



# Monitoreo santafesino de acceso a los cuidados de salud sexual

Centro norte de la provincia de Santa Fe



## **Monitoreo social santafesino de acceso a los cuidados en Salud Sexual**

### **Informe preliminar**

Antecedentes.

MultiPalabras es una alianza de la Multisectorial de Mujeres de Santa Fe y la Asociación Civil Palabras. Somos militantes feministas que luchamos por la garantía de los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos, en tanto derechos humanos. Las dos organizaciones que habitamos integran la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y -desde ese lugar- fuimos parte del activismo y de la incidencia política federal, transversal y plural para que el derecho al aborto se convierta en ley en nuestro país. Desde el centro norte de la provincia de Santa Fe hicimos nuestro aporte y en esa historia se inscribe este Monitoreo social santafesino de acceso a los cuidados en salud sexual.

A través de un breve repaso de los últimos años podemos mencionar algunos momentos de importancia para comprender el presente. En 1985 el Estado argentino reconoció los derechos reproductivos y a los derechos sexuales como derechos humanos mediante la ratificación de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

En 1994, durante la Reforma de la Constitución Nacional, resistimos a los sectores conservadores que querían incluir en la Carta Magna la existencia de la persona humana desde la concepción. En esa reforma, además, los derechos sexuales adquirieron rango constitucional a través de la incorporación del artículo 75 inciso 22.

Más tarde, nos encontramos luchando por leyes de salud sexual a nivel nacional y provincial; estas normas se sancionaron en 2002 y 2001 respectivamente. La ley de Salud Sexual y Procreación Responsable establece la creación del Programa homónimo, que se ocupa de la provisión de métodos anticonceptivos en los centros de salud. Vale destacar que, antes y en los años inmediatamente posteriores a la sanción de esta norma, desde el movimiento de mujeres distribuimos anticonceptivos en los barrios populares a través de compras autogestionadas. Teníamos el compromiso militante de facilitar el acceso a la salud sexual mientras el Estado nacional gestionaba sus primeras políticas públicas con el nuevo marco legal. De esos tiempos data la articulación con profesionales de la salud comprometidos con la perspectiva de género y de derechos al momento de brindar atención.

De esa época también data la conformación del Consorcio Nacional de Monitoreo de Derechos Sexuales y Reproductivos (ConDerS), una experiencia federal de monitoreo en políticas de salud sexual que permitieron conocer el estado de situación en los diversos territorios del país.

En 2005 se presenta la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito: una experiencia inédita de articulación política plural sostenida en el tiempo con el objetivo de conquistar una

ley que reconociera el derecho al aborto voluntario. Fuimos parte de esa red desde sus inicios. En 2007 falleció en el Hospital Iturraspe de la ciudad de Santa Fe Ana María Acevedo luego de que se le negara el tratamiento oncológico que requería por estar embarazada. A la joven, de 19 años y madre de tres hijos, no solo le restringieron el acceso a la salud sino también la posibilidad de decidir: cuando solicitó el aborto terapéutico que le correspondía por la entonces vigente (artículo 86 del Código Penal) también fue desoída. Esto significó para nosotras la muestra cabal de lo que veníamos afirmando: el propio Estado se negaba a garantizar los abortos que entonces eran legales y por eso era necesario seguir articulando estrategias para sensibilizar a los equipos de salud y a la sociedad en general acerca de la autonomía de las personas como base fundamental para el acceso a la salud.

Con ese fin, participamos -en tanto organizaciones de la sociedad civil- del Consejo Asesor del Programa de Procreación Responsable de la provincia (creado por la Ley 11.888). También fuimos invitadas a los Colegiados en Salud Sexual y Reproductiva, una experiencia que reunía a los equipos de salud con el fin de compartir conocimientos y experiencias acerca de la garantía de los derechos sexuales. Mientras el Estado, en sus distintos niveles, avanzaba con diferentes manifestaciones acerca de este derecho (la sanción de la Ley de Educación Sexual Integral en 2009, los protocolos ministeriales de atención sanitaria de abortos a partir de 2007, el fallo F.A.L. de la Corte Suprema de Justicia de la Nación en 2012, entre otros), desde las organizaciones generábamos instancias de diálogo permanente con las y los decisores del Estado. En esas acciones de incidencia política y de pedagogía acerca de lo que requeríamos las mujeres y personas del colectivo LGBTIQ+ en términos de salud sexual, los monitoreos y seguimientos que se realizaron sobre la atención estatal en ese aspecto jugaron un rol fundamental.

La salud, como lo ha dicho la Organización Mundial de la Salud, no es meramente la ausencia de enfermedades. Es un concepto que debe ser pensado integralmente. Por eso, cuando decimos “salud” aludimos a la salud física, mental y social. Desde esa perspectiva, entendemos que no hay salud posible sin la garantía de derechos básicos. La sanción de la Ley 27.610 fue un hito que reconoció la autonomía de las personas para decidir la interrupción de un embarazo y esa conquista histórica, de la que fuimos parte, nos impulsó a hacer el presente relevamiento.

Nuestro objetivo fue indagar de qué manera el Estado -en tanto garante de los derechos humanos- estaba proporcionando los cuidados en materia de salud sexual en el marco de las leyes vigentes (de Salud Sexual y Procreación Responsable, de Educación Sexual Integral, de Anticoncepción Quirúrgica, de Identidad de Género, de Derechos del Paciente y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, entre otras). Nos resultó relevante escuchar a quienes trabajan en los efectores públicos, pero también a las mujeres y disidencias sexuales que asisten a ellos. También nos pareció estratégico que este monitoreo contribuya a fortalecer las redes feministas de la región, por eso las encuestas que se realizaron en el marco de este estudio fueron hechas por activistas de organizaciones que en los 11 departamentos que analizamos luchan por la igualdad de género.

Desde el movimiento de mujeres y disidencias sexuales tenemos un compromiso claro con demandar al Estado el cumplimiento de nuestros derechos, porque son derechos humanos. Esa es la razón por la que militamos por la sanción de leyes, participamos de espacios mixtos entre la sociedad civil y los sectores estatales, brindamos nuestra visión para el desarrollo de políticas públicas y las monitoreamos para saber cómo impactan los avances legales en territorio. Se trata de una tarea desinteresada, comprometida con la comunidad y con el fortalecimiento de una cultura democrática donde la ciudadanía se apropie cada vez más de los derechos que posee.

Multipalabras  
Multisectorial de Mujeres de Santa Fe  
Asociación Civil Palabras  
Mayo de 2022

## 1. Introducción.

Para llevar adelante el monitoreo social en el centro norte santafesino, sobre acceso a la salud sexual, se realizaron tareas en varias etapas.

En una primera etapa, quienes integramos Multi Palabras (Multisectorial de Mujeres de Santa Fe y Asociación Civil Palabras) nos contactamos con militantes sociales feministas de organizaciones feministas y disidencias, de tres regiones de la provincia. Las mismas son:

### Región A: Departamentos de :

- 1- General Obligado (Avellaneda, Las Toscas, Malabrigo, Reconquista, Villa Ocampo).
- 2- Norte del departamento San Javier (Alejandra, San Javier, Colonia Francesa y Colonia Yatay).
- 3- Vera (Vera, Calchaquí)

### Región B: Departamentos de:

- 1- Castellanos (Frontera, Rafaela, San Vicente, y Sunchales)
- 2- 9 de Julio (Logroño, Tostado y Villa Minetti)
- 3- San Cristóbal (Ceres, San Cristóbal, Moisés Ville)

### Región C: Departamentos de:

- 1- Garay (Helvecia)
- 2- La Capital (Laguna Paiva, Monte Vera, Recreo, San José del Rincón, Santa Fe, Santo Tomé)
- 3- Las Colonias (Esperanza, San Carlos Centro, San Jerónimo Norte)
- 4- San Jerónimo (Coronda, Gálvez)
- 5- San Justo (San Justo)

## MONITOREO SOCIAL SANTAFESINO DE ACCESO A LOS CUIDADOS EN SALUD SEXUAL

### REGIÓN B

RAFAELA

#### Castellanos:

Frontera, Rafaela,  
San Vicente y  
Sunchales.

9 de Julio: Logroño,  
Tostado y Villa  
Minetti.

#### San Cristóbal:

Ceres, San Cristóbal,  
y Moisés Ville.

### REGIÓN C

SANTA FE

Garay: Helvecia.

La Capital: Laguna Paiva, Monte Vera, Recreo,  
San José del Rincón, Santa Fe y Santo Tomé.

Las Colonias: Esperanza, San Carlos Centro y  
San Jerónimo Norte.

San Javier

San Jerónimo: Coronda y Gálvez

San Justo: Crespo y San Justo

### REGIÓN A

RECONQUISTA

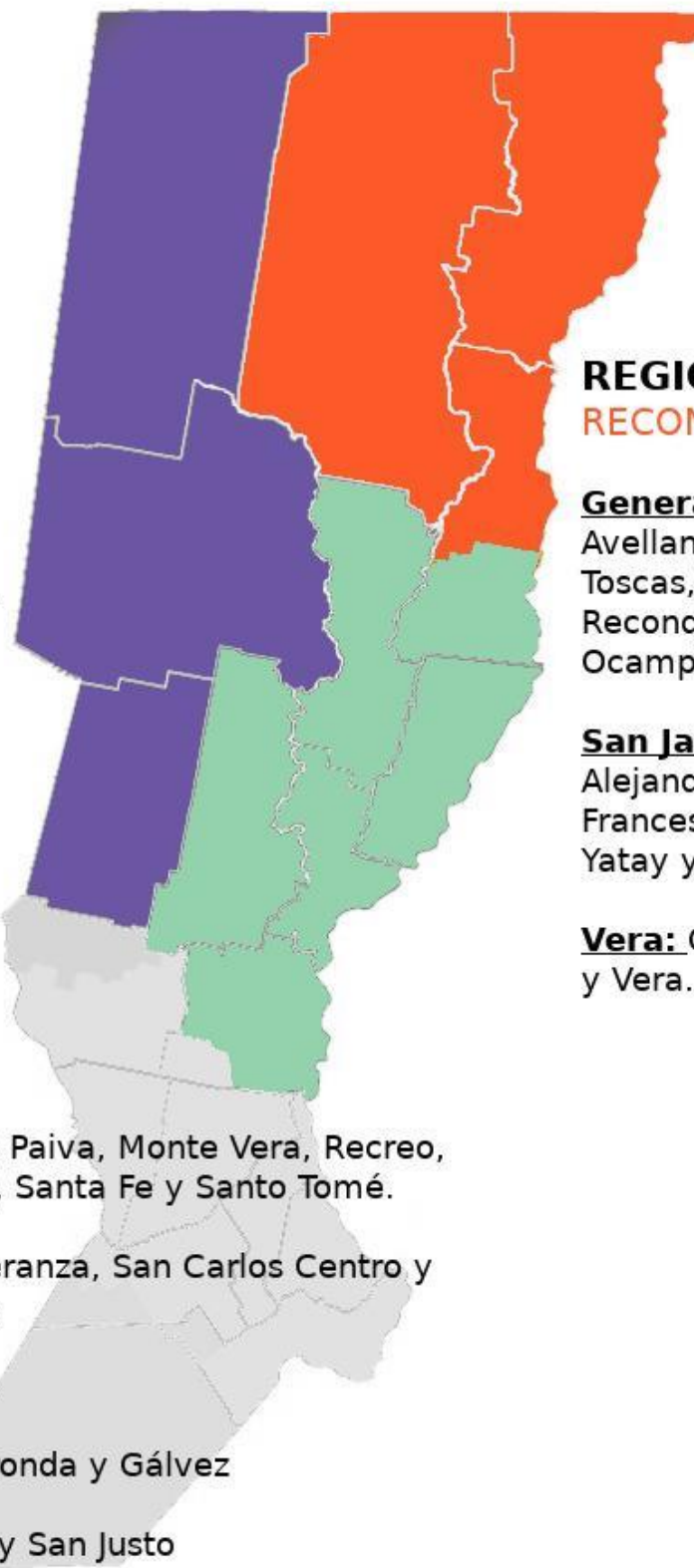
#### General Obligado:

Avellaneda, Las  
Toscas, Maklabrigo,  
Reconquista y Villa  
Ocampo.

