resumen
(BOCBA Nº 1424)	Argentina.
Convenio GCBA/CDNNYA/02 (BOCBA Nº 1424)	Convenio Marco entre el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la CABA y el Instituto Social y Político de la Mujer.
Convenio GCBA/CDNNYA/02 (BOCBA Nº 1424)	Convenio Marco entre el Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la CABA y el Foro por los Derechos Reproductivos.

Seguimiento de Proyecto 3.16.02.00. Cumplimiento de la Ley Nº 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Período 2000/2001.

ANEXO II

ASPECTOS DEMOGRAFICOS (Cuadros y Gráficos)

Cuadro N° 1: Distribución de la población por sexo y grupo de edad

Edad	Total	Varón	%	Mujer	%
Total	2776138	1258458	45,33	1517680	54,67
0-14 años	468961	237907	50,73	231054	49,27
15-24 años	414621	203592	49,10	211029	50,90
25-64 años	1414111	646574	45,72	767537	54,28
65 y más	478445	170385	35,61	308060	64,39

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos sobre la base de información censal. Año 2001

Cuadro N° 2:

Población total censada por sexo, según Centro de Gestión y Participación.
Ciudad de Buenos Aires. Años 1991 – 2001.

Centro de Gestión y Participación	1991			2001 ¹		
	Total	Varón	Mujer	Total	Varón	Mujer
Total	2.965.403	1.344.041	1.621.362	2.768.772	1.257.286	1.511.486
1	213.900	95.864	118.036	179.275	80.880	98.395
2 Norte	188.269	79.396	108.873	156.792	66.423	90.369
2 Sur	188.154	83.760	104.394	170.701	76.170	94.531
3	126.283	58.924	67.359	115.950	53.795	62.155
4	137.754	64.043	73.711	136.136	63.236	72.900
5	114.135	54.090	60.045	128.873	61.319	67.554
6	266.226	117.824	148.402	243.953	107.626	136.327
7	270.049	121.507	148.542	254.921	115.406	139.515
8	152.545	73.088	79.457	165.597	79.293	86.304
9	116.946	53.861	63.085	111.916	51.451	60.465
10	212.335	98.526	113.809	201.670	93.982	107.688
11	239.087	109.981	129.106	226.218	103.949	122.269
12	224.316	102.758	121.558	214.076	97.893	116.183
13	130.526	59.139	71.387	121.159	54.103	67.056
14 Este	188.667	83.547	105.120	166.509	73.510	92.999
14 Oeste	196.211	87.733	108.478	175.026	78.250	96.776

¹ Resultados provisionales.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de los censos nacionales de 1991 y 2001.

Cuadro N° 3:

Estimaciones y proyecciones de la población por sexo y grupo de edad.					
Grupo de edad	Años ¹				
	2001	2002	2003	2004	2005

15 – 19	102.412	100.458	98.377	96.230	94.141
20 – 24	121.554	119.632	117.154	114.665	112.614
25 – 29	122.074	125.722	128.698	130.563	131.087
30 – 34	108.642	110.917	113.848	117.154	120.458
35 – 39	101.979	101.867	102.014	102.596	103.785
40 – 44	99.856	99.288	98.751	98.344	98.155
45 – 49	98.834	98.263	97.685	97.155	96.698
					756.938
† Al 1° de julio de cada año.					
Fuente: INDEC (2005) Análisis Demográfico N° 31.					

Cuadro N° 4:

Distribución porcentual de la población por sexo y por CGP. Año 2004

CGP	Sexo		Total
	Varones	Mujeres	
Total	45,5	54,5	100
1	46,3	53,7	100
2 N	42,3	57,7	100
2S	44,2	55,8	100
3	45,5	54,5	100
4	45,6	54,5	100
5	47,4	52,6	100
6	44,6	55,4	100
7	45,7	54,3	100
8	48,3	51,7	100
9	45,2	54,8	100
10	45,2	54,8	100
11	46	54	100
12	46,4	53,6	100
13	44,9	55,1	100
14 E	44,1	55,9	100
14 O	47,3	52,7	100

Fuente: EAH. Dirección de Estadísticas y Censos

Cuadro N° 5:

Distribución porcentual por grupo de edad según Centro de Gestión y participación-2004

CGP	0 - 9	10 -19	20 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 59	60 - 69	70 y más
1	8,2	12,1	19,6	15,6	10,5	12	10,3	11,7
2 Norte	8,3	9	26,5	13,1	9,7	10,8	9,8	12,7

