



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA**

**TESIS**

**EDUCACION MÉDICA CONTINUA EN SALUD  
REPRODUCTIVA**

**Médico Orlando Angel Forestieri**

**Cátedra de Ginecología "B"  
Facultad de Ciencias Médicas- Universidad Nacional de La Plata  
Prof. Tit. Dr. Enrique Quiroga**

**Director de Tesis: Ing. Agr. María Inés Urrutia**

**Año 2006**

## **AGRADECIMIENTOS:**

- A Emma y Orlando, mis padres, que a través de la humildad y la generosidad lograron transmitirme el respeto y el valor por la condición humana, señalándome el camino de la verdad y la solidaridad, razones por las que decidí ser médico.
- A Liliana, mi esposa, que tesoneramente y a cada instante me estimuló e impulsó en mis objetivos y en el análisis de mis proyectos, acompañándome desde siempre con firmeza y objetividad en sus apreciaciones.
- A Lucrecia, Ignacio y Agustín, mis hijos, estímulo permanente para mis inquietudes y propuestas, con la fuerza moral y la vocación de servicio que siempre los anima y que ,sin duda, les permitirá proyectarse y afianzarse en la vida..

## **RECONOCIMIENTO:**

- A la Ing. Agr. María Inés Urrutia, por su dedicación, experiencia y orientación, como por su inestimable comprensión y estímulo que cimentaron mi decisión para la realización de esta Tesis.

## **GLOSARIO**

OPS (Organización Panamericana de la Salud)  
INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)  
HTA (Hipertensión Arterial)  
CIPD (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo)  
SP (Salud Reproductiva)  
OMS (Organización Mundial de la Salud)  
EMP (Educación Médica Permanente)  
EMC (Educación Médica Continua)  
SIDA (Síndrome Inmuno Deficiente Adquirido)  
LCME (Liasion Comité in Medical Education)  
CEMIC (Centro de Estudios Médicos e Investigaciones Clínicas)  
CONEA (Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria)  
PBI (Producto Bruto Interno)  
UNLP (Universidad Nacional de La Plata)  
ITS (Infecciones de Transmisión Sexual)  
FCM (Facultad de Ciencias Médicas)  
APS (Atención Priamaria de Salud)

## INDICE

	Pág.
Introducción.....	5
Fundamentación.....	12
Objetivos Generales y Específicos.....	16
Hipótesis de Trabajo.....	17
Metodología, Plan de Trabajo y Técnicas a aplicar.....	22
Tipo de Estudio.....	23
Técnicas de Relevamiento de Información.....	25
Resultados.....	44
Conclusiones.....	69
Discusión.....	77
Bibliografía.....	82
Resumen.....	86
Anexos.....	91

# **TESIS EDUCACION MEDICA CONTINUA EN SALUD REPRODUCTIVA**

## **INTRODUCCION**

El reconocimiento de que la salud puede ser el indicador más importante del desarrollo humano ha estimulado un diálogo cada vez más consensual entre los diversos organismos internacionales.

Para la O.P.S., ello significa nuevas oportunidades de acción y el gran desafío de desempeñar un papel protagónico que armonice con el de los demás organismos, generándose nuevas actitudes en torno a la posición que corresponde al ser humano en el desarrollo de las sociedades modernas <sup>(1)</sup>.

Más precisamente la O.P.S. ha establecido su función de colaborar con los países en la resolución de los problemas de inequidad y en la superación de las dificultades para lograr un estado saludable.

En la esfera de la Salud Reproductiva se han planteado documentos y estrategias destinados a políticas de población, reducción de la mortalidad materna y la planificación de la familia, entre otros.

La implementación de estrategias de potenciación de la asistencia de la salud femenina, la maternidad sin riesgos y la defensa de los derechos humanos y reproductivos representan otro de los ejes para su desarrollo e inserción en la sociedad <sup>(2)</sup>.

Se propuso además conceder atención primaria a los adolescentes y el manejo del aborto provocado, y adoptar un enfoque integral en la prestación de los servicios de la procreación responsable, el control prenatal, la asistencia del parto, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH, la detección temprana del cáncer gínito-mamario y los trastornos de la fertilidad, como el énfasis en todas aquellas situaciones que comprometan la salud reproductiva: la violencia de género, la violencia laboral y todas las situaciones psicosociológicas que atenten contra la salud de los seres humanos. <sup>(3)</sup>

La Salud Reproductiva es un área sensible en la salud de la población, que reviste importancia estratégica respecto al desarrollo humano. En Argentina esta temática representa una prioridad política por cuanto compromete sustancialmente el derecho a la salud del 58% de la población (21.000.000 de personas), entre mujeres en edad fértil, niños y adolescentes.

A partir del inicio de la década del 90, Argentina ha experimentado transformaciones económicas y sociales significativas que han resultado en un fuerte crecimiento económico y baja inflación acompañados, sin embargo, por una persistente pobreza, especialmente entre ciertos grupos sociales, creciente desigualdad del ingreso, alto desempleo, **especialmente** para los no calificados, y disparidades regionales significativas.<sup>(4)</sup> (Anexo Cuadro I)

La Argentina tiene mucho por hacer en el marco de las desigualdades, básicamente en la reducción de la pobreza y en los indicadores de desarrollo humano.<sup>(5)</sup> (Anexo Cuadro II)

Pobreza e inequidad social afectan las funciones productivas y reproductivas de la mujer. Existe consenso que para asegurar el acceso a la salud con equidad es indispensable para el desarrollo humano que la salud reproductiva no sólo sea un derecho sino también un factor central en la lucha contra la pobreza, ya que es el aspecto que con más crudeza expresa la brecha entre ricos y pobres, por lo que resulta una de las piezas clave en el condicionamiento del nivel de vida y de salud de la población con menores ingresos.<sup>(6)</sup>

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina calcula que aunque se destinan para asistencia médica seiscientos cincuenta pesos (\$650) anuales por persona, se hospitalizan más de 250.000 mujeres al año por complicaciones del aborto, mueren anualmente 13.000 niños menores de un año y se embarazan 106.685 adolescentes durante el mismo período.

El 71% de las muertes maternas son de carácter evitable, 40% de muertes en mujeres de 20 a 29 años y 31% de muertes en menores de 20 años se producen a causa de abortos, los riesgos de mortalidad infantil se duplican si se trata de madres adolescentes (45 por mil en madres menores de 15 años). La situación se agrava en niveles socioeconómicos de menores recursos.<sup>(7)</sup>

Muertes maternas evitables	76%
Grupo de mujeres de 20-29 años	40%
Grupo de mujeres > de 20 años	31%

Si agregamos el costo social y económico de la morbimortalidad por VIH/SIDA la situación adquiere perfil de gravísima, dado que se suma a los países pobres de Latinoamérica y del mundo.

Comparando las tasas de mortalidad materna en cuatro países diferentes puede interpretarse cuál es la condición en nuestro país.

<b>País</b>	<b>Mortalidad materna (cada 100.000 nacidos vivos)</b>
Canadá	2.5
Chile	19
Uruguay	11
Argentina	40
- Norte Argentino	> 100

Estas cifras corresponden a muertes debidamente registradas.

Se estima un subregistro de alrededor del 40 %.

En 2001 una tercera parte de las muertes maternas se debió al aborto inseguro, aunque teniendo en cuenta el subregistro se estima que la mitad de las muertes maternas se debió al aborto. <sup>(8)</sup>

**La fecundidad global de la Argentina era de 2.8 hijos por mujer (1990)**

**Las diferencias regionales son marcadas:**

	<b>Hijos/mujer</b>
<b>Ciudad Autónoma de Buenos Aires</b>	<b>1.8</b>
<b>Formosa</b>	<b>4.3</b>
<b>Catamarca</b>	<b>4</b>
<b>La Rioja</b>	<b>4</b>
<b>Santiago del Estero</b>	<b>3.9</b>

La fecundidad adolescente es relativamente alta con respecto a la fecundidad general: 100.000 de las 700.000 mujeres que tienen hijos cada año son menores de 20 años. Las adolescentes que han tenido más embarazos o hijos nacidos vivos poseen por un lado, nivel de instrucción más bajo: 13 % no alcanzó a completar el nivel primario.

Subsecuentemente esta misma franja de mujeres representa un porcentaje de 76% bajo la línea de pobreza. <sup>(9)</sup>

Existe una fuerte desigualdad en el acceso a los métodos anticonceptivos conforme: edad, condición social de las mujeres. Las mujeres de hogares pobres tienen una menor prevalencia de uso de anticonceptivos que las mujeres no pobres.

En el conurbano bonaerense el 53 % de las mujeres pobres usan algún método anticonceptivo, mientras que el 65 % de las mujeres no pobres los usan.

En el conurbano se estima un porcentaje del 43 % de muertes maternas por abortos y sus complicaciones.

37 % de los embarazos terminan en abortos de acuerdo a tasas del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos).

Este mismo organismo sostiene que dos tercios de los casos de SIDA notificados se contagiaron por relaciones sexuales sin protección.

En cinco años crecieron en un 46 % las hospitalizaciones por complicaciones del aborto inseguro.

Una sexta parte de las mujeres que fueron madres tenían entre 10 y 19 años. <sup>(10)</sup> (Anexo Cuadro III).

Si se analizan datos de algunas provincias con menor cantidad de recursos, como San Luis y La Rioja, nos encontramos con que los índices de hospitalización ascienden de 46 a 148 y 143 % respectivamente.

Aquí se plantea un claro problema de justicia y falta de equidad <sup>(11)</sup>

Las mujeres que no tienen acceso a medios eficaces para controlar su fecundidad no viven una vida que ellas mismas eligen, sino una existencia que se les impone.

La carencia de información frente al ginecólogo y el desconocimiento de sus derechos reproductivos hacen que en Argentina existan un 87 % de las mujeres sexualmente activas sin información sobre este tema. <sup>(12)</sup>

Sucede que en las instituciones de la salud en general no se realiza la difusión y promoción de las medidas de prevención en Salud Reproductiva.

87 % de la encuesta del Centro de Estudios Sociales respondió que desconocía reglamentación o ley al respecto por no tener posibilidades o recursos necesarios para tomar decisiones sobre su vida sexual. <sup>(13)</sup>

Por otro lado el 62.1% opinó que no tiene posibilidad de tener relaciones sexuales sin temor a quedar embarazada.

Analizando estas tasas se infiere que el aborto y otras causas de mortalidad materna como las hemorragias y la H.T.A. son reducibles y/o evitables con un mejor cuidado de la Salud Reproductiva. <sup>(14)</sup>

Es importante expresar que debe quedar claro que la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y parte integrante del desarrollo humano.

Tiene que ver con la preparación adecuada antes de la concepción, y más tarde para velar para que el embarazo, parto y puerperio sean seguros.

Luego se vincula con el niño pequeño, a medida que se desarrollan sus actitudes acerca de la reproducción y las relaciones entre los sexos <sup>(15)</sup>.

Más adelante concierne al adolescente, cuando los conocimientos y actitudes se transforman en prácticas y se busca protección contra las infecciones de transmisión sexual.

También tendrá incumbencia sobre el adulto que piensa en organizar su vida familiar y se ocupa de la aparición de padecimientos crónicos.

Finalmente trasciende a la etapa del climaterio frente a los cambios hormonales y sus implicancias. <sup>(16)</sup>

En realidad la salud reproductiva constituye el eje principal de la promoción y de la protección de la salud.

Las situaciones enumeradas y muchas otras más que son motivo del equilibrio en salud de la mujer desde su adolescencia hasta el climaterio, requieren de un tratamiento ético.

Si los padecimientos relatados como enfermedad, sufrimiento y muerte se interpretan desde lo bioético, nada es más injusto que lo acontecido.

Un principio fundamental en bioética es no dañar y sí beneficiar a las personas.

La ética promueve el respeto por las personas. Señala la obligación moral de tratar a los otros como personas responsables y dignas. <sup>(17)</sup>

Marcada significativamente por la ética, equidad significa que todas las mujeres, sin ningún tipo de distinción, pueden alcanzar un alto nivel de Salud Reproductiva. No obstante persisten grandes dificultades para lograr esa meta, que van desde problemas socioeconómicos y educacionales hasta posiciones tendenciosas y obstinadas acerca de esta temática. <sup>(18)</sup>

Las mujeres bajo la línea de pobreza en Argentina superan el 45 % de la población femenina. Este dato es el ejemplo más preocupante y sensibilizador de inequidad en el cuidado de la salud. <sup>(19)</sup>

Así, el proceso de socialización, que tiende a reproducir conceptos tradicionales de roles de género y asocia la identidad de la mujer con la maternidad, tiene una gran influencia en la conducta reproductiva y el ejercicio de los derechos reproductivos de manera análoga. Este encuadre sugiere que a fin de estar habilitado para tomar decisiones con respecto a la propia sexualidad y reproducción, se requieren condiciones mínimas en términos de educación, acceso a bienes económicos y salud. <sup>(20)</sup> (Anexo Figura IV)

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, modificó el que era hasta entonces el fundamento para analizar los temas de salud reproductiva, pasándose de concentrarse en el logro de metas demográficas a enfatizar la importancia de satisfacer las necesidades reproductivas básicas de hombres, mujeres y adolescentes.(21)

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, definió la SALUD REPRODUCTIVA como:

***“...un estado de bienestar físico, mental y social completo, no meramente la ausencia de enfermedad o discapacidad, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.”***

En armonía con la definición precedente, el cuidado de la Salud Reproductiva se define como:

***“La constelación de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud reproductiva y al bienestar, al prevenir y resolver problemas de salud reproductiva” (UNFPA, 1995)***

Dentro de este contexto, la salud reproductiva no puede dissociarse de los conceptos básicos de seguridad, dignidad, equidad y derechos humanos. Además de los beneficios para la actual generación, la salud reproductiva también tiene un efecto significativo sobre la salud y productividad de la siguiente generación. Al contribuir al desarrollo sustentable mediante la mejora de la equidad, la calidad de vida y el potencial económico, la inversión en salud reproductiva confiere beneficios a la sociedad. (22) (Anexo Cuadros V, VI, VII, VIII, IX, X)

Hasta los años 90 el Estado no tuvo una política de salud sexual y reproductiva.

En 1995 se retomó una intensa discusión sobre la necesidad de crear mecanismos efectivos para promover acciones en procreación responsable. (23)

En varias provincias se promulgaron leyes al respecto pero sin homogeneización de sus contenidos, hasta que el día 30 de octubre de 2002, el Congreso Nacional sancionó la Ley Nacional 25.673 sobre Salud Sexual y Reproductiva. A pesar de ello y de las repetidas acciones tendientes a implementar programas o medidas en esa temática, es mucho lo que debe hacerse y no lo que resta por hacer, dados los vaivenes políticos, sociales, geográficos y demográficos que ofrecen barreras para la puesta en marcha de la citada ley. (24)

Una de las primeras medidas de esta ley apunta a mejorar la calidad de atención y la superación de la discriminación contra la mujer. En el mediano y largo plazo significará

instrumentar medidas macroeconómicas, e inmediatamente deberán implementarse políticas públicas de salud.

A raíz de sus repercusiones en el desarrollo social, político y económico de los países, la salud reproductiva genera compromisos públicos que ponen de manifiesto la preocupación internacional. <sup>(25)</sup>

En el 2001 la LV Asamblea Mundial de Salud, principal organismo de decisión de la OMS, resolvió instalar la Salud Reproductiva como un tema prioritario de salud pública.

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

A fin de dar cumplimiento a estos acuerdos internacionales para que se efectivicen, se requiere la generación de políticas públicas. <sup>(26)</sup>

Una de las acciones fundamentales para lograr estos propósitos es la formación del recurso humano encargado de investigar, analizar, transferir educación médica y diseñar estrategias que permitan mejorar la salud reproductiva de las mujeres de nuestro país y de la región.

## **FUNDAMENTACION**

**La Educación Médica Permanente es uno de los pilares de la capacitación de los recursos humanos en medicina y constituye la base de una óptima calidad médica.**

La EMC definida como un proceso integrado durante toda la vida del hombre, tiene muchas implicancias, entre ellas:

- La posibilidad de educarse a través de una serie de medios y formas, pero reconociendo que no es tan importante conocer cómo se aprendió sino qué aprendió.
- La modificación del perfil educativo, en donde la mayor preocupación estará menos inclinada a la adquisición de nuevos datos y sí en cambio en aprender a pensar. El quehacer y los objetivos de la educación permanente tienen una estrecha relación con la educación no formal, que a su vez está ligada a dos corrientes de pensamiento:
  - La educación del adulto, proceso en el cual no se asiste regularmente a instituciones educativas, pero tiende a realizar cambios en el terreno de la información, del saber, de las aptitudes y de las actitudes para resolver sus problemas o los de los demás.
  - La educación recurrente o interactiva, que se destaca por organizar un determinado aprendizaje a lo largo de la vida del sujeto, alternándolo con otras actividades importantes, como el trabajo, la familia, el descanso, entre otras. <sup>(27)</sup>

La educación es una función social que debe respetarse y transformarse. Ello implica un carácter participativo y de aplicación en todos los modelos de enseñanza de la medicina. <sup>(28)</sup>

La educación debe tener carácter sistemático, ya sea por el diseño, implementación o evaluación de planes y programas de estudio.

Nuestra época está marcada por la renovación de la enseñanza, pero no puede ser separada del replanteamiento de la sociedad.

La investigación educativa deberá cumplir tres objetivos:

- Construcción de instrumentos de medición adecuados.
- Elaboración de diagnósticos educativos.
- Evaluación de las estrategias educativas tendientes a mejorar la competencia docente profesional.

Las Facultades de Medicina de Argentina son la piedra angular de la Educación Médica Continua, dado que el profesional que tendrá que transformar más radicalmente sus hábitos de pensamiento para el cambio que se avecina es el médico.<sup>(29)</sup>

Pasar del estilo de pensamiento basado en la reparación del daño, al pensamiento basado en riesgos, es básicamente, anticipatorio del daño.

Este cambio es uno de los mayores desafíos que la medicina se ha planteado para la educación.

En el campo de la Salud Reproductiva se advierte la necesidad de implementar políticas educativas específicas, determinando las necesidades y demandas al respecto.

De la investigación bibliográfica realizada no surge la existencia de una entidad académica que defina un proceso de educación médica continua en Salud Reproductiva.

Se advierte actividad docente aislada, desarrollada con carácter no continuo ni sistemático de: cursos, conferencias, seminarios, pero sin la correlación ni la integración que imprescindiblemente requiere la Educación Médica Continua en Salud Reproductiva.

Asimismo es notable la ausencia de tarea interdisciplinaria educativa y formativa en este campo, como también la inexistencia de contenidos curriculares en las unidades académicas de Medicina, advirtiéndose unidades temáticas sin continuidad en las mismas.<sup>(30)</sup>

Se evidencian acciones en Salud Reproductiva en el ámbito de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en Montevideo, Uruguay, pero sin la integración con otros efectores de la salud pública.

Similar situación se destaca en la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires en la que se ha constituido una cátedra relacionada con la temática jurídica de la Salud Reproductiva, pero no así en la respectiva unidad académica de Medicina.

Lo descrito precedentemente no hace más que sostener el criterio de necesidad de un cambio curricular en las Ciencias Médicas, que con sentido no sólo renovador sino informativo y formativo en acciones de Educación Médica Permanente permita instalar la generación de carreras de especialización, residencias médicas y toda actividad ligada al campo de la Salud Reproductiva.

Desde la investigación realizada en el área de Pregrado de Medicina, tampoco se logró conocer o identificar la enseñanza de estos aspectos en las cátedras de pregrado: es más, sorprende el escaso conocimiento de los estudiantes acerca de los temas abordados.<sup>(31)</sup>

Una acción fundamental para lograr los objetivos planteados en Salud Reproductiva y en los fundamentos educativos es la formación de los RECURSOS HUMANOS encargados de investigar, analizar, discutir y por último implementar acciones que permitan mejorar la

Salud Reproductiva de las mujeres de nuestro país, y que además permita extenderse en otros países y en diferentes unidades académicas argentinas y de Latinoamérica, dado que esta problemática prevalece en esa área geográfica.<sup>(32)</sup>

El vector para canalizar la Educación Médica Continua en Salud Reproductiva es una cátedra de carácter interdisciplinario, que horizontalice el pensamiento y sus objetivos a disciplinas afines y/o conexas.

La puesta en marcha de una Cátedra Libre de Salud Reproductiva permitirá el desarrollo de tres ejes fundamentales para su desenvolvimiento: la docencia, la asistencia y la investigación.<sup>(33)</sup>

La composición de disciplinas contemplará:

- Epidemiología
- Medicina Basada en la Evidencia
- Genética Médica
- Consejería en Anticoncepción y enfoque clínico epidemiológico del cáncer gínito-mamario
- Consejería y enfoque clínico epidemiológico de las ETS y SIDA
- Consejería y enfoque clínico epidemiológico en infertilidad y esterilidad
- Consejería y enfoque clínico epidemiológico en educación sexual y planificación familiar.
- Conserjería preconcepcional y prenatal.
- Consejería y enfoque epidemiológico del climaterio.
- Introducción a la psicología, sociología y antropología
- Formación de recursos humanos inter e intradisciplinarios en en Salud Reproductiva.
- Evaluación de la calidad de atención en Salud Reproductiva
- Condiciones de eficiencia de servicios de Salud Reproductiva
- Aspectos éticos y legales en Salud Reproductiva
- Diseño experimental y elaboración de protocolos de investigación.

Diferentes proyectos y leyes sin sanción definitiva se han ocupado del terreno de la Salud Reproductiva sin lograr establecer lineamientos de capacitación del recurso médico.

Sólo se ha advertido la información con respecto a derechos y leyes a un estrecho grupo de personas y que sólo revistieron el carácter de conocimiento elemental de las mismas, sin definir un perfil de enseñanza determinado sin la continuidad necesaria al respecto.

Los hechos que históricamente se sucedieron en Argentina vinculados con la Salud Reproductiva sirvieron como escenario para la promoción, por primera vez en nuestro país, de

un debate público acerca de los derechos sexuales y reproductivos y de la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud reproductiva.

La salud es un derecho de la población.

Las Facultades de Medicina tienen la responsabilidad de formar médicos que estén al servicio de la salud de la comunidad. <sup>(34)</sup>

Las Facultades de Medicina deben formar médicos generalistas, con un concepto integral, formación científica rígida y espíritu de investigación. <sup>(35)</sup>

La Educación Médica Continua será útil siempre de fácil acceso y con contenidos de ejecución y aplicación inmediatas. <sup>(36)</sup>

La cuestión reproductiva pasó a convertirse en un issue de la agenda pública y política de Argentina y con ello, conceptos de salud reproductiva comenzaron a llegar a los oídos de la sociedad, a los oídos de la clase dirigente y los decisores de políticas públicas. <sup>(37)</sup>

El equipo de salud y más particularmente los médicos, no fueron ajenos a esta problemática, pero lamentablemente en el sentido de no advertir o no interpretar la problemática de la Salud Reproductiva. <sup>(38)</sup>

El conocimiento no definido o precario desde el punto de vista educativo acerca de esta temática por parte de estudiantes de medicina, médicos y docentes ha demostrado ser el iceberg de la estructura que se plantea necesariamente significativa: la insuficiente, deficiente y limitada Educación Médica Continua en Salud Reproductiva. <sup>(39)</sup>

El LCME (Liaison Comité on medical Education) propone que los programas de educación médica incluyan derechos y responsabilidades de profesores, alumnos e integrantes de Capítulos que deberán ser evaluados a través del estudio de la calidad de enseñanza y de la calidad de las prestaciones que surjan de dichos programas. <sup>(40)</sup>

También enfatiza en que las Facultades de Medicina deben evaluar la efectividad del programa educativo documentando los logros de los estudiantes y graduados de manera consistente, que muestre hasta qué punto los propósitos de la institución y el programa son cumplidos. Asimismo promueve que:

La currícula debe estar diseñada de manera que los cursantes puedan comprender los conceptos científicos que subyacen a la medicina. <sup>(41)</sup>

Se dispondrá de experiencias educativas comparables y métodos equivalentes de evaluación en cada disciplina.

Los Programas de Educación Médica Continua deben permanecer bajo el control del cuerpo académico y requerirán de supervisión y revisión permanentes.

## **OBJETIVOS GENERALES**

- Reconocer a la Salud Reproductiva como disciplina básica, de alcance homogéneo en el pre y postgrado de la carrera de Medicina.
- Establecer estándares de formación y acreditación para el desarrollo docente de la misma.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- Identificar las patologías prevalentes reconocidas en la Salud Reproductiva.
- Conocer las áreas de desarrollo en la adolescencia, edad reproductiva y climaterio.
- Estimar el impacto de variables sociales, económicas, culturales y políticas en la ocurrencia de patologías y problemas de Salud Reproductiva.
- Transferir desde el aspecto docente los contenidos de Salud Reproductiva en forma de Educación Médica Permanente acorde a los distintos niveles de comprensión y de alcance y proyección en la Universidad y en la Extensión Universitaria.
- Acordar convenios con Sociedades Científicas y Colegios Profesionales en todos los aspectos relacionados con la Salud Reproductiva.
- Desarrollar actividades específicas en SR dentro de los ejes docentes, asistenciales y de investigación articulados con las distintas Cátedras de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y otras Unidades Académicas de ésta.
- Promover acuerdos con Universidades e Instituciones Universitarias del país, América Latina y otras regiones ligadas a la problemática.
- Adoptar las normativas y recomendaciones aplicables a la realidad de la región emanadas de la OMS y OMP.

## **HIPOTESIS DE TRABAJO**

La evaluación preliminar acerca de Educación Médica Continuada en Salud Reproductiva ha revelado el escaso conocimiento en la materia por parte de estudiantes e integrantes del equipo de salud, como ha consignado asimismo la inexistencia de herramientas didácticas para la enseñanza de la misma.

No se han desarrollado programas de enseñanza en el pregrado, advirtiendo únicamente contenidos vinculados con:

- Anticoncepción
- Climaterio
- Control prenatal
- Detección del cáncer génito-mamario.
- Hemorragias del embarazo
- Hipertensión arterial en la embarazada
- Puerperio normal y patológico
- Trastornos de la fertilidad
- Infecciones de transmisión sexual

Si bien estos aspectos son parte de la problemática que se plantea en este trabajo, no se consignan aspectos relacionados con :

- Antropología Médica
- Bioestadística
- Bioética
- Biología Molecular
- Epidemiología
- Genética
- Humanidades Médicas
- Medicina Basada en la Evidencia
- Violencia de Género

La progresión de estas áreas y la interdisciplina que se torna imprescindible para profundizar conocimientos y fortalecer el proceso enseñanza-aprendizaje posibilitan una estructura con definiciones adecuadas y ordenamiento pedagógico acorde a la realidad informativa actual. <sup>(42)</sup>

En el postgrado sólo se advierten actividades docentes sin continuidad en el tiempo, ni en los contenidos sin estructura correlativa.

Los programas de las Residencias, Pasantías y Rotaciones no establecen integridad conceptual en Salud Reproductiva, como también es escaso el desarrollo programático en Atención Primaria de la Salud.

Del análisis de los programas mencionados sólo se advierten rotaciones en SR en el medio rural en muy pocas actividades de residencia, como las de la Universidad Nacional de Tucumán y el Instituto Universitario CEMIC, de Buenos Aires, Argentina.

Desconocemos hasta la fecha si otros centros disponen de dichas acciones educativas, dado que la salud reproductiva en el medio rural tiene connotaciones que demandan un entrenamiento particularizado para esa realidad.<sup>(43)</sup>

Ello sólo revela que los fundamentos de la Educación Médica Continua no se cumplen, y no se advierten acciones tendientes a implementar programas u oferta educativa de una temática que tiene plena vigencia y que prospectivamente significará la formación de médicos orientados integralmente en Salud Reproductiva, como también incorporar sus contenidos en la Medicina General Familiar.<sup>(44)</sup>

El departamento de Salud Reproductiva de la OMS y la Fundación Ginebrina para la Formación y la Educación Médica se han fijado el objetivo de realizar un inventario de los actividades y cursos de postgrado en Salud Reproductiva y temas afines en la región de América Latina y el Caribe, con el fin de incluirlo en su oferta educativa, demostrando que no existen programas formales, habiendo dispuesto informar al equipo de salud sobre la necesidad de iniciar un entrenamiento mediante actividades desarrolladas a través de programas académicos de formación continua.

Mediante el diseño de un Programa Permanente de actividades en Salud Reproductiva se tenderá a que:

- Realicen actividades de información.
- Hacer posible un análisis crítico de los distintos enfoques con los que se abordan temas de Salud Reproductiva.
- Facilitar el diálogo entre especialistas y centros académicos afines a esta temática.

En Argentina no existen programas de Educación Médica Continua en Salud Reproductiva consignados al momento del presente trabajo y que revistan el carácter de carrera de especialista universitario o magíster.

El significado de proponer el grado académico en Salud Reproductiva confiere una singularidad en el tema que se aborda, dado que solamente se desprenden de la investigación realizada oferta de cursillos, talleres, seminarios y jornadas al respecto, pero sin la condición de Educación Médica Continuada con acreditación universitaria.

Según datos de la CO.N.E.A.U., de 779 carreras de postgrado de todas las disciplinas, no se consignaron carreras de Salud Reproductiva, por lo que a raíz de la degradación de las carreras y la necesidad de actualizar los conocimientos adquiridos han impulsado a las universidades a responder a esa demanda.<sup>(45)</sup>

En Argentina la actividad científica y tecnológica registra una inversión muy baja, con tendencia al estancamiento según informes de la Red de Indicadores de Ciencia y tecnología Iberoamericana.

La Argentina destina 1.321 millones de dólares anuales a la investigación y desarrollo experimental por medio de aportes del Estado y del sector privado. Esto representa al 0.47% del PBI (\$ 36.1 por habitante).<sup>(46)</sup> La ciencia se transforma así en una apuesta a largo plazo y no en una inversión con resultados inmediatos.

En Argentina no se generó un solo programa, cuando la capacidad de docentes e investigadores no está en duda, pero falta un soporte institucional y estratégico.

El principal problema que se plantea a la Educación Médica Continuada es la CALIDAD, de ahí que sea la CO.N.E.A.U. el organismo que evalúe y acredite, entre otros parámetros, la calidad del sistema educativo.<sup>(47)</sup> (Anexo cuadro XIII)

Y puntualmente en Salud Reproductiva, la Educación Médica Continuada depende de las Universidades y de las Sociedades Científicas que, en conjunto, deben hacer los esfuerzos para lograr programas de acción inmediata.

Esto ha llevado básicamente a formular la HIPOTESIS de que:  
No hay información ni planes estructurados de Educación Médica Continuada en Salud Reproductiva, llevando a la necesidad de formular un programa de carácter docente, asistencial y de investigación a través de una Cátedra Libre de Postgrado de Salud Reproductiva.

Las causas más estimadas de lo mencionado tienen relación con cambios a cumplir y/o a la ineficacia de proyectos formulados históricamente.

El desarrollo de esta hipótesis de trabajo está basado en objetivos que tienden a:

- Determinar el grado de conocimiento sobre temas de salud reproductiva en niveles:
  - Pregrado (estudiantes del séptimo año de medicina)
  - Postgrado (médicos, docentes)

- Asistencial (primer y segundo nivel de atención)
- Docentes secundarios
- Estudiantes secundarios
- Comunidad

Esto significa:

- Conocer la evaluación de servicios vinculados al área de la Salud Reproductiva
- Categorizar las patologías prevalentes que impliquen repercusión en la Salud Reproductiva
- Normatizar acciones docentes y asistenciales en esta área
- Diseñar proyectos de investigación con carácter interdisciplinario
- Formular programas de educación médica continua en Salud Reproductiva

Hacer posible un análisis crítico de los diversos enfoques con los que se aborda la temática de la salud reproductiva en estos programas de postgrado, redundaría en la búsqueda de niveles de excelencia crecientes de éstos, tanto desde el punto de vista académico como científico.

Hacer posible un mayor intercambio de información entre instituciones, así como entre científicos, relacionando los programas de investigación con los programas de postgrado.

Promover la formación de una Cátedra de Salud Reproductiva como herramienta básica para el desarrollo de esta hipótesis.

Dada la situación actual en que el Estado y la sociedad argentina transcurren una etapa transicional, las bases de esta cátedra están fundamentadas en:

- Ejercer un papel central en relación con los aspectos inherentes a la reproducción humana desde los puntos de vista:
  - Biológico
  - Social
  - Psicológico
  - Cultural
  - Bioético
  - Educativo

Se plantea entonces iniciar un Programa de Educación Médica Continuada en Salud Reproductiva, dadas las prioridades y necesidades en materia educativa de pre y postgrado en nuestro país y América Latina.

Urge tomar la decisión de iniciar una actividad académica que permita transmitir desde el proceso de enseñanza aprendizaje todos los aspectos que hacen a la Salud Reproductiva, con una visión holística y pormenorizada, en pos de formar recursos humanos en estas áreas.

La Argentina no participó de los emprendimientos internacionales realizados en las últimas décadas para estimar los parámetros básicos del comportamiento reproductivo (Encuesta Mundial de Fecundidad, Encuesta Mundial de prevalencia de uso de Anticonceptivos y las Encuestas de Demografía y Salud) como tampoco implementó sistemáticamente una encuesta a nivel nacional de fecundidad o análoga. Por lo tanto la disponibilidad de información sobre las actitudes y las prácticas de la población respecto de la regulación de la fertilidad y del conocimiento de los aspectos de la Salud Reproductiva son escasos y fragmentados. <sup>(49)</sup>

La articulación pedagógica entre la Cátedra de Salud Reproductiva y las cátedras afines de pregrado, como con las cátedras libres de postgrado y las sociedades científicas permitirá instrumentar la mejor herramienta para desarrollar el Programa Permanente en Salud Reproductiva.

La implementación de la enseñanza on line será otro recurso básico de referencia que facilitaría accesibilidad, participación y posibilidades de acción equitativamente.

La hipótesis de proponer diseños curriculares con carácter de enseñanza continua desde el ámbito académico se basa en la necesaria mecánica de complementación institucional mencionada, pero también sostiene la participación permanente de recursos humanos que permitan el desarrollo de los ejes estratégicos: docencia, asistencia e investigación, enmarcados en el ámbito académico de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, convirtiéndose de esa forma en la PRIMERA INSTITUCION UNIVERSITARIA que desarrolle un Programa de Educación Médica Continua en Salud Reproductiva a través de la PRIMERA CATEDRA DE SALUD REPRODUCTIVA de la Argentina, con basamento médico y de perfil interdisciplinario.

## **METODOLOGIA PLAN DE TRABAJO v TECNICAS A APLICAR**

### **METODOLOGIA**

- a. TIPO DE ESTUDIO,
- b. SUJETOS A INVESTIGAR
- c. CRITERIOS DE INCLUSION
- d. TECNICAS EMPLEADAS EN LA RECOLECCION DE DATOS

## **TIPO DE ESTUDIO**

Se trabajó con un diseño basado en la complementación de métodos cuantitativos y cualitativos.

Se usaron tres técnicas de relevamiento de información:

- 1) Entrevista semiestructurada (Jefes de Servicio)
- 2) Encuesta autoadministrada (Médicos de planta, residentes, egresados recientes de medicina y alumnos de séptimo año de medicina)
- 3) Grupos focales (alumnos de establecimientos secundarios y grupos de población adolescente)

Estos datos fueron recolectados a través de:

- Trabajo de campo realizado en hospitales públicos y privados, a través de la sede de la Cátedra de Ginecología “B” en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP
- Cursos de postgrado de la Cátedra de Ginecología “B” desarrollados en el Hospital Italiano de La Plata
- Cursos de postgrado de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de La Plata realizados en La Plata y Berisso
- Seminarios de Educación en Salud Sexual y Reproductiva dictados a alumnos de establecimientos secundarios en:
  - La Plata.
  - Berazategui
  - Florencio Varela

En las mismas se enfatiza en:

Prioridades para la salud pública en el campo de la salud reproductiva, problemas a resolver y programas a implementar.

Enfoque de los derechos reproductivos como responsabilidad individual y social.

## **SUJETOS A INVESTIGAR**

- Alumnos de séptimo años de la carrera de Medicina
- Alumnos de establecimientos secundarios
- Grupos de adolescentes (grupos focales)
- Egresados de reciente graduación de la carrera de Medicina
- Médicos residentes
- Médicos de planta
- Jefes de Servicio

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

- Alumnos de 15-18 años (secundarios)
- Alumnos de séptimo año de medicina
- Médicos residentes: ginecología, obstetricia
- Médicos de planta
- Jefes de Servicio
- Jefes de Departamento
- Médicos de Medicina General Familiar

Los médicos ejercen especialidades que competen:

- a) Cuidados primordiales de la salud de la mujer
- b) Asistencia en los tres niveles de complejidad de atención
- c) Regulación de la fecundidad
- d) Problemática reproductiva y sexual de las mujeres
- e) Atienden demanda de sectores más vulnerables y más desprotegidos y con más dificultades en el acceso al control prenatal, perinatal y ginecológico.

**EL ESTUDIO FUE DE CARÁCTER EXPLORATORIO DESCRIPTIVO** con objetivos específicos que motivaron un DISEÑO basado en:

Complementación de métodos cuantitativos y cualitativos

## **TECNICAS DE RELEVAMIENTO DE INFORMACION:**

- a) Entrevista semiestructurada (jefes)
- b) Encuesta autoadministrada (médicos, estudiantes de medicina)
- c) Grupos focales (personal, alumnos y pacientes)

Se analizaron variables y criterios de evaluación

Se procesó la información con cruce de variables y análisis estadístico

ENCUESTA A JEFES DE SERVICIO, DE SALA, DE UNIDAD Y MEDICOS DE  
PLANTA, SOBRE SALUD REPRODUCTIVA

Ud. es: Jefe de Servicio  Jefe de Sala o Unidad

Médico de Planta  Jefe de Residentes

Residente  Médico de Guardia

Edad   Sexo 1. Masculino 2: Femenino

¿Cuántos años hace que ejerce la carrera de Medicina ?