#### San Javier:

Alejandra, Colonia  
Francesa y Colonia  
Yatay y San Javier.

Vera: Calchaquí  
y Vera.



En una segunda etapa, que se desarrolló durante los meses de julio y agosto del 2021, realizamos jornadas de formación virtuales junto a las organizaciones participantes. En dichos encuentros se revisaron las prácticas a relevar, junto a las personas que posteriormente realizaron las encuestas.

Durante la tercera etapa, que se extendió de agosto a noviembre, se diseñaron y produjeron materiales audiovisuales sobre esos mismos temas, para que las organizaciones puedan utilizar en territorio y difundir en redes sociales. Los videos fueron elaborados por actrices feministas de la ciudad de Santa Fe (grupo Mängätä). La difusión del material en redes fue coordinada por MultiPalabras.





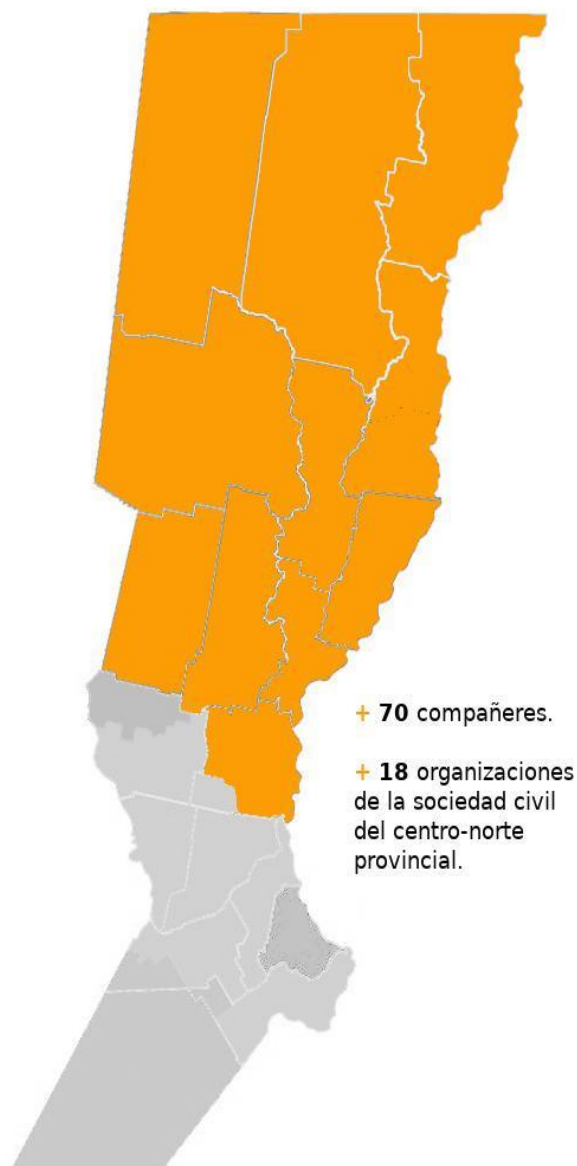




La cuarta etapa se extendió de octubre a enero, y consistió en la implementación de encuestas entre el personal de diversos efectores públicos -centros de salud y hospitales- y usuarias de los mismos.

El proyecto fue financiado mayoritariamente por Fondo de Mujeres del Sur, organización de la que somos co-parte desde hace tres años. Para la realización del mismo se contó con la autorización del Ministerio de Salud de la Provincia.

#### **MONITOREO SOCIAL SANTAFESINO DE ACCESO A LOS CUIDADOS EN SALUD SEXUAL**



# RELEVAMIENTO REALIZADO ENTRE USUARIAS

## 1. Aspectos metodológicos

En el marco del Monitoreo social santafesino de acceso a los cuidados en Salud Sexual se realizaron 712 encuestas a **usuarias** del sistema público de salud. Se encuestó a cinco usuarias por efector.

El sondeo se llevó a cabo en 11 departamentos del centro norte provincial: General Obligado, San Javier, Vera, Castellanos, 9 de Julio, San Cristóbal, Garay, La Capital, Las Colonias, San Javier, San Jerónimo y San Justo.

La información se recabó mediante encuestas estructuradas y anónimas realizadas en las salas de espera de los efectores públicos de salud, entre octubre de 2021 y enero de 2022. La tarea fue desarrollada por militantes de organizaciones feministas de las localidades donde se hizo el relevamiento. Para esto se pidió y se obtuvo autorización del Ministerio de Salud de la provincia.

## 2. Resultados

A continuación damos a conocer los resultados sobre el perfil de las usuarias que respondieron las encuestas, su vínculo con el efector de salud donde fueron encuestadas, el uso de métodos anticonceptivos, el acceso al misoprostol, y la información que poseen sobre las interrupciones voluntarias del embarazo (IVE/ILE) y sobre la Línea 0800 Salud Sexual del Ministerio de Salud de la Nación (0800 222 3 444).

En este informe preliminar del relevamiento realizado entre usuarias, los resultados se muestran para el global provincial, sin desagregar los datos por región.

### 2.1. Características de las usuarias

#### 2.1.1. Edad

Las edades de las encuestadas oscilaron entre 14 y 45 años. Los porcentajes se distribuyen de la siguiente manera:

- De 20 a 24 años: 19,9 %
- De 25 a 29 años: 19,4 %
- De 30 a 34 años: 16,2 %
- De 15 a 19 años: 14,2%
- De 35 a 39 años: 13,6 %

### 2.1.2. Datos socioeconómicos

En cuanto a datos socioeconómicos exponemos las variables: cantidad de hijas e hijos, nivel educativo alcanzado y trabajo remunerado.

#### - Cantidad de hijas e hijos

El 23,7 % de las encuestadas no tiene hijos o hijas. El 76,3% que sí, tiene entre 1 y 3 niños o niñas.

#### -Nivel educativo

Si se tiene en cuenta la edad de las personas encuestadas, resultan significativos los datos relativos al nivel educativo. En cuanto a la educación primaria: el 14% tiene ese nivel completo y el 4,5% no lo completó. Respecto al nivel secundario, el 36,4% no lo completó y el 31,3 % sí lo hizo. Por otro lado, hay un 4,2% que cuenta con un nivel universitario completo y un 9,6% incompleto. Es decir, solo el 45,1% de las usuarias que participaron del monitoreo completó la educación obligatoria.

#### - Trabajo remunerado

En relación al trabajo remunerado<sup>1</sup> se observa que el 58,7% no lo posee y un 41,3 % sí tiene empleo formal. Del porcentaje que no tiene trabajo remunerado, el 45% no terminó el nivel secundario.

## 2. 2. Vínculo de las usuarias con el efector de salud

### **Preguntas:**

***¿Venís con frecuencia a esta institución?***

***¿Sos atendida por el/la mismo/a profesional?***

El 64,2% de las participantes del monitoreo asisten frecuentemente al centro de salud donde fueron encuestadas. El 19,9% solo lo hace en casos de emergencia. El 15,2% concurre ocasionalmente. De quienes informaron asistir frecuentemente (64,2%), el 69% afirma ser atendida por el /la mismo/a profesional. Analizamos que esto posibilita una mayor confianza en el vínculo que se establece en la relación entre profesional de la salud y usuaria, lo que propicia un mejor conocimiento de la propia historia clínica y de procesos de salud y enfermedad.

---

<sup>1</sup> Dentro de la variable "trabajo remunerado" no se consideran las tareas de cuidado que se realizan en el ámbito doméstico y comunitario, para las cuales no hay reconocimiento salarial.

### 2.3. Acceso a los métodos anticonceptivos

#### **Preguntas:**

***¿Te asesoraron en esta institución, sobre los métodos anticonceptivos que existen?***

***¿Usás actualmente algún método anticonceptivo?***

Acerca del asesoramiento en métodos anticonceptivos (Ley Provincial N° 11.888, sancionada en 2001): el 81,3% informó que sí fue asesorada y -es significativo- el 18,7% afirmó no haber recibido asesoramiento en el centro de salud.

Ante estos porcentajes, se cruzaron los datos de las usuarias que van frecuentemente al centro de salud. De esto resulta que: el 85,7% fue asesorada pero un 14,3% no lo fue. Frente a estos datos proponemos como hipótesis, para futuras indagaciones, que podrían existir ciertos preconceptos por parte de las y los profesionales acerca de la información que tienen y/o necesitan las usuarias.

Nuevamente pensamos en la interseccionalidad<sup>2</sup> -es decir, el cruce del nivel socioeconómico, la edad, la etnia, el género- y en el poder simbólico que se pone en juego en la relación profesional-usuaria. Se hace necesario un trabajo de las y los profesionales respecto al derecho a la información de manera accesible para todas y todes, teniendo en cuenta las particularidades de cada efector público y las comunidades donde están emplazados.

Respecto al uso de métodos anticonceptivos, al momento de realizar la encuesta el 85,3% afirmó utilizarlos y el 14,7% no usa ninguno. Sería importante indagar el motivo de la no utilización de estos métodos. Entre los más utilizados se registran: anticonceptivos orales (pastillas) 35,2 %, inyectables mensuales 12,5%, ligadura de trompas 11%, chips 9,7% , dispositivos intrauterinos (DIU) 3,4%, preservativos 4,8% y -en porcentajes menores- se usan métodos combinados.

Estos porcentajes dan cuenta de que la responsabilidad en el cuidado de la salud sexual recae fundamentalmente en las mujeres y, por otra parte, preocupa el escaso uso de preservativos ya que daría cuenta del precario cuidado respecto a enfermedades de transmisión sexual.

---

<sup>2</sup> La *interseccionalidad* es un enfoque que subraya que la necesidad de interrelacionar categorías como el sexo, el género, la etnia, la clase, la orientación sexual, entre otras, para analizar situaciones de opresión y/o de privilegios.

### 2.3.1 Acceso a los métodos anticonceptivos en pandemia

#### Preguntas:

***Durante el último año: ¿Has tenido problemas para que te entreguen el método elegido?***

***¿Tuviste que cambiar el método anticonceptivo debido a esos problemas?***

***¿Estás conforme con el método elegido?***

Los datos muestran que, en el último año, no se registraron dificultades en la entrega del método elegido en el 81,5 % de los casos. Es decir, sólo el 12,5% informaron dificultades en el contexto de la pandemia de Covid 19.

Ante la pregunta sobre si las usuarias cambiaron de método, el 21,2% respondió que sí y que no tuvo inconvenientes en la provisión del mismo. De estos datos del monitoreo se desprende la conclusión de que se pudo garantizar el acceso a la anticoncepción durante la pandemia.

