

Políticas públicas y salud reproductiva: La experiencia de monitoreo del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires.

Dalia Szulik.

Cita:

Dalia Szulik (2005). *Políticas públicas y salud reproductiva: La experiencia de monitoreo del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires. VIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Tandil.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/viii Jornadas a e p a /56>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eY7r/tpY>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y SALUD REPRODUCTIVA: LA EXPERIENCIA DE MONITOREO DEL PROGRAMA DE SALUD REPRODUCTIVA Y PROCREACIÓN RESPONSABLE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Silvina Ramos (Investigadora titular y Directora CEDES)
Mónica Petracci (Investigadora asociada CEDES/ UBA)
Dalia Szulik (Investigadora adjunta CEDES/ CONICET)

*Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES, Sánchez de Bustamante 27, (1173) Buenos Aires,
dalia@cedes.org*

RESUMEN

Durante 2002-2003 se realizó un monitoreo del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires. Desde el punto de vista político, el propósito fue desarrollar estrategias e instrumentos para la fiscalización de la política pública de salud sexual y reproductiva que permitieran identificar los factores institucionales, políticos, culturales y sociales que obstaculizan el acceso a y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva y vulneran el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Desde el punto de vista técnico, el propósito fue abrir un camino al ejercicio de nuevas prácticas de complementariedad entre el Estado, las Defensorías del Pueblo y las organizaciones de la sociedad civil para evaluar esta política, controlar al Estado y promover acciones para la salvaguarda de los derechos sexuales y reproductivos de la población.

El objetivo del presente trabajo es presentar esta experiencia de monitoreo, las estrategias utilizadas y los principales resultados obtenidos. Las estrategias utilizadas relevaron y analizaron información de diferentes fuentes y de los actores de esta política pública (la ciudadanía, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, las usuarias y los profesionales de los servicios de salud).

1. Introducción

La Ciudad de Buenos Aires es una de las jurisdicciones pioneras de nuestro país en el campo de las políticas públicas en salud sexual y reproductiva acordes con los compromisos y el Plan de Acción de El Cairo y también fue precursora en el monitoreo de estas políticas.

En 1988, la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires puso en marcha el Programa de Procreación Responsable (PPR). Este Programa se basaba en el reconocimiento del derecho de las personas a decidir sobre sus pautas reproductivas y en el deber del Estado de posibilitar los medios para ejercer ese derecho. Este programa funcionó durante mucho tiempo sin presupuesto propio y merced al compromiso de los equipos de salud, con muy baja cobertura y sin difusión. En el año 2000, doce años más tarde de la puesta en marcha de esa iniciativa, la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires sancionó la ley 418 que creó el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable basado en el reconocimiento de los derechos reproductivos y en el compromiso indelegable del Estado de satisfacer las necesidades en salud reproductiva de la población y de garantizar esos derechos. Esta ley, sancionada luego de un intenso debate político, recuperó el espíritu de la Constitución de la ciudad, sancionada en 1996, primer cuerpo normativo de alto rango que reconoció los derechos reproductivos como derechos humanos en la Argentina (Vitale 1992; Zamberlin 2000). La perspectiva integral de este Programa está plasmada en sus principales objetivos: prevenir embarazos no deseados; proveer información y acceso a métodos anticonceptivos con libre elección; promover el preservativo como método de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/sida; promover la participación de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad responsable; promover la información y provisión de anticonceptivos a los adolescentes y capacitar a los agentes sanitarios en estas temáticas.

En el año 2001, la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires decidió, dada la experiencia de otros países de América latina acerca de la eficacia de las defensorías del pueblo para la promoción y defensa de los derechos humanos de las mujeres, llevar adelante un monitoreo de la política pública al entender que es tan importante el reconocimiento normativo de los derechos sexuales y reproductivos como su efectiva protección.¹ Este monitoreo fue encargado al Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Los propósitos del monitoreo fueron dos. Por un lado, el desarrollo de estrategias e instrumentos para la fiscalización de la política pública de salud sexual y reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires. Por el otro, la apertura de un camino para el ejercicio de nuevas prácticas de complementariedad entre el Estado, las Defensorías y las organizaciones de la sociedad civil de manera tal que la ciudadanía disponga de herramientas idóneas para controlar al Estado y promover acciones para la salvaguarda de los derechos sexuales y reproductivos. En este sentido, la iniciativa no sólo se proponía desarrollar un modelo para el monitoreo de la política pública y producir información que pudiera ser utilizada como una línea de base, sino también, transferir esas herramientas de monitoreo a organizaciones de la sociedad civil a través de actividades de capacitación para que esas organizaciones pudieran asumir actividades de monitoreo en el futuro.