¿Cuál es su Especialidad ? .....

¿Cuál es su Sector Laboral ? .....

Trabaja en un Hospital 1: Público 2. Privado 3: En ambos

Su nacionalidad es: 1: Argentina 2: Naturalizado 3: Extranjero

Su religión es: .....

¿Desarrolla en su Servicio actividades docentes sobre el tema de Salud Reproductiva ?

1: Si 2:No

¿ Considera importante la existencia de una Cátedra de Salud Reproductiva ?

1:Si 2:No

Si su respuesta es afirmativa, ¿ considera importante la vinculación de su Servicio con dicha Cátedra ? 1:Si 2:No

¿Cuál es la composición de su Servicio, además del personal Médico y Paramédico ?

Psicólogos

Sociólogos

Antropólogos

Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales

Otros

¿ Cómo considera a los problemas de Salud Reproductiva?

1: Muy importante

2: Importante

3: Poco importante

4: No Sabe

Adolescencia

Procreación responsable

Cáncer genitomamario

Enf. de transmisión sexual

Infecciones ginecológicas

Infertilidad

Climaterio

Mortalidad materna y perinatal

Violencia familiar

Vigilancia y atención del parto

Hormonoterapia

Hemorragia genital

Políticas Sanitarias en S.R.

Uso racional de drogas en el Embarazo

Aborto

Abuso sexual

Anticoncepción quirúrgica

Cesárea

Controles prenatales

Nutrición

S.I.DA.

Embarazo y parto de alto riesgo

Alteraciones del parto

Promoción de la lactancia natural

Genética y reproducción

Adaptaciones de los sistemas maternos a la gestación

Respecto a la planificación familiar, Ud. está de acuerdo en que es exclusivamente una estrategia para controlar el crecimiento de la población ?

1:Si      2:No      3:No Sabe

¿ Cómo considera la implementación de Programas de Educación Sexual dirigidos a la población adolescente ?

1: Muy importante    2: Importante    3: Poco importante    4: No Sabe

¿ Ud. cree que la Educación sexual contribuye a que los adolescentes tengan una vida sexual más responsable y segura ?

1: Si      2: No      3: No sabe

¿ Cómo considera la implementación de Campañas de Prevención con distribución de preservativos ?

1: Muy importante    2: Importante    3: Poco importante    4: No Sabe

¿ Cómo considera la implementación de Programas de Asistencia en Anticoncepción ?

1: Muy importante    2: Importante    3: Poco importante    4: No Sabe

¿ Cómo considera la implementación de Programas de Asesoramiento Anticonceptivo post aborto ?

1: Muy importante    2: Importante    3: Poco importante    4: No Sabe

¿ Cómo considera la implementación de Programas para mejorar la atención de abortos hospitalizados ?

1: Muy importante    2: Importante    3: Poco importante    4: No Sabe

¿ Cómo considera las Campañas de Prevención de HIV/SIDA con distribución de preservativos ?

1: Muy importante    2: Importante    3: Poco importante    4: No Sabe

¿ Considera que la prestación anticonceptiva no es lo suficientemente valorada por los médicos como una acción preventiva ? 1:Si 2:No 3:No sabe

Evalúe los Servicios de Planificación Familiar / Procreación Responsable de los Hospitales Públicos:

Excelente  Muy Buenos  Buenos  Regulares   
Malos  No sabe

Frente a los métodos de anticoncepción, el médico sugiere el método y la decisión debe ser tomada:

Por la pareja  Por uno de ellos  No sabe

¿Cuál es su opinión acerca de la postura del Hospital Público con respecto a los métodos anticonceptivos para los adolescentes ?

- No hacer nada.
- Solamente informar.
- Informar y prescribir sólo con autorización de los padres.
- Informar y prescribir a solicitud del adolescente.
- No sabe.

Para los distintos métodos anticonceptivos, Ud. considera que el Hospital Público debe

1: Informar y proveer 2: Informar pero no proveer 3. No informar pero proveer 4: No informar ni proveer.

Hormonas orales	<input type="checkbox"/>	D.I.U.	<input type="checkbox"/>
Preservativo masculino	<input type="checkbox"/>	Ovulos espermaticidas	<input type="checkbox"/>
Diafragma	<input type="checkbox"/>	Gel y crema espermaticida	<input type="checkbox"/>
Preservativo femenino	<input type="checkbox"/>	Hormonas inyectables	<input type="checkbox"/>
Esponja con espermaticida	<input type="checkbox"/>	Ligadura de trompas	<input type="checkbox"/>
Vasectomía	<input type="checkbox"/>		

¿ Ud. cree que el diafragma es un método adecuado sólo para las mujeres con alto nivel educativo ? 1:Si 2:No 3: No Sabe

¿ Cuáles considera que deberían ser los métodos adecuados para cada perfil ?

1: Hormonas orales 2: Preservativo masculino 3:D.I.U 4:Otros métodos

Nuligesta adolescente (< 19 años)

Nuligesta Adulta

Múltipara (entre 2 y 6 gestas)

Gran múltipara ( 7 y más gestas)

¿ Qué opinión posee sobre la interrupción voluntaria de la gestación en situaciones específicas como las propuestas ?

1: De acuerdo 2: En desacuerdo 3: No sabe

- Si una mujer idiota o demente quedó embarazada debido a una violación.
- Si el feto tiene una trisomía demostrada por citogenética de vellosidades coriales
- Si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina
- Si una niña menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación.
- Si una mujer quedó embarazada debido a una violación.
- Si la salud mental de la mujer se ve afectada por el parto y/o la crianza del niño.
- Si una mujer no desea ese hijo.
- Si una mujer carece de recursos económicos.
- Si una mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo.
- Si una mujer ha sido abandonada por su pareja.

Si una mujer solicita una biopsia de vellosidades coriales, Ud. piensa que lo hace para, en caso de que se demuestre una alteración cromosómica:

- Interrumpir el embarazo
- Prepararse y preparar a su familia para criar a un hijo con esas características

¿ Considera que su situación personal con la religión influye en los temas tratados en esta encuesta ? 1: Si 2:No 3: No sabe

¿ Considera que la despenalización del aborto contribuiría a disminuir la muerte materna por aborto provocado ? 1:Si 2:No 3:No sabe

¿ Ud. cree que los Hospitales Públicos deberían realizar los abortos no punibles?  
1:Si 2:No 3:No sabe

¿ Cómo cree que es la atención en el caso de complicaciones de los abortos en los Hospitales Públicos ?

Excelente  Muy Buena  Buena  Regular   
Mala  No sabe

¿Cuál es su opinión acerca de la atención en el Hospital Público en complicaciones de abortos ?

1: Siempre 2: A veces 3: Nunca 4: No sabe

- Es tratada con eficiencia y calidad médica.
- Es tratada como una paciente con derechos.
- Es asesorada sobre anticoncepción antes del alta.
- Es contenida psicológicamente.

¿Cuál es su opinión acerca de la denuncia policial por aborto ?

1: De acuerdo 2: En desacuerdo 3: No sabe

- Cuando ingresa una mujer al Hospital Público por complicaciones de aborto debe hacerse la denuncia policial.
- Un médico que realizó un aborto debe ir preso.
- Una mujer que se realizó un aborto debe ir presa.

Sugerencias u opiniones

.....  
.....  
.....  
.....

**ENCUESTA A LOS RESIDENTES DE TOCOGINECOLOGIA SOBRE EDUCACION  
MEDICA EN SALUD REPRODUCTIVA**

Edad  Sexo 1. Masculino 2: Femenino

¿ Cómo definiría qué es la Salud Reproductiva ? .....  
.....  
.....

¿ Cuáles considera las etapas más vulnerables de la salud de la mujer ?  
.....

¿ Considera que la enseñanza impartida en Ginecología ha sido ?  
1: Muy Satisfactoria 2: Satisfactoria 3: Poco Satisfactoria

¿ Considera que la enseñanza impartida en Obstetricia ha sido ?  
1: Muy Satisfactoria 2: Satisfactoria 3: Poco Satisfactoria

¿ Qué sugerencia querría formular al respecto ?  
.....  
.....

¿ Considera importante la implementación de talleres de Salud Reproductiva en el transcurso de la cursada? 1. Si 2: No

¿ Cómo considera a los problemas de Salud Reproductiva?:  
1: Muy importante 2: Importante 3: Poco importante 4: No Sabe

Adolescencia	<input type="checkbox"/>	Procreación responsable	<input type="checkbox"/>
Cáncer Genitomamario	<input type="checkbox"/>	Infecciones Ginecológicas	<input type="checkbox"/>
Infecciones Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>
Climaterio	<input type="checkbox"/>	Mortalidad Materna y Perinatal	<input type="checkbox"/>
Violencia familiar	<input type="checkbox"/>	Vigilancia y atención del parto	<input type="checkbox"/>
Hormonoterapia	<input type="checkbox"/>	Hemorragia genital	<input type="checkbox"/>
Políticas Sanitarias en S.R.	<input type="checkbox"/>	Uso racional de drogas en el Embarazo	<input type="checkbox"/>
Embarazo y parto de alto riesgo	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del parto	<input type="checkbox"/>
Genética y reproducción	<input type="checkbox"/>	Promoción de la lactancia natural	<input type="checkbox"/>
Adaptaciones de los sistemas maternos a la gestación			<input type="checkbox"/>

**ENCUESTA A LOS EGRESADOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE  
LA U.N.L.P SOBRE EDUCACION MEDICA EN SALUD REPRODUCTIVA**

Edad   Sexo 1. Masculino 2: Femenino

¿ Cuántos años tardó en hacer la carrera de Ciencias Médicas ?

¿ Piensa hacer una Especialización ? 1. Si 2: No

¿Cuál sería la Especialidad de su preferencia ? .....

¿ Dónde piensa realizarla ? .....

¿ Porqué la piensa hacer ? .....

.....

¿ En qué localidad piensa ejercer profesionalmente ? .....

¿ Cómo definiría qué es la Salud Reproductiva ? .....

.....

.....

¿ Cuáles considera las etapas más vulnerables de la salud de la mujer ?

.....

¿ Considera que la enseñanza impartida en Ginecología ha sido ?

1: Muy Satisfactoria 2: Satisfactoria 3: Poco Satisfactoria

¿ Considera que la enseñanza impartida en Obstetricia ha sido ?

1: Muy Satisfactoria 2: Satisfactoria 3: Poco Satisfactoria

¿ Qué sugerencia querría formular al respecto ?

.....

.....

¿ Considera importante la implementación de talleres de Salud Reproductiva en el transcurso de la cursada?                      1. Si      2: No                     

¿Cuál de las siguientes temáticas considera :

1: Muy importante      2: Importante      3: Poco importante      4: No Sabe

Adolescencia	<input type="checkbox"/>	Procreación responsable	<input type="checkbox"/>
Cáncer Genitomamario	<input type="checkbox"/>	Infecciones Ginecológicas	<input type="checkbox"/>
Infecciones Ginecológicas	<input type="checkbox"/>	Infertilidad	<input type="checkbox"/>
Climaterio	<input type="checkbox"/>	Mortalidad Materna y Perinatal	<input type="checkbox"/>
Violencia familiar	<input type="checkbox"/>	Hipertensión en el Embarazo	<input type="checkbox"/>
Hormonoterapia	<input type="checkbox"/>	Hemorragia genital	<input type="checkbox"/>
Políticas Sanitarias en S.R.	<input type="checkbox"/>	Uso racional de drogas en el Embarazo	<input type="checkbox"/>

**ENCUESTA A LOS ALUMNOS DE GINECOLOGIA DE LA FACULTAD DE  
CIENCIAS MEDICAS DE LA U.N.L.P SOBRE EDUCACION MEDICA EN SALUD  
REPRODUCTIVA**

Edad        Sexo      1. Masculino    2: Femenino     

¿ Cuántos años hace que cursa la carrera de Ciencias Médicas ?     

¿ Piensa hacer una Especialización ?    1. Si      2: No     

¿Cuál sería la Especialidad de su preferencia ? .....

¿ Dónde piensa realizarla ? .....

¿ Porqué la piensa hacer ? .....

.....

¿ En qué localidad piensa ejercer profesionalmente ? .....

¿ Cómo definiría qué es la Salud Reproductiva ? .....

.....

.....

¿ Cuáles considera las etapas más vulnerables de la salud de la mujer ?

.....

¿ Considera que la enseñanza impartida en Ginecología ha sido ?

1: Muy Satisfactoria    2: Satisfactoria      3: Poco Satisfactoria



**GINECOLOGÍA "B": EXTENSION UNIVERSITARIA: CLASES EN ESCUELAS  
SECUNDARIAS**

N° de protocolo

Edad  Sexo: Masculino  Femenino

Estado Civil Soltero  Casado  En pareja  Separado

Si es casado, ¿hace cuánto tiempo?  Y en pareja?

¿Tiene hijos ? Si  No  ¿Cuántos?

¿Ha tenido algún aborto? Si  No  ¿Cuántos?

¿Consume alcohol? Si  No

¿Consume tabaco? Si  No

¿Consume drogas? Si  No

¿Considera que existe violencia en su familia? Si  No

En caso afirmativo, es Física  o Verbal

Tenía información sobre HIV/SIDA? Si  No

y sobre ETS? Si  No

Se informó: Radio  TV  Amigo  Médicos  Charlas  Internet

Indique cuáles ETS conoce

.....

¿Tiene información sobre métodos anticonceptivos? Si  No

¿Cuáles?

.....

Frente a una pareja que no conoce, ¿usaría preservativo? Si  No

A quién pediría consejo para decidir un método anticonceptivo?

Médico  Farmacéutico  Amigos  Lo decidiría yo mismo

Si se enterara que es portados de HIV, ¿qué conducta tomaría?

Lo negaría  Lo confiaría a su pareja  Lo confiaría a su flia. íntima

¿Asistiría a un grupo de ayuda? Si  No

Ante un amigo portador de HIV, qué actitud tomaría?

Lo discriminaría  Lo ayudaría  Sería indiferente

¿Qué temas le resultan de interés para próximas charlas? .....

## ADOLESCENCIA, FAMILIA Y SOCIEDAD

N° de protocolo

Edad

Sexo: Masculino  Femenino

¿Fuma? Si  No

¿Consume alcohol? Si  No

¿Ve televisión? Si  No

¿Escucha radio? Si  No

¿Le interesan los programas sobre salud? Si  No

¿Ha consumido algún tipo de droga? Si  No

¿Conoce los métodos anticonceptivos? Si  No

Indique cuáles conoce D.I.U.  Diafragma  Píldoras anticonceptivas

Preservativo  Otros

¿Cómo los conoció? Por sus padres  Amigos  En la escuela  Otros

¿Consultó alguna vez al médico por este motivo? Si  No

¿A qué edad comenzó sus relaciones sexuales?

¿Tiene información sobre hepatitis B? Si  No

¿Ha hablado alguna vez del tema aborto y sus consecuencias? Si  No

¿Considera que en su hogar hay violencia familiar? Si  No

¿Cree que la familia es importante cuando tiene un problema? Si  No

¿o son más importantes las amistades? Si  No

¿Le parece de interés que la escuela organice charlas sobre salud? Si  No

## ENCUESTA SOBRE SIDA, E.T.S. Y ADOLESCENCIA

Nº de protocolo

### CATEDRA DE GINECOLOGIA "B"

Edad

Sexo: Masculino  Femenino

¿Consultas periódicamente a tu médico? Si  No

¿Tienes aplicada la vacuna contra Hepatitis "B"? Si  No

¿Es suficiente la información sobre SIDA (E.T.S.)? Si  No

¿Cómo te informaste?

¿Familia? Si  No  ¿Amigos? Si  No

¿Escuela? Si  No  ¿Libros? Si  No

¿Diarios? Si  No  ¿Radio? Si  No

¿T.V.? Si  No  ¿Internet? Si  No

Quienes también te informaron

¿Profesores? Si  No

¿Padres? Si  No

¿Familiares? Si  No

¿Cuándo te informaste te dió? Temor  Rechazo  Culpa  Indiferencia

¿Conoce los métodos anticonceptivos? Si  No

Indique cuáles conoce D.I.U.  Diafragma  Píldoras anticonceptivas

Preservativo  Otros

¿Cómo los conoció? Por sus padres  Amigos  En la escuela  Otros

¿Consultó alguna vez al médico por este motivo? Si  No

¿A qué edad comenzó sus relaciones sexuales?

¿Tiene información sobre hepatitis B? Si  No

¿Ha hablado alguna vez del tema aborto y sus consecuencias? Si  No

¿Considera que en su hogar hay violencia familiar? Si  No

¿Cree que la familia es importante cuando tiene un problema? Si  No

¿o son más importantes las amistades? Si  No

¿Le parece de interés que la escuela organice charlas sobre salud? Si  No

## RESULTADOS

La primera evaluación realizada consistió en demostrar cuál era el grado de conocimiento de la definición y/o el concepto de SALUD REPRODUCTIVA, dado que en una investigación como la realizada debía definirse el marco conceptual de la temática planteada.

A la pregunta:

¿Cómo definiría Salud Reproductiva?, formulada a estudiantes de séptimo año de la carrera de Medicina que habían cursado y aprobado las asignaturas Ginecología y Obstetricia, se consignó:

n = 48

1. Respondieron desconociendo el concepto: 16 casos (33.33%)
2. Respondieron bien (conocimiento básico): 22 casos (45.08%)
3. Respondieron muy bien (conocimiento muy bien definido): 9 casos (18.33%)

Se encuestaron a médicos de reciente graduación y residentes de Ginecología y Obstetricia (n- 56) con la pregunta cómo definiría la Salud Reproductiva, demostrando que:

1. Conocen medianamente el concepto: 8 casos
2. Conocimiento adecuado del concepto: 28 casos
3. Conocen muy bien el concepto: 20 casos

Los resultados expresados manifiestan que el concepto de SR es correcto o están informados correctamente el 18.33 % de los evaluados, situación que revela la nula, escasa o mediana información que el porcentaje restante de encuestados.

Las restantes respuestas correspondieron a:

- Encuesta SIDA
- Encuesta a alumnos de Ginecología B
- Encuesta a egresados
- Encuesta de Jefes de Servicio
- Encuesta a Residentes
- Encuesta Adolescencia, familia y sociedad
- Encuesta Ginecología B

## ENCUESTA DE LOS JEFES DE SERVICIO

En la encuesta realizada a los Jefes de Servicios, (N=12) encontramos las siguientes respuestas:

Son Jefe de Servicio: 3 casos; Médico de Planta: 2 casos; Residente: 3 casos, Jefe de Sala o Unidad ningún caso; Jefe de residentes: 3 casos y Médico de Guardia: 1 caso. (Gráfico I).

La edad promedio es de 40,1 con un desvío estándar de 13,2 años. El rango de edad varía entre 25 y 62 años

La distribución por género representa un 75% de masculino y 25% restante de femenino. (Gráfico II).

Ejercen la carrera de medicina con un promedio de 14,3 años. (Gráfico III).

Al indagar sobre cuál es la Especialidad, el 50% responde Tocoginecología y el 50% restante Obstetricia y Ginecología. (Gráfico IV).

Respecto al Sector Laboral, 1 caso dice pertenecer a una Unidad Sanitaria, otro a una Guardia y Sala, tres casos dicen pertenecer a una Maternidad, 2 casos hacen Obstetricia, lo mismo que aquellos que dicen desarrollar su actividad en el ámbito Privado, finalmente hay otro encuestado que dice hacer Ginecología. (Gráfico V).

Trabajan en un Hospital Público el 18%, Privado el 36% y en ambos el 46% restante. (Gráfico VI).

La totalidad de los jefes de Servicio encuestados es de nacionalidad argentina.

La religión que profesan, corresponde a un 75% de católicos, 17% de agnósticos y 8% de ateos. (Gráfico VII).

Al preguntarles si desarrolla en su Servicio actividades docentes sobre el tema de Salud Reproductiva, el 42% responde afirmativamente. (Gráfico VIII).

Al analizar si considera importante la existencia de una Cátedra de Salud Reproductiva, el 92% responde que sí. (Gráfico IX). Entre aquellos que contestan afirmativamente, consideran importante la vinculación de su Servicio con dicha Cátedra en su totalidad. (Gráfico X).

Al investigar sobre cuál es la composición del Servicio, además del personal Médico y Paramédico, encontramos que 41,7% poseen Psicólogos, 8,3% Sociólogos, 33,3% Trabajadores Sociales o Asistentes Sociales y el 16,7% restante otros profesionales. (Gráfico XI).

Cómo considera a los problemas de Salud Reproductiva en:

La Adolescencia, responden como muy importante el 92% de los consultados e importante un 8%. (Gráfico XII).

En el Cáncer Ginecomamario, dicen que es muy importante el 75% de los consultados e importante el 25% restante. (Gráfico XIII).

En las Infecciones Ginecológicas, opinan que son muy importantes el 67% de los consultados e importantes el 33%. (Gráfico XIV).

En el Climaterio, opinan como muy importante el 17% de los consultados, importante el 75% y poco importante el 8% restante. (Gráfico XV).

En la violencia familiar, consideran como muy importante el 58% de los consultados e importante el 42% restante. (Gráfico XVI).

En la Hormoterapia, opinan que es muy importante el 18% de los entrevistados, importante el 73% y poco importante el 8% restante. (Gráfico XVII).

En las políticas Sanitarias en Salud Reproductiva, consideran como muy importante el 45,5% de los entrevistados, importante el 45,5% y poco importante el 9% restante. (Gráfico XVIII).

En el Aborto, lo consideran muy importante el 92% de los casos, e importante el 8% restante. (Gráfico XIX).

Respecto a la Anticoncepción Quirúrgica, el 17% cree que es muy importante, 33% dice que es sólo importante, porcentaje que coincide con los que opinan poco importante. El 17% restante dice no saber. (Gráfico XX).

Respecto a los Controles Prenatales, el 58% cree que es muy importante, 42% dice que es sólo importante, (Gráfico XXI).

Al analizar la presencia de S.I.D.A., el 83% cree que es muy importante, 17% dice que es importante. (Gráfico XXII).

Al indagar sobre las Alteraciones del Parto, el 25% cree que es muy importante, 42% dice que es sólo importante, 25% opina que es poco importante y el 8% restante dice no saber. (Gráfico XXIII).

Respecto a la Genética y Reproducción, es en un 25% muy importante, 59% dice que es importante, 33% opina que es poco importante. El 8% restante dice no saber. (Gráfico XXIV).

Al indagar sobre las Adaptaciones de los Sistemas Maternos a la Gestación, opinan que es muy importante el 25%, el 59% dice que es importante, 8% opina que es poco importante con igual porcentaje para los que dicen no saber. (Gráfico XXV).

Evaluando las respuestas acerca de la opinión sobre la Procreación responsable, consideran que es muy importante en el 75% de los casos, el 25% restante dice que es importante. (Gráfico XXVI).

Al indagar sobre la opinión acerca de las E.T.S., 83% opina que es muy importante, el 17% dice que es importante, 8% opina que es poco importante. (Gráfico XXVII).

Analizando las respuestas acerca de la Infertilidad, consideran que es muy importante en el 17% de los casos, importante el 75% y el 8% restante opina que es poco importante. (Gráfico XXVIII).

Sobre la opinión acerca de la Mortalidad Materna y Perinatal, el 59% opina que es muy importante, el 33% dice que es importante, el 8% restante opina que es poco importante. (Gráfico XXIX).

Al indagar sobre la opinión acerca de la Vigilancia y Atención del Parto, el 50% opina que es muy importante, coincidentemente con los que dicen que es importante. (Gráfico XXX).

Analizando las respuestas acerca de la Hemorragia Genital, consideran que es muy importante en el 41% de los consultados, importante el 42% y el 17% restante opina que es poco importante. (Gráfico XXXI).

Al indagar sobre el Uso racional de Drogas durante el Embarazo, 33% opina que es muy importante, el 67% dice que es importante. (Gráfico XXXII).

Respecto al Abuso Sexual, consideran que es muy importante el 67% de los consultados y 33% el resto. (Gráfico XXXIII).

En el tema de Cesárea, dicen que para ellos es muy importante un 8% de los casos, importante 76%, y poco importante y no sabe con un 8% cada uno. (Gráfico XXXIV).

En el tema de Nutrición, dicen que para ellos es muy importante un 8% de los casos, importante 76%, y poco importante y no sabe con un 8% cada uno. (Gráfico XXXV).

Respecto al Embarazo y Parto de Alto Riesgo, dicen que para ellos es muy importante un 59% de los entrevistados, importante un 33%, y poco importante el 8% restante. (Gráfico XXXVI).

En la Promoción de la Lactancia Natural, consideran que es muy importante el 50% de los consultados y 42% lo consideran importante y el 8% restante dicen no saber. (Gráfico XXXVII).

Frente a la planificación familiar, ¿está de acuerdo en que es exclusivamente una estrategia para controlar el crecimiento de la población?. Contestan afirmativamente el 33% de los consultados. (Gráfico XXXVIII).

Al preguntarles cómo consideran la implementación de programas de educación sexual dirigidos a la población adolescente, encontramos que el 67% dicen ser muy importantes y el 33% restante importantes. (Gráfico XXXIX).

Al referirnos a si cree que la educación sexual contribuye a que los adolescentes tengan una vida sexual más responsable y segura, el 92% responde afirmativamente, el resto dice no saber. (Gráfico XXXX).

Al indagar sobre cómo considera la implementación de campañas de prevención con distribución de preservativos, opinan que es muy importante en el 58% de los casos e importante el 42% restante. (Gráfico XXXXI).

Al preguntarles cómo consideran la implementación de programas de asistencia en anticoncepción, encontramos que tanto el 50% dicen ser muy importantes como importantes. (Gráfico XXXII).

Al preguntarles cómo consideran la implementación de programas de asesoramiento anticonceptivo postaborto, encontramos que el 67% dicen ser muy importantes y el 33% dicen importantes. (Gráfico XXXIII).

Respecto a cómo consideran la implementación de programas para mejorar la atención de abortos hospitalizados, encontramos que el 59% dicen ser muy importantes, el 33% dicen importantes y el 8% restante dice no saber. (Gráfico XXXIV).

Consultados acerca de las campañas de prevención de HIV/SIDA con distribución de preservativos, el 58% cree que son muy importantes y el 42% importantes. (Gráfico XXXV).

Respecto a si consideran que la prestación anticonceptiva no es lo suficientemente valorada por los médicos como una acción preventiva, responden afirmativamente el 42% de los consultados. (Gráfico XXXVI).

Al pedirles que evalúen los Servicios de Planificación Familiar/Procreación Responsable de los Hospitales Públicos, dicen que son muy buenos 3 casos, buenos: 2 casos, regular: 4; malos: 1 y no saben: 2. (Gráfico XXXVII).

El 100% opina que la decisión del método de anticoncepción elegido lo debe tomar la pareja.

Al indagar sobre cuál es la opinión acerca de la postura del Hospital Público con respecto a los métodos anticonceptivos para los adolescentes, dicen que debe informar y prescribir sólo con autorización de los padres un 46%; informar y prescribir a solicitud del

adolescente: 38%, solamente informar y la opción no hacer nada con un 8% cada una. (Gráfico XXXVIII).

Al consultarles sobre los distintos métodos anticonceptivos cómo considera que el Hospital Público debe: informar y proveer responden: hormonas orales, preservativos masculino, diafragma, preservativo femenino, esponja espermaticida, vasectomía, D.I.U., óvulos espermaticidas, gel y crema espermaticidas, hormonas inyectables, ligadura de trompas como opciones sugeridas en los casos que se pueden ver en el Gráfico XXXIX.

En la pregunta acerca si los distintos métodos anticonceptivos que el Hospital Público debe informar pero no proveer, la distribución de las respuestas fue la siguiente: gel y crema espermaticida: 16,6%. Con iguales porcentajes se presentan las opciones de óvulos espermaticidas, D.I.U.; preservativos femeninos; diafragma; preservativos masculinos. (Gráfico L).

Respecto a los distintos métodos anticonceptivos que considera que el Hospital Público debe: “No informar pero proveer”, vemos que el 8,3% responde sobre gel y crema espermaticida, con el mismo porcentaje para óvulos espermaticidas y preservativo femenino. El 75% no responde a esta pregunta. (Gráfico LI).

Se preguntó si creían que el diafragma es un método adecuado sólo para las mujeres de alto nivel educativo, el 50% cree que es así, el 42% cree que no y el porcentaje restante (8%) no contesta. (Gráfico LII).

Quisimos conocer cuáles deberían ser los métodos adecuados para cada perfil: “nuligesta adolescente (< 19 años)”. El 58% cree que son los preservativos masculinos y el 42% hormonas orales.(Gráfico LIII).

Respecto a la misma pregunta pero para la “nuligesta adulta”, la distribución es la siguiente: 75% para hormonas orales; 17% para preservativo masculino y el 8% restante para D.I.U. (Gráfico LIV).

El perfil evaluado a continuación fue métodos adecuados para “multípara (entre 2 y 6 gestas)”. El 100% considera que la opción es D.I.U. (Gráfico LV).

Respecto a la “gran múltipara”, 8,4% considera tanto hormonas como preservativos; 33,2% otros métodos y 49,8% D.I.U. (Gráfico LVI).

Ante la pregunta sobre la opinión sobre la interrupción voluntaria de la gestación en situaciones específicas como: “si una mujer idiota o demente quedó embarazada debido a una violación”, el 92% manifestó estar de acuerdo. (Gráfico LVII).

Al evaluar la opinión sobre la interrupción voluntaria de la gestación en situaciones específicas como: "si el feto tiene una trisomía demostrada por citogenética de vellocidades coriales", el 67% manifiesta estar de acuerdo y el 33% dice lo contrario (Gráfico LVIII).

En el caso de situaciones específicas como: "si el feto tiene una malformación incompatible con la vida extrauterina", están de acuerdo en el 92% de los casos. (Gráfico LIX)

Al evaluar la misma pregunta sobre "si una niña menor de 15 años quedó embarazada debido a una violación", encontramos que considera que debe existir una interrupción voluntaria en el 92% de las respuestas. (Gráfico LX).

Si la misma pregunta se efectúa respecto "si una mujer quedó embarazada debido a una violación", los porcentajes coinciden independientemente de la edad de la mujer violada.(Gráfico LXI).

Si la salud mental de la mujer se ve afectada por el parto y/o la crianza del niño, el 20% está de acuerdo con la interrupción voluntaria de la gestación.(Gráfico LXII).

Con el mismo análisis considerando que la mujer no desea tener ese hijo, el 25% está de acuerdo, el 67% en desacuerdo y el 8% restante no sabe.(Gráfico LXIII).

Respecto al análisis sobre si la mujer carece de recursos económicos, están en desacuerdo el 73% de los encuestados y el 27% restante lo acepta. (Gráfico LXIV).

Al evaluar si la situación que la mujer quedó embarazada porque falló el método anticonceptivo, sólo el 17% está de acuerdo, el 83% restante no lo está. (Gráfico LXV).

Si la misma situación se plantea porque la mujer ha sido abandonada por su pareja, el 92% está de acuerdo en la interrupción de la gestación. (Gráfico LXVI).

A la pregunta sobre "si una mujer solicita una biopsia de vellocidades coriales, piensa que lo hace para, en caso de que se demuestre una alteración cromosómica", el 92% considera que debe interrumpir su embarazo y el 8% piensa que debe preparar y preparar a su familia para criar un hijo con esas características (Gráfico LXVII).

Al considerar que la situación personal con la religión influye en los temas tratados en esta encuesta, el 17% considera que es así y el 83% restante que no. (Gráfico LXVIII).

La consideración de que la despenalización del aborto contribuye a disminuir la muerte materna por aborto provocado, corresponde a que es así el 58% de los encuestados.(Gráfico LXIX).

Al indagar sobre la creencia que los Hospitales Públicos deberían realizar los abortos no punibles, están de acuerdo el 59% de los entrevistados. (Gráfico LXX).

Respecto a cómo cree que es la atención en el caso de complicaciones a los abortos en los Hospitales Públicos, consideran que es bueno el 50% y muy bueno el otro 50% restante. (Gráfico LXXI).

La opinión acerca de la atención en el Hospital Público en complicaciones de abortos, piensan que es tratada con eficiencia y calidad médica, siempre: el 60% de las respuestas y a veces en el 40% restante.(Gráfico LXXII).

La opinión acerca de la atención en el Hospital Público en complicaciones de abortos: consideran que es tratada como una paciente con derechos, siempre: el 38% de los casos y a veces en el 62% de los consultados. (Gráfico LXXIII).

La opinión acerca de la atención en el Hospital Público en complicaciones de abortos: es asesorada sobre anticoncepción antes del alta, a veces en el 75%, y siempre en el 25% restante.(Gráfico LXXIV).

La opinión acerca de la atención en el Hospital Público en complicaciones de abortos: está contenida respecto a la anticoncepción antes del alta, a veces en el 62% de los casos, siempre en el 13% y nunca en el 25% restante.(Gráfico LXXV).

Respecto de cuál es la opinión acerca de la denuncia policial por aborto, cuando ingresa una mujer al Hospital Público por complicaciones en un aborto debe hacerse la denuncia policial, en este aspecto el 51% está de acuerdo, el 33% está en desacuerdo, el 8% no contesta y el 8% restante no sabe. (Gráfico LXXVI).

La misma pregunta respecto a ¿cuál es la opinión acerca de la denuncia policial por aborto?: un médico que realizó un aborto debe ir preso, están en un 33% de acuerdo, el mismo porcentaje no sabe, el 17% están en desacuerdo y el 17% restante no contesta.(Gráfico LXXVII).

La misma pregunta respecto a ¿cuál es la opinión acerca de la denuncia policial por aborto?: una mujer que se realizó un aborto debe ir presa, están en desacuerdo en el 49% de los casos, de acuerdo 17%, no contesta el 17 % y no sabe en el mismo porcentaje. (Gráfico LXXVIII).

## ENCUESTA A LOS RESIDENTES

El análisis de esta encuesta realizada a los residentes (N=8), demuestra que la edad promedio de la muestra es de 28,6 años y el desvío estándar es de 4 años.

La distribución por género, es 62% del masculino y el 38% al femenino.(Gráfico I).

Al preguntar acerca de cuáles consideraba las etapas más vulnerables de la salud de la mujer, las respuestas son las siguientes:

Edad de Actividad Sexual (2 casos), Menopausia (3 casos), Adolescencia (2 casos), Climaterio (1 caso), Postmenopausia (1 caso), Madurez Sexual (1 caso), Infecciones (1 caso), Cigarrillo (1 caso), los Extremos de la vida (1 caso).

Al indagar sobre cómo considera la enseñanza en Ginecología, responden que es muy satisfactorio el 38% y satisfactorio el 62%. (Gráfico II).

Al preguntar sobre cómo considera la enseñanza en Obstetricia, los porcentajes son los mismos.(Gráfico III).

La totalidad de los encuestados considera importante la implementación de Talleres de Salud Reproductiva en el transcurso de la cursada. (Gráfico IV).

Consideran que los problemas de Salud Reproductiva en la Adolescencia son muy importantes en el 38% de los casos e importantes en el 62% restante. (Gráfico V).

Consideran que los problemas de Salud Reproductiva con Cáncer Ginecomamario son muy importantes en el 86% e importantes en el 14%. (Gráfico VI).

Respecto de los que consideran los mismos problemas en Infecciones Ginecológicas, son muy importantes para el 57% e importantes para el 43%.(Gráfico VII).

Al indagar sobre el Climaterio, responden el 62% como que es muy importante, importante para el 25% y poco importante en el 13% restante. (Gráfico VIII).

Al preguntar sobre la Violencia Familiar, dicen que es muy importante para el 37%, importante para el 38%, y poco importante para el 25% restante. (Gráfico IX).

En relación a la Hormoterapia, dicen que es importante para el 43% de los encuestados, muy importante para el 14% y poco importante para el 43%. (Gráfico X).

En las Políticas Sanitarias en Salud Reproductiva, es importante en el 72%, poco importante en el 14% y dicen no saber el 14% restante. (Gráfico XI).

Frente a la pregunta sobre Embarazo y Parto de Alto Riesgo, responden que es muy importante el 42%, importante el 29% y poco importante coincide con este porcentaje. (Gráfico XII).

Respecto a la Genética y Reproducción, coinciden con similares porcentajes (50%), las opiniones de muy importante e importante. (Gráfico XIII).

En el análisis de las adaptaciones de los Sistemas Maternos a la gestación, consideran que es muy importante el 38%, importante el 13% y poco importante el 49%. (Gráfico XIV).

En la Procreación Responsable, piensan que es muy importante entre los encuestados un 57%, importante el 29% y no sabe el 14% restante.(Gráfico XV).

## ENCUESTA A LOS EGRESADOS

En el análisis de la Encuesta realizada a una muestra aleatorizada de los Egresados de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, (N=36), muestra que la edad promedio es de 28,7 años con un desvío estándar de 5,6 años.

La distribución por género, corresponde a 58% del masculino y 42% del femenino.(Gráfico I).

La distribución respecto a los años que tardaron en hacer la carrera de Ciencias Médicas es la siguiente: 7 años el 29%; 8 años el 17%; 9 años el 20%; 10 años el 11%; 11 años el 9% y 12 años o más el 14% restante. (Gráfico II).

La totalidad de los egresados responde que piensa hacer una especialización.

Al preguntarles sería la Especialidad de su preferencia, las respuestas se distribuyen como se observa en la Tabla 1.

Sobre dónde piensa realizarla, las respuestas las vemos en la Tabla 2.

Al indagar sobre porque piensa hacer esa Especialidad, encontramos los siguientes argumentos:

- ✓ Porque me gusta, me interesa, siempre me motivó esa especialidad.
- ✓ Para adquirir mayor conocimiento.
- ✓ Mayores posibilidades en las vacantes y mejor formación académica.
- ✓ Para trabajar en zonas rurales.