### 2.4. Acceso a la IVE/ILE

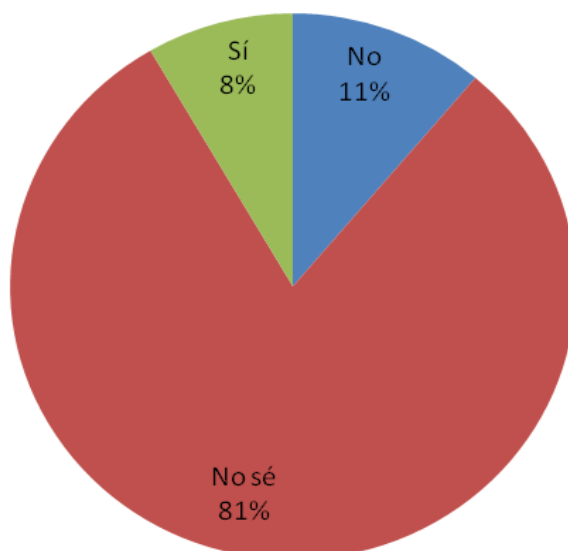
#### Preguntas:

***En esta institución: se entrega la medicación para hacerse abortos legales?***

***¿Hay algún Centro de Salud u hospital cercano donde hagan abortos legales?***

En cuanto a la entrega de medicación (misoprostol) para interrupciones voluntarias del embarazo (incluyendo las interrupciones por causal salud y violación), el 81% no dispone de esa información; el 11% informa que no se entrega y solo el 8% afirma que sí se entrega.

### IVE/ILE farmacológica en esta institución

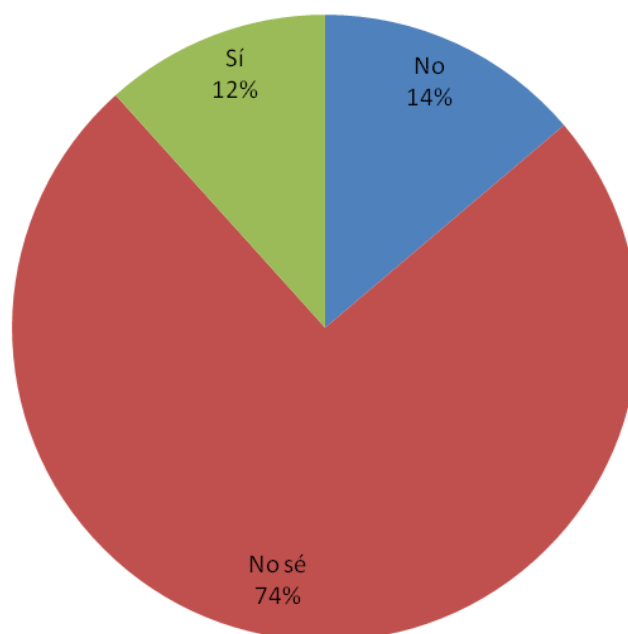




En cuanto a otros efectores, el 74% no sabe si hay algún centro de salud u hospital cercano que realice abortos, y el 14% afirma directamente que no los hay. El 12% sí conoce otro efector donde se realiza la práctica.

Teniendo en cuenta ambas preguntas, podemos inferir que sólo una de cada diez mujeres que residen en el centro-norte provincial está en condiciones de acceder a una IVE/ILE ya que conoce fehacientemente dónde solicitarla.

### Conoce si se realiza IVE/ILE en otro efector



## 2.5. Acceso a la información dentro del sistema de salud

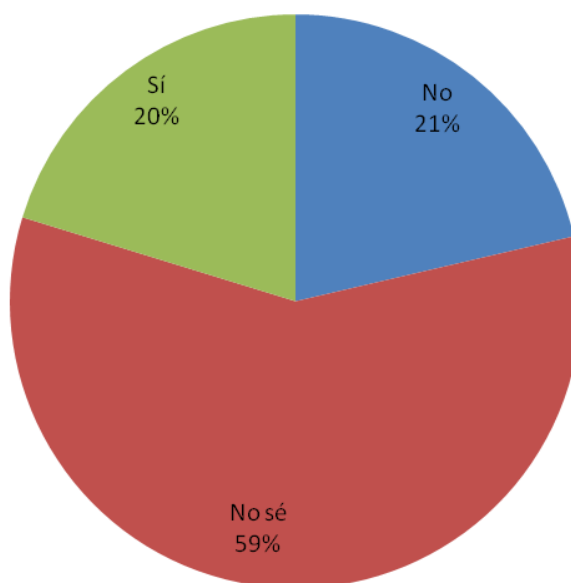
### 2.5.1. Información sobre IVE/ILE

**Pregunta:** *En cuanto al aborto legal: ¿se da información en este Centro de Salud/Hospital?*

Frente a la pregunta sobre si se brindó información acerca de la interrupción voluntaria del embarazo (Ley Nacional 27.610) en el efector, el 20% respondió afirmativamente. El 21% refiere que no se ofrece información, y el 59% no lo sabe.

Los datos dejan visible la falta de información respecto a la Ley Nacional 27.610 de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. Abogamos por el diseño de una política pública que garantice la información en los efectores y campañas comunicacionales masivas sobre esta ley, plazos, condiciones y garantías, porque -según evidencia este estudio- si las personas gestantes requieren la práctica no saben adónde dirigirse.

### Información sobre IVE/ILE en este efector

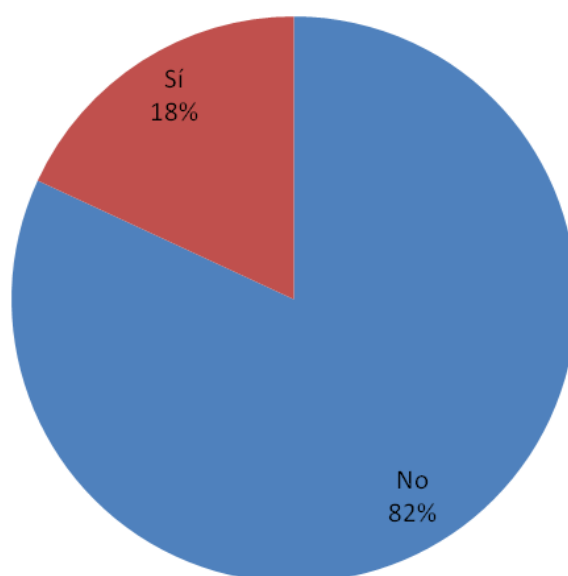


#### 2.5.2. Información sobre la línea telefónica de atención gratuita en salud sexual

**Pregunta: ¿Conocés el 0800 de Salud Sexual (0800-222-3444)?**

Respecto a la línea de atención gratuita en salud sexual del Ministerio de Salud de la Nación (0800-222-3444), herramienta telefónica de consultas sobre salud sexual y de reclamo cuando no se garantizan los derechos sexuales, el 81,3% de las usuarias encuestadas en el marco del presente monitoreo la desconoce y sólo el 18,7% afirmó conocerla, en términos generales.

## Conoce la Línea 0800 Salud Sexual



### **3. Conclusiones**

La información relevada da cuenta de las particularidades de cada territorio, donde en líneas generales comprobamos que las usuarias de los efectores del centro norte tienen dificultades para acceder a la información sobre las prácticas que ofrece el sistema público de salud.

Sabemos que no es legal invocar la objeción de conciencia contra el derecho a la información, y que el acceso a esta se relaciona directamente con las posibilidades de ejercer el derecho a la salud. Por estos motivos, consideramos imprescindible arbitrar los medios para que los efectores asesoren activamente sobre las prácticas existentes en materia de cuidados de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

Sería muy positiva la implementación de consejerías, espacios fácilmente identificables donde las usuarias puedan acceder a información gratuita y de calidad, como así también a las prácticas contempladas en el marco legal vigente.

Consideramos que apropiarnos de un derecho lleva un proceso en el tiempo, pero es el Estado el responsable de garantizar el mismo, tanto a nivel de su implementación, como de su difusión. Sabemos que la sola información no alcanza. Pero sería el primer paso para la toma de conciencia de un derecho conquistado,

Concluimos señalando que no se reclama aquello que se desconoce.

**No se reclaman los derechos que se desconocen.**

## RELEVAMIENTO REALIZADO EN EFECTORES

En el marco del Monitoreo social santafesino de acceso a los cuidados en Salud Sexual se relevaron 164 efectores (centros de salud y hospitales) del sistema público de salud. Estos corresponden a 11 departamentos del centro-norte provincial: General Obligado, San Javier, Vera, Castellanos, 9 de Julio, San Cristóbal, Garay, La Capital, Las Colonias, San Javier, San Jerónimo y San Justo.

### 1. Aspectos metodológicos

El instrumento para la recolección de la información fue una encuesta estructurada aplicada por encuestadoras pertenecientes en su gran mayoría a las organizaciones feministas que participaron de los encuentros. Dichas encuestas se realizaron de manera anónima a profesionales de la salud del ámbito de enfermería, trabajo social o agente comunitaria, a razón de una persona por efector.

Las encuestas contenían 48 preguntas donde se indagaba acerca de:

1. Suministro de Métodos Anticonceptivos (MAC) según la Ley Provincial N° 11.888
  - Características de la provisión de: implantes subdérmicos (“chip”); dispositivos intrauterinos con cobre y con levonorgestrel (DIU/SIU); anticonceptivos orales combinados; anticoncepción de emergencia; inyectables mensuales y trimestrales; preservativos, ligaduras de trompas (lisis tubaria), vasectomía.
  - Dificultades para la provisión de estos insumos/prácticas en el último año (2020/2021)
  - Ámbitos de referencia ante la carencia del insumo o no realización de la práctica.
2. Interrupción Voluntaria y Legal del Embarazo (IVE/ILE)
  - Provisión de misoprostol para procedimientos ante gestaciones del primer trimestre.
  - Características de la atención de las solicitudes de IVE y dificultades para llevar a cabo la práctica.
  - Ámbitos de referencia ante la carencia del Misoprostol.
  - En hospitales y efectores de segundo y tercer nivel de atención:
    - Provisión de IVE/ILE ante gestaciones de segundo trimestre
    - Técnicas utilizadas para realizar la práctica
    - Ámbitos de referencia en el caso de no realización de la práctica



### 3. Tratamientos de hormonización de personas trans para la adecuación corporal a la identidad de género autopercebida

- Características de la provisión del insumo.
- Dificultades para la provisión en el último año (2020/ 2021)
- Ámbitos de referencia ante la carencia del insumo o no realización de la práctica.

Para confeccionar este informe preliminar se seleccionaron los datos correspondientes a las siguientes prácticas: anticoncepción de larga duración, reversible (implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos con y sin levonorgestrel) e irreversible (lisis tubaria y vasectomía); IVE/ILE; y tratamientos de hormonización de personas trans para la readecuación corporal al género autopercebido. Dichas prácticas requieren de un entrenamiento profesional específico ya sea por sus características o su reciente implementación, por lo cual muchas veces su provisión queda supeditada a la experiencia y/o al posicionamiento ideológico profesional.

La información se presenta en porcentajes de respuestas positivas, negativas, o nulas (NS/NC). Los datos se muestran para cada una de las tres regiones mencionadas inicialmente (A, B, y C), desagregados en:

- totales de esa región;
- subtotal correspondiente al área más densamente poblada: Gran Santa Fe en la región C, ciudad cabecera en las regiones A (Reconquista) y B (Rafaela) ;
- subtotal correspondiente al conjunto de las otras localidades de cada región.

Posteriormente se discuten algunos aspectos de la información relevada.

En un segundo informe, cuyo desarrollo se encuentra en proceso, se realizará la presentación y análisis de los datos restantes.