2 Sur	10,4	13,6	19,5	13,9	10,4	13,1	7	12,2
3	15,8	16	15,8	13	13,8	9,6	6,9	9,1
4	12,7	16	15,5	14,4	10,1	12,4	9	9,9
5	15,8	16,8	15,5	13,8	12,2	9,8	6,3	9,8
6	10	10,2	14,3	15	12,8	12,1	11,4	14,3
7	12,2	10,4	15,8	12,7	11,2	12,3	10,5	15
8	17,3	18,2	15,4	13,3	11,7	8,8	7,4	8
9	12,8	12,5	14,1	12,5	10,6	10,9	12,4	14,3
10	9,8	12,7	15,9	12	12,8	12,3	8,9	15,7
11	10,5	13,5	15,9	13,8	11,7	12,8	9,8	11,9
12	10,1	12,8	14,5	13,9	13,4	12,4	11,6	11,2
13	10,3	9,1	17,7	14,8	14,3	11,1	11,5	11,3
14 Este	10,4	10,4	16,8	12,7	14,5	14,7	9	11,6
14 Oeste	10,1	11,2	18,1	16,6	14	11	9,5	9,6
Ciudad de Bs. As.	11,3	12,5	17	13,8	12,1	11,8	9,5	12

Fuente: EPH Año 2004 . Dirección General de Estadísticas y Censos.

Cuadro N° 6:

Distribución de la población en edad fértil

Sexo	Zona	% de población por grupo de edad			
		10 a 19 años	20 a 29 años	30 a 39 años	40 a 49 años
Varones	Norte	10,6	22,1	14,3	13,4
	Sur	17	17,5	17	13,8
	Oeste	12,9	12,9	16	13,7
	Este	9,7	12,9	16	13,7
	Total CABA	12,5	13,3	18,3	14,3
Mujeres	Norte	9,1	9,4	18,3	14,2
	Sur	14,2	16,4	14,3	13,5
	Oeste	9,3	11,8	14,8	12,4
	Este	9,4	10,9	16,3	14,1
	Total CABA	11,3	12,5	17	13,8

Fuente: Elab. Propia en base a EAH 2004. Dirección General de Estadísticas y Censos.

Cuadro N° 7:

Ciudad de Buenos Aires. 1991 - 2002		
Centro de Gestión y Participación	1991	2002
	Natalidad o/oo	Natalidad o/oo

Total	13,7	13,4
1	15,0	16,8
2 Norte	11,9	10,7
2 Sur	16,5	15,2
3	14,3	18,3
4	15,8	15,2
5	16,9	21,1
6	13,2	11,4
7	13,3	12,6
8	16,7	15,9
9	12,3	18,6
10	11,2	11,4
11	13,3	12,4
12	11,8	10,1
13	12,4	11,8
14 Este	13,4	11,2
14 Oeste	13,6	11,6

Fuente: Encuesta Anual de Hogares. Año 2004. Dirección Gral. De Estadísticas y Censos (CGBA)

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS:

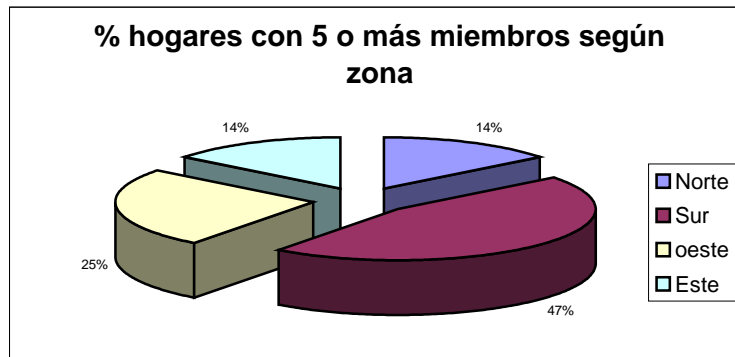
Cuadro N° 8:

Distribución porcentual hogares por total de miembros según zona

Zona	Total de miembros del hogar					Promedio
	1	2	3	4	5 o más	
Norte	31,2	31,1	18,6	13,2	5,9	2,4
Sur	18	24,4	20,7	18	18,9	3,1
oeste	20,6	32,3	20,3	16,4	10,4	2,7
Este	32,7	31,8	17,1	12,5	5,9	2,3
Ciudad Bs. As.	25,9	30,6	19,1	14,9	9,5	2,6