Respecto a cuál es la localidad en que piensa ejercer profesionalmente, las respuestas se distribuyen como se observa en la Tabla 3.

Al preguntarles ¿como definiría que es la Salud Reproductiva?, encontramos que no responden 5 casos.

El resto de las definiciones dadas, se transcriben a continuación.

- ✓ Es el estado en el cual se goza de buenas condiciones para concebir y poder desarrollar un embarazo.
- ✓ Es todo lo referente a la concepción de hijos por parte de la pareja.
- ✓ Conjunto de acciones de salud realizadas para obtener una mejor salud en la mujer y en el curso del embarazo.
- ✓ Como importante.

- ✓ Son las medidas que hacen que una pareja llegue a la concepción de un hijo con todas las posibilidades de llevar el embarazo a término.
- ✓ Programación familiar.
- ✓ Es la capacidad de embarazarse, llevar a cabo la gestación y parto y sostener el puerperio de forma óptima.
- ✓ Actualmente muy pobre porque no hay alcance a toda la población y sobre todo a los más necesitados.
- ✓ Es la salud destinada a mejorar y/o garantizar las condiciones adecuadas para un proceso reproductivo normal.
- ✓ Ciencia que estudia formas de reproducción.
- ✓ Es la capacidad de decidir cuándo, cómo y con quién tener hijos.
- ✓ Mala: 2 casos.
- ✓ Todas las medidas del sistema de salud, estado (legislación) que favorecen a la reproducción saludable según cada individuo.
- ✓ Es un derecho que involucra tanto a mujeres, parejas, hijos nacidos y por nacer.
- ✓ Es el bienestar y la capacidad de una persona para procrear.
- ✓ Todos los actos destinados al control de la fertilidad.
- ✓ Es el aspecto de la medicina que asiste a todo lo referente al proceso de procreación.
- ✓ El buen estado de salud biopsicosocial reproductiva durante la madurez sexual.
- ✓ Es la capacidad de concebir, mantener el producto de la concepción y por lo tanto parir un hijo que tiene la mujer y su pareja.
- ✓ Disciplina que se ocupa de garantizar una reproducción adecuada.
- ✓ Es el estado de salud de la mujer en la etapa reproductiva.
- ✓ Es la que se ocupa de cuidar, educar y detectar factores de riesgo con respecto a la vida reproductiva de las personas.
- ✓ Son las medidas tendientes a lograr el estado óptimo de salud en la etapa de reproducción, pudiendo decidir libremente cuándo desea reproducirse.
- ✓ Medidas de salud destinadas a promover actividades de reproducción sexual alternativas a las naturales.
- ✓ Promoción, prevención de la embarazada y planificación familiar.
- ✓ Es la prevención, diagnóstico y tratamiento de la mujer en la edad fértil.
- ✓ Medidas tendientes a prestar servicios de salud desde procreación hasta el parto.
- ✓ Es la parte de la salud que se encarga de la fertilidad y reproducción de las personas.

Ante la pregunta de ¿cuáles considera las etapas más vulnerables de la salud de la mujer? las respuestas obtenidas son las siguientes:

- ✓ Varía según el nivel socioeconómico.
- ✓ 50 años en adelante.
- ✓ Embarazo, parto, puerperio y postmenopausia: 3 casos
- ✓ Adolescencia y embarazo: 2 casos.
- ✓ Infancia y embarazo: 2 casos.
- ✓ Niñez, adolescencia y embarazo.
- ✓ Etapa reproductiva y menopausia.
- ✓ Embarazo, puerperio y postmenopausia.
- ✓ Menarca, etapa reproductiva y climaterio.
- ✓ Adolescencia y preadolescencia: 6 casos.
- ✓ Embarazo y menopausia.
- ✓ Niñez y adolescencia.
- ✓ Pubertad, embarazo y postmenopausia.
- ✓ Adolescencia y menopausia: 2 casos.
- ✓ Infancia y postmenopausia.
- ✓ Postmenopausia: 4 casos.
- ✓ Embarazo: 2 casos.

Al evaluar cómo considera la enseñanza impartida en Ginecología, responden que ha sido muy satisfactoria para el 17%, satisfactoria para el 64% y poco satisfactoria para el 19% restante.(Gráfico III).

Al analizar cómo considera la enseñanza impartida en Obstetricia, responden que ha sido muy satisfactoria para el 20%, satisfactoria para el 43% y poco satisfactoria para el 37%.(Gráfico IV).

Al pedirle que expresaran sugerencias que quisiera formular, tenemos las siguientes:

- ✓ Eliminar la cursada en el Hospital Ana Goitía.
- ✓ Aumentar las prácticas.
- ✓ Mayor carga horaria de clases teóricas y prácticas.
- ✓ Que se replantee el Programa de Estudios.
- ✓ Mejorar la calidad de la docencia, creo que hay poca educación desde los docentes.
- ✓ Integrar la actividad teórica y práctica, comentando los casos que se vieron en consultorio e investigar sobre ellos.

- ✓ 9 casos coinciden en aumentar la cantidad de prácticos.
- ✓ Coordinarlo con la parte de parto de Pediatría.
- ✓ Mayor carga horaria.
- ✓ Cambiar el ambiente físico de la cursada y un mayor contacto con los pacientes.
- ✓ Que se presencien partos.
- ✓ Mayor concurrencia a hospitales.

Les preguntamos acerca si consideraba importante la implementación de talleres de Salud Reproductiva en el transcurso de la cursada, responden afirmativamente en el 89% de los casos, dicen que no el 8% y un 3% no responde. (Gráfico V).

Al evaluar cómo consideraba a la temática referida a Adolescencia, el 63% considera que es muy importante, 34% que es importante y poco importante 3%. (Gráfico VI).

Al investigar cómo consideraba al Cáncer Genitomamario, el 71% considera que es muy importante, 29% restante que es importante. (Gráfico VII).

Se quiso saber cómo consideraba a la temática referida a infecciones Ginecológicas, el 60% refería que es muy importante, 37% que es importante y no saben un 3%. (Gráfico VIII).

Al evaluar que opinión le merecía el tema referida a Climaterio, el 26% considera que es muy importante, 62% que es importante y 12% que es poco importante. (Gráfico IX).

Al investigar cómo consideraba a la Violencia Familiar, el 48% considera que es muy importante, 43% que es importante y poco importante el 9%. (Gráfico X).

Al evaluar las respuestas referidas a la temática de Hormoterapia, consideraban en un 17% que es muy importante, 51% que es importante, 26% poco importante y 6% no saben. (Gráfico XI).

Respecto a la opinión de las Políticas Sanitaria en Salud Reproductiva, creen que son muy importantes en el 34% de las respuestas, importantes en el 46%, poco importantes para el 14% y dicen que no saben en el 6% restante. (Gráfico XII).

Al investigar cómo consideraba a la Procreación responsable, el 63% considera que es muy importante, 31% que es importante y poco importante el 6%. (Gráfico XIII).

Al evaluar las respuestas acerca de la opinión sobre Infertilidad, son muy importantes en el 23% de los casos, importantes en el 60%, poco importantes para el 17% y dicen que no saben el 6% restante. (Gráfico XIV).

Respecto a la Mortalidad Materna y Perinatal, son muy importantes en el 77% de las respuestas, importantes en el 20%, poco importantes en el 3% restante. (Gráfico XV).

Al investigar cómo consideraba a la temática referida a Hipertensión en el Embarazo, el 63% considera que es muy importante, 37% que es importante. (Gráfico XVI).

En el caso de Hemorragia Genital, vemos que el 54% considera que el tema es muy importante, 46% restante dice que es importante. (Gráfico XVII).

Respecto al Uso Racional de Drogas durante el Embarazo, el 63% considera que es muy importante, 37% restante que es importante. (Gráfico XVIII).

## ENCUESTA A LOS ALUMNOS DE GINECOLOGIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA U.N.L.P.

En el análisis de la Encuesta realizada a una muestra aleatorizada de los alumnos (N=56), muestra que la edad promedio es de 27,3 años con un desvío estándar de 4,3 años.

La distribución por género, corresponde a 59% del masculino y 41% del femenino.(Gráfico I).

La distribución respecto a los años que hace que cursan la carrera de Ciencias Médicas es la siguiente: 7 años en 29 casos; 8 años en 12; 9 años en 4; 10 años en 4; 11 años en 1 y 12 años o más en los 4 casos restantes. 2 de los encuestados, no responden a esta pregunta.(Gráfico II).

De la totalidad de los alumnos responden que piensa hacer una especialización en el 96% de los casos, 25 dice que no y el 2% restante no responde. (Gráfico III).

Al preguntarles sería la Especialidad de su preferencia, las respuestas se distribuyen como se observa en la Tabla 1.

Sobre dónde piensa realizarla, las respuestas las vemos en la Tabla 2.

Al indagar sobre porque piensa hacer esa Especialidad, encontramos los siguientes argumentos:

- ✓ Porque me gusta, me interesa y tiene salida laboral.
- ✓ Porque es residente en esa ciudad.
- ✓ Porque le parece una especialidad interesante, completa.
- ✓ Desea trabajar en lo que le gusta y piensa que esa especialidad es bastante amplia.
- ✓ Le gusta investigar la causa de muerte y los diferentes estudios que deben hacerse para llegar a esas causas.
- ✓ Por vocación ya que lo siente así.
- ✓ Para formarme más específicamente y tener más práctica en todo sentido.
- ✓ Para tener una buena formación de base en patologías prevalentes y después poder realizar una subespecialización.
- ✓ Me permite trabajar en cualquier lugar del país.

Respecto a cuál es la localidad en que piensa ejercer profesionalmente, las respuestas se distribuyen como se observa en la Tabla 3.

Ante la pregunta de ¿cuáles considera las etapas más vulnerables de la salud de la mujer? las respuestas obtenidas son las siguientes:

- ✓ Embarazo.
- ✓ Menopausia.
- ✓ Adolescencia.
- ✓ Postmenopausia.
- ✓ Todas.
- ✓ Edad fértil.
- ✓ Madurez sexual, climaterio y senectud.
- ✓ Niñez.
- ✓ Vejez.

Al evaluar cómo considera la enseñanza impartida en Ginecología, responden que ha sido muy satisfactoria para el 32%, satisfactoria para el 61% y poco satisfactoria para el 7% restante.(Gráfico IV).

Al analizar cómo considera la enseñanza impartida en Obstetricia, responden que ha sido muy satisfactoria para el 20%, satisfactoria para el 62% y poco satisfactoria para el 16% y el 2% restante no responde.(Gráfico V).

Le solicitamos que expresaran alguna sugerencia que quisieran expresar. Las mismas son las siguientes:

- ✓ Poder tener más práctica con mujeres embarazadas.
- ✓ Mayor cantidad de Trabajos Prácticos.
- ✓ Mejorar la cursada de obstetricia de Mar del Plata.
- ✓ Más práctica en quirófano.
- ✓ Los trabajos prácticos de Ginecología deberían ser más prácticos.
- ✓ Mayor trabajo en Sala.
- ✓ Realizar cursadas en el Conurbano.
- ✓ Mejorar las residencias de pregrado en el aspecto teórico y práctico.
- ✓ Mejorar las clases.
- ✓ Durante la cursada en mi comisión no tuve contacto con ninguna paciente, lo único que vimos fue ver cómo hacían ecografías.
- ✓ Se deberían cursar ambas materias en el mismo Hospital.
- ✓ Me pareció una cursada buena y las prácticas muy buenas.
- ✓ Me gustaría que se pudiera nivelar la calidad y cantidad de clases dictadas en los diferentes hospitales en los cuales se cursa Obstetricia.
- ✓ Poder hacer seguimiento.
- ✓ Más práctica, la parte teórica me pareció excelente.

✓ Poder rotar, no siempre ver ecografías sino ir a la Sala.

Les preguntamos acerca si consideraba importante la implementación de talleres de Salud Reproductiva en el transcurso de la cursada, responden afirmativamente en el 87% de los casos, dicen que no el 9% y un 4% no responde. (Gráfico VI).

Al evaluar cómo consideraba a la temática referida a Adolescencia, el 43% considera que es muy importante, 49% que es importante, 4% dice que es poco importante y no responden en un 4%. (Gráfico VII).

Al investigar cómo consideraba al Cáncer Genitomamario, el 78% considera que es muy importante, 18% que es importante, 2% que es poco importante y 2% también no responde. (Gráfico VIII).

Al evaluar que opinión le merecía el tema referido a Climaterio, el 41% considera que es muy importante, 52% que es importante y 5% que es poco importante y no sabe el 2% restante. (Gráfico IX).

Respecto a la que opinión le merecía el tema referido a Abuso Sexual, el 27% considera que es muy importante, 58% que es importante y 13% que es poco importante y no sabe el 2% restante. (Gráfico X).

Al investigar cómo consideraba a la Violencia Familiar, el 36% considera que es muy importante, 47% que es importante, poco importante el 13% y un 4% no sabe. (Gráfico XI).

Al evaluar las respuestas referidas a la temática de Hormoterapia, consideraban en un 23% que es muy importante, 59% que es importante, 16% poco importante y 2% dicen no saber. (Gráfico XII).

Respecto a la opinión de las Políticas Sanitaria en Salud Reproductiva, creen que son muy importantes en el 36% de las respuestas, importantes en el 39%, poco importantes para el 16% y dicen no saber el 2% y no responden el 7% restante. (Gráfico XIII).

Al analizar la opinión respecto a las Infecciones Ginecológicas, dicen ser muy importantes para el 27% de los encuestados, 25% para los que dicen importantes, 42% dicen ser poco importantes y el 44% restante no contesta. (Gráfico XIV).

Respecto a los Abortos dicen ser muy importantes para el 43% de los encuestados, 11% para los que dicen importantes, 2% dicen ser poco importantes y el 44% restante no contesta. (Gráfico XV).

Al investigar cómo consideraba a la Procreación Responsable, el 57% considera que es muy importante, 32% que es importante y poco importante el 5%. El 2% no sabe y el 4% no contesta. (Gráfico XVI).

Al evaluar las respuestas acerca de la opinión sobre Infertilidad, son muy importantes en el 29% de los casos, importantes en el 59%, poco importantes para el 7% y dicen que no saben en el 5% restante. (Gráfico XVII).

Respecto al Control Perinatal, dicen que es muy importante en el 38% de las respuestas, es importante en el 43%, poco importante en el 14% y el 5% restante no contesta. (Gráfico XVIII).

Al analizar la Mortalidad Materna y Perinatal, encontramos que el 64% dice que es muy importante, es importante para el 27%, poco importante en el 4% y el 5% restante no contesta. (Gráfico XIX).

Al investigar cómo consideraba a la temática referida a Hipertensión en el Embarazo, el 39% considera que es muy importante, 49% que es importante, 7% que es poco importante y 5% no contesta. (Gráfico XX).

En el caso de Hemorragia Genital, vemos que el 32% considera que el tema es muy importante, 52% restante dice que es importante, 11% dice que es poco importante y 5% no responde. (Gráfico XXI).

Respecto al Uso Racional de Drogas durante el Embarazo, el 42% considera que es muy importante, 41% que es importante, 9% que es poco importante y 4% no sabe y 4% no responde. (Gráfico XXII).

En el tema de S.I.D.A., vemos que el 74% considera que el tema es muy importante, 26% restante dice que es importante. (Gráfico XXIII).

Respecto a la Nutrición, observamos que el 50% dice que es muy importante, opinan que es importante el 37%, poco importante para el 10% y no sabe el 3% restante. (Gráfico XXIV).

Al investigar si consideraba importante la existencia de una Cátedra de Salud reproductiva, el 55% considera que es muy importante, 35% que es importante, 10% no sabe. (Gráfico XXV).

**ENCUESTA DE LA CATEDRA DE GINECOLOGIA "B"**  
**EXTENSION UNIVERSITARIA**

El resultado de esta encuesta que corresponde a 42 alumnos que cursaron la materia, y que fue una encuesta anónima, muestra que la edad promedio es de 27 años con un desvío estándar de 8,8 años. El 36% de los encuestados es de sexo masculino y el 64% restante es femenino (Gráfico I).

La distribución según el estado civil señala que el 43,9% son solteros, el 31,7% casados, 14,6% viven en pareja, 7,3% son separados y el 2,4% son viudos (Gráfico II).

Dicen tener hijos solamente 20 de los encuestados, con la siguiente distribución: 1 hijo: 20%; 2 hijos: 60%, 3 y 4 hijos el 10% cada uno. (Gráfico III).

Manifiestan haber realizado un aborto, 9 de las personas encuestadas, con la siguiente característica: 1 aborto en 5 casos; 2 abortos en 2 casos y con 3 y 4 abortos: 1 caso. (Gráfico IV).

Del total de respuestas encontramos que dicen consumir alcohol 12%, no consumen 76% y no responden 12%.(Gráfico V).

Respecto al consumo de tabaco, fuman el 38%, no lo hacen el 50% y no responden el 12%.(Gráfico VI).

La totalidad dice no haber consumido drogas y tampoco aceptan tener violencia física familiar.

Respecto a si considera que existe violencia verbal en su familia, reconocen que sí ocurre en el 17% de los casos, el 83% restante considera que no es así. (Gráfico VII).

Interrogados sobre la información que poseen sobre HIV/Sida, consideran que la tienen el 90% de los encuestados, 5% responde negativamente y el otro 5% no contesta. (Gráfico VIII).

Respecto a si tienen información sobre E.T.S., contestan que sí la tienen, el 31%, que no la tienen el 62% y el porcentaje restante no responde a esta pregunta. (Gráfico IX).

De la modalidad en la que se informa, lo hace por medio de la radio el 24%, por medio de la T.V. el 48%, por sus amigos el 19%, por médicos el 55%, por charlas el 65% y por Internet el 12%.(Gráficos X,XI,XII,XIII,XIV,XV).

Las respuesta sobre si conocían alguna E.T.S., dicen que sí el 26%, no conocen 36% y el 38% restante, que representa el mayor porcentaje no responde.(Gráfico XVI).

Acercas del conocimiento de métodos anticonceptivos contestan afirmativamente el 86% de los encuestados.(Gráfico XVII).

Respecto a cuáles son los métodos anticonceptivos que conoce 21 personas (50%) responden preservativo, 15 pastillas anticonceptivas, D.I.U. 8 casos y 1 caso indican días y óvulos.(Gráfico XVIII).

Al preguntarles si frente a una pareja que no conoce usaría preservativo, responden afirmativamente 93% de los encuestados.(Gráfico XIX).

Al consultarlos sobre si confiarían frente a una pareja que no conoce, sólo el 2% lo haría, no lo haría el 93% y el 5% restante no contesta. (Gráfico XX).

Al indagar sobre a quién pediría consejo para decidir un método anticonceptivo, lo harían con un médico el 90,5% de los casos, con un farmacéutico el 21,4%, con amigos el 9,5% y lo decidiría usted mismo también el 9,5% de los casos.(Gráfico XXI).

Al consultar sobre cuál sería su conducta si se enterara que es portador de HIV/Sida, ninguno responde que lo negaría, lo confiaría a su familia el 54,8% y lo haría con su pareja el 69%. (Gráfico XXII). En caso de conocer que es portador, asistiría a un grupo de ayuda, lo harían en el 90% de los casos, no lo harían o no contestan el 5% restante en cada opción.(Gráfico XXIII).

Al indagar qué actitud tomaría si un amigo es portador de HIV, dicen que lo ayudarían el 92,9%, sería indiferente el 4,8%, no contesta el 2,4% y nadie responde que lo discriminaría. (Gráfico XXIV).

Al preguntar sobre cuáles son los temas de interés para próximas charlas, encontramos los siguientes: drogas, educación sexual, dengue, impotencia sexual, anticoncepción, enfermedades vaginales, educación sexual para los hijos, tabaquismo, contagios en enfermedades de transmisión sexual.

**Obs. La Cátedra de Ginecología “B” ofrece como actividad de extensión a la comunidad actividades docentes como conferencias, talleres y seminarios en establecimientos primarios, secundarios y ONG’s como contribución a al información de temas vinculados al cuidado de la salud femenina.**

**ENCUESTA A LOS ALUMNOS SOBRE S.I.D.A., E.T.S. Y ADOLESCENCIA**  
**EXTENSION UNIVERSITARIA CATEDRA DE GINECOLOGIA "B"**

El resultado de esta encuesta que corresponde a 15 alumnos y que fue una encuesta anónima, muestra que la edad promedio es de 18,1 años con un desvío estándar de 0,7 años.

El 53% de los encuestados es de sexo masculino y el 47% restante es femenino (Gráfico I).

Al preguntarles sobre si consultaba periódicamente al médico, sólo el 13% contesta afirmativamente. (Gráfico II).

Respecto a si tienen aplicada la vacuna contra la Hepatitis "B", el 46% responde afirmativamente, el 47% dice que no y el 7% restante no sabe. (Gráfico III).

Consultados acerca si es suficiente la información sobre S.I.D.A. y E.T.S. dicen que sí en el 79% de las respuestas. (Gráfico IV).

Se informaron por la familia en el 20% de los casos, por amigos el 47%, 83% en la escuela, mediante libros y diarios el 33% para cada opción, 27% por la radio, 67% por la televisión, nadie lo hizo por Internet. ( Gráficos V,VI,VII,VIII,IX,X,XI,XII).

Al analizar quiénes también le informaron refirieron que lo hicieron los profesores en el 93% de los casos, los padres en el 13% y familiares en un 33%.. (Gráficos XIII,XIV,XV).

Consultados acerca de lo que experimentó cuando se informó: le dio temor para el 33,3% de los alumnos, rechazo al 6,7%, culpa al 13,3% a ninguno le dio indiferencia y el porcentaje más alto, del 60% correspondió a quienes no les dio ninguna sensación en particular. (Gráfico XVI).

Dicen usar preservativo en el 86% de los casos, no lo usan y no contestan con un 7% estas dos opciones. (Gráfico XVII).

Si han tenido relaciones sexuales con prostitutas, el 50% no contesta, el 7% reconoce haberlo hecho y el 43% restante dice que no las ha tenido.( Gráfico XVIII).

Respecto si han tenido relaciones sexuales con personas del mismo sexo, el 7% responde afirmativamente, el 86% dice que no y el porcentaje restante (7%) no contesta. (Gráfico XIX).

Queríamos saber si conocían la manera en que se transmiten las E.T.S. y encontramos que dicen que ocurre por vía sexual para el 84% de las respuestas, por la ropa para el 8% con igual porcentaje para los que contestan que es en los baños. (Gráfico XX).

Se le solicitó que mencionaran dos enfermedades de transmisión sexual que conocieran, el 40% de las respuestas correspondió a Sífilis, 30% a Herpes y el 27% dijo S.I.D.A.

Se preguntó acerca de qué método usaría ante una pareja desconocida o inestable, preservativo respondió el 80%, anticonceptivos el 13% y coito interrumpido el 7% restante. (Gráfico XXI).

Queríamos saber si existía diálogo en su familia, responden afirmativamente el 80% de los alumnos. (Gráfico XXII). Respecto a la existencia de violencia, el 20% admite que existe. (Gráfico XXIII).

Si llegara a contraer el S.I.D.A. se lo diría a la madre en 9 casos, al padre en 6, a su pareja en 8, a un amigo en 5 y no lo diría a nadie responden 2. Gráfico XXIV).

Si un compañero, o amigo o familiar contrajera S.I.D.A. dicen que: lo discriminaría el 6,7% que corresponde a 1 caso, sería solidario el 86,7%, y no responde el 6,7%. (Gráfico XXV).

Frente a una E.T.S. que pudiera contraer, les preguntamos qué le diría a su pareja, el 80% responde que le diría que consulte, y el 20% dice que se lo ocultaría. (Gráfico XXVI).

Consultados acerca de los temas que le resultarían de interés para próximas charlas, dicen cáncer, sexualidad, prevención de embarazos, nada en especial, de todo.

## **ENCUESTA DE ADOLESCENCIA, FAMILIA Y SOCIEDAD**

### **CATEDRA DE GINECOLOGIA "B"**

Se realizó esta encuesta entre 103 adolescentes, cuyas edades se distribuían de la siguiente manera: 15 años: 27%; 16 años: 37%; 17 años: 24%; 18 años: 10% y 19 años: 2%. (Gráfico I).

La distribución por género correspondió a un 47% de masculino y 53% de femenino. (Gráfico II).

Se les preguntó si tenían el hábito de fumar, encontrando que sí lo hacían en el 34% de los casos, el 60% no lo hacían, el 4% aceptan hacerlo a veces y el 2% restante no responde (Gráfico III).

Respecto al consumo de bebidas alcohólicas, responden afirmativamente 29%, no las consumen 44%, lo hacen a veces 25% y un 2% no contesta. (Gráfico IV).

Al preguntarles sobre si miran T.V., responden afirmativamente el 94%, sobre si escuchan radio, 91% dicen hacerlo y lo hacen a veces en un 1%. (Gráfico V y VI).

Dicen estar interesados por Programas sobre Salud un 62% de los casos, no lo están un 35% y el 3% restante no contesta.(Gráfico VII).

Dicen haber consumido algún tipo de droga el 16% y no responden un 1%.(Gráfico VIII).

Respecto al conocimiento de algún método anticonceptivo, el 90% responde afirmativamente.(Gráfico IX). De los métodos anticonceptivos 55 responden D.I.U.; diafragma: 29; píldoras anticonceptivas: 81; preservativos: 92; otros métodos: 24 respuestas. (Gráfico X). Al preguntarles sobre cómo conoció los métodos anticonceptivos, fue por los padres en 53 casos, por los amigos en 49 casos, 61 fue en la escuela y 29 dicen que fue por otras personas. (Gráfico XI).

Al indagar si consultó alguna vez al médico por este motivo, solamente el 10% reconoce haberlo hecho.(Gráfico XII).

Respecto a la edad de inicio de las relaciones sexuales, lo hicieron a los 11 años: 2 casos; 13 años: 3; 14 años: 11; 15 años: 20; 16 años: 5; 17 años: 4. no tuvieron aún relaciones sexuales 47 de los adolescentes encuestados, 2 dicen no saber y 9 no contestan a la pregunta (Gráfico XIII).

Sobre el conocimiento de la hepatitis B, lo tienen un 58% y 1% no contesta. (Gráfico XIV).

Al preguntarle si ha hablado alguna vez del tema aborto y sus consecuencias, responden afirmativamente 86% , el 10% responde negativamente y un 4% no contesta. (Gráfico XV).

Se indagó la existencia de violencia familiar en el hogar y obtuvimos un 9% de respuestas afirmativas, el porcentaje restante corresponde a los que contestan negativamente: 90% o no responden: 1%. (Gráfico XVI).

Acerca sobre la creencia que la familia es importante cuando tiene un problema, el 89% cree que es así, el 11% cree que no. (Gráfico XVII).

Se quería saber entonces, en este aspecto, si recurrían a los amigos, lo hacen en un 25%, no recurren a sus amigos el 63%, lo hacen a veces en el 9% y no responde el 3% restante.(Gráfico XVIII).

Se analizó la opinión sobre el interés que ellos tienen en que la escuela organice charlas sobre Salud Reproductiva. El 92% responde afirmativamente (Gráfico XIX).

## CONCLUSIONES

La Salud Reproductiva es un aspecto crucial de la salud general. Se acentúa durante la adolescencia y particularmente en los años de fecundidad y tiene su finalización en el climaterio.

En cada una de estas etapas se produce a lo largo del ciclo vital un efecto acumulativo que tiene importantes consecuencias para el futuro bienestar bio-psico-social de los seres humanos.

La mujer soporta la mayor parte de los problemas relacionados con la salud reproductiva como:

- Complicaciones derivadas del embarazo y el parto
- Embarazo inesperado o no deseado
- Sufre las complicaciones del aborto inseguro
- Soporta la mayor parte de la carga de la anticoncepción
- Se expone potencialmente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y al VIH
- Padece patologías oncológicas prevalentes (mama y cuello merino)
- Soporta la repercusión de la infertilidad

La situación del varón en salud reproductiva tiene diferentes connotaciones como una manera de analizar los problemas de salud y desarrollo. Todo está en relación al modo en que las personas mujeres y varones construyen su identidad sexual y pueden ejercer autonomía para tomar decisiones, a partir de sus valoraciones diferenciadas sobre los sexos. De acuerdo a este enfoque es posible abordar la equidad de género como un aspecto a trabajar en los servicios de salud, ya que por ser un componente de la cultura es flexible y sujeto a transformación.<sup>(50)</sup>

Debido al papel de las mujeres en la reproducción, la influencia de la salud reproductiva es más grande en mujeres que en hombres, aunque la salud reproductiva es importante en ambos.

A modo de ejemplo se puede mencionar que las complicaciones del embarazo y del parto constituyen una causa importante de la muerte y discapacidad entre mujeres de la edad reproductiva, particularmente en los estratos socioeconómicos más pobres. Sin embargo en los últimos años se ha hecho evidente que por tratarse de aspectos relacionales, las concepciones culturales de género, son de difícil transformación si no se agudiza la mirada sobre la construcción de las masculinidades.<sup>(51)</sup>

La importancia y el significado de impulsar la perspectiva de género aspira a que:

- Se reconozca la necesidad de participación total de hombres y mujeres en la toma de decisiones.
- Se otorgue igual peso al conocimiento, valores y experiencias de mujeres y varones.
- Se asegure que tanto mujeres como varones identifiquen sus necesidades y prioridades en materia de salud.
- Se lleguen a interpretar debidamente las causas enfermedad-salud.
- Se contribuya a lograr mejor equidad en la salud y se impulsen acciones para desarrollar el cuidado de la salud y la prevención. <sup>(52)</sup>

Por lo tanto, una perspectiva de género en las políticas y programas de salud significa lograr.

- Reconocimiento, apoyo y colaboración con hombres y mujeres como participantes activos en el desarrollo del cuidado de su propia salud, la de sus familias y las comunidades.
- Asegurar que las voces de las mujeres sean escuchadas cuando se trata de identificar sus necesidades y prioridades en materia de salud.
- Atender las desigualdades entre mujeres y hombres, analizar el rol de los hombres, sus perspectivas y creencias en relación a lo que concierne a la salud de las mujeres.

Es sabido y aceptado que la salud es responsabilidad de todos, como también debe considerarse que la perspectiva de género y la aproximación a él es tarea integral, compartida y de resolución conjunta.

Lo esencial es proveer de capacidades y habilidades a las mujeres para convertirse en socios igualitarios en esta responsabilidad que debe ser compartida.

No puede omitirse que el impacto de los temas de salud reproductiva sobre la calidad de vida de las mujeres en la Argentina, particularmente en áreas socioeconómicas vulnerables, no está bien documentado ni es bien comprendido. <sup>(53)</sup> (Cuadro XIV)

Llamativamente el sector salud no define conceptualmente el significado y el alcance de la Salud Reproductiva, tal como se ha demostrado en los resultados de este trabajo.

De allí que la necesidad de implementar la Educación Médica Continuada a través de una Cátedra Libre de Postgrado de Salud Reproductiva es un pilar básico que permitirá el desarrollo de los tres ejes fundamentales para su desarrollo:

- Asistencia
- Docencia
- Investigación

Se torna indispensable la homogeneización de políticas educativas y sanitarias en Salud Reproductiva que permitan ejercer acciones tendientes a mejorar y/o modificar indicadores de salud que inciden en la vida de las mujeres.

Mejorar la salud reproductiva y la calidad de vida requiere un abordaje integral.

La Educación Médica Continuada es una herramienta estratégica para:

- Recopilar
- Transferir
- Procesar
- Analizar
- Informatizar

La asociación de estos parámetros proporcionará los datos básicamente necesarios para diseñar programas e iniciar acciones de Educación Médica Continua en Salud Reproductiva.

La categórica respuesta afirmativa acerca de incorporar contenidos e implementar una Cátedra Libre de Salud Reproductiva ha sido manifestada por alumnos, médicos y docentes universitarios moviliza hacia la meta propuesta.

Se advierten hechos significativos en las respuestas obtenidas como los siguientes:

- Incorporar temas, talleres y seminarios de Salud Reproductiva en el pregrado: Cátedras de Ginecología, Obstetricia, Salud Pública y Medicina Infantil, sin exceptuar las cátedras clínicas y especialidades conexas, como también el aporte de la Cátedra de Farmacología desde la óptica del uso racional de medicamentos y la farmacovigilancia.
- Enfatizar en el conocimiento y la enseñanza de las patologías y los problemas prevalentes de la salud de la mujer.
- Concientización acerca de las infecciones genitales, HIV su repercusión perinatal y en la Medicina Reproductiva.
- Necesidad de lograr un mayor conocimiento de la Genética, las políticas sanitarias y el manejo de la patología de la pobreza, representadas por las complicaciones del aborto inseguro, la prematuridad, las anemias y las parasitosis entre otras.

Ante lo enumerado, las acciones de conocimiento acerca de Salud Reproductiva requieren un afianzamiento conceptual, que deberá surgir a partir de la Educación Médica Continuada, como expresión de difusión, transmisión y ejecución y desarrollo de los ejes temáticos que se plantean.

La conceptualización de la definición de Salud Reproductiva, realizada a estudiantes de séptimo año de la carrera de Medicina, que habían aprobado Ginecología y Obstetricia, como también a egresados y médicos residentes de las dos especialidades, motiva un replanteo significativo, dado que la media total de 35.33 % no definió adecuadamente.

Se torna importante consensuar una definición ya existente, dado que el empleo de diferentes conceptos mueve a confusión y atomiza los esfuerzos, impidiendo el progreso del concepto ya instalado.

En primer concepto que debe establecerse es:

- La salud reproductiva es un proceso de toda la vida, y parte integrante del desarrollo humano.

Los siguientes conceptos armonizan con el enunciado:

- La SR está vinculada con los cuidados primordiales pre, intra y perinatólogicos.
- Está íntimamente ligada con el crecimiento y desarrollo del niño.
- Concierna a la adolescencia, con sentido actitudinal y prospectivo.
- Está relacionada con la vida adulta, apuntando a la integración de la familia y la preparación ante las patologías crónicas, ligadas directamente a la edad cronológica.
- Se vincula con la etapa del climaterio y del adulto mayor, frente a las disfunciones hormonales y la repercusión de las relaciones familiares.
- Es indicador de las problemáticas conexas, como el abuso sexual, la violencia de género y los comportamientos de riesgo en la adolescencia y la madurez sexual.
- Es finalmente el eje principal de la promoción y protección de la salud.

Este trabajo plantea la imprescindible necesidad de desarrollar lineamientos educativos en materia de Salud Reproductiva, para lo que es menester el desenvolvimiento de formulación de políticas y programas que garanticen la equidad y la calidad.

El consenso acerca de la importancia de los temas de Salud Reproductiva, como también sobre la creación de una cátedra de Salud Reproductiva demostró la aceptabilidad y la necesidad acerca de la misma, como también la inclusión de temas determinantes de los contenidos.

El desafío fundamental es el de hacer que la educación superior no viva dentro de sí misma sino que ayude a construir la búsqueda de acciones médicas integradoras en SR

El proceso educativo es un conjunto. La educación de base es importante, determinada por las necesidades de un país que, como Argentina, requiere de calidad educativa y principios académicos que la sostengan y ayuden su desenvolvimiento.

El rol de la educación médica continua en SR requiere calidad educativa. No puede haber calidad en la EMC si ésta no está integrada a las necesidades del país y participa activamente de sus proyectos y asiste a la solución de problemas como:

- El desarrollo sostenible
- Los cuidados primordiales de la salud
- La reducción de la pobreza
- La exclusión

Esta problemática exige el desarrollo de actividades educativas a través de la EMC.

El perfil de la demanda formativa de recursos humanos en SR llevará a la implementación de estrategias educativas y permitirá:

- Asegurar la calidad “hacia delante” (quality assurance), lo que significa que se busca corregir los errores antes de poner en práctica un programa examinando los objetivos, el contenido, los recursos y los resultados esperados de los mismos.
- Controlar la calidad “hacia atrás” (quality control), significa obtener información de tal forma que se puedan corregir errores cometidos. Esto implica un monitoreo constante de los ejes temáticos y de los programas involucrados.
- Gerenciamiento de la calidad (quality management), es el proceso complejo que se instala para que la calidad ocurra, que se de en todos los procesos involucrados en la educación médica continua.

Un buen programa de EMC requiere la integración de todos los sectores comprendidos en el de la salud.

Al indagar en este trabajo acerca de la composición e recursos humanos de los servicios evaluados es dable observar la escasísima integración con disciplinas afines, como también la casi inexistente interdisciplina.

Estas acciones que relacionan áreas de la salud pública y del ejercicio de la educación médica requieren fortalecimiento en pos de.

- Establecer estándares de enseñanza y calidad de la misma
- Determinar la formación del recurso humano para el desarrollo de la cátedra de SR y de todos los lineamientos que la misma imprima como modelo educativo.

A partir del análisis realizado como producto de la evaluación desarrollada en los distintos sectores y segmentos de la Ginecología y Obstetricia, como también de estudios en

poblaciones de adolescentes, adultos y comunidad, surgen recomendaciones que suman a este capítulo de Conclusiones las siguientes:

- En atención a las necesidades de EMC en SR se implemente una cátedra libre de postgrado de SR.
- Para instrumentar sus programas se integren áreas, sectores o departamentos de la FCM de la UNLP que permitan la creación de la mencionada cátedra, con el objetivo general de formar el recurso humano en esta disciplina, y que observe objetivos específicos relacionados con la docencia, la asistencia y la investigación.
- Será imprescindible la interrelación de Servicios, Unidades Académicas, Hospitales y Unidades de Atención Primaria, como también la participación de disciplinas afines a la Medicina para lograr una sólida formación en SR.
- La conceptualización que reviste la propuesta de desarrollar EMC en SR ha demostrado una proyección estimada como muy significativa.
- Se torna importante la formación de recursos humanos con un perfil bio-psico-social, con participación activa en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la recuperación en el nivel primario de atención, con disposición para la educación médica permanente y contribuir a la investigación científica, con sentido ético y social
- Dada su trascendencia, la Facultad de Ciencias Médicas y la Universidad Nacional de la Plata, son eslabones básicos e imprescindibles para que la Fundamentación y la Hipótesis de Trabajo logren concretar la implementación de la EMC en SR a través de la herramienta básica: la Cátedra Libre.
- La Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP muestra un objetivo preciso en forma destacada: la Educación Médica Continua a través del Departamento de Postgrado.<sup>(54)</sup>
- La Universidad debería examinar todas las proyecciones que plantean propuestas relacionadas con la EMC.
- La Universidad debe analizar continuamente las grandes cuestiones sociales que afectan al país y al mundo. Es una forma de garantizar o colaborar en garantizar la educación y en este caso, la Salud Reproductiva.
- Es altamente significativo el hecho de la inexistencia de instituciones académicas o sociedades científicas que desarrollen programas permanentes en SR, tal como se ha investigado, lo que representa la trascendente proyección que esta actividad académica significa a través de la interrelación con Universidades y Sociedades Científicas de Argentina y de América.