## 2. Resultados

### 2.1. Anticoncepción reversible de larga duración

#### 2.1.1 Anticoncepción subdérmica (Chip/Implantes)

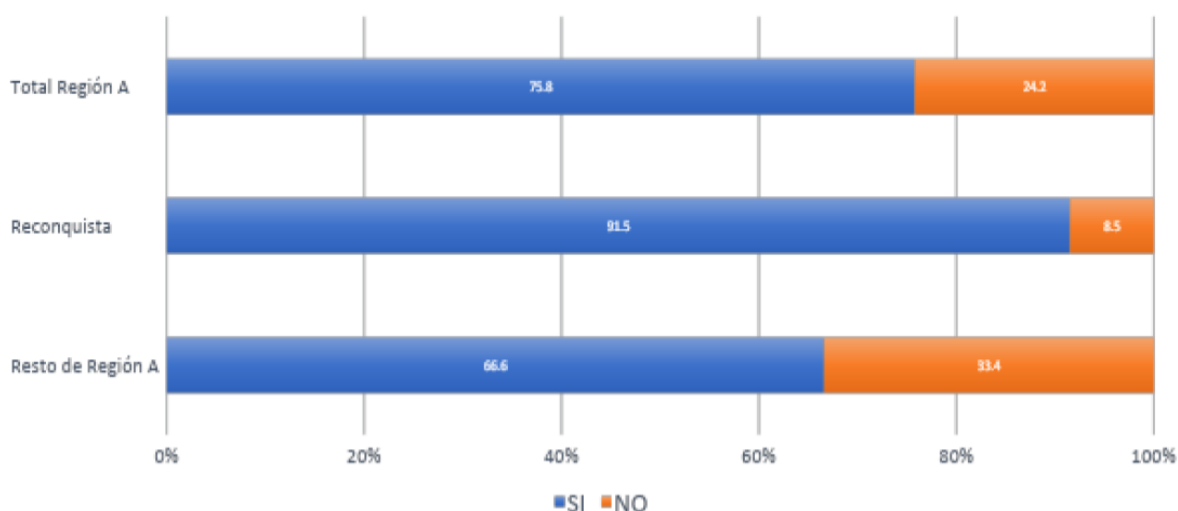
**Pregunta: Actualmente: ¿Se colocan implantes/chip en este efector?**

#### Región A

El 75,8 % de las personas entrevistadas refiere que en ese efector se colocan implantes subdérmicos; ascendiendo este porcentaje al 91,5 % en la ciudad de Reconquista.

No los colocan el 24,2 % de los efectores de la región, descendiendo al 8,5% en la ciudad de Reconquista.

### Chip/Implantes



#### Región B

En el 81,3 % de los efectores relevados se coloca este método. En la ciudad de Rafaela, esto ocurre en el 100% de los efectores.

No colocan anticoncepción subdérmica el 18,7 % de los efectores de la región.

## Chip/Implantes



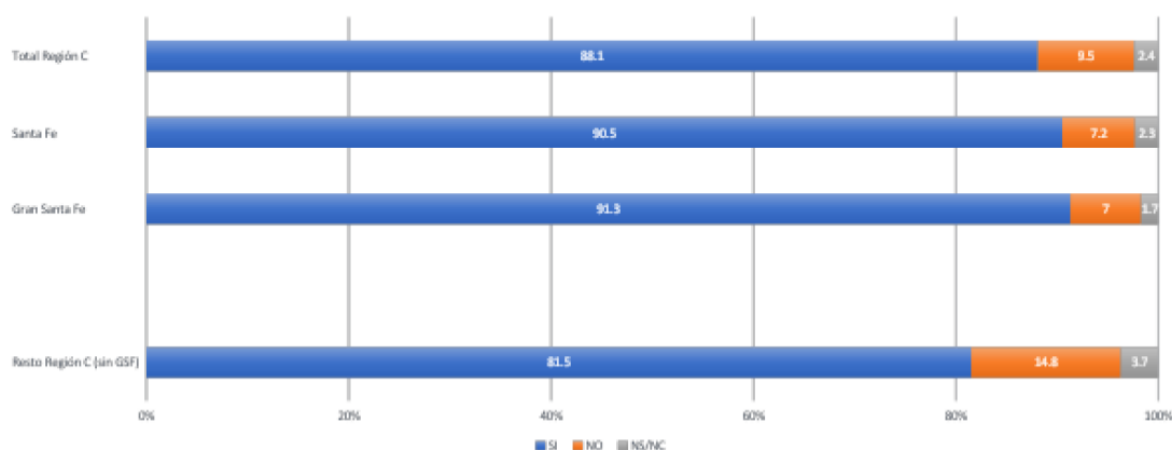
### Región C

El 88,1% de los efectores colocan anticoncepción subdérmica, ascendiendo al 90,5% en el Gran Santa Fe

No colocan: el 9,5 %, descendiendo el 7 % en el Gran Santa Fe

No sabe/no contesta 2,4 %.

## Chip/Implantes



2.1.2. Dispositivos intrauterinos: DIU (T de cobre/ multiload) y SIU (sistema intrauterino con liberación de levonorgestrel)

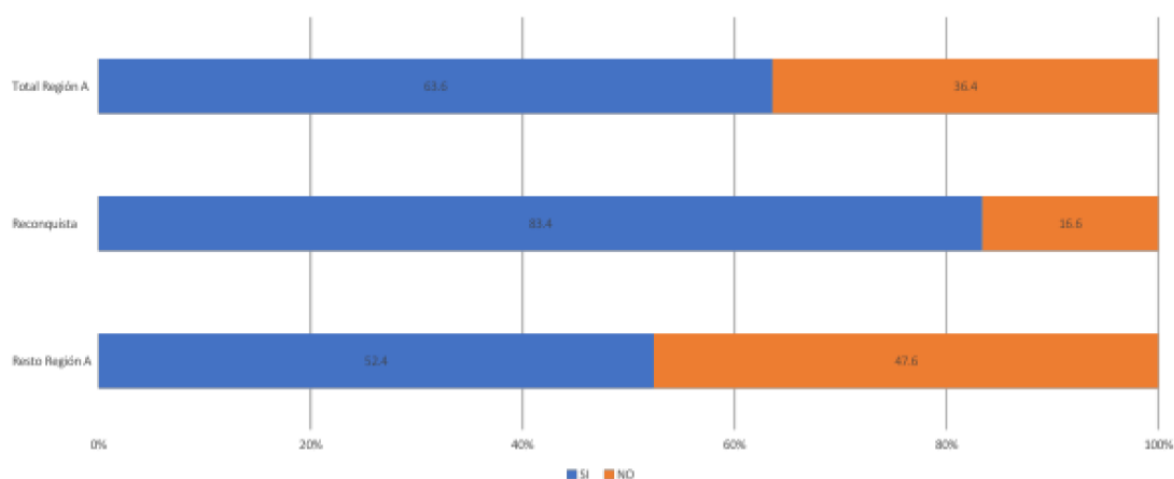
**Pregunta: Actualmente: ¿se colocan DIU/SIU en este efector?**

### Región A

En esta región, el 63,6% de las personas respondió que en ese efector se coloca el método, ascendiendo al 83,4 en la ciudad de Reconquista

No coloca 36,4%, siendo el 16,6% en la ciudad de Reconquista.

## DIU/SIU



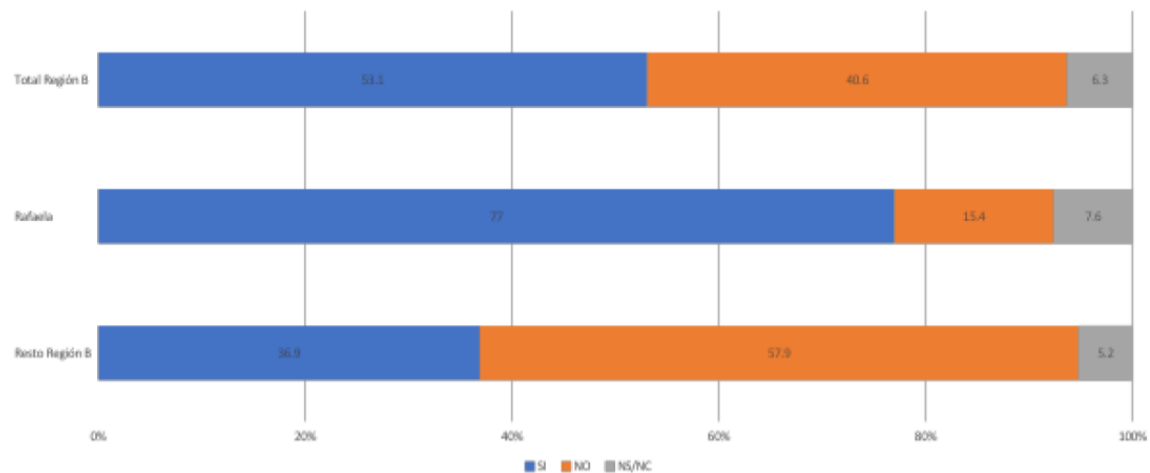
### Región B

En el 53,1% de los efectores se coloca SIU/DIU, ascendiendo este porcentaje al 77% en la ciudad de Rafaela

No los colocan el 40,6, descendiendo al 15,4% en la ciudad de Rafaela

No sabe/no contesta el 6,3 %, esa cifra sube al 7,6% en la ciudad de Rafaela

## DIU/SIU



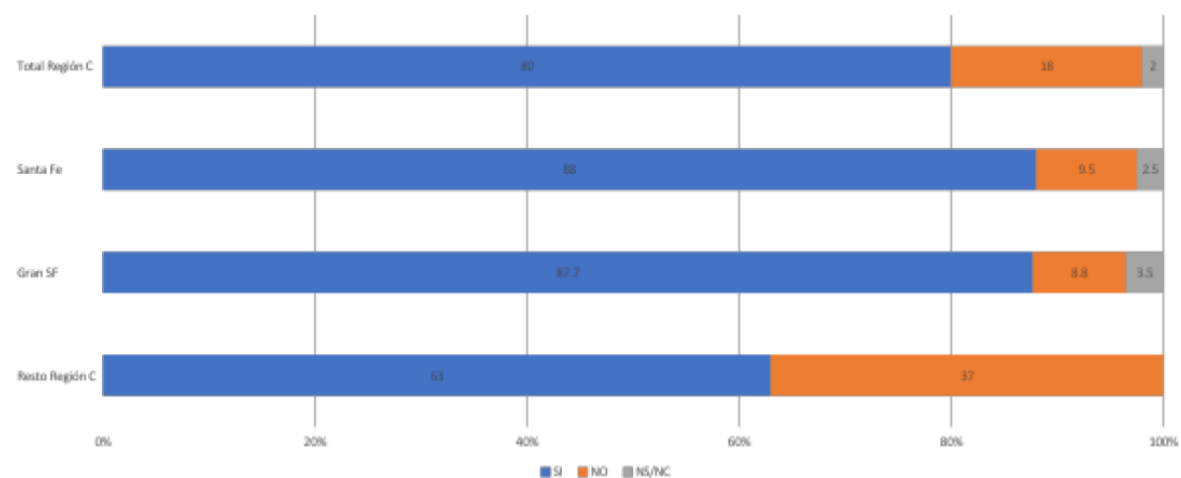
### Región C

En Santa Fe el 80% de los efectores realiza la práctica, siendo mayor el porcentaje en el Gran Santa Fe (88%)

No los colocan el 18 %, ese porcentaje descende al 9,5% en el gran Santa Fe.