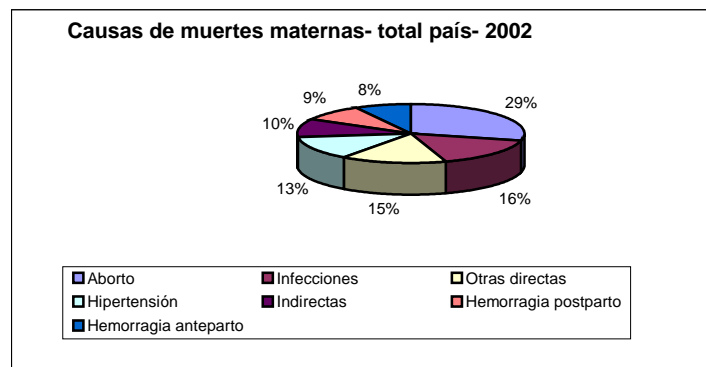
Fuente: EAH 2004. DGEyC

Gráfico N° 1:



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

Gráfico N° 2:



Fuente: Ministerio de la Salud Nación.

Cuadro N° 9:

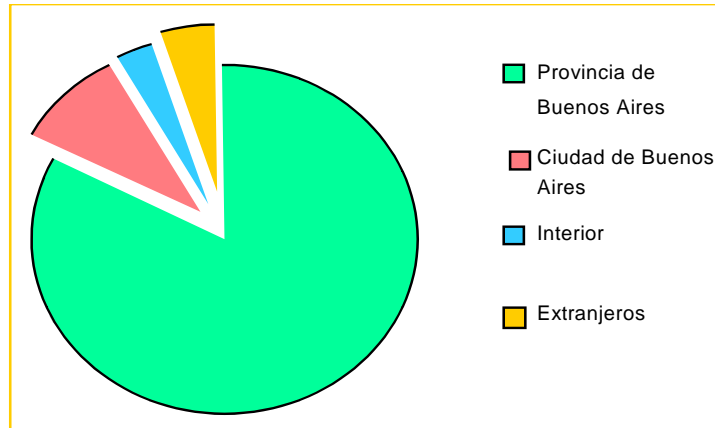
TERRITORIOS	ENTREV. REALIZADAS	C/ACTO MÉDICO
Pompeya	457	166
Constitución	592	247
Retiro	282	180
Once	354	232
Centro - Obelisco	576	267
TOTALES	2248	1092

Cuadro N° 10:

Grupos edad	MUJERES	VARONES
0 a 6 años	7%	15%
7 a 12 años	13%	23%
13 a 18 años	13%	18%
19 a 21 años	2%	8%
Más de 21 años	0,50%	0,50%
TOTALES	35,50%	64,50%

Gráfico N° 3 :

Procedencia de los niños/as y adolescentes:



Fuente: Articuladores del Programa de Atención Primaria de la Salud para niñas, niños y adolescentes en situación de calle: Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. Secretaría de Salud del G.C.B.A, Dirección Gral. de Atención Primaria de la Salud Dirección General de Niñez y Adolescencia y ONGs participantes.

Cuadro N° 11:

Partos realizados en hospitales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires por tipo según hospital - Año 2004- 2005

Hospital	Total 2004	Total 2005
Total	30.824	30049
Hospitales grales. de agudos	23.824	22965
Álvarez	1.369	1249
Argerich	2.682	2609
Durand	2.000	1752
Fernández	2.198	2175
Penna	2.594	2864
Piñero	2.375	2495
Pirovano	1.426	1460
Ramos Mejía	1.543	1445
Rivadavia	1.698	1531
Santojanni	4.405	4186
Vélez Sársfield	1.534	1199
Hospitales especializados	7.000	7084
Sardá	7.000	7084

Fuente: Anuario Estadístico. DGEyC

CUADRO N° 12:

Egresos por Abortos no especificados . Comparativo año 2000-2005 por efector

Hospital	2000 (informe anterior)	2005	Diferencia	%
Total Hospitales gales. de agudos	5803	4631	1172	20,20
Álvarez	353	335	18	5,10
Argerich	684	578	106	15,50
Durand	505	411	94	18,61
Fernández	361	314	47	13,02
Penna	798	810	-12	-1,50
Piñero	800	599	201	25,13
Pirovano	411	300	111	27,01
Ramos Mejía	585	432	153	26,15
Rivadavia	381	140	241	63,25
Santojanni	651	597	54	8,29
Tornú	1	1	-	
Vélez Sársfield	270	116	154	57,04
Zubizarreta	3		3	100
Hospitales especializados				
Sardá		620	620	

Fuente: Elab. Propia sobre datos Dirección Estadísticas para la Salud.