- Las Universidades deben reconocer que la EMC en salud reproductiva es un área importante de preocupación, por lo que deben diseñarse mecanismos apropiados para contribuir en forma significativa al esfuerzo general de promoción de la salud.

La Conferencia Mundial sobre Educación Superior aprobó una Declaración reafirmando su compromiso con la calidad de la enseñanza, la integración y el marco de acción prioritaria para el Cambio y el Desarrollo de la Enseñanza Superior, alentando un proceso de formación del recurso humano, la creación de entidades de educación universitaria y el fortalecimiento de las universidades y la facilitación de las capacidades endógenas, como también la colaboración para optimizar y estimular las acciones de la Educación Superior a través del rol de las universidades.<sup>(55)</sup> (Figura XV, XVI)

Argentina requiere de la vigorosidad y rigurosidad científicas que permitan un proceso de transferencia y de excelencia educativa.

Las acciones formativas en SR resultan un modelo propuesto y que se considera indispensable.

Así, la afirmación de los sectores encuestados acerca de la incorporación de talleres de SR y la implementación de una cátedra respondiente a dicha temática, mostró que:

- El 92 % de jefes de servicio, médicos de planta y residentes lo considera conveniente.
- 89% de los médicos recientemente egresados de la carrera de medicina también lo afirma.
- 87% de los alumnos que cursaron las materias Ginecología y Obstetricia sostienen la misma afirmación.

Mención relevante merece el hecho del énfasis puesto a respuestas afirmativas con respecto a:

- Enseñanza de patologías prevalentes en SR
- Fortalecimiento de las políticas de salud al respecto
- Conceptualización de la prevención primaria, secundaria y terciaria en las patologías prevalentes.
- Medicina preconcepcional
- Posición frente al aborto y sus complicaciones
- Posición ante los Programas de procreación responsable
- Estrategias frente a las infecciones ginecológicas, perinatológicas y el VIH-SIDA
- Consideraciones bioéticas
- Incorporación de profesionales de otras disciplinas para la formación e integración de los recursos humanos en Salud Reproductiva

Las ciencias biológicas y sociales ejercen un papel central en relación con los aspectos inherentes a la reproducción humana. Los médicos, como integrantes del equipo de salud, tienen legal y normativamente adjudicada la autoridad de obrar en este terreno como máximos expertos técnicos. Su influencia se desenvolvería a través de:

- Sus prácticas, en las que manejan diversos recursos y procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos.
- Sus mensajes, los que comunican a los beneficiarios de sus servicios, y así mismo los que transmiten hacia audiencias más amplias.
- Por otro lado, por acción u omisión, son los mediadores de las decisiones de los pacientes sobre cuestiones reproductivas y las políticas de salud, familia y población del estado.

La transferencia de la Educación Médica Continua en Salud Reproductiva implica necesariamente una red de interacción de mayor sostenibilidad en el aspecto académico, con profesionales de la salud, sociedades científicas, centros de docencia e investigación, universidades nacionales y extranjeras y agencias de cooperación, como la OPS/OMS.

El enfoque de educación médica continua deberá estar centrada en las personas, entendiendo el aprendizaje como un proceso personal que las personas construyen a partir del reconocimiento de las fuentes debidamente documentadas e informadas.

El aprendizaje pasa a ser no sólo de contenidos sino básicamente interpretativo para la adquisición de capacidades de reconocimiento, análisis y construcción de nuevas vivencias.

(56)

Si bien el proceso de elaborar lineamientos para la evolución del impacto del conocimiento implica un largo camino a recorrer, sin duda agregará valor a los hallazgos y asistirá a cambios en la currícula de la carrera de medicina y en el perfil del egresado, como también será decisivo para sostener la continuidad de la Educación Médica en Salud Reproductiva.

## DISCUSION

**La Salud Reproductiva, como área sensible en la salud de la población requiere para su desarrollo, aplicabilidad y continuidad de metodologías de investigación que incidan sobre una franja poblacional ya delineada: las etapas de la vida de la mujer que se inician en la adolescencia y culminan con el climaterio. No puede omitirse el rol del varón en esta descripción, dado que, si bien es la mujer quien soporta el mayor peso de los eventos de cada etapa biológica, no es menor el desempeño del hombre de modo interactuante.** <sup>(57)</sup>

**Críticamente puede sostenerse que la perspectiva de género en SR significará:**

- El reconocimiento, apoyo y colaboración con hombres y mujeres como activos participantes en el desarrollo del cuidado de su propia salud, la de sus familias y comunidades.
- Asegurar que las mujeres sean escuchadas cuando se trata de identificar sus necesidades y prioridades en materia de salud.
- Atender las desigualdades entre mujeres y hombres.
- Analizar el rol de los hombres, sus perspectivas y creencias en relación a lo que concierne a la salud de las mujeres.
- Involucramiento del hombre en los cambios de prácticas y actitudes.
- Promoción de modificaciones en la actual perspectiva masculina de políticas y programas de salud.

Desde el enfoque de la medicina reproductiva la equidad en salud significa mujeres y varones, una perspectiva de género.

Y precisamente Argentina registra un endeudamiento significativo en las desigualdades, enfáticamente en la reducción de la pobreza y en los indicadores de desarrollo humano

En nuestro país el campo de la Salud Reproductiva es una prioridad política, analizando el compromiso sustancial del derecho a la salud, que incide en el 58% de la población (21.000.000 de personas) entre mujeres en edad fértil, niños y adolescentes.

Paradójicamente cumplir pautas del Programa Nacional de SR parece no ser el objetivo planteado: la promoción y protección de la salud es desigual en distintas áreas del país.

Más precisamente Misiones, Salta y Santiago del Estero constituyen el triste ejemplo de la mayor inequidad en el campo de la SR. <sup>(58)</sup>

Una constante de la mayoría de los problemas que afectan a las poblaciones desprotegidas en este terreno es la falta de educación sobre SR, manteniéndolas casi marginalmente de los servicios que deben ser brindados y cercenando el derecho a la salud, derecho básico de toda persona.

La importancia que tiene la educación médica básica es creciente: el desconocimiento de los temas vinculados con la anticoncepción, las infecciones genitales, el VIH, el control prenatal, el aborto, la infertilidad, la violencia de género, entre otros, conlleva la necesidad de enfatizar en la transferencia de conocimientos y de información a partir de los estratos inferiores o iniciales de la educación.

Se ha reconocido que a partir de la enseñanza de educación para la Salud y Salud Sexual ha decrecido el embarazo adolescente en Argentina, como dato ilustrativo de que educar es informar, es significativo transmitir conceptos básicos y bien definidos acerca de la reproducción y de los cuidados preconcepcionales. <sup>(59)</sup>

La continuidad de los programas de SR requieren implementar Educación Médica Permanente para su ejecución, dado que los aspectos asistenciales requieren del basamento y el soporte continuo de los sistemas educativos.

No es posible la enseñanza de áreas básicas de la medicina como la reproductiva si no está diseñada con estrategias de SR.

El desafío fundamental es el de hacer que la educación superior no viva dentro de sí misma sino que ayude a construir una sociedad mejor.

Asistimos a la concentración del poder y de la riqueza, sumados a un incremento de las diferencias entre individuos dentro de nuestro país y también entre las naciones, fundamentalmente de Latinoamérica, situación que nos involucra constantemente. <sup>(60)</sup>

Los griegos decían que el conocimiento, la ciencia y la acción marchaban juntos.

Aristóteles demostró más adelante que no era así. Que entre la ciencia y la acción media la condición humana.

La acción de los hombres que proclaman y no ejecutan.

La acción de los hombres que proponen sin conocer.

La acción sin decisión de hombres con supuesta responsabilidad en el estado.

La inacción de los hombres de Estado supuestamente responsables de la salud y la educación.

Esta condición humana que planteaba Aristóteles es responsable del retroceso en el proceso educativo y en el desarrollo de políticas igualitarias de salud reproductiva

El gran desafío del siglo XXI pasa por la educación superior.<sup>(61)</sup>

El desarrollo, la implementación y la prosecución de un Programa de Educación Médica Continua en Salud Reproductiva deberá adaptarse a las necesidades del país.

Si integramos un país que geográficamente es heterogéneo, que representa un mosaico de aspectos sociales, culturales, antropológicos y básicamente educativos con diferentes características, deberemos adaptar el programa a cada área.

No se concibe un trabajo que no sea interdisciplinario.

Para desarrollar este programa es imprescindible una herramienta que le permita implementarlo: es el desarrollo de la docencia, la asistencia y la investigación, canalizados a través de la Cátedra de Salud Reproductiva. Y dicho desarrollo deberá serlo a expensas de la calidad educativa.

Y la calidad educativa podrá evidenciarse solamente con la integración a las necesidades regionales<sup>(62)</sup>, participando activamente de sus proyectos y en la solución de los problemas. Entre ellos:

- El desarrollo sostenible
- La salud
- La reducción de la pobreza
- La reducción de la exclusión
- La construcción de una sociedad más equitativa
- La orientación que aproxime al ideal de salud y educación

El problema que potencialmente puede plantearse es lograr un sistema de enseñanza que reproduzca y articule los problemas educativos del pregrado con el postgrado, dado que, no obstante definir el presente trabajo la Educación Médica Continua en SR, es menester el entrelazamiento y la combinación no superpuesta entre el pre y el postgrado de la carrera de medicina y ciencias afines.

A diferencia de otros países no existe una articulación ascendente en el interior del sistema de postgrado.

Por otro lado, las universidades están estructuradas presupuestaria y organizacionalmente en torno del grado, lo que conforma una situación profundamente compleja y heterogénea.<sup>(63)</sup>

No es tarea fácil desarrollar líneas y proyectos de investigación sin el aval y el apoyo no sólo gubernamental sino de organismos con capacidad de gerenciar y sostener los mismos. De ahí que específicamente en EMC en SR se posibilite la interacción con la OPS y la OMS, teniendo en cuenta que estas instituciones cuentan con áreas de Salud Reproductiva en Latinoamérica y en el mundo.

**En síntesis.**

**El concepto de lo que constituye la SR ha evolucionado progresivamente.**

**Es un continuo integrante del desarrollo sostenible de un país y requiere de planificaciones prevencionistas, actitudinales y esencialmente pedagógicas para atender todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana y el cultivo de su potencial.**

**Es una temática que despierta en forma permanente voces disímiles, reacciones entusiastas y opiniones definidamente intransigentes acerca del significado y el alcance de las políticas de salud reproductiva, esencialmente la Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.**

**La OPS ha cooperado y lo continúa haciendo ampliando el concepto de SR y ofrece ahora una oportunidad especial de confirmar su aportación al desarrollo sustentable y de examinar los procesos con que se puede operacionalizar.**

**Es innegable que en el campo de la salud las premisas básicas implican:**

- **Valorar las estrategias de la APS**
- **Lograr la equidad entre los seres humanos.**
- **Fomentar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud**
- **Reconocer la educación médica como pilar para el desarrollo de estas metas.**

**Las acciones de la EMC en SR son significativamente importantes y decisivas para que puedan efectivizarse e implementarse en el más corto plazo. Eso exige un compromiso entre quienes sostenemos la necesidad de educar y transferir los contenidos a través de la Cátedra Libre de Postgrado de Salud Reproductiva, como modelo y herramienta que permita proyectar una perspectiva diferente en el plano educativo, pero que básicamente su tarea lo sea simultáneamente en lo asistencial y en la investigación.**

**Para aspirar a estos logros se propone la convocatoria de autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, organismos como**

la OPS y la OMS, entidades del sector salud, (públicas y privadas), autoridades de la salud y de la educación a nivel nacional y provinciales y fundamentalmente a la CONEAU.

Y esencialmente se requiere una actitud madura por parte de la dirigencia para efectivizar los modelos educativos a través del soporte institucional y estratégico.

La progresión de los fondos estatales asignados a la educación superior, la investigación y el desarrollo es altamente discontinua.

Presentó picos muy altos en 1980, 1986 y 1998, y cifras muy bajas en 1975, 1982 y 1991, años marcados por la inestabilidad política e institucional, la Guerra de Malvinas y la hiperinflación.<sup>(64)</sup>

No podrá sustraerse Argentina al impulso que han dado países de la región, como Brasil y Chile, que con sendos programas para elevar los recursos destinados a la ciencias y la tecnología, muestran un crecimiento exponencial del PBI a corto plazo.<sup>(65)</sup>

De esa forma los programas asistenciales y docentes podrán desenvolverse sin limitaciones, a la vez que servirá como toma de conciencia de que en los resultados directos de la mala salud reproductiva se han desperdiciado incontables recursos.

Basta con considerar las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, los embarazos de adolescentes, los abortos en condiciones de alto riesgo y las tasas de mortalidad materna e infantil inadmisiblemente altas.

Todo ello indica que no se puede esperar más para entrar en acción.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Guerra de Macedo C. Políticas de salud reproductiva y población; Boletín de la OPS Año 72, vol. 115, N° 2, 2-4, 1993.
2. Ministerio de Salud y Medio Ambiente. Boletín epidemiológico semanal de patologías de vigilancia intensificada Semana. 52, 2002, Argentina.
3. Molina, R: Comunicación del Centro de salud Sexual y Reproductiva Adolescente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Seminario del CELSAM, México, 2003.
4. Banco Mundial: Doing Business, Informe 1982-2002, USA, 200.
5. López, E; Tamargo MC: La salud de la mujer, Buenos Aires, INDEC, 1996. En Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y la evaluación de las metas sociales, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 1996.
6. Oliveira MC .Cultura, adolescencia e saude, Brasil e Mexico, Campinas, Consorcio de Programas em Saude Reproductiva e Sexualidade na America Latina, 2000,160-165,2000.
7. González A i :Crimen y castigo: el aborto en la Argentina; las mujeres y la salud, México, El Colegio, México ,1995
8. Ramos S, Gogna M; Petracci M; Romero M; Szulik D: Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿una transición ideológica?, 42-48, Centro de Estudios Sociales, Buenos Aires, 2001.
9. Sachs J: La batalla contra la pobreza empieza por la salud, La Nación, Buenos Aires, 10 de marzo de 2000.
10. Student Pugwash 20th Anniversary Conference .Science and Social responsibility in the new Millenium, June 28-July 4 ,1999, University of California, San Diego, USA.
11. Luna Florencia. “Ética, salud reproductiva y democracia”, La Nación, Buenos Aires, 8 de marzo de 2005.
12. Lloyd, Cynthia b.: Understanding the relationship between womens` work and fertility: the contribution of the world Fertility Surveys. New York Population Council, 1990, 43-48, N° 9, Population Council, OPS, 2000.
13. Defensoría del Pueblo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Encuesta de Auditoría de la Ley 418 (GCBA), Buenos Aires, 2004.
14. Centro Estudios para América Latina (CEPAL): Mapa de la pobreza en la Argentina, Ministerio de Economía de la Nación, Buenos Aires ,1884.
15. Franco, S: Análisis de la pertinencia de la investigación en Salud Reproductiva,7-10, Programa de Evaluación Externa de la Universidad de Buenos Aires, 2001.

16. United Nations: World program f Actions for the year 2000 and Beynod, New York, UN, 2000.
17. Isuani A :Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social, Grupo Editorial Nacional,313-324,Buenos Aires,1998
18. Bunge, M .Etica, ciencia y técnica,175-177, Sudamericana, Buenos Aires,1996.
19. Luna, F : Etica, salud reproductiva y democracia, La Nación,2003.
20. PBI y diferencias sociales: Estudio del Centro de Estudios sobre población, Empleo y Desarrollo (CEPED), Universidad de Buenos Aires, marzo de 2005.
21. Banco Mundial de Salud reproductiva en la Argentina, Unidad de Desarrollo Medioambiental y Social Sustentable, Región de Amé rica Latina, Ed. Banco Mundial, 45-50. Argentina, 2001.
22. United Nations: World Programme the Actions for the year 2000 and Beynod. New York, UN, 2000.
23. Congreso Nacional: “Convención contra todas las formas de discriminación de la mujer”, Constitución Nacional, art. 75, inciso 22, Argentina, 1994.
24. Congreso Nacional. Ley Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Argentina, Ley No. 25673,30 de octubre 2002.
25. Taylor C E : Surveillance for equito in primary health care: Policy implications from international experience, Int J Epidemiol ,1992;21 (6):1043-1050.
26. Villar J y col: Salud Reproductiva Basada en la Evidencia en los países en desarrollo; Biblioteca de Salud Reproductiva, OMS, Geneve, Suiza, 2005.
27. Lynch J A: La Educación a Distancia como estrategia en Educación Médica Permanente, 32-38, Ediciones de la Universidad Católica de Salta, Buenos Aires, 1997.
28. Galli A: Los procesos de enseñar y aprender ,13-20;Formación de Formadores, AFACIMERA; Buenos Aires, Argentina, 2000
29. AFACIMERA (Asociación de Facultades de Medicina de la República Argentina): Metodología docente en Ciencias de la Salud, Módulo 1: 25-29; AFACIMERA, Buenos Aires, Argentina, 2000.
30. Forestieri O, Coccozzella G, Sagarra I, Bucciarelli A: “Ecuación médica en SR en el pregrado”,Congreso Arg. De SAEF, Buenos Aires, octubre 2000.
31. Coccozzela G: “Cátedra de Salud Reproductiva de Post Grado”, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, Departamento Postgrado, 2003.

32. Jaim Etcheverry G: “Un balance y perspectivas”; Discurso pronunciado en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Buenos Aires a los nuevos graduados, 1 de junio de 1989.
33. Rodrigues Días M A: “Educación Superior en el siglo XXI” , El Día, La Plata, 2 de julio de 1999.
34. Agreración Médica Platense: “El papel de la Universidad”, Primeras Jornadas sobre Crisis de la Educación Médica, La Plata, 2-4, La Plata, 1988.
35. CONEAU: Forjar una nueva visión de la educación superior; Taller de Autoevaluación de la CONEAU, Argentina, mayo 1998.
36. OMS: La educación superior en el siglo XXI: visión y acción, París, Francia, 5-9 de octubre de 1998.
37. Genética, medicina y producción: Editorial, pág. 22, 15 de julio de 2000, La Nación, Buenos Aires, Argentina.
38. OPS: La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano; Revista Panamericana de Salud Pública. Vol .4, N° 3; 6-9, OPS 1998, Washington, USA.
39. Instituto Social y Político de la Mujer: Estudio de derechos sexuales y reproductivos, Buenos Aires, 2001.
40. Martenson D: An educational perspectiva; Medical Teacher, vol. 20, N° 1: 49-51,1997.
41. Depto. Pedagogía Médica: La formación docente en el campo de la Educación para la Salud, Boletín Informativo de la Facultad de Ciencias Médicas, UNLP, N° 22:20-21, La Plata, Argentina, 2005.
42. Sackett DL et al: Evidence based medicine: how to teach and practice; EBM, London, Churchill Livingstone, 1997.
43. Banco Mundial: Salud Reproductiva rural en la Argentina; Unidad de Desarrollo Medioambiental y Social Sustentable, Región de América Latina, Banco Munidal, Argentina, 2001.
44. Soberon G, Alvarez Manilla J M :La educación médica frente al desafío salud para todos; Conexión Salud, 39-43, Argentina, 1993.
45. CONEAU: Evaluación Institucional Universitaria, 2-5, CONEAU, Ed. 98/CONF-202-4,1998.
46. Comunidad Argentina Salud:100 años del nacimiento del Dr. Ramón Carrillo; Salud para Todos, N° 144:24-25, Buenos Aires, Argentina, 2005.
47. CONEAU: La evaluación en el Sistema Universitario Argentino; 4-6, Taller de Autoevaluación de la CONEAU, Argentina, mayo 1998.

48. Challis M: portfolio based learning and assessment in medical education, *Medical Teacher*, vol.21, N° 4, 1999.
49. Petracchi M, Szulik D: *La salud en crisis: un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales*, Buenos Aires, Dunken, 2000.
50. Instituto Social y Político de la Mujer: *Estudio de los Derechos Sociales y Reproductivos*, Buenos Aires, 2001.
51. Tudiver F: *Assessing interventions, traditions and innovative methods*, Newbury Park, CA, 1992.
52. OPS/ OMS :*La salud en el proceso de las Cumbres Iberoamericanas*, 2000.
53. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: *La brecha de la equidad*, CEPAL, Santiago, Chile, 1997.
54. Kravover R, Forestieri O, Quiroga E, Ferreras M: *Estrategias de Enseñanza en Ginecología*, Conferencia Argentina de Educación Médica, Comunicación, octubre, La Plata, Argentina, 2004.
55. Nig G, Warring J, Tarala R: *Postgraduate Education*, AMME Conference, Viena, Austria, vol.1, set. 1997
56. De Juan Herrero J: *Introducción a la enseñanza uiversitaria*, cap.6, Madrid, Dikison, 1996.
57. Banco Mundial: *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*; Washington, 1993.
58. Schiavoni G: *Colonos y ocupantes: parentesco, reciprocidad y diferenciación social en la frontera de Misiones*, Ed. Universitaria de Misiones, Posadas, Argentina, 1996.
59. Oliveira F: *Condición socioeconómica, género y raza/etnia en investigaciones biomédicas*, Seminario Red Latinoamericana de Bioética, Bogotá, Colombia, 2005.
60. UDUAL (Unión de Universidades de América Latina: *Inventario de cursos de postgrado en Salud Reproductiva en América Latina y el Caribe*, set. 2004.
61. Doherty G: *Developing quality systems in education*, Routledge, London, 1994.
62. ONU. Conferencia mundial sobre la educación superior, 3-7, Francia, oct.1998
63. Barsky O: *Un sistema que reproduce los problemas del grado*, Area de Educación Superior, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, octubre 2005.
64. Albornoz M: *El estado de la ciencia*, (ref. Universidad de Quilmas), informe en Perfil, Buenos Aires, Argentina, febrero 2006.
65. Ministerio de Salud: *Estadísticas Vitales de Recursos y Producción de Servicios*, Boletín de Estadísticas, Buenos Aires, Argentina, año 2002

## RESUMEN

El proceso de elaborar lineamientos para la evaluación del impacto del conocimiento con relación a la salud de la población y especialmente salud reproductiva implica planificar acciones de transferencia y reconsiderar la responsabilidad en la producción de la ciencia y su aplicación en la formación del recurso humano en salud.

La salud reproductiva es un área especialmente determinada dentro del concepto de salud, con ascendencia creciente en el escenario sociopolítico de nuestro país.

En Argentina esta temática representa una prioridad política por cuanto compromete sustancialmente el derecho a la salud del 58% de la población, esto es 21.000.000 de personas.

El Ministerio de Salud de la Nación y el Programa Regional de Salud de Adolescentes de la OPS/OMS han enfocado el embarazo temprano como uno de los aspectos que más afecta el desarrollo de los/las adolescentes, reproduce el círculo de la pobreza y compromete el desarrollo social, económico y político de los países, de allí que deba ser considerado un problema social.

Si a esto se suman las consecuencias derivadas de la infección por VIH/SIDA y sus costos sociales y sanitarios, la salud sexual y reproductiva resulta una prioridad política.

Mejorar el acceso de adolescentes y jóvenes varones y mujeres a la educación sobre sexualidad y equidad de género para tomar mejores decisiones en salud sexual y reproductiva, permitirá revertir el círculo de pobreza y exclusión que ocasiona, entre otros:

- Embarazo temprano
- SIDA
- Violencia de género
- Compromiso general de la calidad de vida de las personas

Por sus repercusiones en el desarrollo social, político y económico de los países, la SR ha generado compromisos públicos que ponen de manifiesto la preocupación internacional.

En 2004 la 55ª Asamblea Mundial de la Salud, que es el principal organismo de discusión de la OMS, donde participan representantes de 191 países, ha decidido instalar la salud reproductiva como un tema prioritario de salud pública.

El reconocimiento de la igualdad de derechos de hombres y mujeres a los más altos niveles de salud y la importancia del acceso a servicios de salud reproductiva de buena calidad es parte de las políticas diseñadas en la región y en nuestro país.

A fin de dar cumplimiento a estas pautas se requiere la generación de políticas públicas.

A partir del impulso otorgado por una amplia red de organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, más el apoyo de la mayoría de la opinión pública, se logró en el año 2000 la aprobación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, unificando los diversos proyectos legislativos que esperaron durante más de una década su sanción.

Como eslabón de las acciones en materia de salud reproductiva, la docencia y la investigación deben sumarse a las políticas sanitarias de asistencia, a través de Programa de Educación Médica Continua en Salud Reproductiva.

No se ha relevado la existencia de organismos docentes universitarios que desarrollen su actividad académica en esta disciplina.

La hipótesis y la fundamentación de este trabajo han tomado como objetivos generales dos ítems básicos:

- La impostergable inserción del médico generalista primero y el especializado después en la información y capacitación en SR.
- La implementación de una cátedra libre de SR como herramienta esencial para su desarrollo.

Los resultados expuestos han demostrado aspectos que merecen considerar y aclarar:

1. El escaso conocimiento del concepto de Salud Reproductiva.
2. La evaluación que se realizó en diferentes lugares geográficos con casi uniforme respuesta., demostrando la escasa información sobre el tema.
3. La vinculación de los grupos focales de investigación con servicios de salud han demostrado que se requiere acentuar las acciones de asistencia y prevención.
4. La transferencia educativa NO se evidencia en la formación de recursos humanos, sea en pre o postgrado, dado que no se advierte integración entre cátedras de la FCM-ULP, sociedades científicas y otras unidades académicas de las ciencias biológicas y sociales.
5. La necesaria interrelación con ONGs y con la comunidad en general requiere de mecanismos de aproximación, que faciliten la gestión de la cátedra que se propone como parte de este trabajo.
6. La implementación de la EMC en SR a través de la cátedra
7. Los recursos innovadores en materia de SR
8. La vinculación entre asistencia, docencia e investigación.
9. El análisis crítico de los temas de SR

Como parte del diseño de la investigación llevada a cabo, se incluyó la planificación en la interacción con otras organizaciones que permitió deducir que:

- El enfoque integral de la salud reproductiva.
- Promover el derecho de equidad en salud reproductiva
- Incluir el enfoque de género, incorporando en todos los casos la construcción de la masculinidad y sus riesgos de salud y enfermedad.
- Motivar la interdisciplina.
- Impostergabilidad del desarrollo docente académico implementando la cátedra de SR.

Existe gran potencialidad cuando a través de las entrevistas realizadas, las reuniones con grupos focales y el análisis de los resultados de las encuestas realizadas, postulando la planificación de estos determinantes relacionándolos con:

- Profesionales de la salud
- Responsables de los programas de salud y desarrollo
- Organizaciones no gubernamentales
- Comunicadores sociales y medios de comunicación

Todos ellos son aliados para el cambio y favorecen la construcción de políticas públicas.

Junto con la Universidad, las diversas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, deberían construir un foro de reflexión sobre los temas de educación médica, con el objeto de:

- Preparar informes actualizados sobre la situación de los conocimientos relativos a los asuntos de educación superior en toda la región.
- Promover proyectos innovadores de formación e investigación destinados a valorizar la función específica de la enseñanza superior en una educación a lo largo de toda la vida.
- Reforzar las medidas de cooperación y poner de relieve la función de la enseñanza superior para la EMC, el desarrollo sostenible su incidencia y repercusión sobre la SR.
- Crear una base de datos sobre experiencias e innovaciones satisfactorias, al que accedan los grupos de trabajo e instituciones que encuentran dificultades en el diseño de programas de EMC en SR.

Sin duda que se requieren más esfuerzos para eliminar las estereotipias fundadas en el género en las distintas disciplinas, consolidando la participación cuantitativa de las mujeres en

todos los niveles y las disciplinas en que estén suficientemente representadas, e incrementar sobre todo su participación activa en la adopción de decisiones.

Han de fomentarse los estudios sobre el género, como campo específico que tiene un papel estratégico en la transformación de la EMC y la sociedad. Los estudios relativos a la mujer están centrados en un campo específico que tiene un papel estratégico en la transformación de la educación superior y de la sociedad.

La EMC en SR debe reforzar sus funciones de servicio a la sociedad y más concretamente sus actividades encaminadas a los objetivos que se plantea este trabajo:

- Luchar por la información objetiva que permita a través del proceso educativo formar recursos humanos adecuados a la realidad de Argentina.
- Dar continuidad a programas de acción contra la pobreza, el analfabetismo, el deterioro del medio ambiente y las enfermedades prevalentes que alteran la salud de la mujer y de su medio.
- Reforzar la cooperación con grupos de trabajo en áreas vulnerables para efectivizar el modelo de EMC en SR a través de programación efectiva, disminuyendo el riesgo reproductivo y afianzando el concepto de prevención y promoción de la salud.

Para alcanzar estos objetivos y programas propuestos, es necesario reformular contenidos curriculares de la carrera de medicina, con una visión categóricamente conceptualista, a través de las cátedras de:

- Salud Comunitaria
- Clínica Médica
- Ginecología
- Obstetricia
- Medicina Infantil
- Salud Pública

Significa utilizar métodos diferentes, nuevos y adecuados que permitan superar el mero dominio cognitivo de las disciplinas, facilitando el acceso a nuevos planteamientos pedagógicos y didácticos y fomentarlos para propiciar la adquisición de conocimientos prácticos y competencias y aptitudes para la comunicación, el análisis creativo y crítico, la reflexión independiente y el trabajo en equipo, en los que la creatividad exige combinar el saber teórico y práctico tradicional o local con la ciencia y la tecnología de vanguardia.

La tarea planteada, educativa y de desarrollo de recursos humanos en salud requiere coherencia.

En una sociedad en la que el silencio ya no es posible, la función del docente, como transmisor de conocimientos es vinculante estrechamente con programas concretos de acción dentro de las comunidades.

Así como Paulo Freire comenzó a educar con la “palabra generadora”, en EMC ENSR se requiere de un generador de conceptos, que se inicie con:

- **La conceptualización y el alcance de la Salud Reproductiva**
- **El conocimiento de la EMC**
- **La consecuente formación de la capacidad de percibir los problemas prevalentes de salud reproductiva los mismos y la elaboración de estrategias para su abordaje.**
- **La integración global de los programas, con relación vertical y horizontal educativa.**
- **Como componente de la ciencia moderna y la biotecnología, disponiendo de un volumen de información disponible y sustentable en el tiempo.**
- **Promoviendo grupos de estudio e investigación en contraste con el modo individual de abordar la ciencia, particularmente la ciencia médica.**
- **Aplicando la evidencia médica disponible poniendo en marcha intervenciones efectivas, que puedan multiplicarse en el campo de la EMC aplicándolas a la SR.**

**Finalmente, disponiendo de un inventario de ecuación médica disponible para todos los efectores de salud que requieran entrenamiento en SR y a las instituciones que desarrollan Programas de EMC en Argentina y América Latina.**

# **ANEXOS**

## CUADRO I

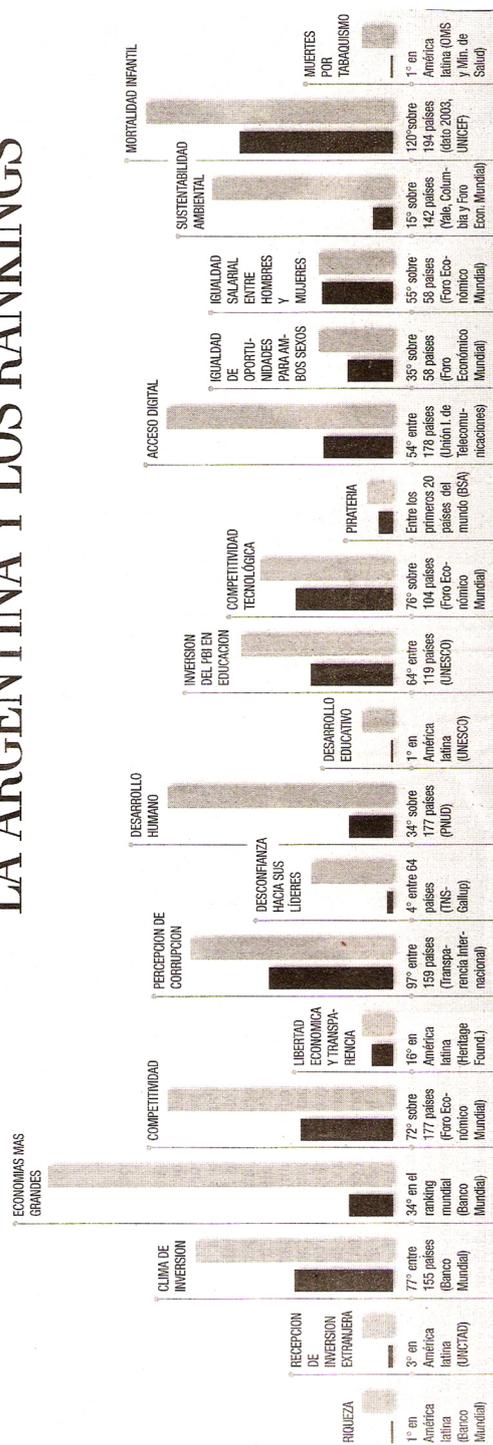
### Indicadores socioeconómicos

PROVINCIA	AGLOMERADO	TASA DE ACTIV. 2002 (%)		TASA DE EMPLEO 2002 (%)		TASA DE DESOCUP. 2002 (%)	
		mayo	octubre	mayo	octubre	mayo	octubre
BUENOS AIRES	Bahía Blanca	41,2	40,3	32,0	33,1	22,3	18,0
	Gran La Plata	44,1	43,4	34,4	36,8	22,1	15,3
	Mar del Plata y Batán	45,7	45,4	34,4	37,2	24,6	17,9
CATAMARCA	Gran Catamarca	40,5	40,3	30,2	32,0	25,5	20,5
CORDOBA	Gran Córdoba	40,1	40,5	30,0	32,7	25,3	19,4
	Río Cuarto	38,0	40,0	33,3	35,8	12,5	10,6
CORRIENTES	Corrientes	37,9	38,8	29,1	31,2	23,1	19,7
CHACO	Gran Resistencia	33,9	36,0	28,9	29,7	14,9	17,4
CHUBUT	Comodoro Rivadavia	39,6	39,9	32,5	34,2	18,0	14,2
ENTRE RIOS	Paraná	38,8	37,5	30,9	31,8	20,4	15,4
	Concordia	35,8	36,9	28,5	30,2	20,4	18,3
FORMOSA	Formosa	31,3	33,7	26,8	30,6	14,3	9,2
JUJUY	S.S.de Jujuy y Palpalá	35,5	38,1	28,0	30,3	21,1	20,5
LA PAMPA	Santa Rosa y Toay	44,9	42,9	35,3	36,9	21,4	14,0
LA RIOJA	La Rioja	35,9	38,6	29,5	33,3	17,9	13,6
MENDOZA	Gran Mendoza	39,7	39,0	34,6	34,5	12,7	11,5
MISIONES	Posadas	34,5	35,5	29,8	32,0	13,8	9,7
NEUQUEN	Neuquén	42,5	42,9	33,6	35,2	20,9	18,0
RIO NEGRO	Alto Valle (a)	41,2	37,2	36,0	32,0	12,6	13,9
SALTA	Salta	37,1	37,6	29,4	30,9	20,9	17,7
SAN JUAN	Gran San Juan	38,9	39,2	32,3	34,0	17,0	13,4
SAN LUIS	San Luis y El Chorrillo	35,1	38,7	29,5	33,8	15,9	12,6
SANTA CRUZ	Río Gallegos	38,6	38,9	37,3	37,7	3,5	3,0
SANTA FE	Gran Rosario	41,3	43,1	31,3	34,9	24,3	19,0
	Santa Fe y Santo Tomé	37,4	39,1	28,6	31,2	23,4	20,1
SGO.DEL ESTERO	Sgo.del Estero y la Banda	33,9	34,5	28,3	31,0	16,5	10,1
T.DEL FUEGO	Usuhaia y Río Grande	41,3	40	34,5	33,7	16,5	15,6
TUCUMAN	Gran S.M. Tucumán-T.Viejo	37,2	36,3	28,7	29,8	23,0	17,8
Total aglomerados del interior		39,3	39,8	31,1	33,2	20,9	16,6
	Gran B.A.	44,0	45,7	34,3	37,1	22,0	18,8
	Ciudad de B.A.	49,5	52,0	41,4	45,0	16,3	13,5
	Partidos del Conurbano	42,1	43,5	31,9	34,4	24,2	21,0
Total aglomerados urbanos		41,8	42,9	32,8	35,3	21,5	17,8

(a) Períodos de marzo y setiembre  
Fuente: INDEC. 2002-2003

**CUADRO II**

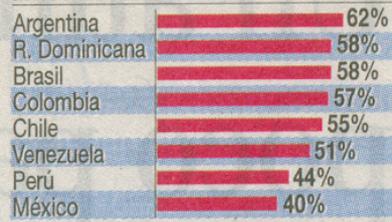
**LA ARGENTINA Y LOS RANKINGS**



### **CUADRO III**

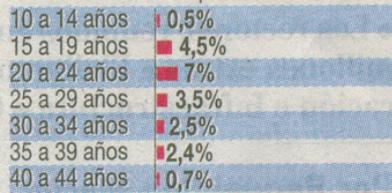
- Cada 5 minutos nace un niño de madre adolescente (10 a 19 años) en el país
- La población de madres adolescentes argentinas es de unas 900.000 chicas
- Sólo el 38% de las jóvenes utiliza métodos anticonceptivos
- El 60% de las madres adolescentes deja sus estudios

#### **Inicio de las relaciones sexuales antes de los 20 años**



#### **Mortalidad relativa por aborto (2002)**

Significa cuántas, de cada cien mujeres, mueren debido a complicaciones del aborto



## **CUADRO IV**

**Cuadro 1. Control Prenatal en el Sector Público de Argentina Período 1999-2000**

	Nº de partos	Nº de consultas (media)	Cobertura de control prenatal (media)	Control prenatal anterior 20ª semana (media)
Buenos Aires	34.060	4,8	85,1	44,8
Córdoba	9.855	4,4	79,3	38,8
Chaco <sup>2</sup>	10.546	4,8	81,4	47,9
Chubut	554	3,9	88,7	54,4
Corrientes	8.469	3,7	77,7	40,4
Entre Ríos <sup>1</sup>	904	5,8	95,1	65,9
Formosa <sup>3</sup>	2.145	4,1	86,5	40,3
Jujuy	8.408	3,8	74,5	31,5
La Pampa	347	5,0	89,6	62,6
Misiones	11.816	3,7	72,5	35,4
Neuquén	6.619	6,0	96,2	66,0
Salta	6.378	4,2	85,3	43,8
Santa Fe	16.639	5,1	93,2	56,9
Santiago del Estero <sup>4</sup>	6.731	2,4	70,4	22,2
Tucumán	19.752	2,8	63,4	14,8
Total en 15 provincias	143.223		78,20	32,60

(<sup>1</sup>) Hospital J. J. Urquiza de Concepción del Uruguay; (<sup>2</sup>) Hospital Dr. J. C. Perrando; (<sup>3</sup>) Hospital de la Madre y el Niño; (<sup>4</sup>) Policlínico Regional Dr. Ramón Carrillo.