No sabe/no contesta 2 %, asciende al 2,5 % en el Gran Santa Fe.-

## DIU/SIU





## 2.2. Métodos quirúrgicos

### 2.2.1. Lisis tubaria (ligadura de trompas)

**Pregunta:** *Actualmente: ¿Se indica (centro de salud) / realiza (hospital) ligadura de trompas?*

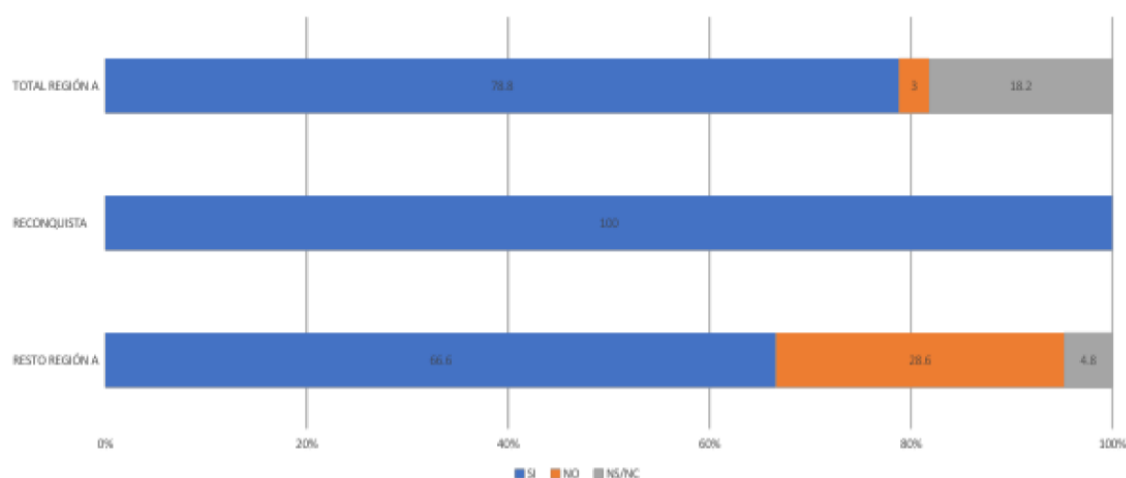
#### Región A

En el 78,8 % de los efectores se realiza la práctica -o se referencia para su concreción en otro nivel de atención-; esto ocurre en el 100% de los casos de la ciudad de Reconquista

No proveen la práctica (ni referencian) el 3%.

No sabe/no contesta 18,2%

## LIGADURA DE TROMPAS



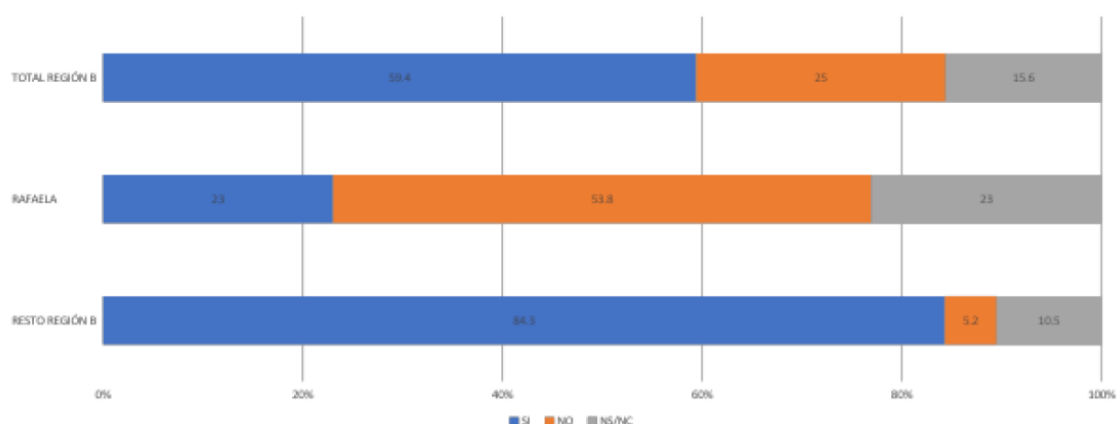
#### Región B

El 59,4 % de los efectores de la región realiza lisis tubaria o referencia para su realización en otro nivel, descendiendo al 23% en la ciudad de Rafaela

No las realizan o referencian, el 25 %; este porcentaje asciende al 53,8 % en la ciudad de Rafaela

No sabe/no contesta el 15,6% (23 % en la ciudad de Rafaela).

## LIGADURA DE TROMPAS



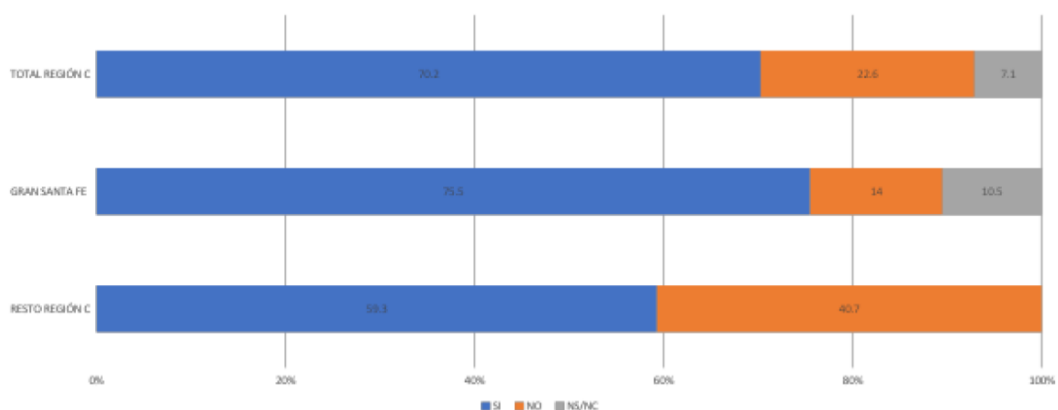
### Región C

De acuerdo a nuestras/os entrevistadas/os, el 70,2 % de efectores de la región realiza lisis tubaria o referencia a otro nivel, ascendiendo este porcentaje al 75,5 % en Gran Santa Fe.

No las realizan en el 22,6 % de efectores de la región; entre los del gran Santa Fe, esto se da en el 14 % de los casos.

No sabe/no contesta 7,1%, ascendiendo este porcentaje al 10,5% en el Gran Santa Fe.

## LIGADURA DE TROMPAS



### 2.2.2. Vasectomía

#### **Pregunta: Actualmente: ¿se indica vasectomía en este efector?**

En este punto se indagó solamente la indicación de la práctica; en el ítem siguiente se consultó específicamente sobre su realización ya que nos interesaba identificar aquellos efectores en que esta efectivamente se provee.

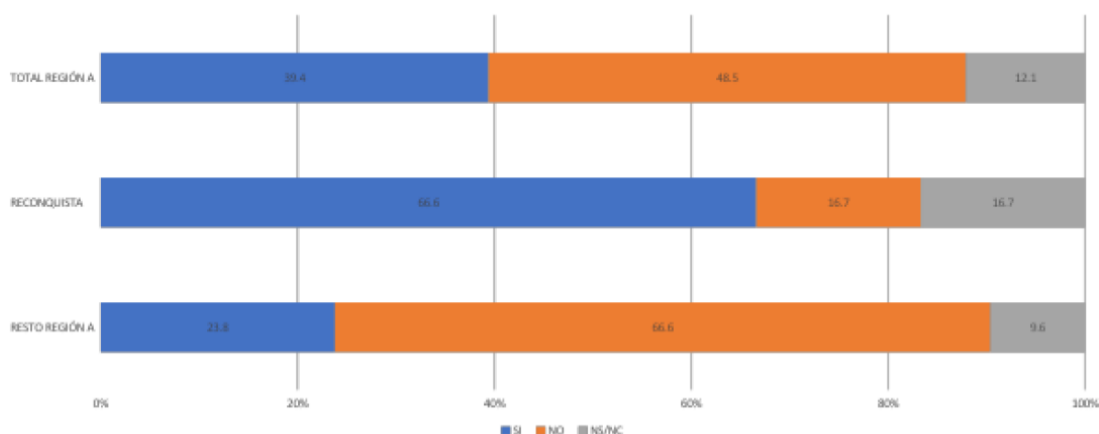
#### **Región A**

En el 39,4% de los efectores de la región se indican vasectomías, ascendiendo al 66,6% en la ciudad de Reconquista.

No indica el 48,5%, descendiendo al 16,7% en la ciudad de Reconquista

No sabe/no contesta 12,1 %, ascendiendo a 16,7% en la ciudad de Reconquista

## VASECTOMÍA



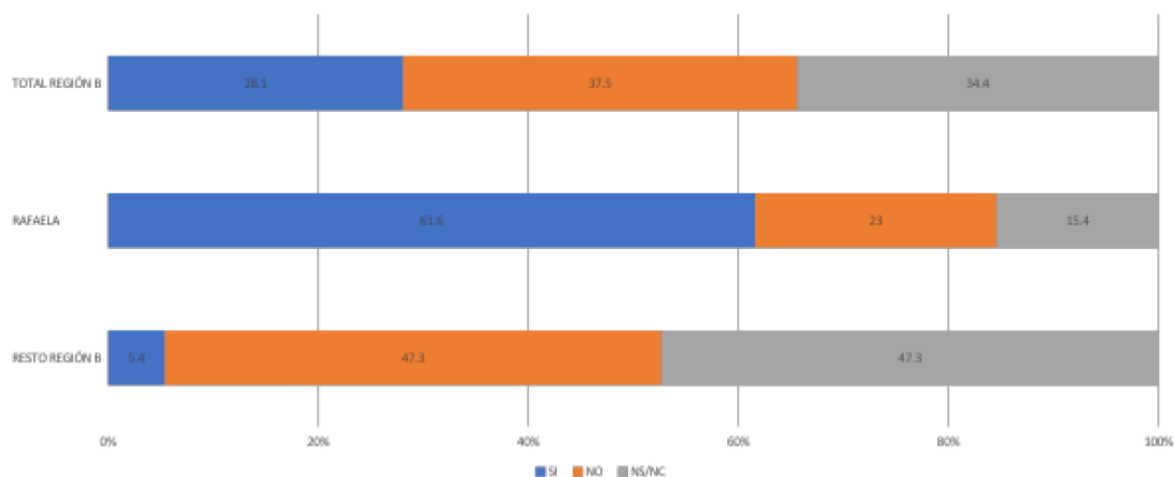
#### **Región B**

De acuerdo a las personas entrevistadas, el 28,1 % de los efectores indican vasectomías en esta región; ascendiendo al 61,6 % en Rafaela

No indica 37,5 % descendiendo al 23 % en la ciudad de Rafaela

No sabe/no contesta el 34,4% (15,4% en la ciudad de Rafaela).

# VASECTOMÍA



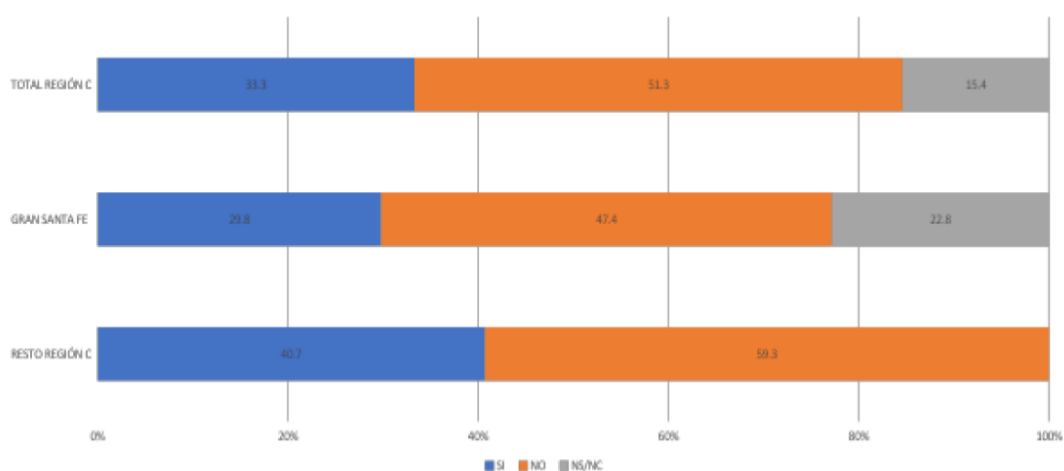
## Región C

Se indican vasectomías en el 33,3 % descendiendo este porcentaje al 29,8 % en el Gran Santa Fe.