ASPECTOS SANITARIOS:

CUADRO Nº 13:

Porcentaje de población residente en la Ciudad de Buenos Aires por zona, CGP y cobertura en salud según sexo.

Ciudad de Buenos Aires. Año 2004

Sexo	Zona	CGP	Cobertura en salud					
			Total	Sistema Público	Obra Social	Medicina Pre paga	Otros ¹	ns/nc
	Total		100,0	22,0	54,0	14,4	9,5	0,0
	Zona Norte	13,14O,14E,2N	100,0	11,7	48,7	23,6	15,9	0,1
	Zona Sur	3, 4, 5, 8	100,0	41,7	47,7	5,6	5,0	0,0
	Zona Oeste	7, 9, 10, 11, 12	100,0	18,3	59,7	13,8	8,2	0,0
Total	Zona Este	1, 2S, 6	100,0	21,7	56,3	13,5	8,5	0,0
	Total		100,0	23,2	52,6	15,2	9,0	0,1
	Zona Norte	13,14O,14E,2N	100,0	11,9	48,0	25,2	14,8	0,1
	Zona Sur	3, 4, 5, 8	100,0	43,0	46,5	6,0	4,4	0,1
	Zona Oeste	7, 9, 10, 11, 12	100,0	18,4	58,2	14,9	8,5	0,1
Varón	Zona Este	1, 2S, 6	100,0	24,8	54,0	13,5	7,7	0,0
Mujer	Total		100,0	21,1	55,2	13,8	9,9	-
	Zona Norte	13,14O,14E,2N	100,0	11,6	49,4	22,4	16,7	-
	Zona Sur	3, 4, 5, 8	100,0	40,5	48,8	5,2	5,5	-
	Zona Oeste	7, 9, 10, 11, 12	100,0	18,2	60,9	12,9	8,0	-

Zona Este	1, 2S, 6	100,0	19,2	58,3	13,4	9,1	-
-----------	----------	--------------	------	------	------	-----	---

¹ Incluye a las mutuales y los sistemas de emergencias médicas.

Nota: la suma de los parciales por fila no siempre da por resultado el 100% por procedimientos de rodeondeo.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (G.C.B.A.) sobre la base de datos de la Encuesta Anual de Hogares, 2004.

Seguimiento de Proyecto 3.16.02.00. Cumplimiento de la Ley Nº 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Período 2000/2001.

ANEXO III

296 Encuestados

Edad promedio de los encuestados 25,7 años

Sexo	Encuestados	%
F	223	75,34
M	73	24,66

Vivienda	Encuestados	%
Alquilada	123	41,55
Hogares de la ciudad	3	1,01
NHT	1	0,34
Propia	141	47,64
Sin domicilio fijo	7	2,36
Viv. Tomada	1	0,34
Otros	20	6,76

Nacionalidad	Encuestados	%
Arg.	242	81,76
Boliv.	11	3,72
Bras.	1	0,34
Chil	2	0,68
Parag.	16	5,41
Peru.	22	7,43
Urug.	2	0,68

Residencia	Encuestados	%
Cap. Centro	96	32,43
Cap. Norte	52	17,57
Cap. Sur	85	28,72
Pcia. Bs. As.	49	16,55
Otros	14	4,73

Escolaridad	Encuestados	%
Primaria Incompleta	38	12,84
Primaria Completa	34	11,49
Secund. Incomp.	184	62,16
Secund. Comp.	33	11,15
Terc. Inc.	2	0,68
Terc. Comp.	4	1,35
Univers. Incomp.	1	0,34
Univers. Comp.	0	0,00

Actividad	Encuestados	%
Ocupado	79	26,69
Desocupado	78	26,35
Otros*	139	46,96

* Estudiantes y Amas de casa

Cobertura de salud	Encuestados	%
Sist. Público	222	75,00
Obra Social	73	24,66
Otros	1	0,34

Edad inicio relaciones sexuales	Encuestados	%
No se inicio	43	14,53
Se inicio	246	83,11
NS/NC	7	2,36