Elaboración propia sobre información provista por los programas materno infantiles provinciales y grandes maternidades.

## CUADRO V

### Indicadores de salud para el monitoreo de las metas del milenio

REPÚBLICA ARGENTINA - AÑOS 1990, 1995 y 2000 a 2003.

AÑOS	1990	1995	2000	2001	2002	2003
Tasa de de Mortalidad Infantil	25,6	22,2	16,6	16,3	16,8	-
Coefficiente Gini Mort Infantil	0,100	0,106	0,124	0,122	0,130	-
Tasa de de Mortalidad < de 5 años	29,6	25,4	19,3	18,9	19,5	-
Coefficiente Gini Mort < 5 años	0,113	0,111	0,126	0,127	0,132	.
% de niños de 1 año vacunados contra el sarampión	93	98,9	91	88,5	95	-
% de niños de 18 meses con vacunación completa de vacuna cuádruple	87,1	84,9	82,5	83,9	92,4	-
Tasa de Mortalidad Materna	5,2	4,4	3,9	4,3	4,6	-
Coefficiente Gini Mort. Materna	0,346	0,357	0,436	0,401	0,300	-
% de Partos atendidos en Establec. Asit.	94,7	96,2	97,1	98,2	98,4	-
Tasa de Mortalidad por TBC	4,26	3,29	2,24	2,14	2,18	-
Tasa de Mortalidad por Sida	0,87	5,01	3,97	3,93	4,03	-
Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas (%)	-	-	-	-	-	0,35
Prevalencia de VIH en embarazadas entre 15 y 24 años (%)	-	-	-	-	-	0,33
Prevalencia de uso de preservativos entre los jóvenes de 15 a 24 años (todas las veces)	-	-	-	-	-	46,5%***
% de casos de TBC pulmonares ED+ detectados y curados con DOT (**)	64,6 (1989)	70,2	75,1	74,5	75,1	-
Provincias certificadas con interrupción vectorial del Chagas	-	-	-	4	4	4

Notas:

\*Datos Obtenidos de la encuesta para elaboración de línea de base sobre población general de Fondo Mundial de lucha contra SIDA, tuberculosis y Malaria - "Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general". Es importante remarcar que la muestra en este grupo específico de población es de tamaño pequeño (N=124)

\*\* Calculado sobre una muestra que representó en 1989 el 12%, en 1995 el 15.9%, en 2000 el 65.5%, en 2001 el 72.5 y en 2002 el 65,9% de los casos notificados como Pulmonares ED+.

\*\*\* (38,8% pareja estable y 65,7% pareja ocasional)

## CUADRO VI

### Indicadores de salud materno infantil

Indicadores	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Jurisdicción</b>												
<b>Total país</b>	<b>18,3</b>	<b>98,6</b>	<b>1,2</b>	<b>7,8</b>	<b>0,5</b>	<b>14,8</b>	<b>4,6</b>	<b>16,8</b>	<b>11,3</b>	<b>5,6</b>	<b>0,7</b>	<b>17,3</b>
<b>Región centro</b>	<b>16,6</b>	<b>99,5</b>	<b>1,2</b>	<b>7,9</b>	<b>0,3</b>	<b>12,7</b>	<b>3,1</b>	<b>14,9</b>	<b>9,7</b>	<b>5,3</b>	<b>0,5</b>	<b>14,7</b>
Ciud. de Bs. As.	13,6	99,5	1,2	7,4	0,1	6,6	1,4	10,0	6,4	3,6	0,4	8,6
Buenos Aires	17,0	99,4	1,2	8,2	0,2	11,9	3,2	15,8	10,0	5,9	0,5	14,9
Córdoba	16,6	99,5	1,2	7,6	0,3	14,1	2,9	14,8	10,0	4,7	0,5	15,4
Entre Ríos	19,5	99,8	1,1	8,0	0,7	17,7	1,8	16,5	12,3	4,2	0,5	19,1
Santa Fe	16,7	99,4	1,1	7,6	0,9	18,1	4,9	14,0	9,4	4,7	0,5	15,7
<b>Región Cuyo</b>	<b>19,1</b>	<b>99,2</b>	<b>1,1</b>	<b>7,4</b>	<b>0,4</b>	<b>14,8</b>	<b>7,6</b>	<b>15,8</b>	<b>11,2</b>	<b>4,6</b>	<b>0,7</b>	<b>20,0</b>
La Rioja	21,4	99,5	1,1	7,9	0,5	18,2	11,1	20,8	15,5	5,2	0,7	17,9
Mendoza	16,9	99,2	0,9	7,1	0,4	14,2	7,2	12,3	8,1	4,2	0,7	17,1
San Juan	22,3	99,0	1,5	8,0	0,3	13,5	6,1	20,2	14,6	5,6	0,9	26,6
San Luis	22,0	99,7	1,1	7,2	0,4	16,0	8,4	16,5	12,6	3,9	0,5	21,0
<b>Región Noroeste</b>	<b>23,1</b>	<b>96,2</b>	<b>1,2</b>	<b>7,3</b>	<b>0,6</b>	<b>17,1</b>	<b>6,9</b>	<b>19,9</b>	<b>13,4</b>	<b>6,5</b>	<b>0,9</b>	<b>20,1</b>
Catamarca	24,4	96,9	1,4	7,3	0,6	20,0	6,2	20,6	14,8	5,8	0,6	19,5
Jujuy	22,1	96,5	1,4	6,9	0,6	17,6	10,9	20,6	12,7	7,9	0,9	21,8
Salta	24,7	95,1	1,0	7,2	0,5	16,1	6,9	18,9	11,2	7,7	1,3	15,6
Santiago del Estero	22,1	93,3	0,8	7,5	0,8	18,9	6,8	12,4	6,8	5,6	0,8	10,2
Tucumán	22,6	98,5	1,5	7,5	0,4	15,9	5,3	24,3	18,9	5,4	0,7	28,8
<b>Región Noreste</b>	<b>23,9</b>	<b>96,5</b>	<b>1,1</b>	<b>8,0</b>	<b>1,0</b>	<b>21,0</b>	<b>8,2</b>	<b>24,5</b>	<b>16,9</b>	<b>7,6</b>	<b>1,2</b>	<b>24,5</b>
Corrientes	23,3	98,4	1,1	8,4	0,8	18,6	7,2	23,8	16,9	6,8	0,9	23,1
Chaco	24,9	96,0	1,0	8,0	1,3	24,2	7,8	26,7	17,8	8,9	1,5	22,6
Formosa	25,1	91,9	1,4	8,3	1,2	20,5	16,6	25,5	18,1	7,4	1,8	24,1
Misiones	22,9	97,7	1,1	7,4	0,9	20,2	4,6	22,3	15,3	7,0	0,8	28,0
<b>Reg. Patagónica</b>	<b>17,1</b>	<b>99,6</b>	<b>1,2</b>	<b>7,2</b>	<b>0,7</b>	<b>17,6</b>	<b>2,5</b>	<b>14,4</b>	<b>10,2</b>	<b>4,1</b>	<b>0,3</b>	<b>16,5</b>
Chubut	17,1	99,7	1,1	7,3	0,8	17,8	1,3	17,8	12,3	5,5	0,4	17,5
La Pampa	16,7	98,9	1,3	7,4	0,6	18,1	5,7	13,1	9,5	3,6	0,3	16,4
Neuquén	16,1	99,6	1,2	7,2	0,7	17,8	-	11,7	7,9	3,8	0,3	14,4
Río Negro	17,3	99,6	1,2	7,2	0,7	18,3	4,5	14,8	10,4	4,4	0,4	17,5
Santa Cruz	19,2	99,9	1,2	7,0	0,5	16,3	2,4	17,2	14,1	3,1	0,3	19,0
Tierra del Fuego	17,2	99,9	0,8	6,0	0,2	12,7	-	9,1	6,4	2,7	0,2	13,5

1. Tasa bruta de natalidad (por mil habitantes) (2002) - MS Serie 5 N° 46/03.

2. Porcentaje de nacidos vivos ocurridos en establecimientos asistenciales con relación al total de nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

3. Porcentaje de nacidos vivos de muy bajo peso al nacer (<1.500grs.) (2002) (de peso conocido) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.

4. Porcentaje de nacidos vivos de bajo peso al nacer (<2.500grs.) (2002) (de peso conocido) MS Serie 5 N° 46/03.

5.- Porcentaje de nacidos vivos de madres

menores de 15 años (2002) (de edad conocida) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.

6. Porcentaje de nacidos vivos de madres menores de 20 años (2002) (de edad conocida) Elaboración propia en base a datos del MS Serie 5 N° 46/03.

7. Tasa de mortalidad materna expresada por 10.000 nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

8. Tasa de mortalidad infantil expresada por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

9. Tasa de mortalidad neonatal expresada

por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

10. Tasa de mortalidad postneonatal expresada por mil nacidos vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

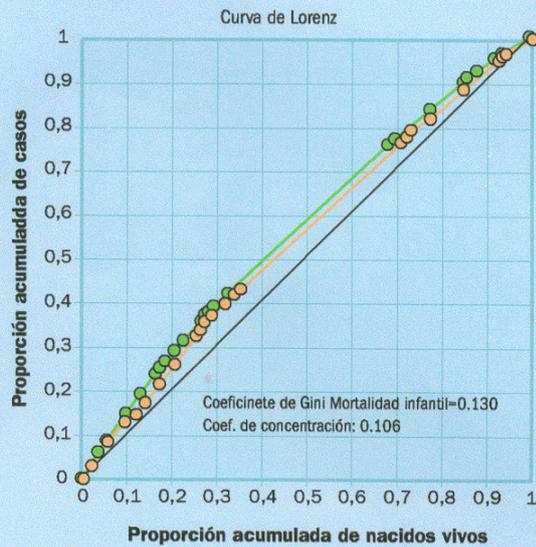
11. Tasa de mortalidad de 1 a 4 años expresada por mil niños de 1 a 4 años (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

12. Tasa de mortalidad Perinatal (expresada por mil nacidos vivos y defunciones fetales tardías) (2002) MS Serie 5 N° 46/03.

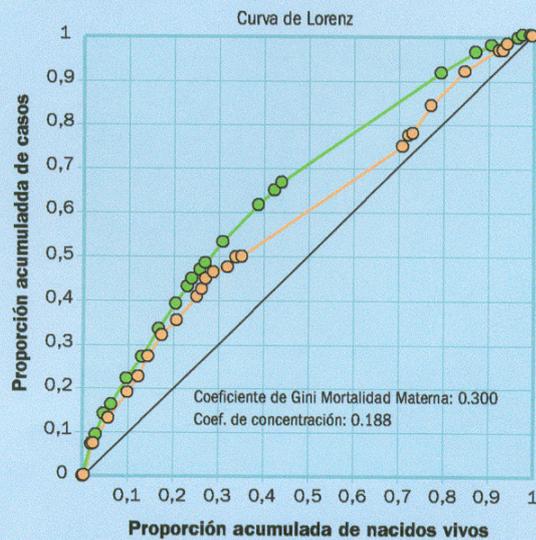
Nota: Los totales por regiones han sido calculados en base a datos existentes en la publicación MS Serie 5 N° 46/03.

## CUADRO VII

### Mortalidad infantil



### Mortalidad materna



**Nota:** Las curvas de Lorenz y de concentración y los coeficientes de Gini y de concentración, aplicados a la distribución de la mortalidad infantil y materna, miden el grado de inequidad en la distribución de estos indicadores de mortalidad.

En el eje de las "x" se representa al 100% de los nacidos vivos, y en el eje de la "y" al 100% de las defunciones infantiles o maternas según el caso.

Las curvas representan la acumulación de nacimientos y defunciones con los aportes de cada una de las 24 jurisdicciones, (representadas por los intervalos entre punto y punto)

La curva de Lorenz se construye ordenando a las jurisdicciones según sus tasas de mortalidad de mayor a menor.

Para obtener la curva de concentración las jurisdicciones se ordenan por un indicador de nivel socioeconómico, (en este caso % de NBI).

Los coeficientes de Gini y de concentración representan la superficie delimitada por la curva y la diagonal. Cuanto mayor sea esta superficie, mayor será la inequidad de la distribución del indicador que se está midiendo.

Así, del gráfico de la distribución de la mortalidad materna se puede ver que del 100% de los nacimientos, el 40% que ocurre en las provincias con peores tasas de mortalidad genera cerca del 65% de las muertes maternas (curva de Lorenz).

En tanto el 40% que ocurre en las provincias con peores indicadores socioeconómicos genera aproximadamente el 55% del total de muertes maternas del país (curva de concentración).

Una curva de concentración cercana a la de Lorenz muestra que las provincias con peores indicadores son aproximadamente las mismas que las que presentan peores indicadores socioeconómicos.

## CUADRO VIII

### Indicadores demográficos

JURISDICCION	1	2 (*)	3	4	5	6a	6b	6c	7	8	9	10
TOTAL PAIS	37.944.014	694.684	27,76	9,67	2,44	89,4	88,5	90,3	11,9	71,93	68,4	75,59
CDAD. DE BS.AS.	3.053.030	41.509	17,52	16,80	1,47	100,0	100,0	100,0	1,00	72,72	69,17	76,45
BUENOS AIRES	14.549.311	247.738	26,28	10,26	2,30	96,4	96,0	96,7	11,36	72,09	68,53	75,78
CATAMARCA	330.090	8.040	32,50	7,32	2,99	74,0	72,6	75,5	18,03	70,61	67,40	73,96
CORDOBA	3.153.647	52.453	26,16	10,45	2,30	88,7	87,8	89,6	9,73	72,79	69,15	76,60
CORRIENTES	947.316	22.094	33,79	6,74	3,00	79,4	77,9	80,8	13,16	70,09	67,16	73,16
CHACO	973.312	24.215	34,34	6,08	3,15	79,7	77,9	81,5	10,72	69,02	65,64	72,55
CHUBUT	467.750	8.000	30,92	6,02	2,73	89,5	88,3	90,7	20,63	70,58	67,26	74,04
ENTRE RIOS	1.130.419	22.088	29,23	9,71	2,67	82,5	81,1	83,8	7,26	71,61	68,13	75,26
FORMOSA	528.005	13.273	35,71	5,48	3,30	77,7	75,8	79,7	22,62	69,37	66,27	72,62
JUJUY	624.074	13.768	33,31	5,87	2,93	85,0	84,3	85,7	15,92	68,38	65,24	71,65
LA PAMPA	315.314	5.272	28,71	9,45	2,66	81,3	79,7	82,9	14,07	71,57	68,15	75,15
LA RIOJA	294.012	6.303	32,72	6,74	2,93	83,1	82,1	84,2	23,64	70,37	67,04	73,89
MENDOZA	1.646.559	27.804	29,04	8,96	2,59	79,3	78,0	80,5	11,61	72,72	69,80	75,75
MISIONES	1.041.469	23.846	36,23	5,25	3,34	70,4	68,8	72,1	22,19	69,49	66,45	72,65
NEUQUEN	602.854	9.712	32,84	4,69	2,85	88,6	87,3	89,8	35,14	71,39	68,30	74,67
RIO NEGRO	642.720	11.144	31,09	6,34	2,76	84,4	83,0	85,8	18,83	70,87	67,54	74,37
SALTA	1.113.081	27.492	33,97	5,95	3,04	83,4	82,3	84,6	20,58	68,94	66,13	71,84
SAN JUAN	587.316	13.070	29,47	8,28	2,56	86,0	85,1	86,8	7,12	71,13	68,10	74,30
SAN LUIS	380.338	8.365	30,36	7,29	2,71	87,1	85,7	88,5	22,07	70,79	67,64	74,07
SANTA CRUZ	217.656	4.183	32,14	4,75	2,84	96,1	94,7	97,6	24,61	70,41	67,11	73,90
SANTA FE	3.158.861	52.690	26,72	11,23	2,45	89,2	88,4	89,9	9,42	72,29	68,50	76,28
SGO. DEL ESTERO	735.936	16.254	33,72	7,53	3,21	66,1	63,9	68,3	6,46	69,83	67,13	72,72
T. DEL FUEGO	127.503	2.199	36,67	1,88	3,03	97,1	96,1	98,1	49,13	70,16	66,85	73,64
TUCUMAN	1.323.441	29.921	30,29	7,35	2,59	79,5	78,2	80,7	11,09	71,01	68,08	74,13

Nota: (\*) Otros Países: 233. Lugar no especificado: 3018

1. Población total(2002). INDEC - Dirección de Estadísticas Poblacionales (datos inéditos).

2. Número de Nacidos Vivos (2002) MS Serie 5 N° 46/03

3. Porcentaje de población de menores de 15 años (2002). Elaboración propia sobre la base de datos del INDEC.

4. Porcentaje de población de 65 años y más (2002). Elaboración propia sobre la base de datos del INDEC.

5. Tasa global de fecundidad , (proyecciones y estimaciones 2000-2005) INDEC -CELADE N° 7/96.

6a. Porcentaje de población urbana. Total. Censo de Población y Vivienda 2001. INDEC.

6b. Porcentaje de población urbana. Varones. Censo de Población y Vivienda 2001. INDEC.

6c. Porcentaje de población urbana. Mujeres. Censo de Población y Vivienda 2001. INDEC.

7. Tasa de crecimiento anual medio de la población por mil, (proyecciones 2000-2005) INDEC - CELADE N° 7/96.

8. Esperanza de vida al nacer en años, ambos sexos, 1990-1992 (proyecciones y estimaciones ).

9. Esperanza de vida al nacer en años, hombres, 1990-1992 (proyecciones y estimaciones).

10. Esperanza de vida al nacer en años, mujeres, 1990-1992 (proyecciones y estimaciones).

## CUADRO IX

### Indicadores socioeconómicos

JURISDICCION	1	2	3	4	5	6	7
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>0,826</b>	<b>17,7</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>2,6</b>	<b>77,0</b>	<b>42,5</b>
CDAD. DE BS.AS.	0,892	7,8	0,5	0,4	0,5	99,9	96,6
BUENOS AIRES	0,820	15,8	1,6	1,6	1,6	67,6	38,7
CATAMARCA	0,799	21,5	2,9	3,0	2,8	90,9	29,7
CORDOBA	0,831	13,0	2,1	2,3	1,9	86,3	25,7
CORRIENTES	0,772	28,5	6,5	6,8	6,1	81,0	42,4
CHACO	0,755	33,0	8,0	7,7	8,3	61,6	18,6
CHUBUT	0,819	15,5	3,1	2,9	3,2	95,3	67,9
ENTRE RIOS	0,801	17,6	3,1	3,5	2,7	86,2	53,1
FORMOSA	0,764	33,6	6,0	5,3	6,7	64,7	21,7
JUJUY	0,772	28,8	4,7	2,8	6,6	92,6	48,0
LA PAMPA	0,821	10,3	2,7	3,0	2,4	84,3	45,7
LA RIOJA	0,804	20,4	2,5	2,8	2,2	91,2	39,2
MENDOZA	0,820	15,4	3,2	3,3	3,2	86,5	54,6
MISIONES	0,772	27,1	6,2	5,9	6,4	57,2	11,3
NEUQUEN	0,817	17,0	3,4	3,3	3,5	92,1	64,5
RIO NEGRO	0,810	17,9	3,8	3,7	3,8	89,3	51,0
SALTA	0,792	31,6	4,7	3,8	5,5	89,9	51,1
SAN JUAN	0,798	17,4	3,0	3,3	2,6	90,1	18,3
SAN LUIS	0,801	15,6	2,9	3,4	2,5	90,4	44,4
SANTA CRUZ	0,843	10,4	1,4	1,4	1,5	98,0	73,1
SANTA FE	0,821	14,8	2,5	2,6	2,4	79,9	38,8
SGO.DEL ESTERO	0,774	31,3	6,0	6,3	5,8	64,7	13,9
T.DEL FUEGO	0,854	14,1	0,7	0,6	0,8	97,3	91,2
TUCUMAN	0,790	23,9	3,6	4,0	3,2	84,4	36,7

1. Índice de Desarrollo Humano (IDH) 1996 Programa Argentino de Desarrollo Humano (1999).
2. Porcentaje de población con NBI (2001) INDEC 2003.
3. Porcentaje de población de 10 y más años en condición de analfabetismo, ambos sexos (2001).  
Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población y Vivienda , INDEC.
4. Porcentaje de población de 10 y más años en condición de analfabetismo, varones (2001).  
Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población y Vivienda , INDEC.
5. Porcentaje de población de 10 y más años en condición de analfabetismo, mujeres (2001).  
Elaboración propia sobre la base del Censo Nacional de Población y Vivienda , INDEC.
6. Porcentaje de población total con agua corriente( 2001) INDEC 2003.
7. Porcentaje de población total con desagües cloacales(2001) INDEC 2003.

## CUADRO X

### Indicadores de recursos, acceso y cobertura

JURISDICCION	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>TOTAL PAIS</b>	<b>108.800</b>	<b>153.065</b>	<b>17.845</b>	<b>3.311</b>	<b>14.534</b>	<b>1.271</b>	<b>6.456</b>	<b>48,1</b>
CDAD. DE BS.AS.	32.100	21.944	1.666	172	1.494	39	50	26,2
BUENOS AIRES	26.876	51.517	4.896	811	4.085	269	1.478	48,8
CATAMARCA	653	1.470	380	58	322	38	303	45,0
CORDOBA	11.642	17.718	1.763	584	1.179	141	574	45,8
CORRIENTES	1.740	3.525	387	98	289	58	195	62,1
CHACO	1.630	3.537	519	115	404	54	320	65,5
CHUBUT	870	2.148	248	61	187	30	97	39,5
ENTRE RIOS	2.610	6.751	604	150	454	66	241	48,7
FORMOSA	544	1.680	271	68	203	33	158	65,8
JUJUY	1.306	2.823	394	52	342	22	238	54,2
LA PAMPA	653	1.179	206	58	148	35	71	45,5
LA RIOJA	544	1.260	281	38	243	24	206	40,8
MENDOZA	4.460	4.142	676	82	594	28	253	50,6
MISIONES	1.197	3.125	617	109	508	40	309	57,8
NEUQUEN	979	1.660	248	44	204	30	147	48,7
RIO NEGRO	1.306	1.930	315	57	258	29	136	49,9
SALTA	1.849	3.805	598	95	503	55	312	60,4
SAN JUAN	1.521	1.742	301	36	265	14	147	53,0
SAN LUIS	762	1.218	236	44	192	21	144	51,6
SANTA CRUZ	326	1.041	105	26	79	15	33	29,2
SANTA FE	10.226	11.011	1.869	356	1.513	138	447	42,0
SGO.DEL ESTERO	1.197	3.033	526	109	417	54	292	63,7
T.DEL FUEGO	109	286	37	7	30	3	11	30,1
TUCUMAN	3.700	4.520	702	81	621	35	294	48,2

1. Número de Médicos (1998) Abramzon 2000.

2. Número de camas disponibles en establecimientos asistenciales (2000) OPS - MS.

3. Número total en establecimientos asistenciales - todos los subsectores (2000) OPS - MS.

4. Número de establecimientos con internación - todos los subsectores (2000) OPS-MS.

5. Número de establecimientos sin internación - todos los subsectores (2000) OPS-MS.

6. Total de establecimientos de salud del subsector oficial con internación (2000) OPS-MS.

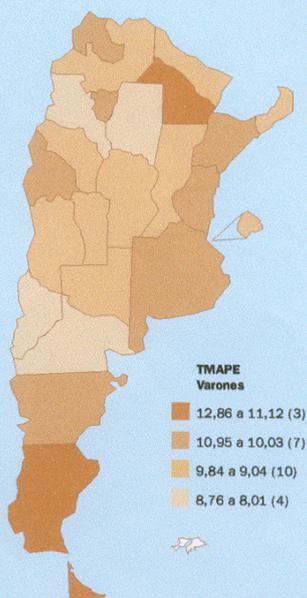
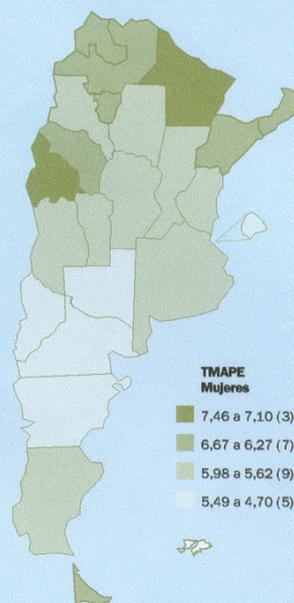
7. Total de establecimientos de salud del subsector oficial sin internación (2000) OPS-MS.

8. Porcentaje de población no cubierta con Obra Social o Plan Médico (2001). Elaboración propia . INDEC 2002.

## CUADRO XI

### Indicadores de mortalidad

Indicador	TBM			TMAPE		
	T	V	M	T	V	M
<b>JURISDICCIÓN</b>						
<b>Total País</b>	<b>7,65</b>	<b>8,46</b>	<b>6,86</b>	<b>7,67</b>	<b>10,00</b>	<b>5,89</b>
<b>Región Centro</b>	<b>8,49</b>	<b>9,32</b>	<b>7,71</b>	<b>7,53</b>	<b>9,97</b>	<b>5,73</b>
Ciudad de Bs. As.	11,15	11,47	10,88	6,59	9,04	5,09
Buenos Aires	8,10	9,07	7,18	7,84	10,26	5,97
Córdoba	7,84	8,66	7,06	7,39	9,72	5,66
Entre Ríos	8,09	9,02	7,17	7,95	10,51	5,96
Santa Fe	8,49	9,28	7,71	7,47	9,84	5,66
<b>Región Cuyo</b>	<b>6,83</b>	<b>7,59</b>	<b>6,09</b>	<b>7,83</b>	<b>9,80</b>	<b>6,23</b>
La Rioja	6,00	6,69	5,30	7,88	9,72	6,27
Mendoza	6,86	7,56	6,18	7,50	9,42	5,98
San Juan	7,61	8,62	6,64	8,87	10,95	7,17
San Luis	6,16	6,85	5,45	7,63	9,73	5,90
<b>Región Noroeste</b>	<b>5,88</b>	<b>6,62</b>	<b>5,12</b>	<b>7,78</b>	<b>9,56</b>	<b>6,25</b>
Catamarca	5,88	6,36	5,39	7,21	8,75	5,91
Jujuy	5,60	6,45	4,78	8,23	10,03	6,67
Salta	5,41	6,13	4,64	7,82	9,44	6,34
Santiago del Estero	5,83	6,48	5,14	7,05	8,70	5,62
Tucumán	6,42	7,25	5,61	8,15	10,18	6,52
<b>Región Noreste</b>	<b>6,00</b>	<b>6,82</b>	<b>5,14</b>	<b>8,60</b>	<b>10,55</b>	<b>6,87</b>
Corrientes	6,37	7,10	5,61	8,26	10,35	6,55
Chaco	6,83	7,96	5,68	9,66	12,26	7,46
Formosa	5,71	6,39	4,98	8,43	9,78	7,10
Misiones	5,05	5,76	4,28	7,97	9,47	6,49
<b>Región Patagónica</b>	<b>4,64</b>	<b>5,52</b>	<b>3,75</b>	<b>6,92</b>	<b>9,08</b>	<b>5,11</b>
Chubut	5,34	6,64	4,01	7,85	10,60	5,49
La Pampa	7,15	8,04	6,24	7,11	9,22	5,38
Neuquén	3,51	4,16	2,84	6,23	8,01	4,70
Río Negro	4,83	5,56	4,07	6,79	8,76	5,18
Santa Cruz	4,82	6,10	3,50	8,46	11,12	5,97
Tierra del Fuego	2,39	3,21	1,64	9,38	12,86	6,66



**TBM - Tasa bruta de mortalidad (2002) (por mil habitantes) MS Serie 5 N° 46/03.**

**TBMG (V y M) Tasa bruta de mortalidad general por sexo (2002) (por mil habitantes)**

Elaboración propia sobre la base de datos del MS e INDEC.

**TMAPE - Tasa de mortalidad ajustada por edad, total y por sexo (2002).**

Elaboración propia sobre la base de datos del MS e INDEC.

Nota: A partir de datos básicos 2001 esta publicación incorpora como población estándar la población total de Argentina 2000, con intervalos de 5 años.

La misma población se aplica tanto a mujeres como a varones para permitir la comparación entre sexos.

Por esta razón se debe considerar esta circunstancia al analizar series temporales que incluyan años anteriores y posteriores al 2000.

## CUADRO XII

Indicador	Tasas de mortalidad brutas (B) y ajustadas por edad (A) según grupos de causas (x 100.000 habitantes)									
	CV		TUM		INF		CE		TLD	
	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A
<b>Total País</b>	<b>249,46</b>	<b>250,22</b>	<b>147,50</b>	<b>147,87</b>	<b>67,92</b>	<b>68,08</b>	<b>51,54</b>	<b>51,58</b>	<b>248,60</b>	<b>248,96</b>
<b>Región Centro</b>	<b>296,96</b>	<b>257,85</b>	<b>167,74</b>	<b>148,95</b>	<b>74,52</b>	<b>65,89</b>	<b>51,81</b>	<b>49,93</b>	<b>257,89</b>	<b>230,24</b>
Cdad. de Bs. As.	383,36	211,19	225,32	141,18	137,57	77,09	40,52	34,10	328,17	195,90
Buenos Aires	288,67	278,11	150,96	144,23	73,80	71,80	54,30	53,48	242,62	236,12
Córdoba	288,49	269,70	169,93	159,12	41,03	38,73	47,79	46,74	236,68	224,99
Entre Ríos	257,25	251,16	177,63	176,30	43,35	42,27	44,23	44,62	286,44	280,47
Santa Fe	274,28	235,31	183,61	163,46	61,48	53,46	57,96	55,57	271,24	238,94
<b>Región Cuyo</b>	<b>208,17</b>	<b>244,56</b>	<b>131,01</b>	<b>148,35</b>	<b>58,83</b>	<b>69,37</b>	<b>55,02</b>	<b>57,79</b>	<b>230,31</b>	<b>262,72</b>
La Rioja	173,46	238,99	103,40	141,09	59,18	80,41	45,92	52,02	218,02	275,41
Mendoza	212,14	236,27	135,49	145,87	50,23	56,37	57,70	59,42	230,42	252,51
San Juan	221,35	266,17	132,30	149,67	78,49	96,48	57,72	61,85	271,23	312,89
San Luis	197,46	253,82	130,94	163,79	65,47	83,53	46,27	49,17	176,16	213,01
<b>Región Noroeste</b>	<b>130,32</b>	<b>185,55</b>	<b>90,92</b>	<b>122,77</b>	<b>62,62</b>	<b>83,59</b>	<b>47,40</b>	<b>51,30</b>	<b>256,29</b>	<b>334,50</b>
Catamarca	157,84	204,06	94,52	119,41	51,20	63,97	38,78	41,69	245,69	291,67
Jujuy	110,88	184,57	78,04	113,74	55,12	82,24	62,49	70,24	253,66	371,76
Sgo. del Estero	134,11	168,79	89,00	109,69	64,41	77,58	36,28	38,18	259,40	310,41
Salta	109,70	177,62	94,60	142,35	84,36	122,42	52,02	57,45	199,90	282,61
Tucumán	147,87	197,23	94,07	120,46	49,72	64,67	44,73	47,90	305,87	384,88
<b>Región Noreste</b>	<b>157,99</b>	<b>252,12</b>	<b>101,43</b>	<b>149,57</b>	<b>54,73</b>	<b>78,70</b>	<b>48,91</b>	<b>56,07</b>	<b>237,16</b>	<b>323,65</b>
Corrientes	169,43	234,26	114,01	152,92	58,16	76,13	45,71	50,63	249,23	312,02
Chaco	167,37	264,01	114,35	165,64	68,84	100,73	57,23	65,44	274,73	370,46
Formosa	151,32	258,64	92,99	145,11	50,57	70,31	49,43	59,12	226,32	309,93
Misiones	142,20	258,08	82,19	130,73	40,52	62,39	43,78	50,70	196,55	295,39
<b>Reg. Patagónica</b>	<b>125,75</b>	<b>204,55</b>	<b>109,23</b>	<b>163,02</b>	<b>32,52</b>	<b>51,34</b>	<b>45,58</b>	<b>51,84</b>	<b>150,94</b>	<b>221,16</b>
Chubut	123,57	197,38	124,43	182,31	51,10	80,40	54,73	61,37	180,22	263,09
La Pampa	246,74	244,83	185,85	186,27	42,50	41,85	45,99	46,25	193,46	191,94
Neuquén	84,60	170,31	82,77	148,70	25,71	51,48	47,61	58,74	109,81	193,99
Río Negro	130,07	199,17	105,64	148,10	26,92	38,93	44,19	48,08	175,82	244,23
Santa Cruz	130,02	267,69	113,48	198,78	32,62	65,14	50,54	63,42	155,29	250,75
Tierra del Fuego	47,06	227,27	68,23	270,52	15,69	58,58	28,23	52,40	80,00	329,06

\* Elaboración propia sobre la base de datos del MS y del INDEC (año 2002); clasificación CIE-10

**CV** Cardiovasculares: Códigos I00 al I99, excepto I46.

**TUM** Tumores: Códigos C00 a D48.

**INF** Infecciones: Códigos A00 a B99; J00 a J22; G00 a G03.

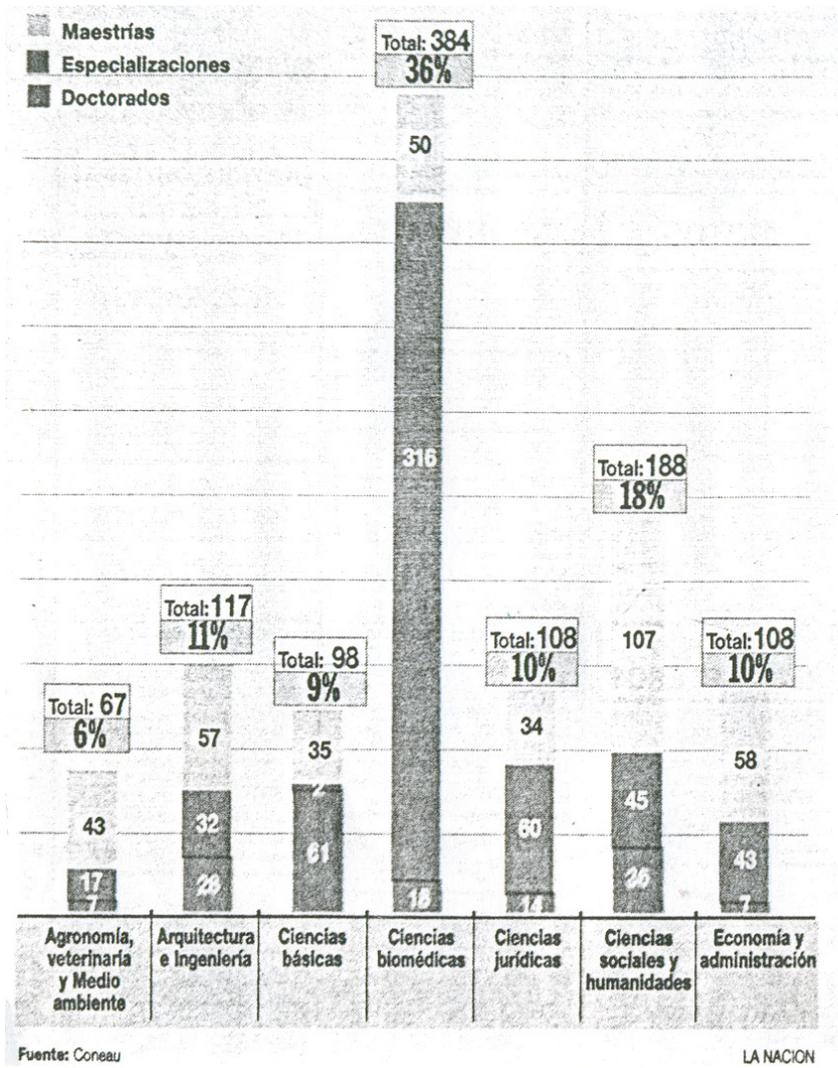
**CE** Causas Externas: Códigos V01 a V99; W00 a Y98, (Incluye accidentes, suicidios y homicidios).