No indica el 51,3 % descendiendo al 47,4 % en el Gran Santa Fe

No sabe/no contesta 15,4 % elevándose al 22,8 % en Gran Santa Fe

# VASECTOMÍA



## 2.3. Interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE)

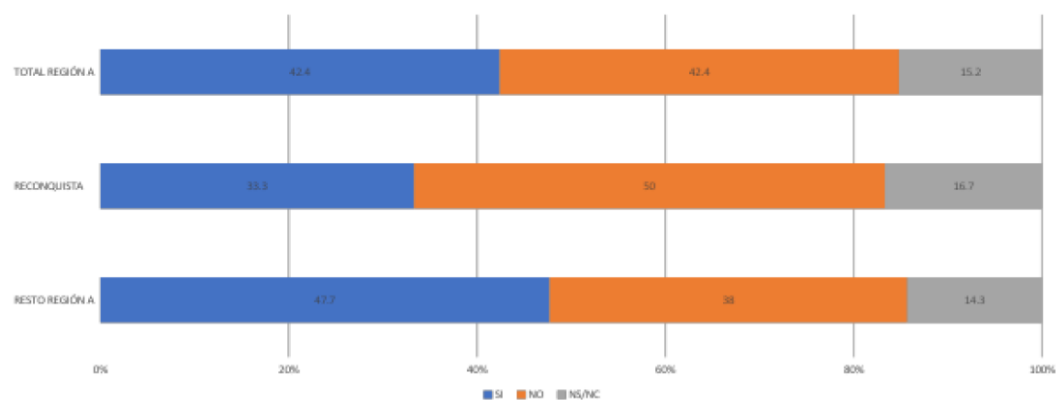
### 2.3.1. Provisión de misoprostol para IVE del primer trimestre

**Pregunta: Actualmente: ¿se provee misoprostol para IVE de primer trimestre en este efector?**

#### Región A

- Provee Misoprostol el 42,4% de los efectores de la región, pero en la ciudad de Reconquista este porcentaje baja al 33,3%.
- No provee Misoprostol el 42,4% de los efectores. En la ciudad de Reconquista asciende al 50%.
- No sabe/ no contesta un 15,2% (16,7% entre los efectores de la ciudad de Reconquista).

### IVE PRIMER TRIMESTRE

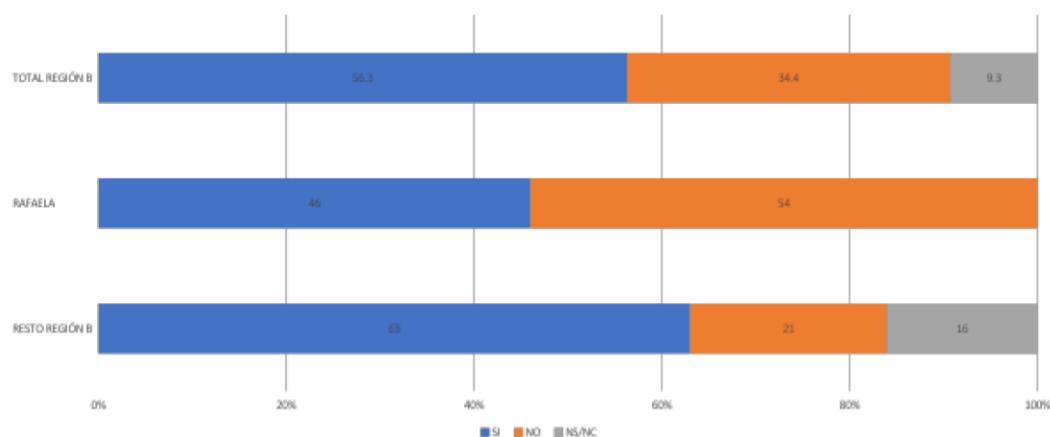


#### Región B

- Provee Misoprostol el 56,3 % bajando a la ciudad de Rafaela en el 46%
- No provee el 34,4 % asciende al 54% en a ciudad de Rafaela
- No sabe/no contesta 9,3%.



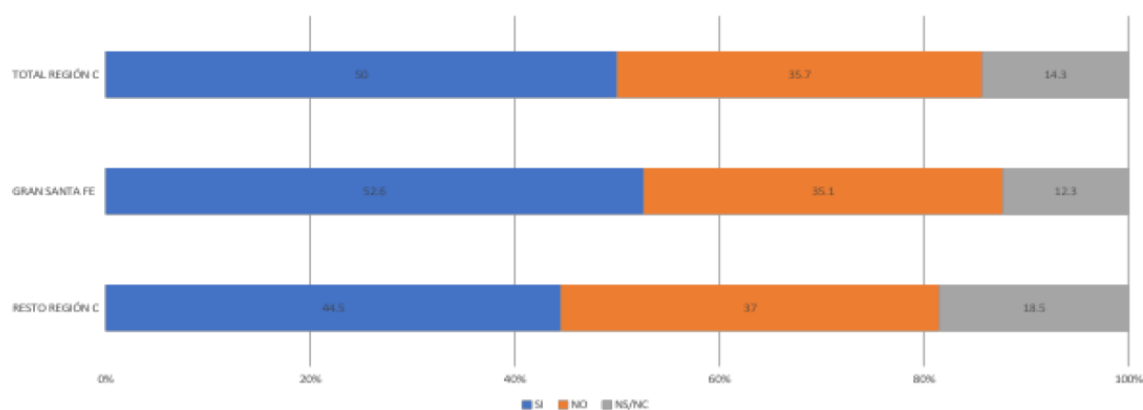
## IVE PRIMER TRIMESTRE



### Región C

- Provee Misoprostol el 50 % , elevándose al 52,6 % en el gran Santa Fe
- No provee misoprostol el 35,7%, desciende al 35,1% en Gran Santa Fe
- La opción no sabe/no contesta : 14,3 % , desciendo al 12,3% en el gran Santa Fe.

## IVE PRIMER TRIMESTRE



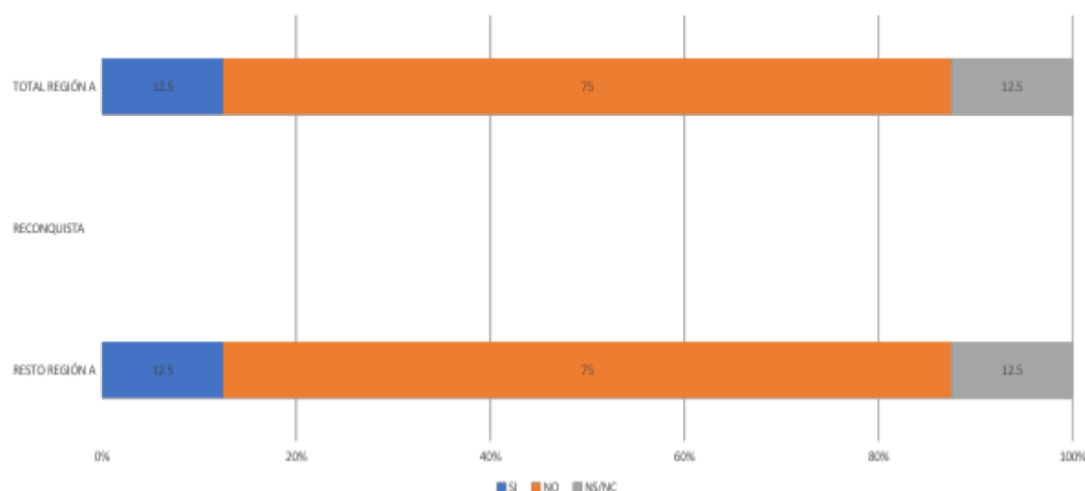
### 2.3.2. IVE/ILE en gestaciones de segundo trimestre

**Pregunta: SÓLO PARA HOSPITALES (2° y 3° nivel). Actualmente, ¿se realizan IVE/ILE de segundo trimestre (+ 12 semanas) en este hospital?**

#### Región A

Un 12% de profesionales afirma que se realiza ILE, no lo hace el 75% y 12,5% no sabe/no contesta. Vera tiene el único de los hospitales relevados de la región, que garantiza el derecho mencionado. No obtuvimos información del Hospital de Reconquista debido a que nadie recibió al encuestador quien en cuatro oportunidades se presentó en el horario acordado.

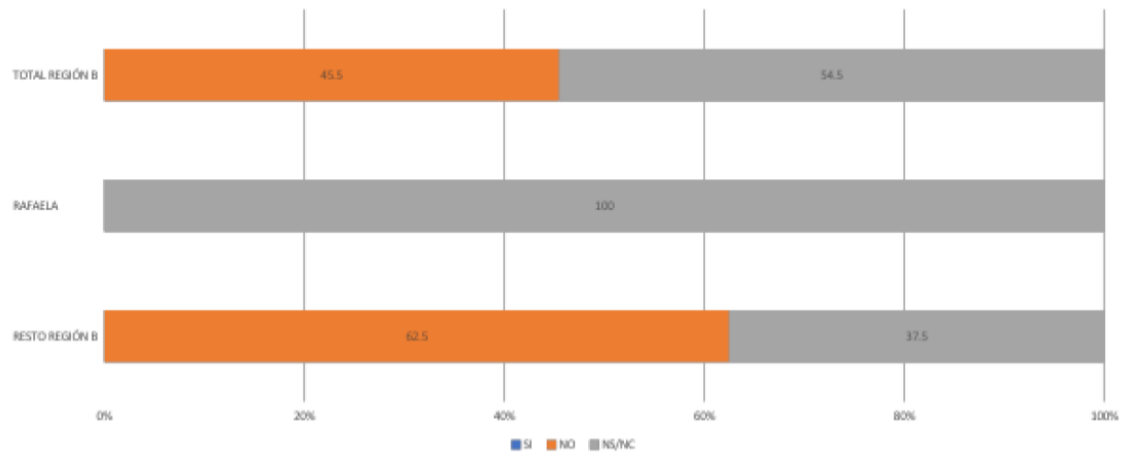
## ILE de SEGUNDO trimestre



#### Región B

Un 45 % de las personas encuestadas en los hospitales de esta región, responde que en ese efector no se realiza la práctica; 54,5% no sabe/ no contesta. No hubo respuestas respecto a la garantía del derecho.

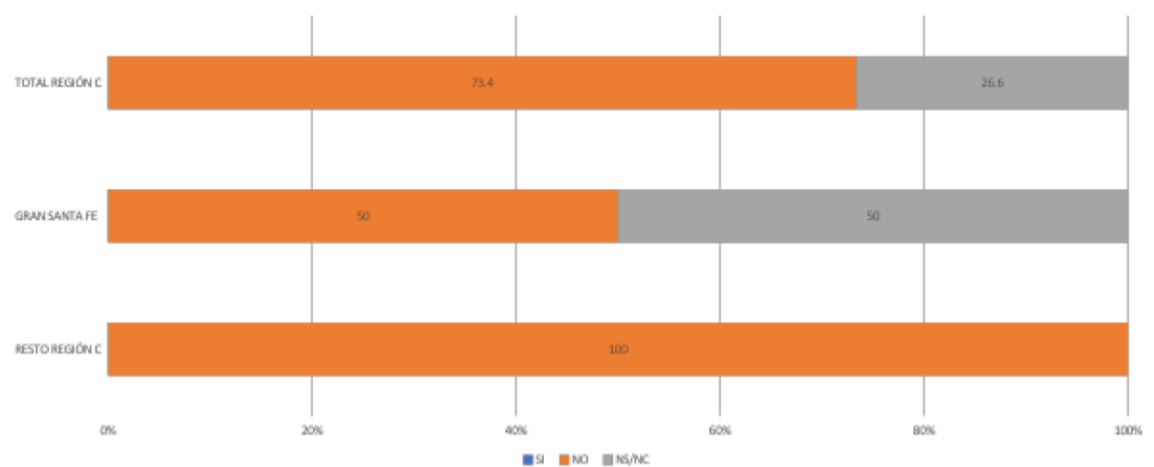
## ILE de SEGUNDO trimestre



### Región C

Un 73,4 % no garantiza la práctica, bajando al 50% en el Gran Santa Fe, y no sabe/no contesta un 26,6 % pero en el gran santa fe un 50% no sabe, no contesta. En ninguno de los efectores relevados en esta región se garantiza el efectivo acceso a la práctica.