Edad promedio de inicio de relaciones sexuales 16,5 años

Tiene pareja	Encuestados	%
Si	208	70,27
No	88	29,73

Tipo de pareja*	Encuestados	%
Estable	169	81,25
Ocasional	34	16,35
NS/NC	5	2,40

* Sobre población que SI tiene pareja

Utiliza preservativo	Encuestados	%
Si	122	41,22
No	101	34,12
A veces	47	15,88
NS/NC	11	3,72
No Corresponde	15	5,07

296

Recibió info. S/conductas sexuales	Encuestados	%
Si	261	88,18
No	34	11,49
NS/NC	1	0,34

Recibió info. S/E.T.S.	Encuestados	%
Sí	264	89,19
No	30	10,14
NS/NC	2	0,68

Quiénes se la brindaron?	Encuestados	%
Escuela Pública	96	32,43
Escuela Privada	7	2,36
Sist. Público salud	148	50,00
Sist. Privado salud	5	1,69
Obra Social	6	2,03
NS/NC	15	5,07
No corresponde	19	6,42

A través de qué medios?	Encuestados	%
Afiches	18	6,08
Boletines	25	8,45
Charlas informativas	139	46,96
Consulta médica	43	14,53
Contenidos curriculares	2	0,68
Diarios-revistas	7	2,36
Radio-T.V.	33	11,15
Otros	1	0,34
No corresponde	19	6,42
NS/NC	9	3,04

Recibió info. S/prevencción del embarazo	Encuestados	%
Si	230	77,70
No	60	20,27
A veces	2	0,68
NS/NC	4	1,35

Quién se la brindó?	Encuestados	%
Escuela Pública	85	28,72
Escuela Privada	2	0,68
Sist. Púb. Salud	122	41,22
Sist. Priv. Salud	3	1,01
Obra Social	4	1,35
NS/NC	80	27,03

Está inscripto en el PPR?	Encuestados	%
Si	67	22,64
No	193	65,20
NS/NC	36	12,16
	296	

Alguna vez lo estuvo?*	Encuestados	%
Si	3	1,55
No	177	91,71
NS/NC	13	6,74

* Sobre NO inscriptos actualmente en el PPR

Está embarazada?*	Encuestados	%
Si	22	9,87
No	193	86,55
NS/NC	8	3,59

* Sobre población F

Estuvo embarazada en los últimos 4 años?*	Encuestados	%
Si	89	39,91
No	123	55,16
NS/NC	11	4,93

* Sobre población F

Realizó controles?*	Encuestados	%
3 ó 4	28	31,46
5 ó más	55	61,80
Al menos 2	4	4,49
NS/NC	2	2,25

* Sobre población F y embarazadas en los últimos 4 años

Tuvo que ser internada por complicación?*	Encuestados	%
Si	12	13,48
No	75	84,27
NS/NC	2	2,25

* Sobre población F y embarazadas en los últimos 4 años

Tuvo partos?*	Encuestados	%
Si	84	94,38
No	5	5,62

* Sobre población F y embarazadas en los últimos 4 años

Tuvo que ser internada por complicación en el parto?*	Encuestados	%
Si	11	13,10
No	71	84,52
NS/NC	2	2,38

* Sobre población F, embarazadas en los últimos 4 años y que tuvo partos

Tuvo que ser internado el niño por complicación?*	Encuestados	%
Si	14	16,67
No	69	82,14
NS/NC	1	1,19

* Sobre población F, embarazadas en los últimos 4 años y que tuvo partos

Realizó curso de preparación para el parto?*	Encuestados	%
Si	37	44,05
No	42	50,00
NS/NC	5	5,95

* Sobre población F, embarazadas en los últimos 4 años y que tuvo partos

Recibió info. Sobre Salud Sexual (antes parto)?*	Encuestados	%
Si	60	71,43
No	24	28,57

* Sobre población F, embarazadas en los últimos 4 años y que tuvo partos

Recibió info. Sobre Salud Sexual (después del parto)?*	Encuestados	%
Si	61	72,62
No	22	26,19
NS/NC	1	1,19

* Sobre población F, embarazadas en los últimos 4 años y que tuvo partos

Utiliza medios anticonceptivos?*	Encuestados	%
Si	185	62,50
No	98	33,11
A veces	2	0,68
NS/NC	11	3,72

Sabe que son de distribución gratuita?*	Encuestados	%
Si	244	82,43
No	37	12,50
NS/NC	15	5,07

Qué método utiliza?*	Encuestados	%
Abstinencia Periódica	6	2,69
D.I.U.	30	13,45
Inyectable	16	7,17
Orales	39	17,49
NO Utiliza	1	0,45
Preservativos	65	29,15
No Corresponde	18	8,07
NS/NC	48	21,52