**TLD** Todas las demás: Resto de los códigos.

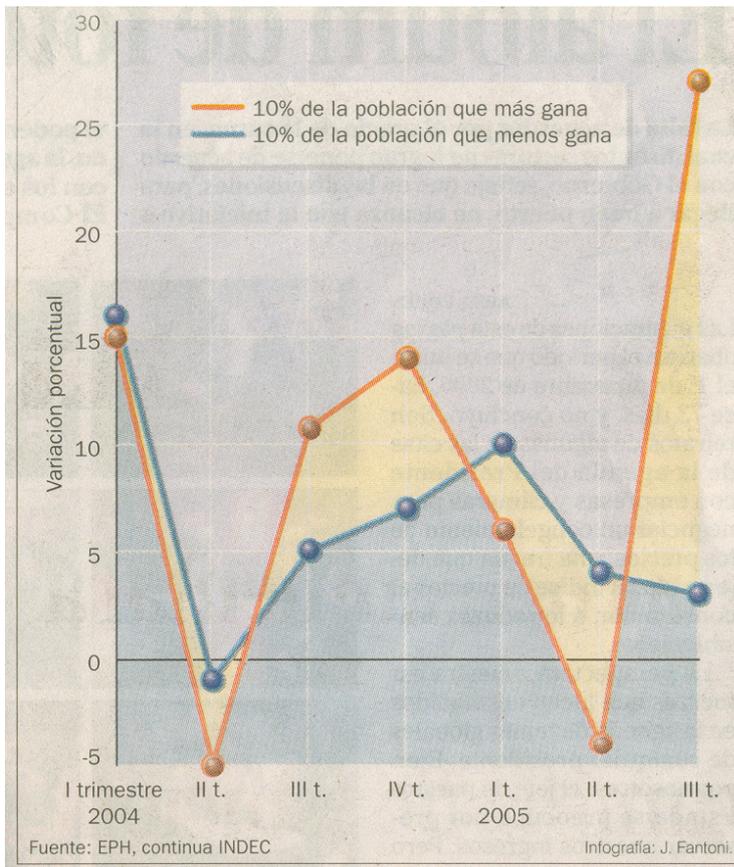
Elaboración propia sobre la base de datos del MS e INDEC.

Nota: A partir de datos básicos 2001 esta publicación incorpora como población estándar la población total de Argentina 2000. La misma población se aplica tanto a mujeres como a varones para permitir la comparación entre sexos. Por esta razón al analizar series temporales que incluyan este año y anteriores debe considerar esta circunstancia.

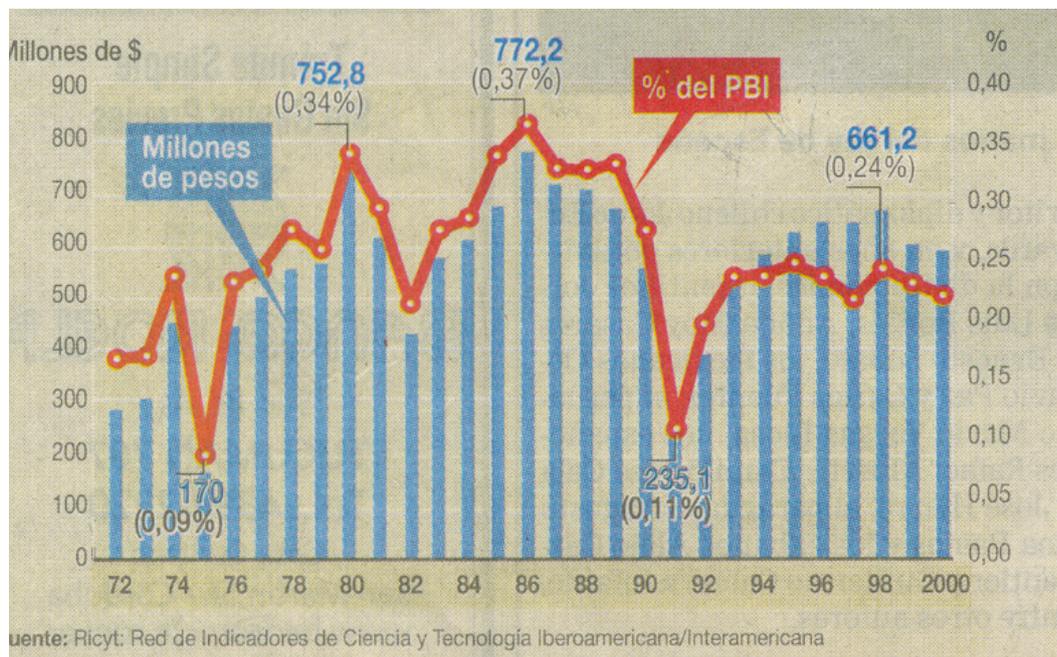
### GRAFICO XIII: Acreditación de Postgrados



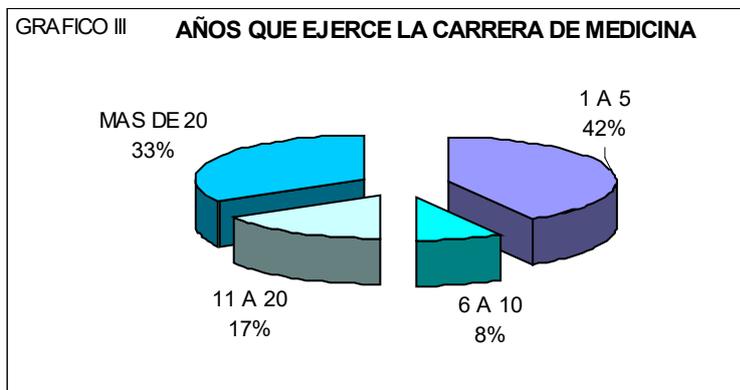
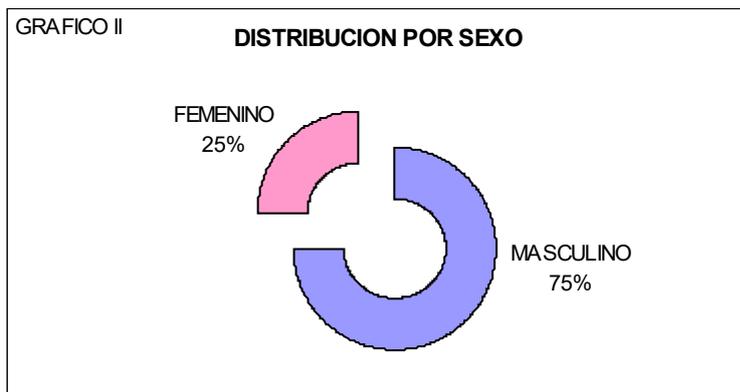
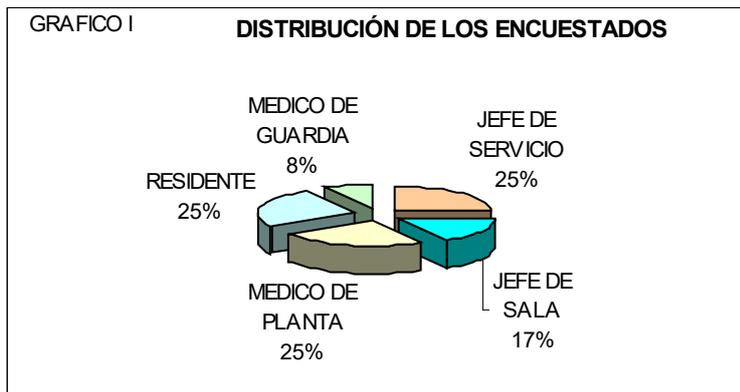
**GRAFICO XIV: Cómo aumento la distancia entre ricos y pobres**



**GRAFICO XV: Inversión Argentina en Investigación y Desarrollo (Sector Público)**



## **GRAFICOS ENCUESTAS A LOS JEFES DE SERVICIO**



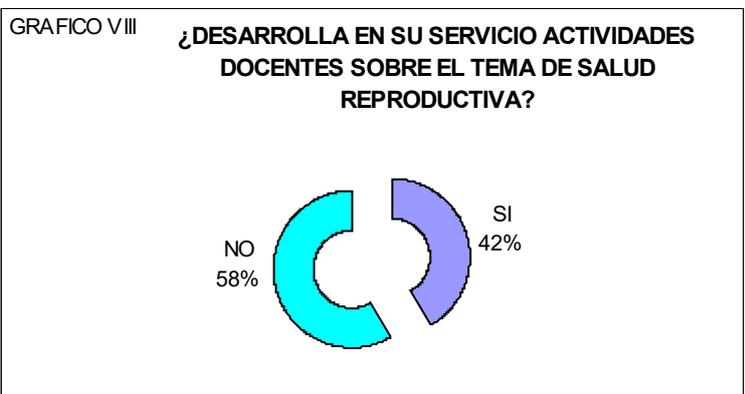
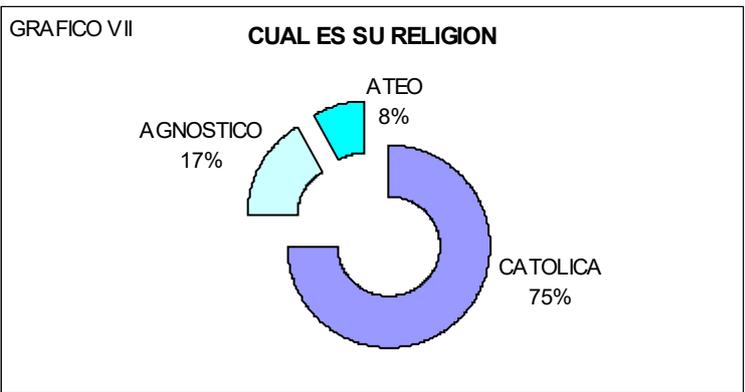
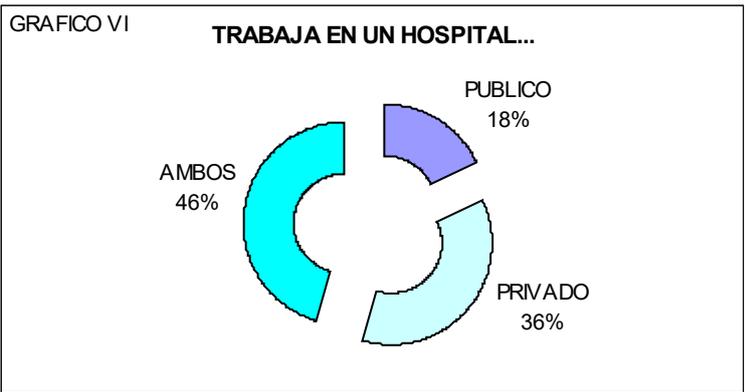
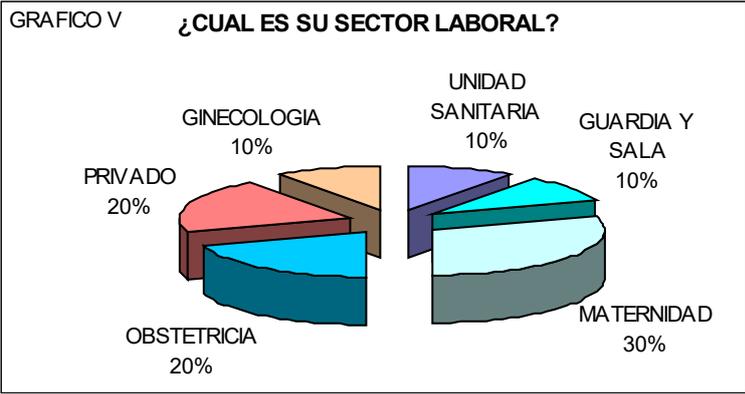


GRAFICO IX ¿CONSIDERA IMPORTANTE LA EXISTENCIA DE UNA CATEDRA DE SALUD REPRODUCTIVA?

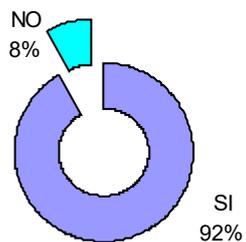


GRAFICO X ¿CONSIDERA IMPORTANTE LA VINCULACION DE SU SERVICIO CON DICHA CATEDRA?

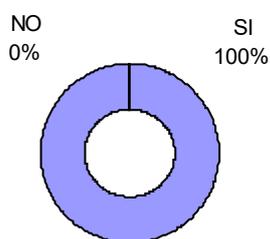


GRAFICO XI ¿CUAL ES LA COMPOSICION DE SU SERVICIO(ADEMAS DEL PERS. MED. Y PARAMED.)?

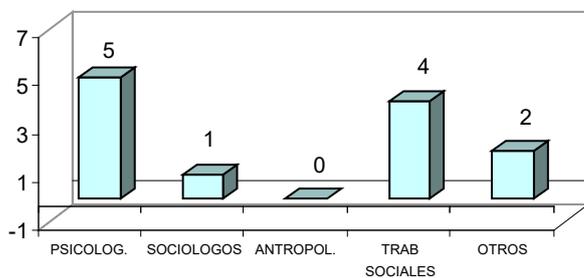


GRAFICO XII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: ADOLESCENCIA



GRAFICO XIII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: CANCER GENITOMAMARIO

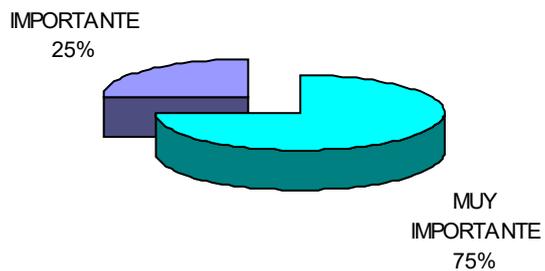


GRAFICO XIV ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: INFECCIONES GINECOLOGICAS

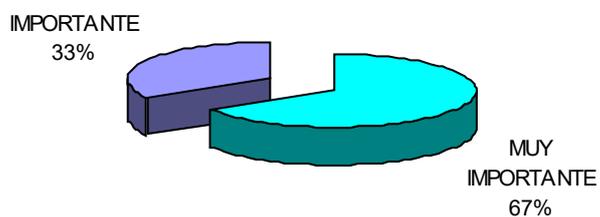


GRAFICO XV ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: CLIMATERIO

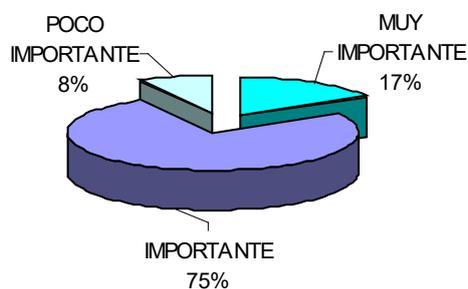


GRAFICO XVI ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: VIOLENCIA FAMILIAR

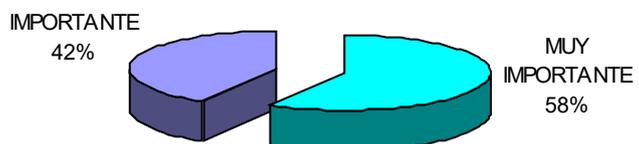


GRAFICO XVII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: HORMOTERAPIA

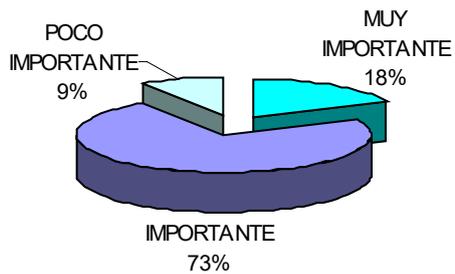


GRAFICO XVIII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: POLITICAS SANITARIAS EN S.R.

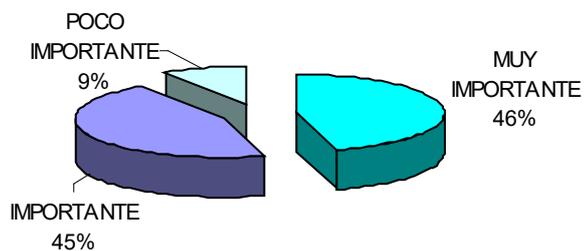


GRAFICO XIX ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: ABORTO



GRAFICO XX ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: ANTICONCEPCION QUIRURGICA

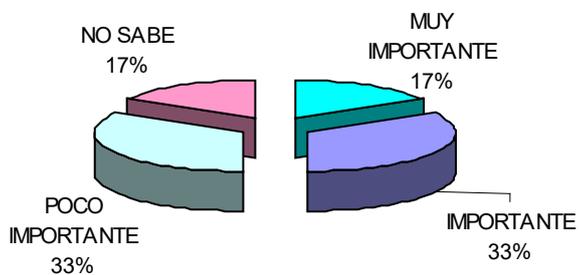


GRAFICO XXI ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: CONTROLES PRENATALES

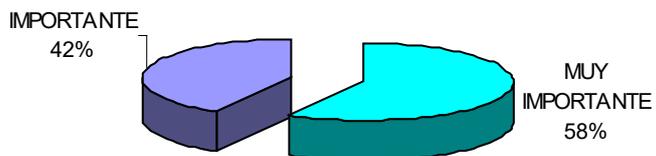


GRAFICO XXII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: S.I.D.A.

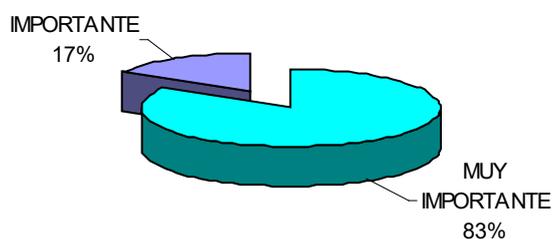


GRAFICO XXIII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: ALTERACIONES DEL PARTO

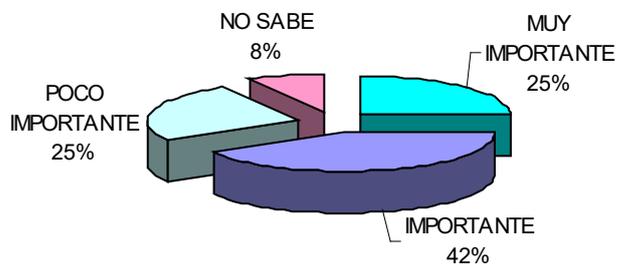


GRAFICO XXIV ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: GENETICA Y REPRODUCCION

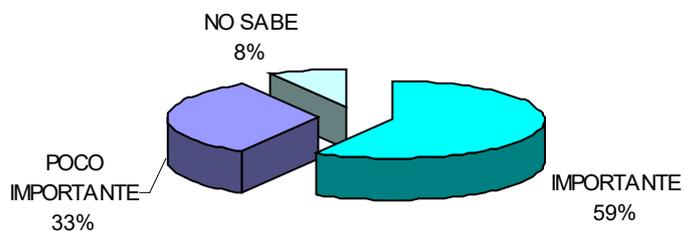


GRAFICO XXV ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: ADAPTACIONES DE LOS SISTEMAS MATERNOS A LA GESTACION

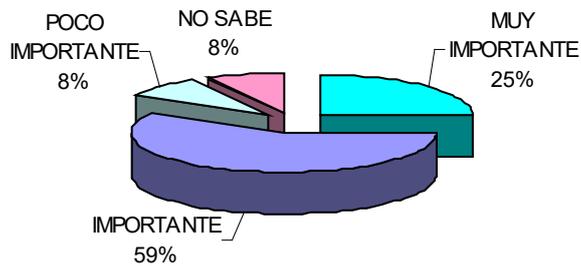


GRAFICO XXVI ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: PROCREACION RESPONSABLE

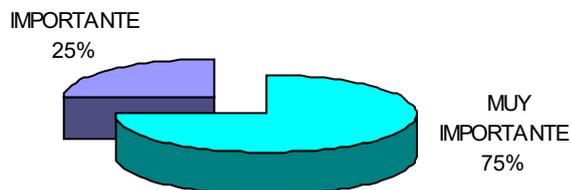


GRAFICO XXVII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: E.T.S.

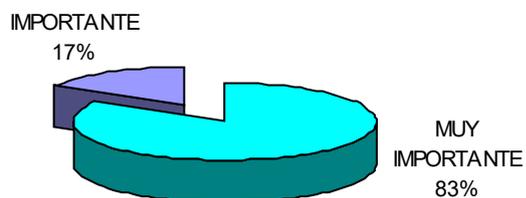


GRAFICO XXVIII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: INFERTILIDAD

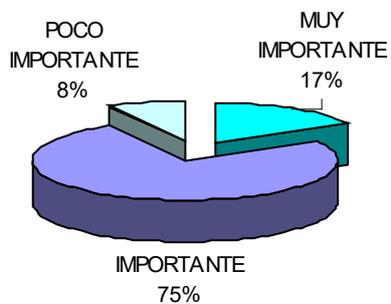


GRAFICO XXIX ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: MORTALIDAD MATERNA Y PERIMATAL

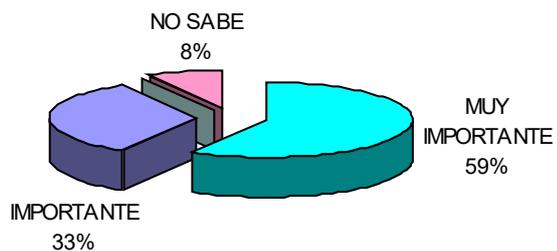


GRAFICO XXX ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: VIGILANCIA Y ATENCION DEL PARTO

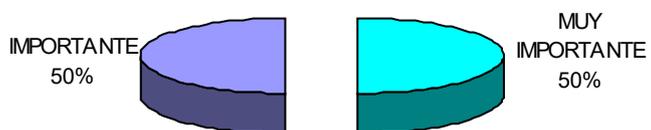


GRAFICO XXXI ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: HEMORRAGIA GENITAL

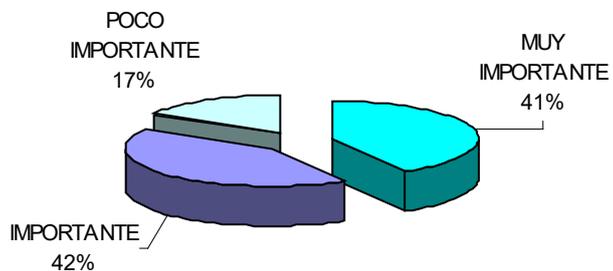
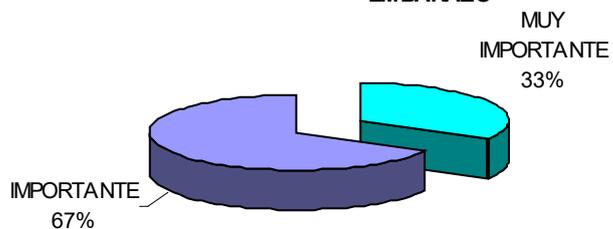


GRAFICO XXXII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: USO RACIONAL DE DROGAS EN EL EMBARAZO



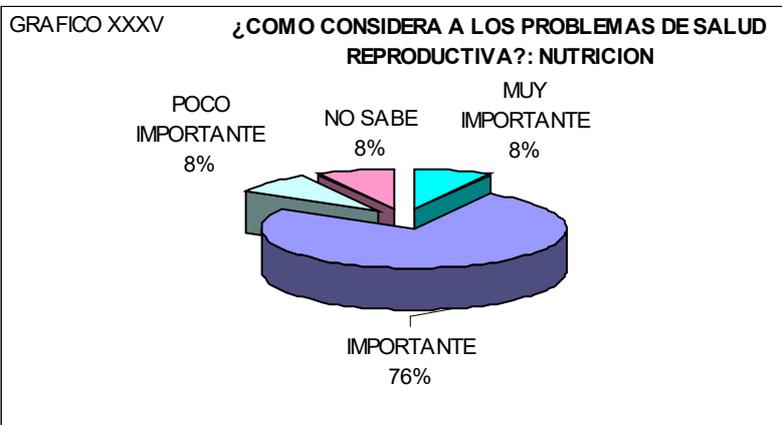
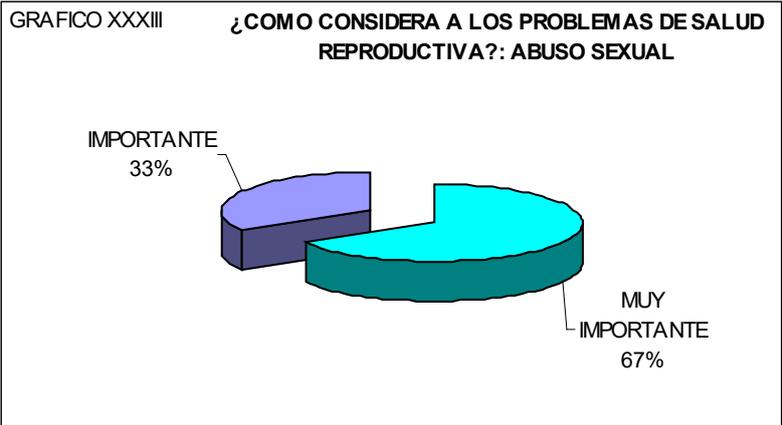


GRAFICO XXXVII ¿COMO CONSIDERA A LOS PROBLEMAS DE SALUD REPRODUCTIVA?: PROMOCION DE LA LACTANCIA NATURAL

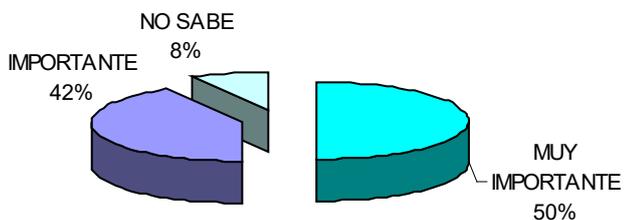


GRAFICO XXXVIII RESPECTO A LA PLANIFICACION FAMILIAR, ¿ESTA DE ACUERDO EN QUE ES EXCLUSIVAMENTE UNA ESTRATEGIA PARA CONTROLAR EL CRECIMIENTO DE LA POBLACION?

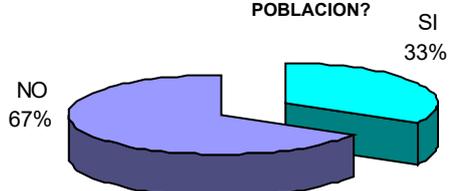


GRAFICO XXXIX ¿COMO CONSIDERA LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE EDUCACION SEXUAL DIRIGIDOS A LA POBLACION ADOLESCENTE?

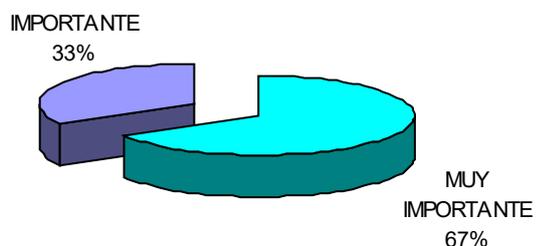


GRAFICO XXXX ¿UD. CREE QUE LA EDUCACION SEXUAL CONTRIBUYE A QUE LOS ADOLESCENTES TENGAN UNA VIDA SEXUAL MAS RESPONSABLE Y SEGURA?

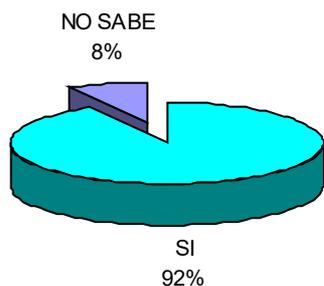


GRAFICO XXXXI ¿COMO CONSIDERA LA IMPLEMENTACION DE CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN CON DISTRIBUCION DE PRESERVATIVOS?

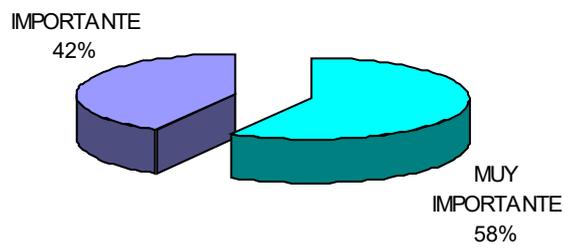


GRAFICO XXXXII ¿COMO CONSIDERA LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE ASISTENCIA EN ANTICONCEPCION?

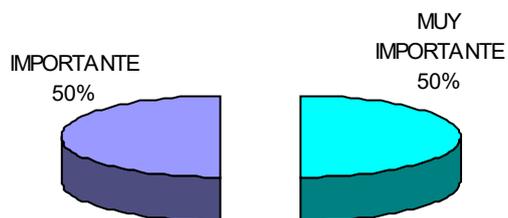
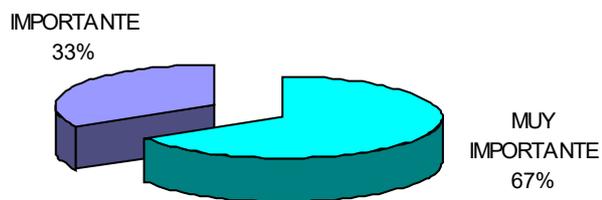
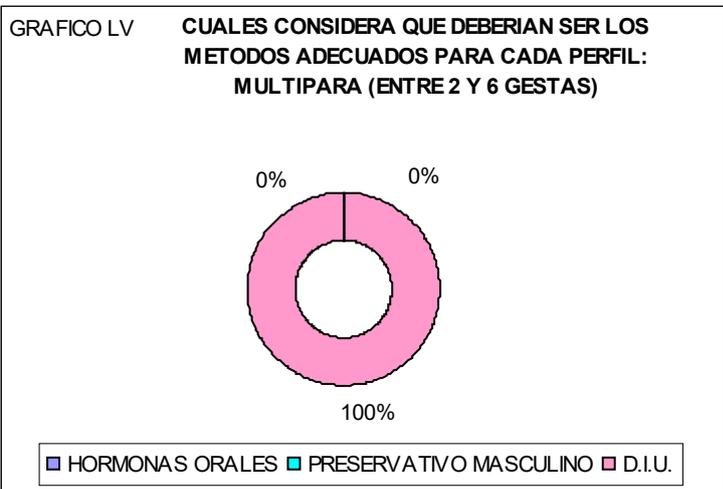
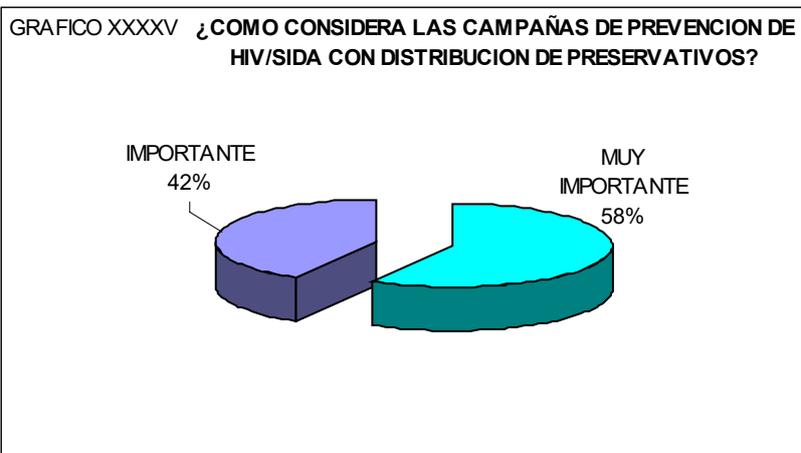
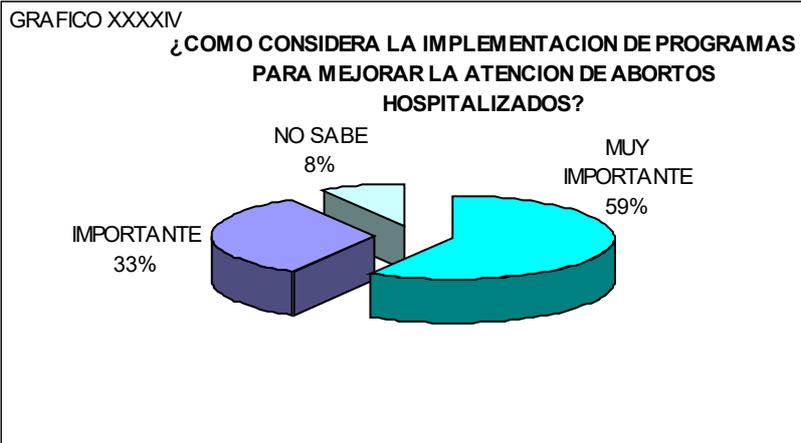


GRAFICO XXXXIII ¿COMO CONSIDERA LA IMPLEMENTACION DE PROGRAMAS DE ASESORAMIENTO ANTICONCEPTIVO POST ABORTO?