## ILE de SEGUNDO trimestre



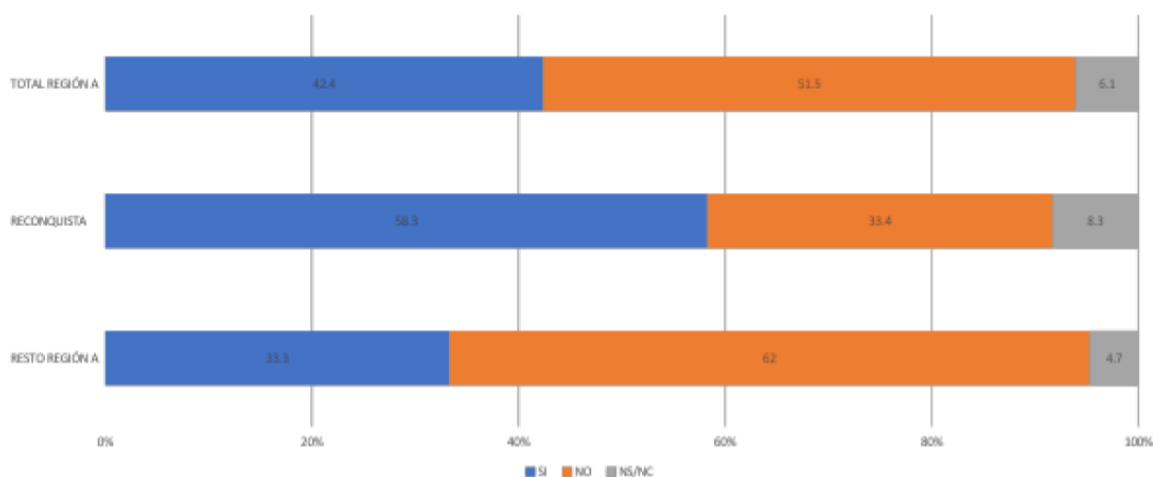
## 2.4. Tratamientos de hormonización a personas trans para adecuación corporal a la identidad de género autopercebida

**Pregunta: ¿Se proveen tratamientos de hormonización a personas trans en este efector?**

### Región A

- Se proveen en un 42,4%, ascendiendo a 58,3 % en la ciudad de Reconquista
- No se proveen 51,5%, desciende a 33,4% en la ciudad de Reconquista
- No sabe/no contesta 6,1%, ascendiendo a 8,3% en la ciudad de Reconquista

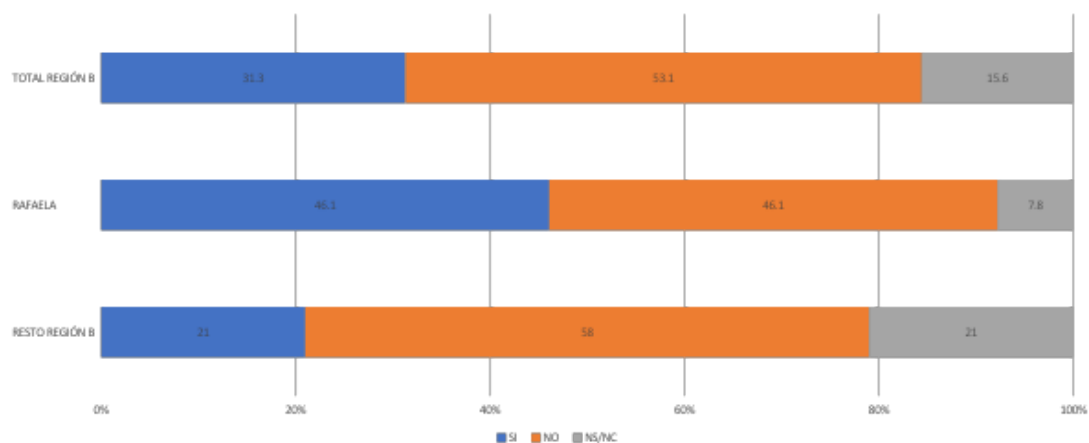
## HORMONIZACIÓN



### Región B

- Se proveen en un 31,3% ascendiendo al 46,1% en la ciudad de Rafaela
- No proveen el 53,1% descendiendo al 46,1% en la ciudad de Rafaela
- No sabe/no contesta 15,6% descendiendo al 7,8% en la ciudad cabecera

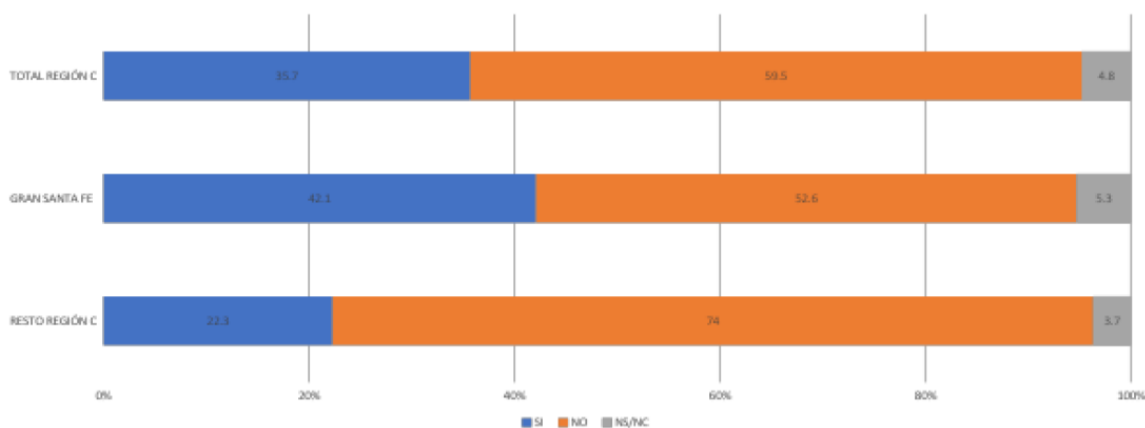
# HORMONIZACIÓN



## Región C

- Se proveen en un 35,7% ascendiendo al 42,1% en el gran Santa Fe
- No proveen el 59,5% descendiendo a 52,6% en el gran Santa Fe
- No sabe/no contesta 4,8% ascendiendo al 5,3% en el gran Santa Fe

# HORMONIZACIÓN



En la página web de la Provincia se ofrece un listado de efectores, del cual no se informa fecha alguna de actualización:

<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/264386/1385275/file/Listado%20de%20Centros%20de%20Salud%20-%20Referentes%20para%20Hominizaci%C3%B3n.pdf>

## **Análisis global de la presentación**

A continuación revisaremos ciertos aspectos metodológicos posiblemente vinculados con sesgos en los datos recabados, lo cual nos permitirá tener una mirada más objetiva de la información. Posteriormente discutiremos algunos de los datos arrojados por este relevamiento.

En cuanto a los efectores, nos interesaba saber qué información podría ofrecerse en estos a una hipotética usuaria que solicitara la provisión de alguna de las prácticas relevadas. Recordemos aquí que los objetivos del relevamiento iban más allá de indagar la efectiva realización o disponibilidad de las prácticas en salud sexual –que, por otra parte, puede conocerse a partir de los datos volcados en los sistemas informáticos provinciales. Como mencionamos anteriormente en relación a las usuarias, estamos convencidas de que un derecho que no se da a conocer, no puede ser ejercido. Por eso queríamos saber si quienes consultan tienen posibilidades de ser asesoradas de manera rápida, precisa, y oportuna, ya que muchas veces las personas no vuelven ante una respuesta nula o evasiva por parte de quien representa un primer contacto con el sistema de salud.

Partimos además del supuesto de que es el personal de enfermería quien suele tener más contacto con la población, realiza mayor cantidad de tareas, maneja más información, y tiene una pertenencia mayor al efector. Por ese motivo, fueron ellas/ellos las/los profesionales seleccionados para ser encuestadas en primer lugar -y en caso de no estar disponibles, trabajo social o agente comunitario/a, u otra profesión.

El hecho de seleccionar una sola persona por efector y lo específico de esta selección, implica, sin embargo asumir algunos sesgos debidos a la posible falta de información de la encuestada/o y la limitada representatividad del plantel de ese efector. En el caso de los hospitales, donde las áreas trabajan usualmente de manera más fragmentada y el personal suele ser más numeroso, es posible que esos sesgos hayan sido mayores ya que la información sobre prácticas resistidas o específicas suele circular de manera acotada. Sin embargo, debemos diferenciar esta distorsión de aquella generada por la evidente resistencia a brindar información, como ocurrió en el caso del Hospital de Reconquista.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, discutiremos a continuación algunos datos arrojados por el relevamiento.

En cuanto a la anticoncepción reversible de larga duración, es significativo que en las regiones A y B (con ciudades cabecera Reconquista y Rafaela), más de un tercio de los efectores no

garantizan la colocación de DIU/SIU (36,4 % y 40,6 respectivamente). Nos preguntamos si esta carencia se relaciona con la escasa demanda de estos métodos, la irregular provisión del insumo, o la ausencia de personal entrenado para colocarlo.

Recordemos que, si bien requieren de un entrenamiento específico en la inserción, estos dispositivos pueden ser colocados en centros de salud y efectores de bajo nivel de complejidad. Además, la experiencia de otros países nos demuestra que esta práctica puede –y debería- ser realizada por profesionales de la salud de diversas áreas –medicina, enfermería, obstetricia- y no sólo especialistas en gineco-obstetricia. Esto abre algunos interrogantes que pueden dar pautas para (re)pensar las políticas de salud en relación a la provisión de DIU/SIUS.

Más allá de asegurar la continuidad en la provisión del insumo –que tiene indicaciones precisas en el caso del SIU-, para garantizar su colocación oportuna es necesario que haya en los efectores (fundamentalmente, centros de salud) personal entrenado, y existan condiciones para realizar la práctica (disponibilidad de espacio e instrumental adecuados, agilidad de los circuitos para la esterilización del material, etc).

Nos preguntamos además si se informa activamente a las usuarias sobre la posibilidad de elegir este método, aunque no se coloque en ese efector. En este sentido es necesario relevar si existen circuitos formales de referencia, qué implica para las usuarias tener que realizarse la práctica en otro efector (por ejemplo, modificar su vida familiar y laboral para poder viajar a otra localidad, exponerse a maltrato por parte del personal del efector al que se referencia, etc). Si bien estos interrogantes exceden al presente trabajo, sería importante poder completar esta información con datos cualitativos que nos permitan conocer la experiencia de las usuarias.