* Sobre población F 223

Qué método utiliza?*	Encuestados	%
Abstinencia Periódica	2	2,74
Inyectable	1	1,37
Orales	1	1,37
Preservativos	51	69,86
No Corresponde	6	8,22
NS/NC	12	16,44

* Sobre población M 73

Conoce la píldora del día después?*	Encuestados	%
Si	112	50,22
No	103	46,19
NS/NC	8	3,59

* Sobre población F

Conoce la píldora del día después?*	Encuestados	%
Si	37	50,68
No	31	42,47
NS/NC	5	6,85

* Sobre población M

Alguna vez debió utilizarla?*	Encuestados	%
Si	16	14,29
No	93	83,04
NS/NC	3	2,68

* Sobre población F, que SI conoce la existencia de la píldora

Tuvo alguna dificultad?*	Encuestados	%
Si	2	12,50
No	13	81,25
NS/NC	1	6,25

* Sobre población F, que SI utilizó la píldora

Consulta los servicios de salud sobre estos temas?*	Encuestados	%
Si	169	57,09
No	111	37,50
NS/NC	16	5,41

Realiza controles ginecológicos?*	Encuestados	%
Si	164	73,54
No	47	21,08
A veces	2	0,90
NS/NC	10	4,48

* Sobre población F

223

Le solicitaron PAP?*	Encuestados	%
Si	135	82,32
No	4	2,44
NS/NC	25	15,24

* Sobre población F y que sí realiza controles ginecológicos

Le solicitaron COLPO?*	Encuestados	%
Si	136	82,93
No	4	2,44
NS/NC	24	14,63

* Sobre población F y que sí realiza controles ginecológicos

Le solicitaron Mamografía?*	Encuestados	%
Si	131	79,88
No	1	0,61
NS/NC	32	19,51

* Sobre población F y que sí realiza controles ginecológicos

Se realizó test HIV?*	Encuestados	%
Si	133	44,93
No	141	47,64
NS/NC	22	7,43

Lugar dónde realiza la consulta?*	Encuestados	%
Centro de Salud	102	34,46
Centro Médico Barrial	6	2,03
Hospital	115	38,85
Médico cabecera	36	12,16
Sist. Priv. Salud	6	2,03
NS/NC	31	10,47

Dificultad para obtener turno?*	Encuestados	%
Si	18	17,65
No	70	68,63
A veces	1	0,98
NS/NC	13	12,75

* Sobre población que realiza consulta en Centro de Salud

Dificultad para obtener turno?*	Encuestados	%
Si	23	20,00
No	69	60,00
A veces	2	1,74
NS/NC	21	18,26

* Sobre población que realiza consulta en Hospital

Demoras de más de 30 días?*	Encuestados	%
Si	13	26,47
No	73	59,80
A veces	2	1,96
NS/NC	14	24,51

* Sobre población que realiza consulta en Centro de Salud 102

Demoras de más de 30 días?*	Encuestados	%
Si	27	23,48
No	61	53,04
A veces	2	1,74
NS/NC	25	21,74

* Sobre población que realiza consulta en Hospital

Demoras en obtener los resultados?*	Encuestados	%
Si	18	17,65
No	59	57,84
A veces	11	10,78
NS/NC	14	13,73

* Sobre población que realiza consulta en Centro de Salud

Demoras en obtener los resultados?*	Encuestados	%
Si	15	13,04
No	61	53,04
A veces	16	13,91
NS/NC	23	20,00

* Sobre población que realiza consulta en Hospital

Dificultad para obtener métodos anticonceptivos?*	Encuestados	%
Si	4	3,92
No	65	63,73
A veces	1	0,98
NS/NC	32	31,37

* Sobre población que realiza consulta en Centro de Salud

Dificultad para obtener métodos anticonceptivos?*	Encuestados	%
Si	7	6,09
No	52	45,22
A veces	4	3,48
NS/NC	52	45,22

* Sobre población que realiza consulta en Hospital

Está conforme con la atención recibida?*	Encuestados	%
Si	91	89,22
No	6	5,88
A veces	1	0,98
NS/NC	4	3,92

* Sobre población que realiza consulta en Centro de Salud

Está conforme con la atención recibida?*	Encuestados	%
Si	96	83,48
No	10	8,70
A veces	0	0,00
NS/NC	9	7,83

* Sobre población que realiza consulta en Hospital