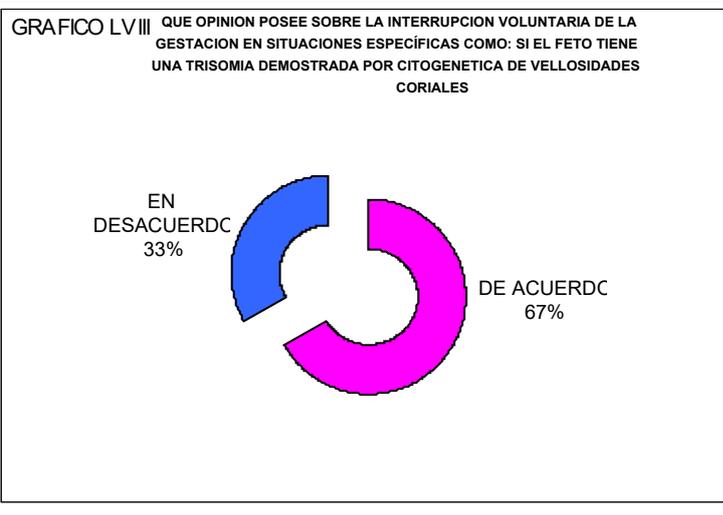
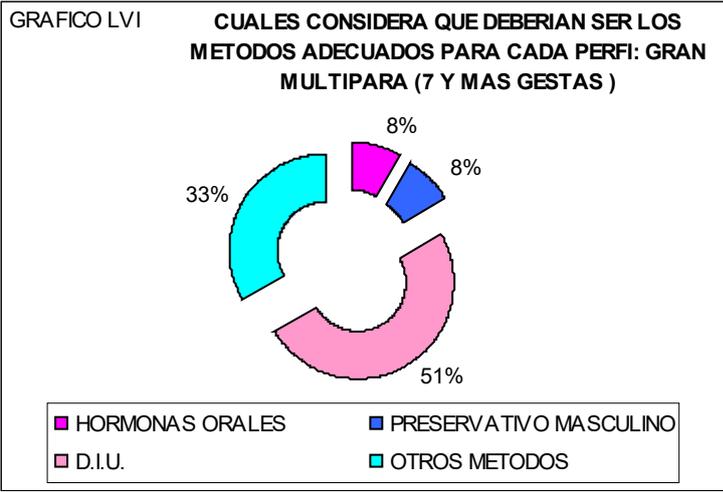


GRAFICO LIX QUE OPINION POSEE SOBRE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE LA GESTACION EN SITUACIONES ESPECIFICAS COMO: SI EL FETO TIENE UNA MALFORMACION INCOMPATIBLE CON LA VIDA EXTRAUTERINA

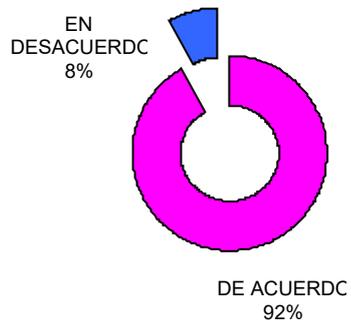


GRAFICO LX QUE OPINION POSEE SOBRE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE LA GESTACION EN SITUACIONES ESPECIFICAS COMO: SI UNA NIÑA < 15 AÑOS QUEDO EMBARAZADA DEBIDO A UNA VIOLACION



GRAFICO LXI QUE OPINION POSEE SOBRE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE LA GESTACION EN SITUACIONES ESPECIFICAS COMO: SI UNA MUJER QUEDO EMBARAZADA DEBIDO A UNA VIOLACION

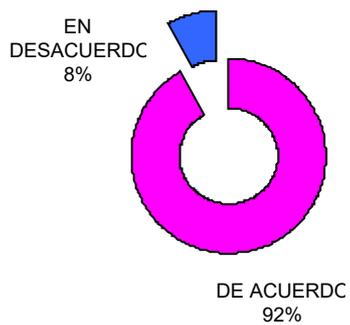


GRAFICO LXII QUE OPINION POSEE SOBRE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE LA GESTACION EN SITUACIONES ESPECIFICAS COMO: SI LA SALUD MENTAL DE LA MUJER SE VE AFECTADA POR EL PARTO Y/O LA CRIANZA DEL NIÑO

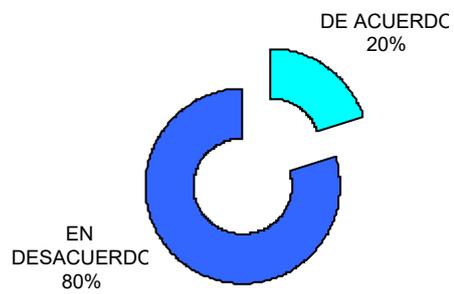


GRAFICO LXIII QUE OPINION POSEE SOBRE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE LA GESTACION EN SITUACIONES ESPECIFICAS COMO: SI UNA MUJER NO DESEA ESE HIJO



GRAFICO LXIV QUE OPINION POSEE SOBRE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE LA GESTACION EN SITUACIONES ESPECIFICAS COMO: SI UNA MUJER CARECE DE RECURSOS ECONOMICO

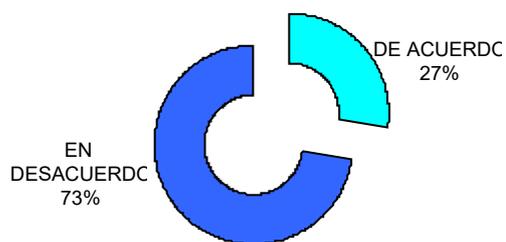


GRAFICO LXV

QUE OPINION POSEE SOBRE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE LA GESTACION EN SITUACIONES ESPECIFICAS COMO: SI UNA MUJER QUEDO EMBARAZADA PORQUE FALLO EL METODO ANTICONCEPTIVO

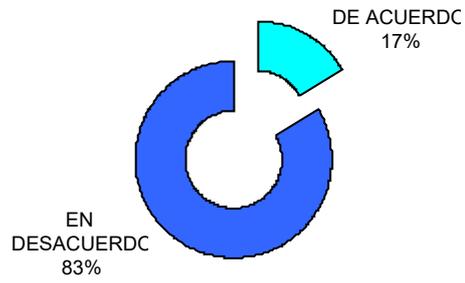


GRAFICO LXVI QUE OPINION POSEE SOBRE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DE LA GESTACION EN SITUACIONES ESPECIFICAS COMO: SI UNA MUJER HA SIDO ABANDONADA POR SU PAREJA

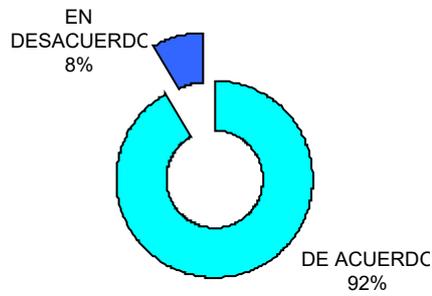


GRAFICO LXVII SI UNA MUJER SOLICITA UNA BIOPSIA DE VELLOSIDADES CORIALES, PIENSA QUE LO AHCE PARA, EN CASO DE QUE SE DEMUESTRE UNA ALTERACION CROMOSOMICA:

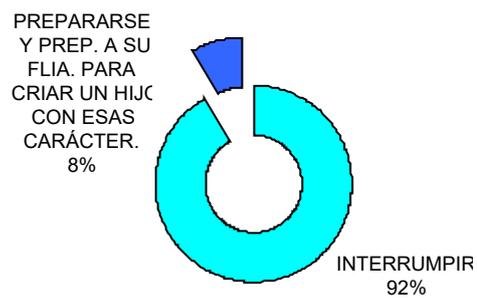


GRAFICO LXVIII **CONSIDERA QUE SU SITUACION PERSONAL CON LA RELIGION INFLUYE EN LOS TEMAS TRATADOS EN ESTA ENCUESTA**

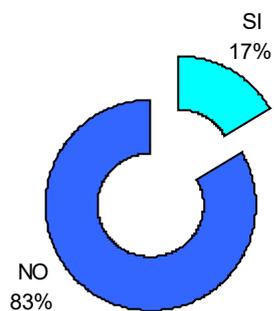


GRAFICO LXIX **CONSIDERA QUE LA DESPENALIZACION DEL ABORTO CONTRIBUYE A DISMINUIR LA MUERTE MATERNA POR ABORTO PROVOCADO**

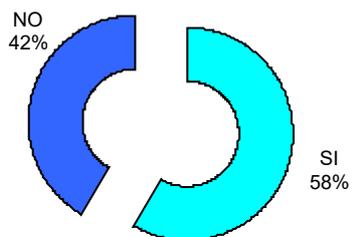


GRAFICO LXX **UD CREE QUE LOS HOSPITALES PUBLICOS DEBERIAN REALIZAR LOS ABORTOS NO PUNIBLES**

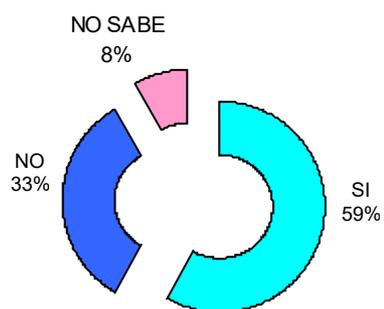


GRAFICO LXXI **COMO CREE QUE ES LA ATENCION EN EL CASO DE COMPLICACIONES DE LOS ABORTOS EN LOS HOSPITALES PUBLICOS**

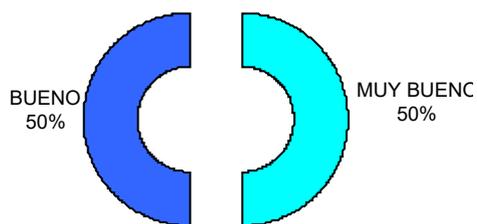


GRAFICO LXXII

**CUAL ES SU OPINION ACERCA DE LA ATENCION EN EL HOSPITAL PUBLICO EN COMPLICACIONES DE ABORTOS: ES TRATADA CON EFICIENCIA Y CALIDAD MEDICA**

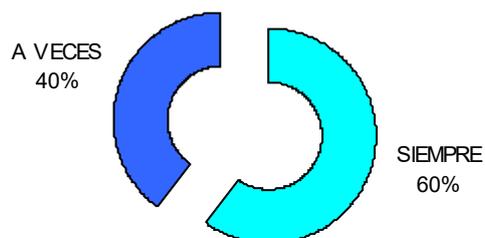


GRAFICO LXXIII

**CUAL ES SU OPINION ACERCA DE LA ATENCION EN EL HOSPITAL PUBLICO EN COMPLICACIONES DE ABORTOS: ES TRATADA COMO UNA PACIENTE CON DERECHOS**

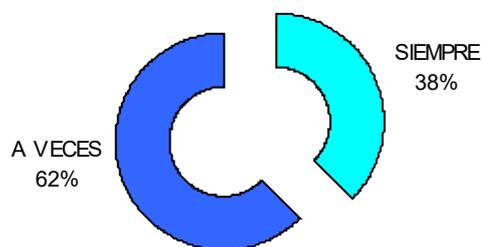


GRAFICO LXXIV

CUAL ES SU OPINION ACERCA DE LA ATENCION EN EL HOSP. PUBLICO EN COMPLICACIONES DE ABORTOS: ES ASESORADA SOBRE ANTICONCEP.ANTES DEL ALTA

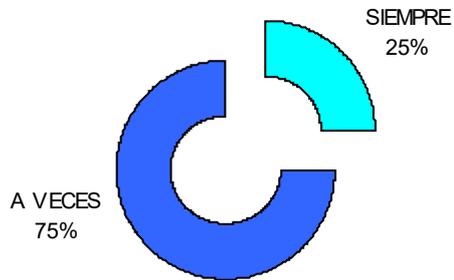


GRAFICO LXXV

CUAL ES SU OPINION ACERCA DE LA ATENCION EN EL HOSP. PUBLICO EN COMPLICACIONES DE ABORTOS: ES ASESORADA SOBRE ANTICONCEP.ANTES DEL ALTA

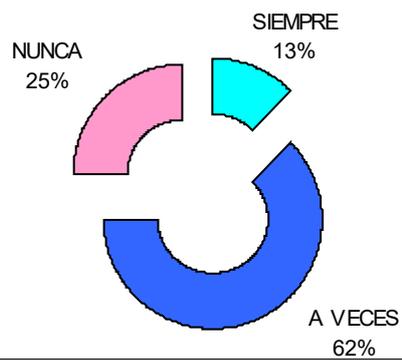


GRAFICO LXXVI

¿CUAL ES SU OPINION ACERCA DE LA DENUNCIA POLICIAL POR ABORTO? : CUANDO INGRESA UNA MUJER AL HOSP. PUB. POR COMPLICACIONES EN UN ABORTO DEBE HACERSE LA DENUNCIA POLICIAL



GRAFICO LXXVII

¿CUAL ES SU OPINION ACERCA DE LA DENUNCIA  
POLICIAL POR ABORTO? :  
UN MEDICO QUE REALIZO UN ABORTO DEBE IR PRESO

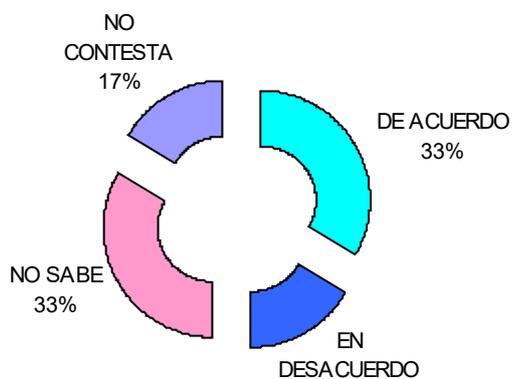
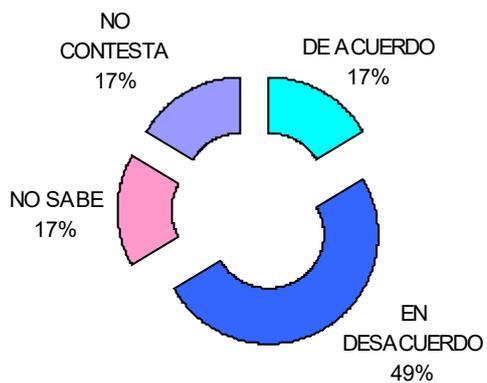


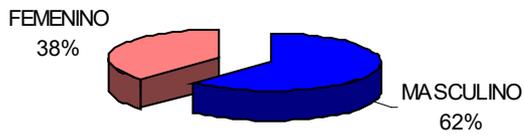
GRAFICO LXXVIII

¿CUAL ES SU OPINION ACERCA DE LA DENUNCIA  
POLICIAL POR ABORTO? :  
UNA MUJER QUE SE REALIZO UN ABORTO DEBE IR  
PRESA

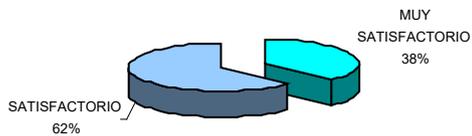


## **GRAFICOS ENCUESTA A LOS RESIDENTES**

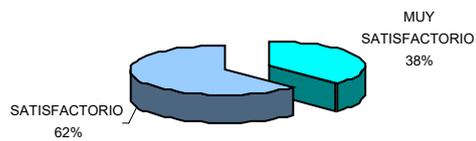
**GRAFICO I DISTRIBUCION POR GENERO DE LOS RESIDENTES**



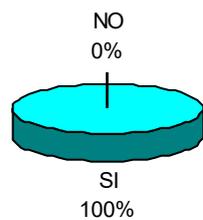
**GRAFICO II COMO CONSIDERA LA ENSEÑANZA EN GINECOLOGIA**



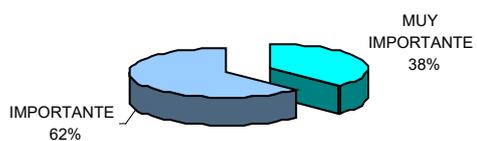
**GRAFICO III COMO CONSIDERA LA ENSEÑANZA EN OBSTETRICIA**



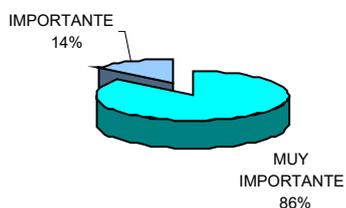
**GRAFICO IV ¿CONSIDERA IMPORTANTE LA IMPLEMENTACION DE TALLERES DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL TRANCURSO DE LA CURSADA?**



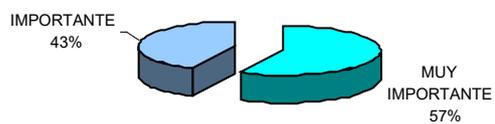
**GRAFICO V COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE S.R.: ADOLESCENCIA**



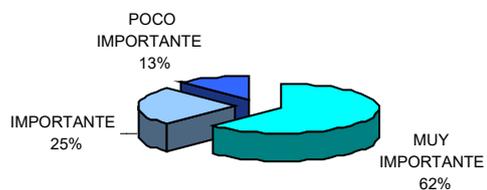
**GRAFICO VI COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE S.R.: CANCER GINECOMAMARIO**

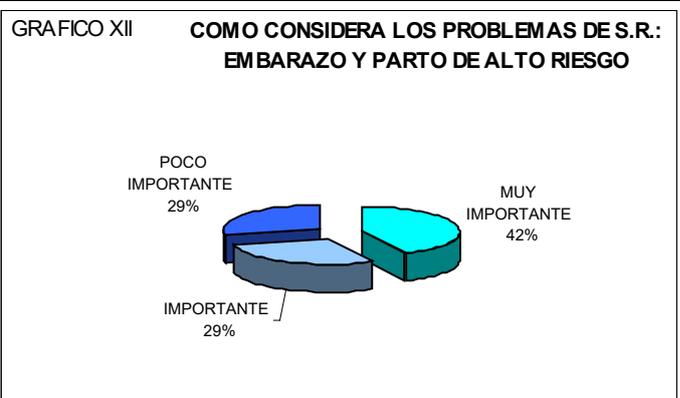
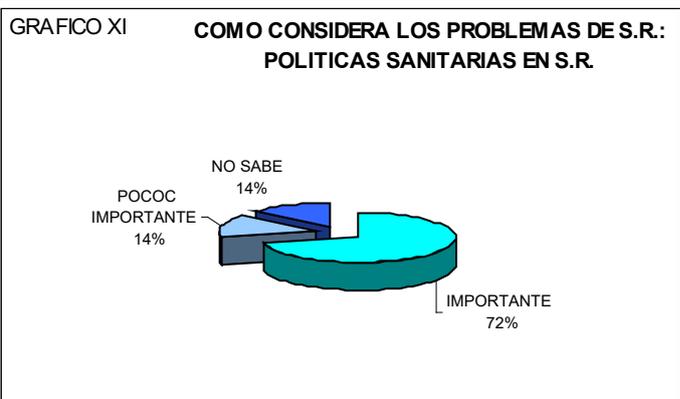
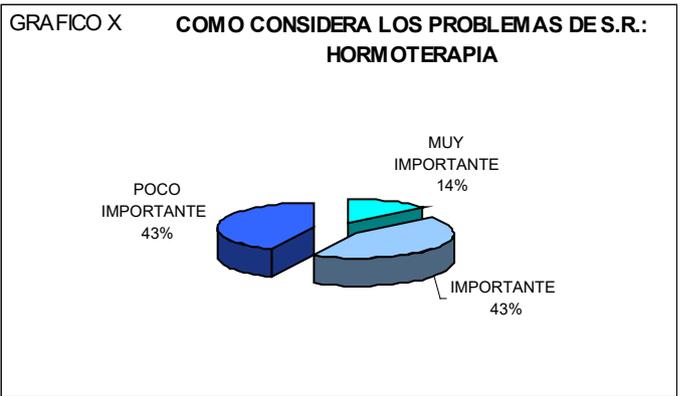
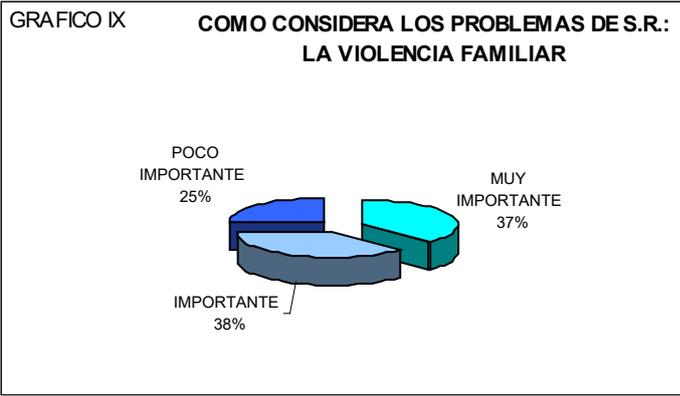


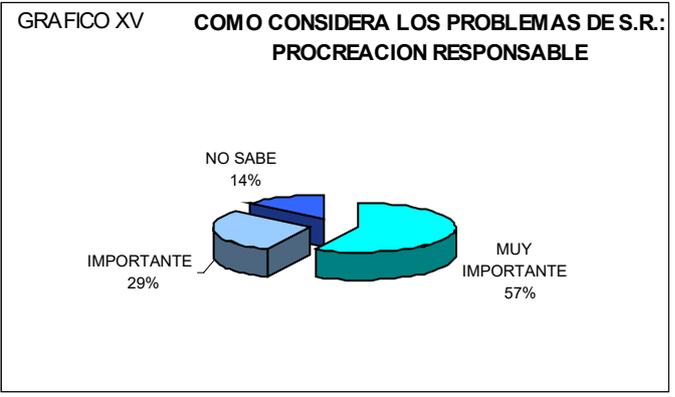
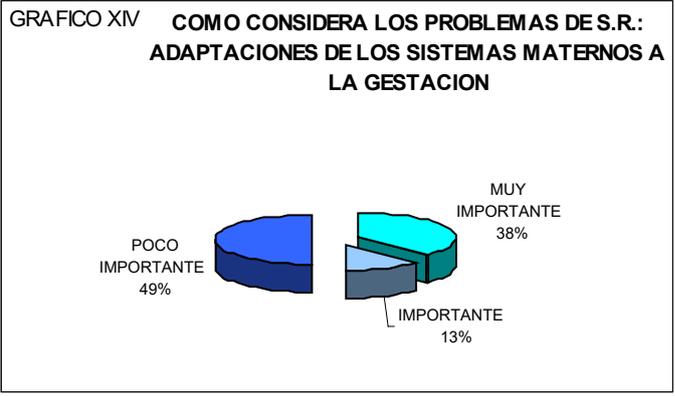
**GRAFICO VII COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE S.R.: INFECCIONES GINECOLOGICAS**



**GRAFICO VIII COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE S.R.: CLIMATERIO**







## GRAFICOS ENCUESTA A LOS EGRESADOS

GRAFICO I **DISTRIBUCION POR GENERO DE LOS EGRESADOS**

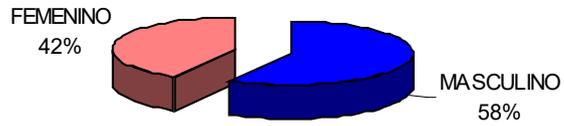
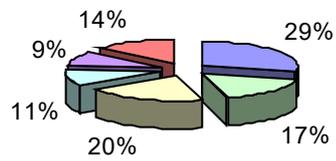


GRAFICO II **AÑOS QUE TARDO EN HACER LA CARRERA DE CIENCIAS MEDICAS**



■ 7 AÑOS ■ 8 AÑOS ■ 9 AÑOS ■ 10 AÑOS ■ 11 AÑOS ■ 12 Y MAS

GRAFICO III **COMO CONSIDERA LA ENSEÑANZA IMPARTIDA EN GINECOLOGIA**

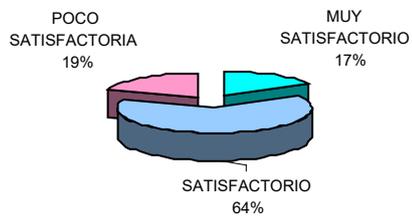
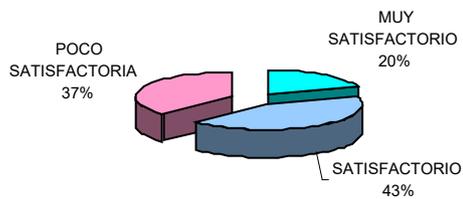
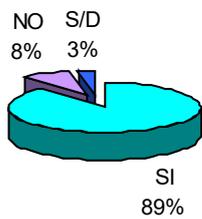


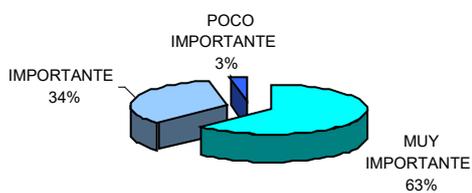
GRAFICO IV **COMO CONSIDERA LA ENSEÑANZA IMPARTIDA EN OBSTETRICIA**



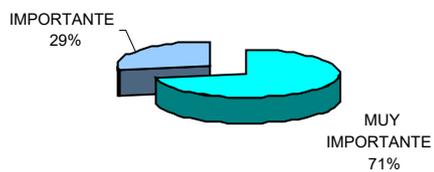
**GRAFICO V ¿CONSIDERA IMPORTANTE LA IMPLEMENTACION DE TALLERES DE SALUD REPRODUCTIVA EN EL TRANCURSO DE LA CURSADA?**



**GRAFICO VI COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE LA ADOLESCENCIA**



**GRAFICO VII COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE CANCER GINECOMAMARIO**



**GRAFICO VIII COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE INFECCIONES GINECOLOGICAS**

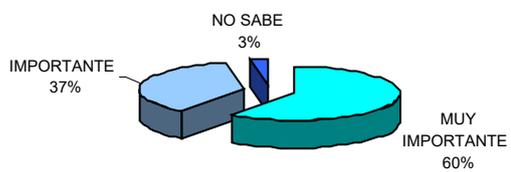


GRAFICO IX **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE CLIMATERIO**

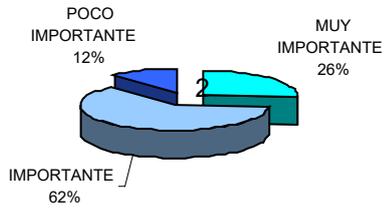


GRAFICO X **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE VIOLENCIA FAMILIAR**

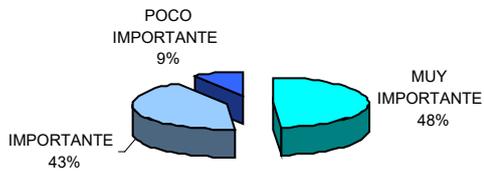


GRAFICO XI **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE HORMOTERAPIA**

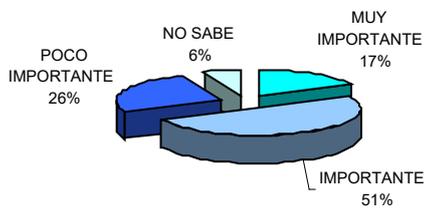


GRAFICO XII **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE POLITICAS SANITARIAS EN SALUD REPRODUCTIVA**

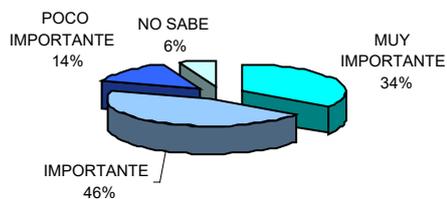


GRAFICO XIII **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE PROCREACION RESPONSABLE**

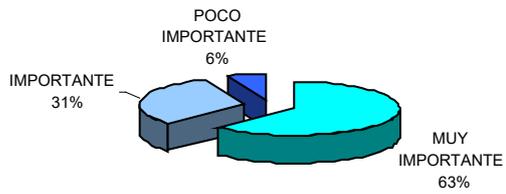


GRAFICO XIV **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE INFERTILIDAD**

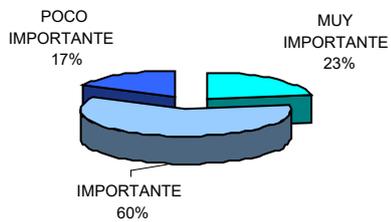
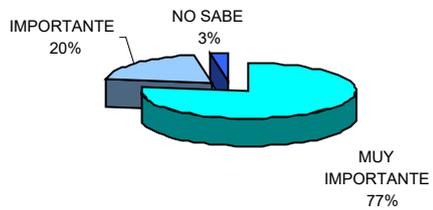
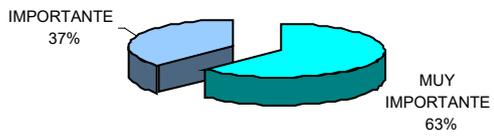


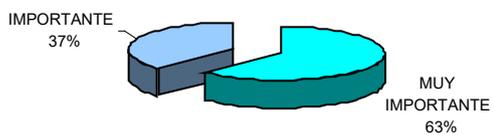
GRAFICO XV **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL**



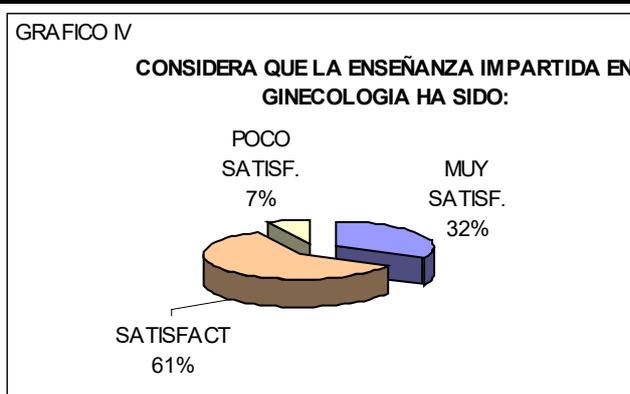
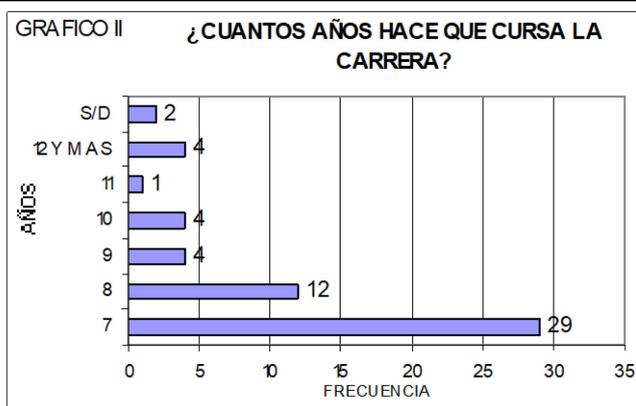
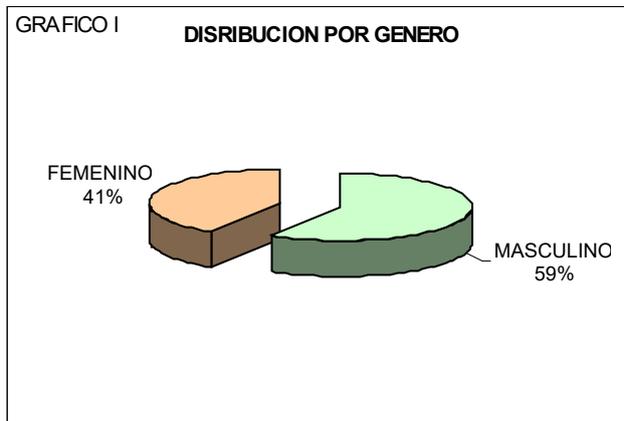
**GRAFICO XVI**      **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE HIPERTENSION EN EL EMBARAZO**

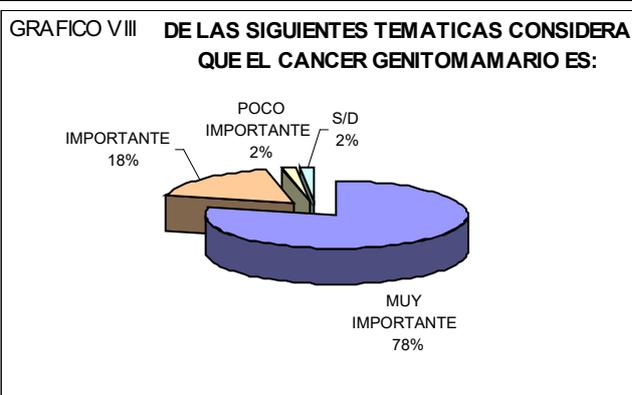
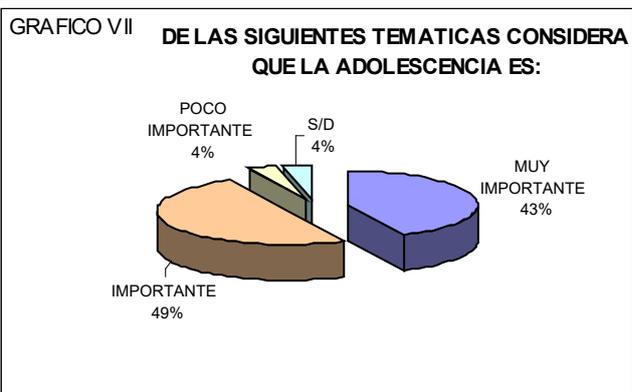
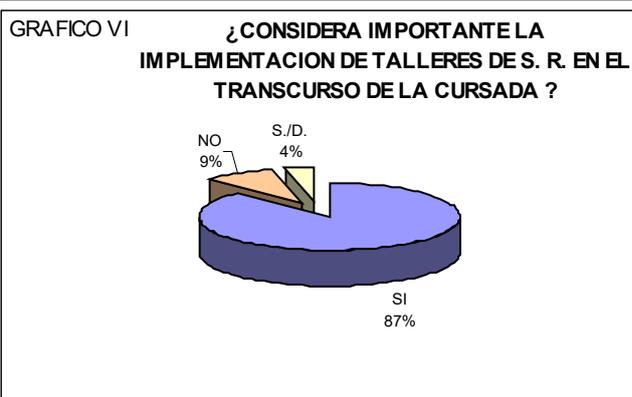


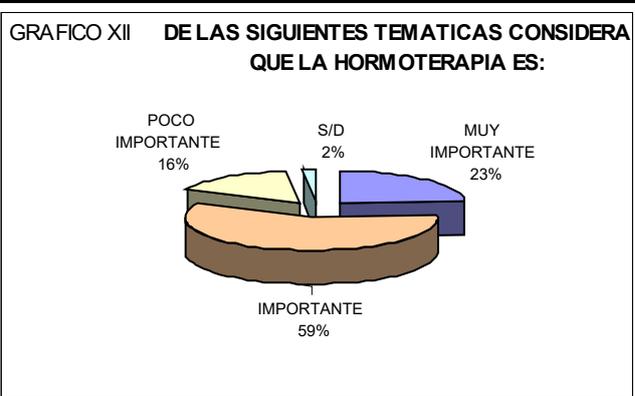
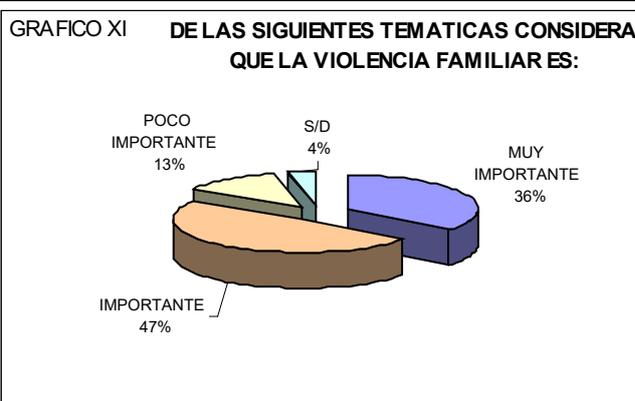
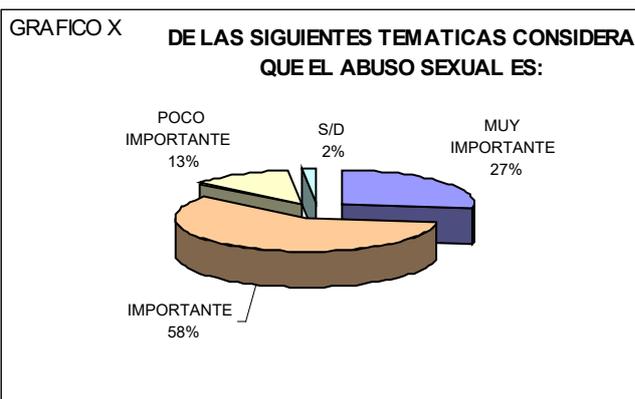
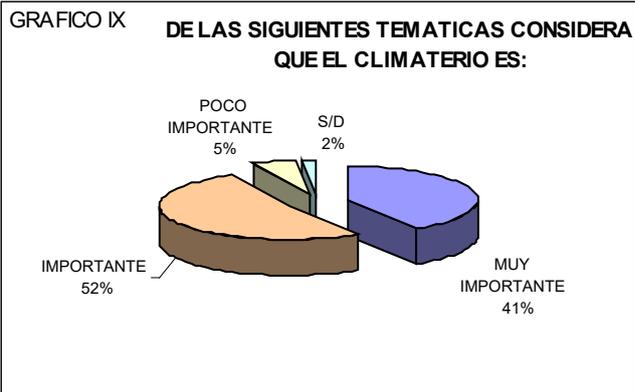
**GRAFICO XV III**      **COMO CONSIDERA LOS PROBLEMAS DE USO RACIONAL DE DROGAS EN EL EMBARAZO**



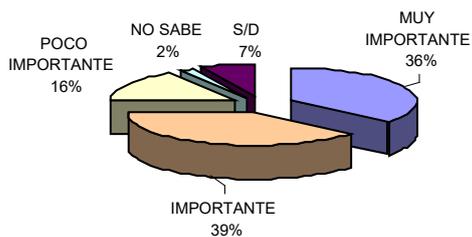
**GRAFICOS ENCUESTA A LOS ALUMNOS DE GINECOLOGIA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA UNLP**



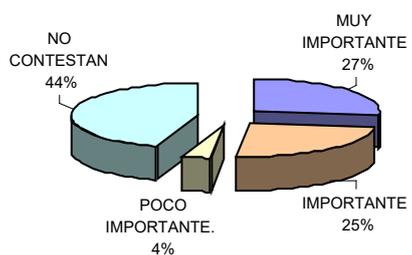




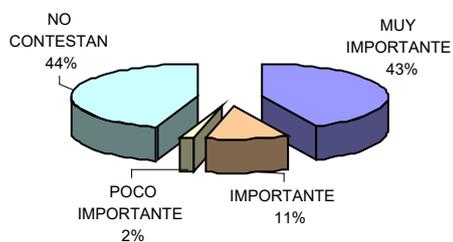
**GRAFICO XIII DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LAS POLITICAS SANITARIAS EN S.R. SON:**



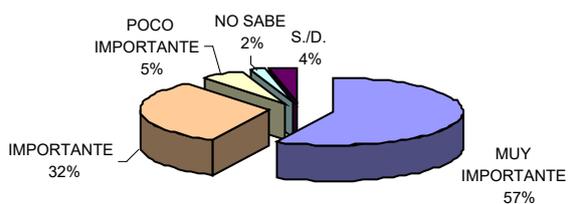
**GRAFICO XIV DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LAS INFECCIONES GINECOLOGICAS SON:**



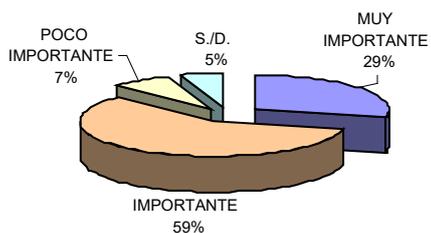
**GRAFICO XV DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LOS ABORTOS SON:**



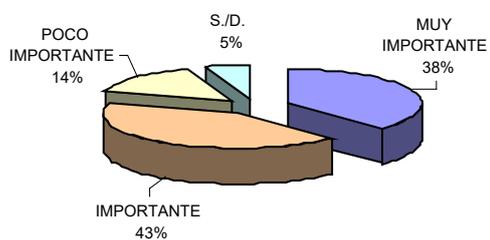
**GRAFICO XVI DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LA PROCREACION RESPONSABLE ES:**



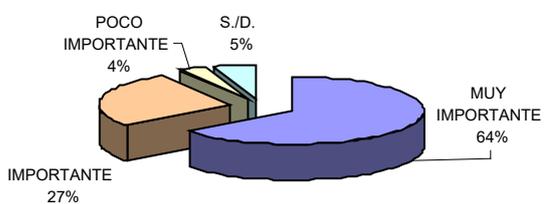
**GRAFICO XVII DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LA INFERTILIDAD ES:**



**GRAFICO XVIII DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE EL CONTROL PRENATAL ES:**



**GRAFICO XIX DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL ES:**



**GRAFICO XX DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LA HIPERTENSION EN EL EMBARAZO ES:**

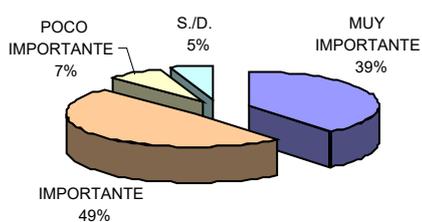


GRAFICO XXI

DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LA HEMORRAGIA GENITAL ES:

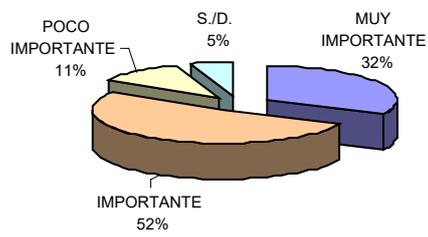


GRAFICO XXII

DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE USO RACIONAL DE DROGAS DURANTE EL EMBARAZO ES:

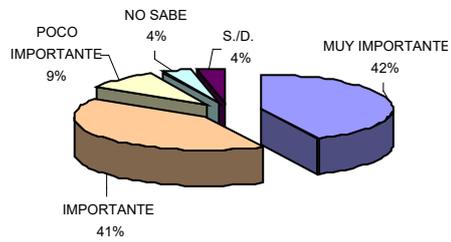


GRAFICO XXIII

DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE EL S.I.D.A. ES:

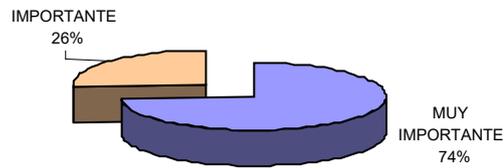


GRAFICO XXIV

DE LAS SIGUIENTES TEMATICAS CONSIDERA QUE LA NUTRICION ES:

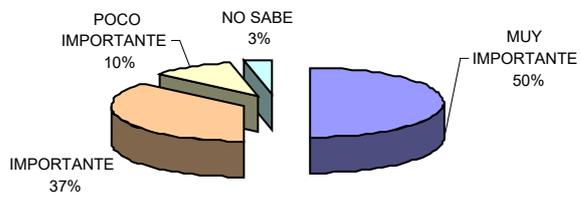
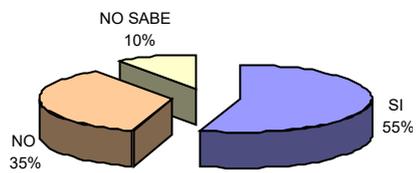
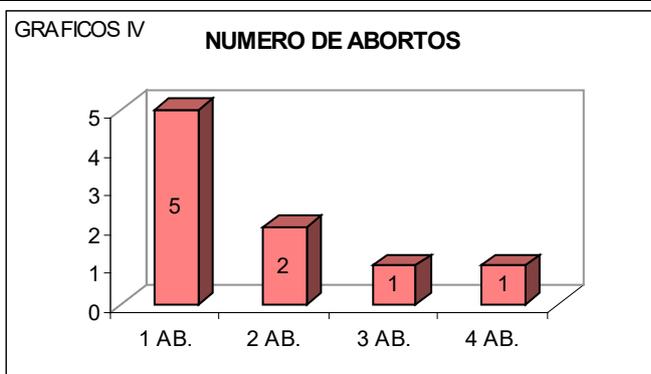
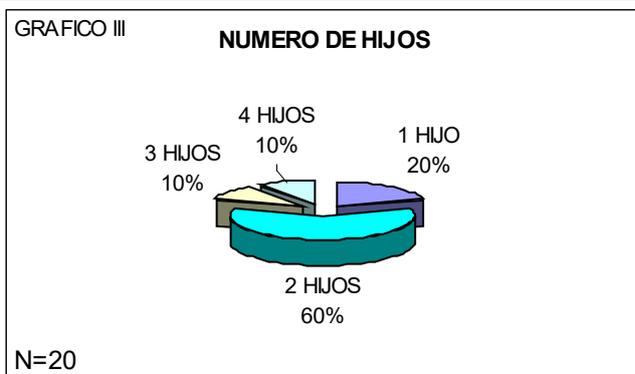
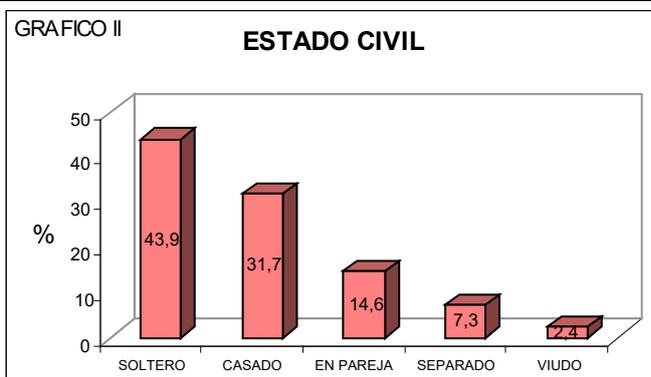
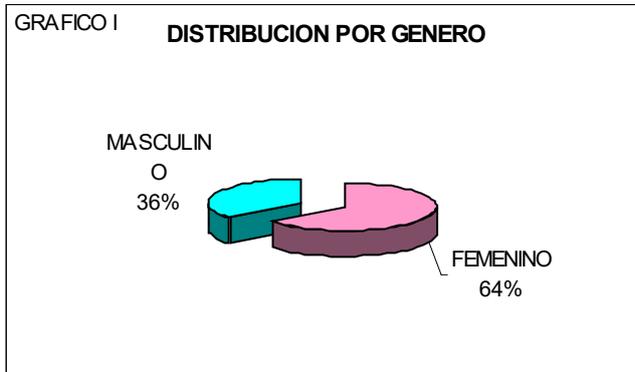


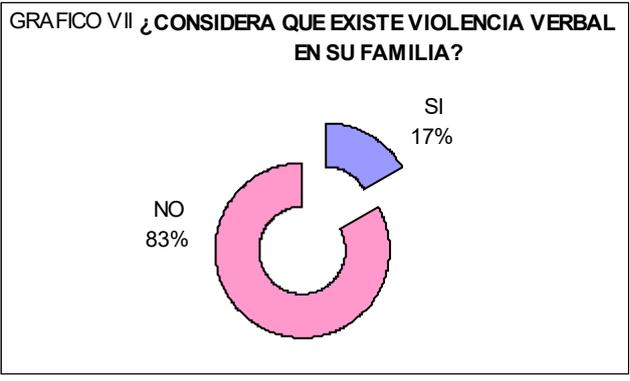
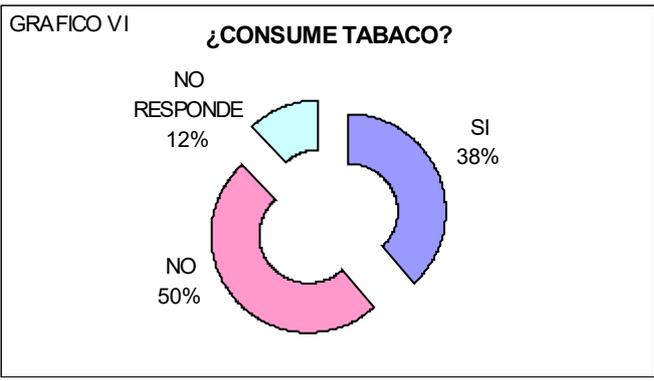
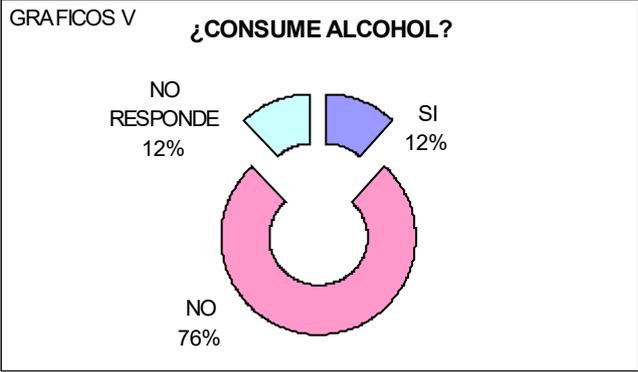
GRAFICO XXV

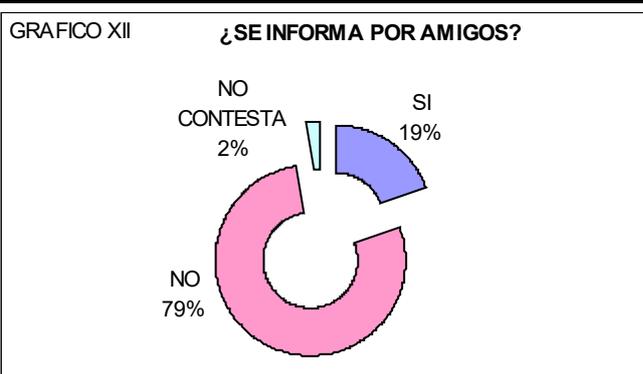
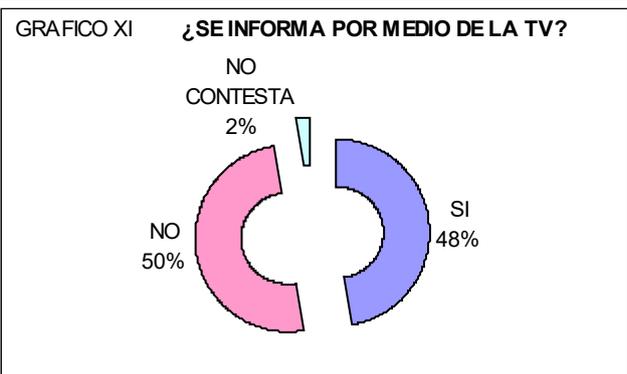
¿CONSIDERA IMPORTANTE LA EXISTENCIA DE UNA CATEDRA DE SALUD REPRODUCTIVA?

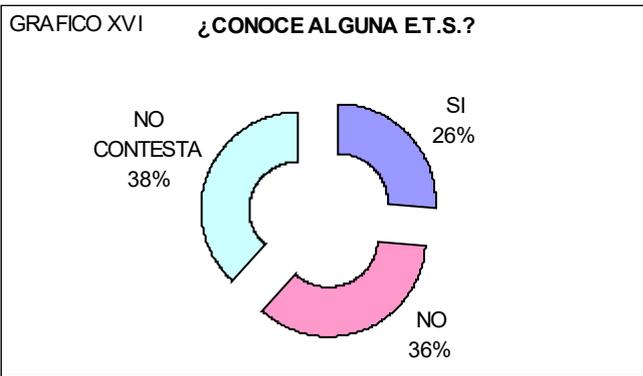
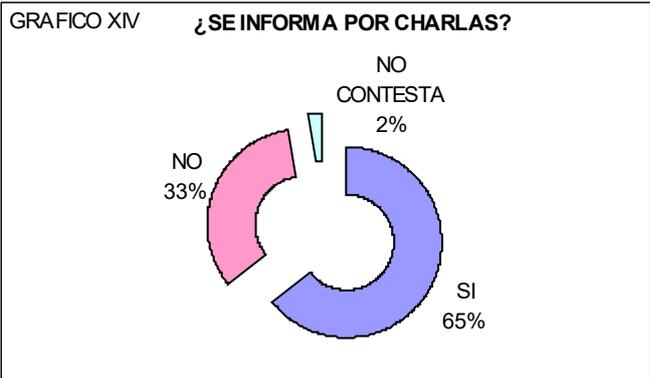


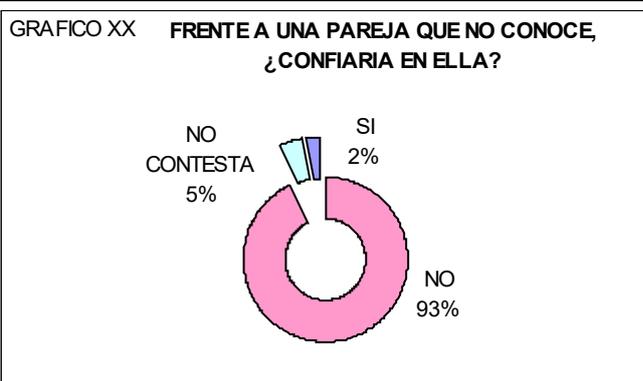
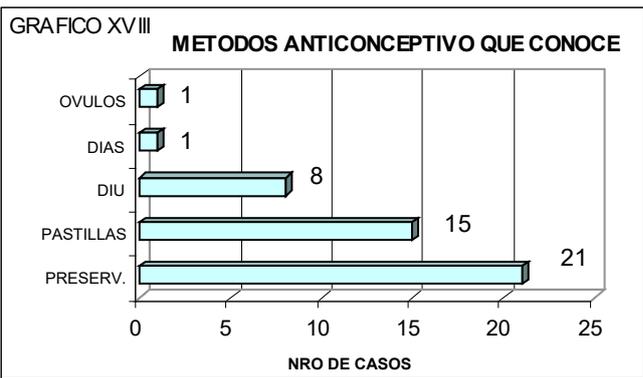
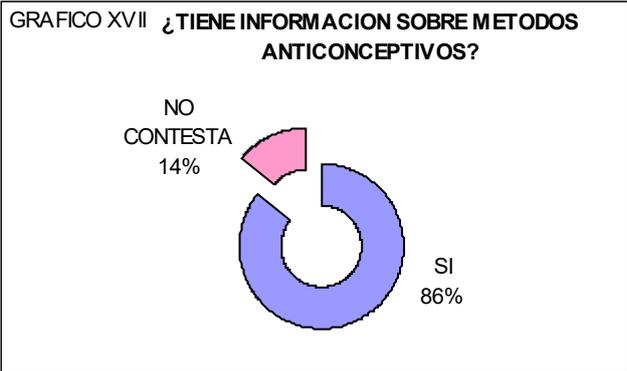
# GRAFICOS ENCUESTA DE LA CATEDRA DE GINECOLOGIA "B" EXTENSION UNIVERSITARIA

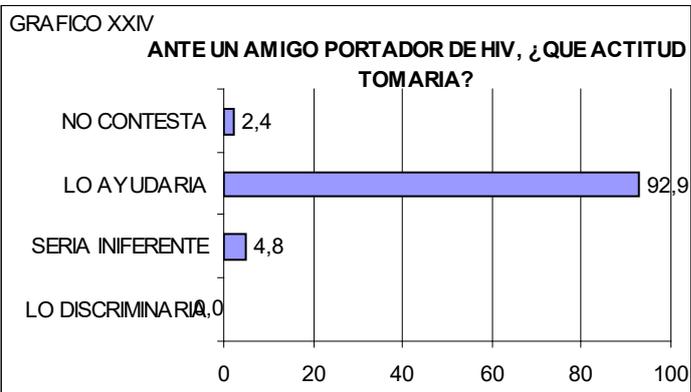
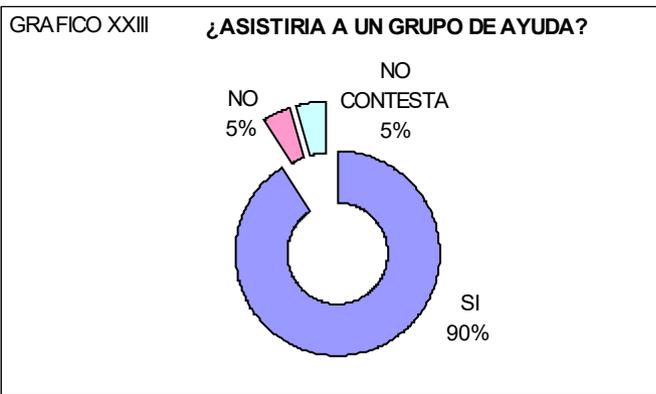
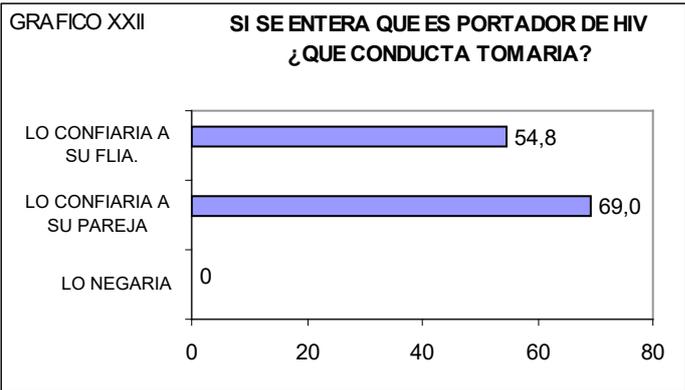
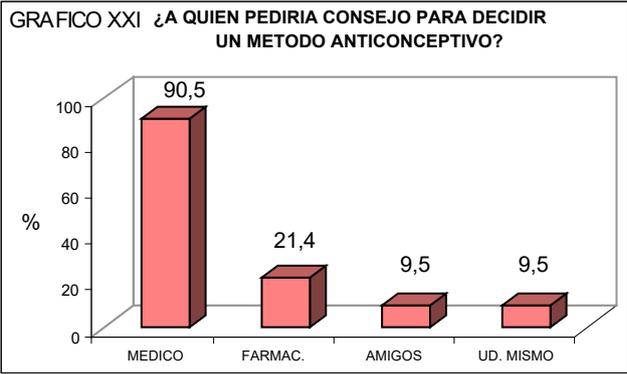




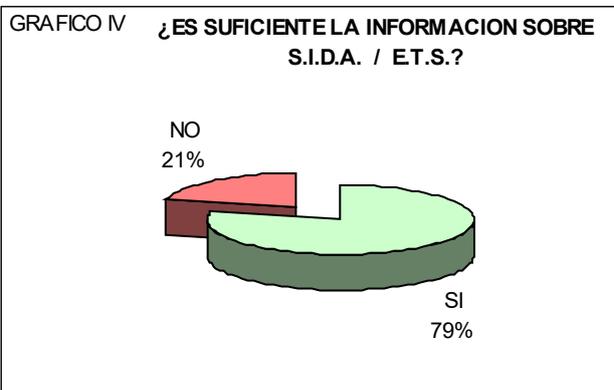
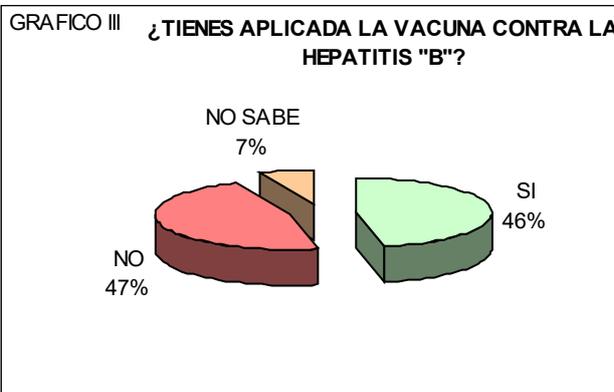
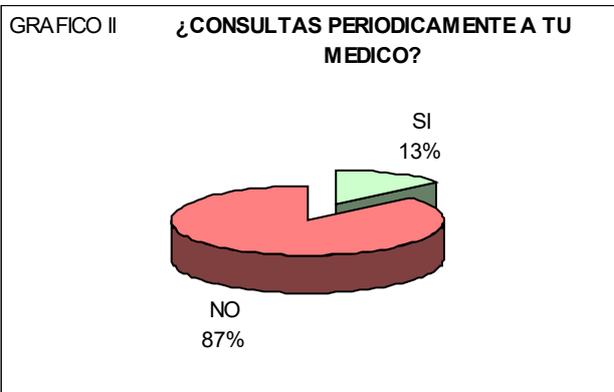
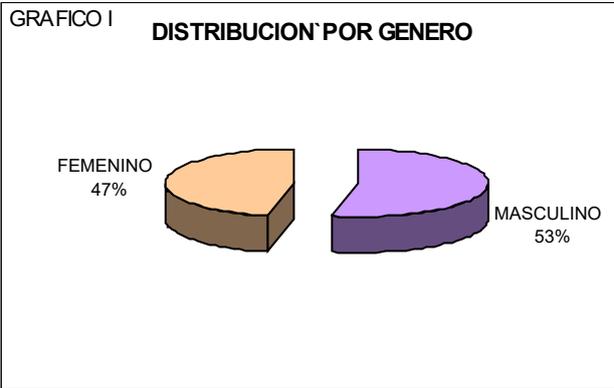


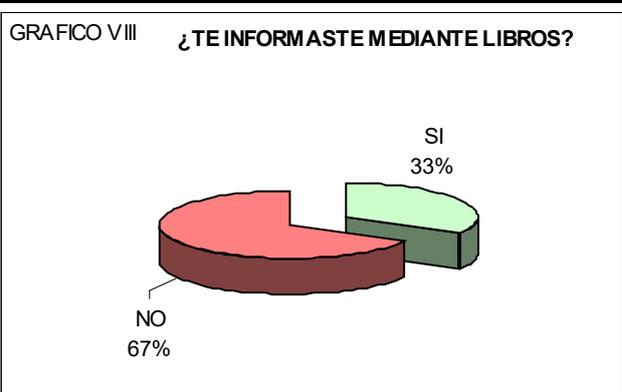
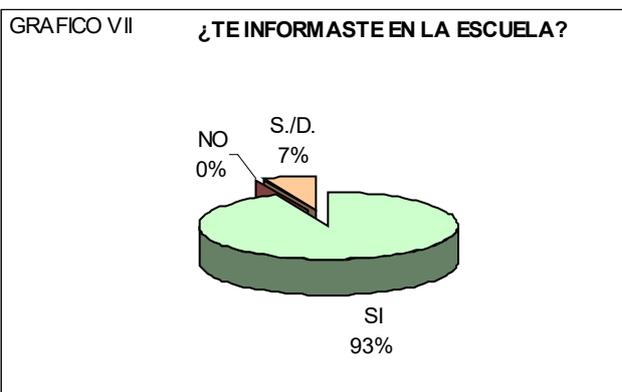
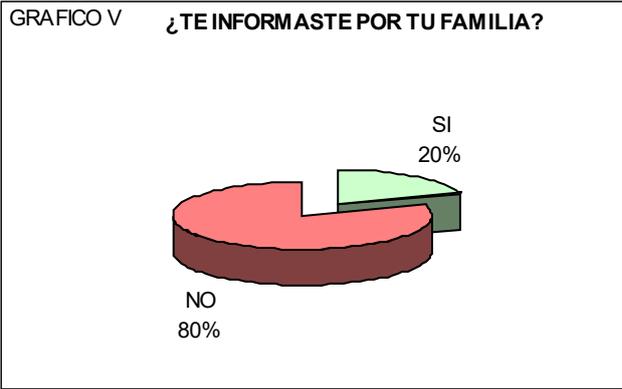






**GRAFICOS ENCUESTA A LOS ALUMNOS SOBRE SIDA, ETS Y ADOLESCENCIA**  
**EXTENSION UNIVERSITARIA CATEDRA "B" DE GINECOLOGIA**





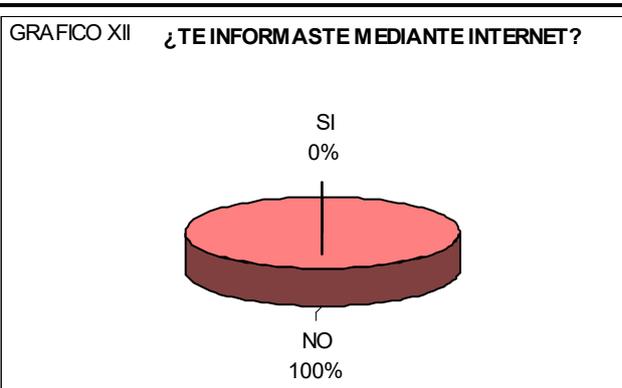
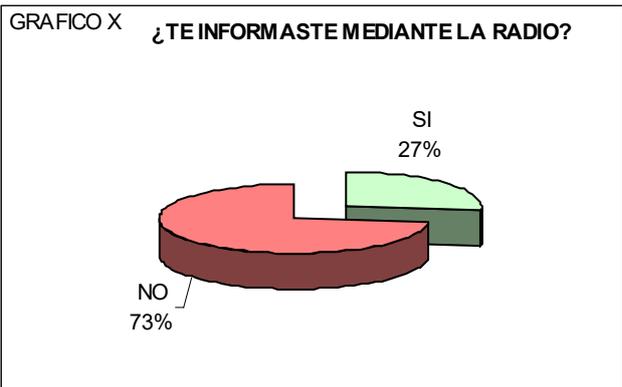
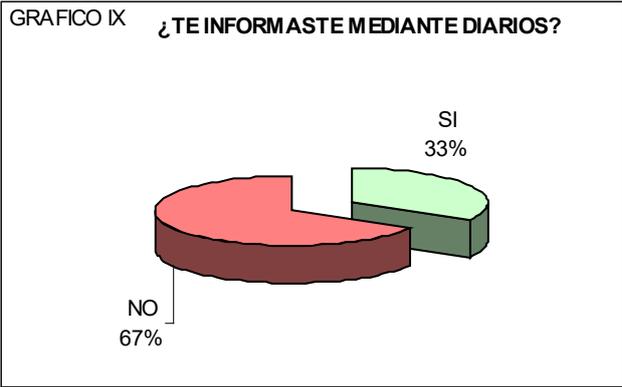


GRAFICO XII ¿TE INFORMASTE MEDIANTE INTERNET?

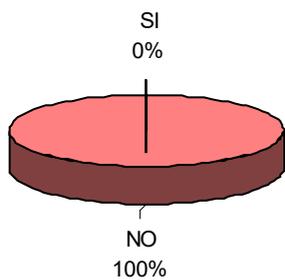


GRAFICO XIII ¿QUIENES TAMBIEN TE INFORMARON: PROFESORES?

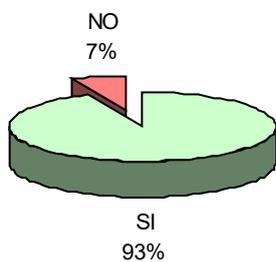


GRAFICO XIV ¿QUIENES TAMBIEN TE INFORMARON: PADRES?

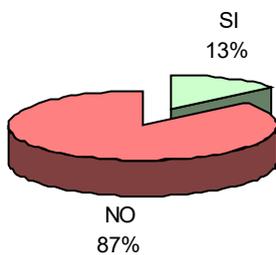
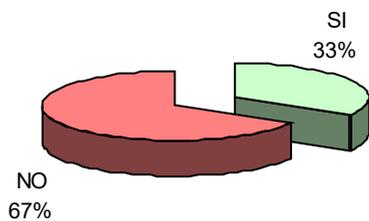


GRAFICO XV ¿QUIENES TAMBIEN TE INFORMARON: FAMILIARES?



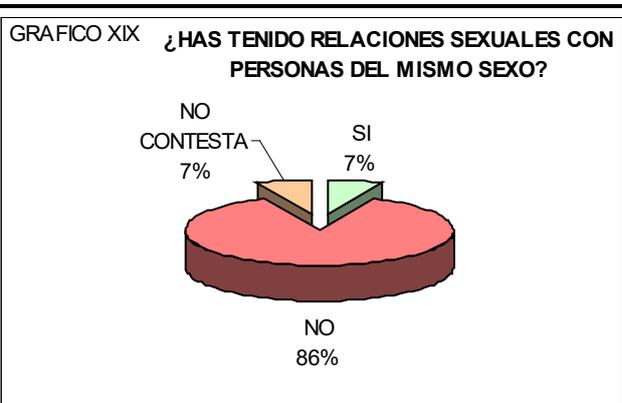
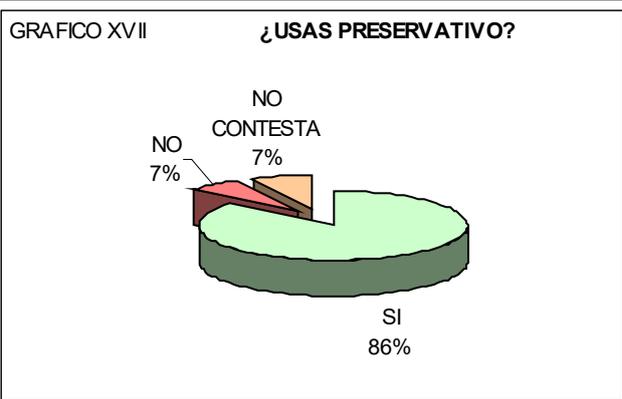
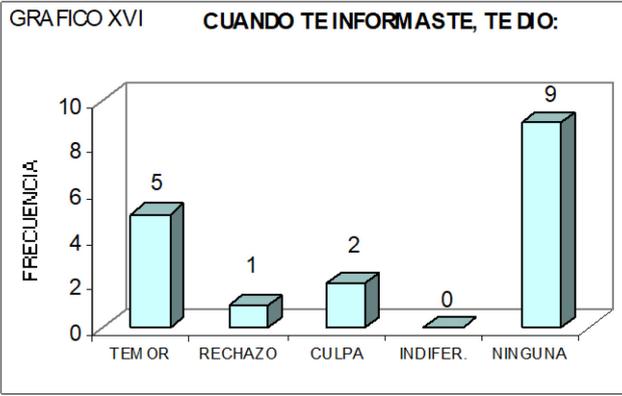


GRAFICO XX ¿COMO SE TRANSMITEN LAS E.T.S.?

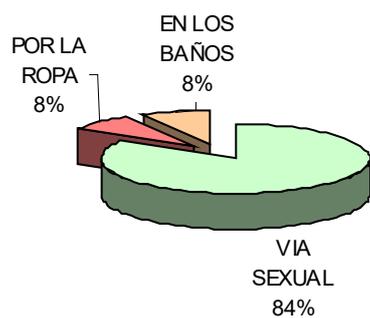


GRAFICO XXI ¿QUE METODO USARIAS ANTE UNA PAREJA DESCONOCIDA O INESTABLE?

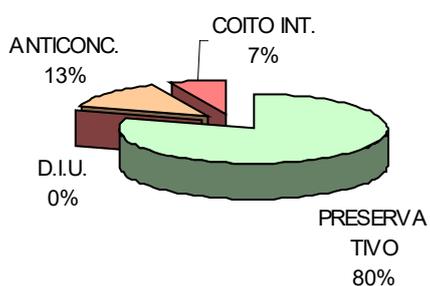


GRAFICO XXII ¿EXISTE DIALOGO EN TU FAMILIA?

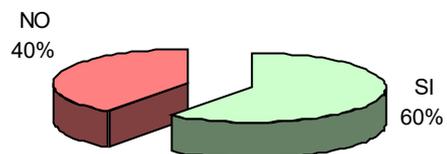
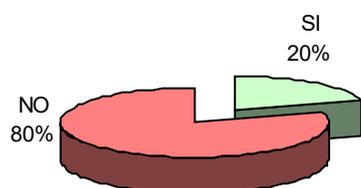
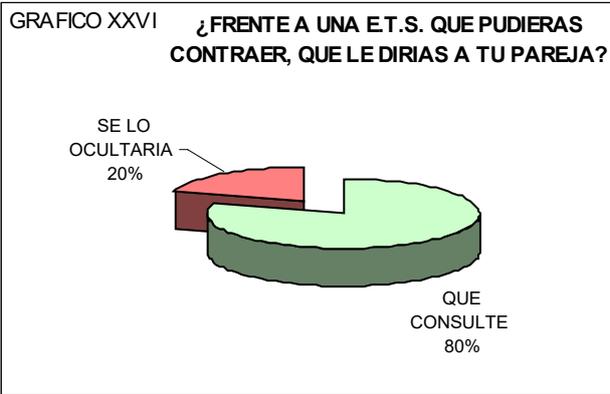
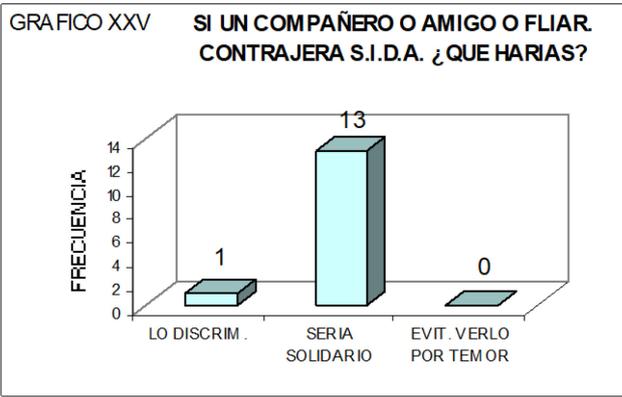
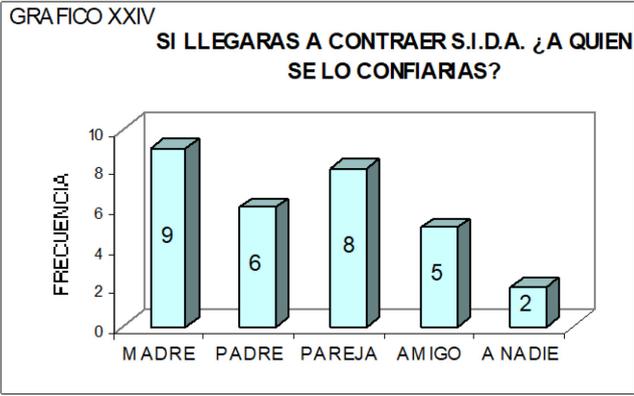
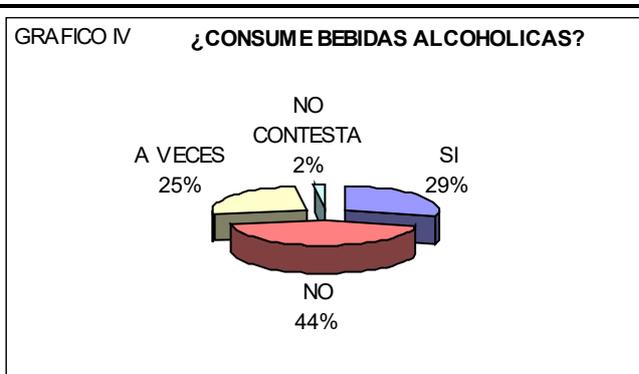
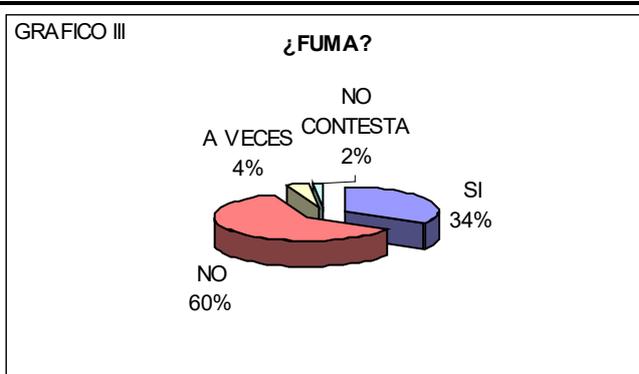
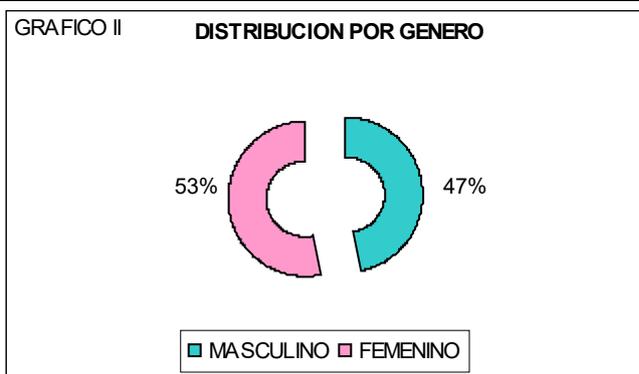


GRAFICO XXIII ¿EXISTE VIOLENCIA EN TU FAMILIA?





**GRAFICOS ENCUESTA DE ADOLESCENCIA, FAMILIA Y SOCIEDAD CATEDRA DE GINECOLOGÍA "B"**



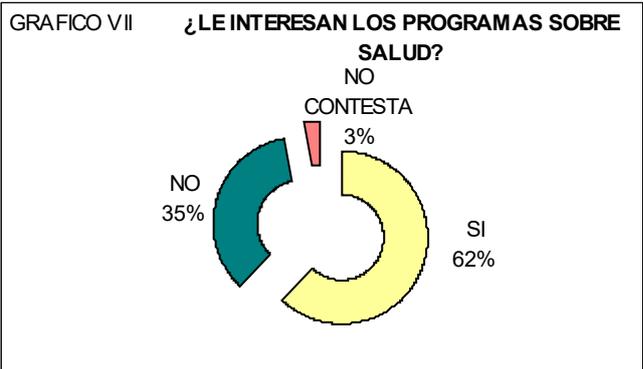
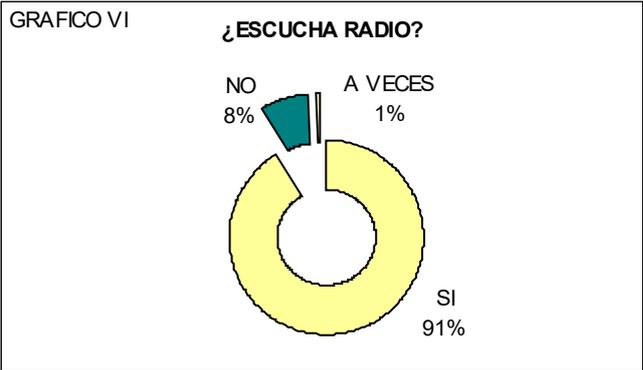
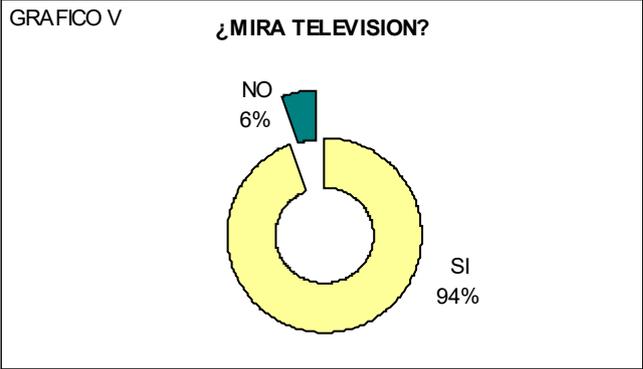


GRAFICO IX ¿CONOCE ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO?

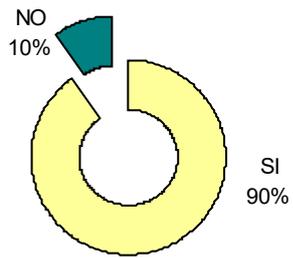


GRAFICO X METODOS ANTICONCEPTIVOS QUE CONOCE

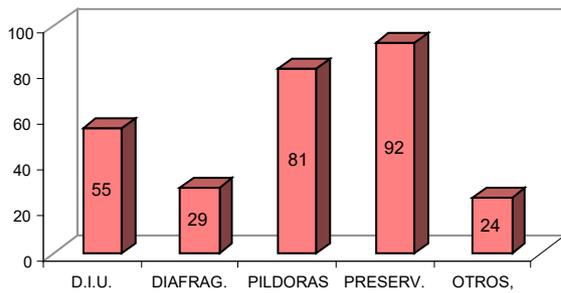


GRAFICO XI ¿COMO CONOCIO LOS METODOS ANTICONCEPTIVOS?

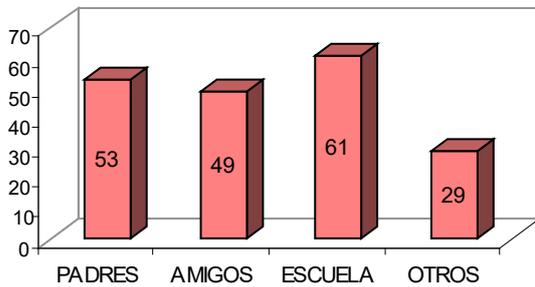


GRAFICO XII ¿CONSULTO ALGUNA VEZ AL MEDICO POR ESTE MOTIVO?