En relación a la provisión de implantes subdérmicos (“chip”), este constituye el método más recientemente implementado en la canasta básica del sistema público. A diferencia de la colocación de DIU/SIU, la inserción del implante –si bien requiere entrenamiento - no necesita instrumental específico, lo cual facilita su colocación. También esta práctica –en teoría- podría ser realizada por personal no médico (enfermería, obstetricia). Por otra parte, si bien sus indicaciones eran bastante precisas inicialmente, hoy día se colocan de manera más frecuente y a pedido de la usuaria.

Al igual que en el caso de los dispositivos intrauterinos, la disponibilidad del método es diferente de acuerdo a la localidad donde se encuentre el efector: en las ciudades cabeceras y en la región central, el porcentaje de efectores que provee el método es mucho mayor que en las localidades más pequeñas, tendencia más marcada en el caso de la región B (Rafaela). En las

regiones A y B (Reconquista y Rafaela) uno de cada cinco efectores no lo provee. Este porcentaje es menor en la C (Santa Fe), donde sólo uno de cada diez efectores no coloca implantes.

Esto nos sugiere una pérdida de oportunidades para garantizar la anticoncepción de larga duración, sobre todo en poblaciones que pueden tener mayores dificultades para el acceso a las ciudades cabecera. Otra dificultad para las usuarias suele ser la ausencia de personal idóneo en el retiro del dispositivo, aspecto no indagado en esta encuesta y que sería necesario relevar en posteriores estudios.

En cuanto a la anticoncepción quirúrgica, al momento de revisar los datos es necesario tener en cuenta las diferencias técnicas entre la lisis tubaria (ligadura de trompas) y la vasectomía. La primera se realiza a través de una cirugía que requiere de condiciones propias de efectores de mayor complejidad. En cambio, la segunda es una intervención menor, que se hace de manera ambulatoria, no necesita internación, y puede ser realizada por un/a profesional entrenado, en un consultorio con las condiciones adecuadas.

En todas las regiones es evidente el sesgo de género a la hora de proveer anticoncepción quirúrgica. En las regiones A y C (Reconquista y Santa Fe), la vasectomía es indicada por la mitad de los efectores que indican/realizan lisis tubaria. Esta relación se invierte en la región B (Rafaela), donde es más fácil acceder a la indicación de una vasectomía que a una ligadura tubaria.

Es importante considerar que las encuestas fueron realizadas en un período problemático para un sistema de salud que aún intentaba superar la crisis por Covid-19 (2021). Crisis que implicó la reducción en la disponibilidad en el acceso a muchas prácticas, entre ellas las que requerían de una mayor complejidad. En este sentido, la oferta activa de vasectomía y la existencia de condiciones adecuadas para realizarla, hubiera representado una oportunidad para el involucramiento de esta población en las prácticas anticonceptivas.

En relación al acceso a IVE/ILE, recordemos que la práctica más difundida para la interrupción durante el primer trimestre es el tratamiento ambulatorio con misoprostol, cuya indicación y seguimiento puede realizarse en cualquiera de los niveles de atención. Este fármaco posibilita, además la interrupción en edades gestacionales más avanzadas (que se realiza en internación, en efectores de mayor complejidad) y la preparación del cuello uterino para la realización de aspiración manual endouterina (AMEU). Si bien el uso del medicamento es recomendado por la



OMS desde hace varias décadas, en la provincia de Santa Fe comenzó a ser provisto por el sistema público en el año 2013, y producido en el año 2018 a través del Laboratorio Industrial Farmacéutico (LIF).

Aún así, en todas las regiones nos encontramos con porcentajes muy altos de efectores que no suministran misoprostol para interrupción durante el primer trimestre. Si consideramos los porcentajes que “no saben y no contestan” más los que no proveen el fármaco, el acceso a este insumo es nulo o irregular en aproximadamente la mitad de los efectores relevados en el centro-norte de la provincia. Ello sugiere que en la mayoría de los efectores del sistema público, las mujeres y personas gestantes no encontrarán una respuesta inmediata ante la consulta espontánea, a pesar de que la IVE constituye un derecho que debería estar garantizado.

A diferencia de las otras prácticas, en las regiones A y B (Reconquista y Rafaela) la provisión de IVE/ILE farmacológica es menor en los efectores de las ciudades cabecera, en relación a las demás localidades. Esta situación es doblemente preocupante ya que es en las ciudades cabecera donde están los hospitales de mayor complejidad y las droguerías desde donde se provee el insumo a los otros efectores, lo cual debería reflejarse en una mayor disponibilidad del fármaco. Esta situación sugiere la necesidad de que el Ministerio de Salud de la Provincia garantice el monitoreo continuo de la distribución del Misoprostol en todo el territorio.

Los datos relevados nos permiten inferir tres escenarios posibles: falta de demanda del medicamento, medicación insuficiente; y objeción de práctica. En el primer caso deberían revisarse la disponibilidad de información sobre IVE/ILE, y las características de la atención brindada a quienes consultan por este tema, para lo cual sería importante recuperar las experiencias de las usuarias en relación al acceso a la práctica en dichos efectores. Por otro lado, los últimos dos escenarios ameritan la intervención ministerial para agilizar los circuitos de provisión del insumo, y garantizar la presencia en cada efector de un/a profesional que realice IVE/ILE farmacológica.

Es posible que el análisis de la información cualitativa nos brinde mejores respuestas a estos interrogantes.

Por otra parte, en las regiones B y C (Rafaela y Santa Fe) encontramos que en los efectores de 2° y 3° nivel incluidos en el relevamiento, no se realizan IVE/ILE de segundo trimestre. Sin embargo, nuestro trabajo en territorio nos permite afirmar que existen efectores que garantizan esta práctica, pero suele derivarse a otro efector. Asimismo nos llama la atención el gran porcentaje de encuestadas/os que no sabe/no contesta, de lo cual inferimos que en muchos

casos, como mencionamos inicialmente, es probable la existencia de un sesgo de la persona informante

De todos modos, y aún teniendo en cuenta los posibles sesgos, nos preocupa la baja o nula proporción de respuestas positivas, ya que son esos los efectores que deben garantizar los derechos en relación a la ley N 27.610.

Frente a los datos obtenidos en relación a garantizar derechos sobre IVE, como ILE, nos preguntamos cómo opera la objeción de prácticas (dato que posiblemente surja en el análisis de los datos cualitativos).

¿Las/os profesionales reciben capacitación sobre IVE/ILE?

¿El estado propicia espacios y /o dispositivos que permita a los equipos de salud evacuar dudas, exponer contradicciones y reflexionar sobre esta ley?

En el caso que quien realice las prácticas sea objetor/a, ¿se conocen los mecanismos y responsabilidad en derivación e información a las usuarias? ¿Cómo prevé el Estado estas situaciones en comunidades alejadas de los grandes centros urbanos?

Finalmente, el análisis de los datos correspondientes a los tratamientos de hormonización para personas trans, nos arroja un resultado similar a la provisión de misoprostol: la mitad de los efectores, o aún menos, provee este insumo –situación más marcada en las localidades más pequeñas. Cabe aclarar que la provisión de los fármacos para la adecuación corporal a la identidad de género autopercibida, está comprendida como práctica obligatoria por la Ley de Identidad de Género desde el año 2012. La provisión y utilización de las hormonas requiere un seguimiento clínico y de laboratorio que puede ser realizado en el primer nivel de atención, con interconsultas periódicas a un/a especialista en endocrinología. Si bien dichas condiciones están dadas en el sistema de salud, los datos indican que hay un gran porcentaje de efectores que no proveen ese servicio.

A raíz de ello nos preguntamos cómo se garantiza el goce de la salud integral a las personas trans y, por otro lado, si hay profesionales capacitados para su efectiva implementación, y circuitos ágiles para la atención –sobre todo en el caso de las localidades pequeñas. Los procesos de readecuación corporal son prolongados y requieren del acceso continuo y sostenido a los medicamentos, por lo que las falencias en este sentido refuerzan las desigualdades en el acceso a la salud para quienes residen en lugares más alejados.

## **Conclusiones y recomendaciones**

Las diferencias en el acceso a las prácticas son evidentes entre los núcleos más poblados, y las localidades más pequeñas. Se requieren políticas que descentralicen la atención garantizando la presencia en cada efector de un/a profesional capacitada/o. Es necesario reforzar la responsabilidad de cada efector en la agilización de la referencia y contrarreferencia de usuarias/os, y la provisión de insumos.

Es necesario reforzar la oferta de anticoncepción reversible de larga duración, fundamentalmente implantes subdérmicos debido a las menores dificultades que presenta para su colocación. Se debe incentivar su inserción en centros de salud y efectores de bajo nivel de complejidad garantizando allí las condiciones para realizar la práctica. Sería un gran avance que estas prácticas puedan ser realizadas por personal no médico (enfermería, obstetricia)

Debe asegurarse la oferta activa de vasectomía y la existencia de condiciones adecuadas para realizarla en consultorios periféricos. Urge remover las dificultades para el acceso a la lisis tubaria.

En cuanto a la IVE/ILE, el Ministerio de Salud de la Provincia debe garantizar el monitoreo continuo de la distribución del Misoprostol en todo el territorio, como así también la disponibilidad de información claramente visible para las usuarias. Las capacitaciones en el tema deben ser obligatorias y sostenidas en el tiempo, y propiciar espacios para que los equipos de salud evacúen sus dudas y profundicen la reflexión.

Confiamos en poder ampliar la mirada sobre el acceso a las prácticas para el cuidado de la salud sexual, a través del análisis de la información cualitativa vertida en las encuestas, la ampliación de estos datos con otros relevados en este estudio, y la comparación de estos datos aquellos extraídos de los sistemas informáticos provinciales.

Nuestro interés es que el relevamiento sea útil para mejorar y profundizar las políticas en salud sexual, la difusión de la información en la materia y el fortalecimiento de los equipos de salud que garantizan las prácticas en territorio, como así también la sensibilización y capacitación a aquellos que aún no lo hacen. Destacamos que, para realizar este trabajo contamos con la autorización del Ministerio de Salud provincial.

Queremos nombrar a las organizaciones que realizaron el trabajo de campo: sin su valiosa tarea este relevamiento no hubiera sido posible:

**Área de género y Diversidad de la escuela de Psicología social de Santa Fe y Reconquista**

**Revuelo Disidencia, San Vicente**

**Cuarta Ola San José del Rincón**

**Asociación Grupo Comunitario de la Costa**

**Mujeres movimiento de Villa Ocampo**

**Gestando Sororidad Villa Minetti-Tostado**

**Ni una menos Tostado**

**Ni una menos Laguna Paiva**

**Ni una Menos Coronda**

**Pieles en interferencia Santo Tomé**

**Colectiva Arde el Aquelarre Recreo**

**Colectiva Savia Reconquista**

**Empoderadas Medio de Comunicación Autogestionadas Rafaela**

**Entre Pieles Rafaela**

**Mujeres organizadas Las Toscas**

**Se dice de mí Esperanza**

**Mariposas Violetas Ceres**

**La Viaraza Colectiva**

**Feministas de las siguientes localidades: Alejandra, Helvecia, San Justo, Calchaquí, Vera**

#### **Agradecimientos:**

- A las actrices feministas de la ciudad de Santa Fe Grupo Mangata: Romina D Amico, Jennifer Vallejos y Antonela Sanchez en la producción de los cortos audiovisuales. A Agustina Girardo, por la producción de material gráfico.
- Al acompañamiento y financiamiento del Fondo de Mujeres del Sur.
- A Casa Fusa, por brindarnos el espacio para la presentación del Monitoreo.
- Maria Serra, trabajo estadístico.

**Realización e informe: Marisa Poggi, Silvia Ferrero, Mirian Urgorri, Beatriz**

**Gutierrez, María Flavia Del Rosso, Maria de los Ángeles Guerrero, Susana Palud, Susana Paradot.**

**Colaboración: Mabel Busaniche**