En este artículo se presenta el modelo de monitoreo y los hallazgos correspondientes a cada una de sus técnicas de relevamiento.

¹. Esa iniciativa fue implementada durante la gestión de la Dra. Diana Maffía a través del Programa de Promoción, Control y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos que contó con el apoyo de la Fundación Ford.

2. El modelo de monitoreo

Se emplearon tres estrategias en las que se analizó información acerca de los diferentes actores sociales y fuentes del escenario analizado: la ciudadanía, la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires, las usuarias y los profesionales de los servicios de salud.

Estrategias	Objetivos	Actividades/ Instrumentos
Estrategia I: Análisis del perfil de las demandas de la ciudadanía a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires	Identificar y analizar las demandas de la ciudadanía en salud y derechos sexuales y reproductivos a la Defensoría	Definición de un conjunto de palabras clave para la identificación de las actuaciones en los archivos de la Defensoría
	Analizar las respuestas de la Defensoría a las quejas y reclamos de la ciudadanía	Revisión sistemática de las actuaciones desde el 1/8/98 al 30/6/02
	Contribuir al fortalecimiento de la Defensoría como órgano de fiscalización de la política pública	Entrevista a responsable de la Defensoría Adjunta Desarrollo de indicadores para seguimiento del perfil de la demanda ciudadana y de las actuaciones de la Defensoría
Estrategia II: Análisis de los Pedidos de Informe de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires a los efectores del Programa	Realizar un seguimiento de la implementación del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en la red asistencial pública (hospitales y centros de salud) de la Ciudad de Buenos Aires	Diseño, aplicación y análisis del Pedido de Informes
		Difusión de los resultados del Pedido de Informes a los efectores del Programa
Estrategia III: Diagnóstico de la política pública en salud sexual y derechos sexuales y reproductivos de la Ciudad de Buenos Aires: el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y la Ley 418/2000	Conformar una línea de base para la evaluación sistemática del Programa	Entrevista a jefes de servicio de hospitales y directores de centros de salud
	Identificar problemas operativos del Programa desde la perspectiva de los proveedores	Encuesta a los equipos de salud que prestan servicios en el Programa (médicos y no médicos)
	Identificar problemas de adecuación del Programa a las necesidades de la demanda desde la perspectiva de la población usuaria	Encuesta a mujeres usuarias del Programa Observación de los efectores

2.1. Análisis del perfil de las demandas de la ciudadanía a la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

La primera estrategia del monitoreo consistió en la revisión, recolección y análisis de las presentaciones sobre salud sexual y reproductiva realizadas por los ciudadanos/as ante la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires. Estas presentaciones (“actuaciones”) pueden ser denuncias, quejas o solicitudes de intervención de la Defensoría. Fueron localizadas a partir de un listado de palabras clave, elaborado en base al texto de la ley 418/00 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires.

Se identificaron 53 actuaciones - presentadas entre el 1 de agosto de 1998, año en el que se informatizó el archivo de actuaciones, y el 30 de junio de 2002, fecha final del trabajo de campo correspondiente a esta estrategia- sobre: ligadura tubaria (27), HIV/sida (10), calidad de la atención (8), aborto (6), infertilidad (1) y ley 418 (1).

La ligadura tubaria fue la demanda de mayor presencia en el período analizado. La mayoría de las presentaciones fueron realizadas por mujeres con muchos hijos, mujeres que habían pasado por varias cesáreas a lo largo de su historia reproductiva, con embarazos de alto riesgo o mujeres que no podían usar otros métodos anticonceptivos.

Con respecto a las demandas presentadas por la ciudadanía vinculadas con la temática del HIV/sida, la mayoría solicitó la intervención de la Defensoría para solucionar diversos problemas con la entrega de medicamentos; en algunos casos por falta de suministro, en otros cuestionando la calidad de la medicación recibida. Otras demandas refieren a la imposibilidad de recibir medicamentos en forma gratuita por parte de personas extranjeras, debido a no poseer documentación nacional y otras a la falta de camas para la internación de personas enfermas.

Las presentaciones ciudadanas en relación a la calidad de la atención son: denuncias de maltrato por parte del personal administrativo en los hospitales, denuncias por demoras en la entrega de turnos, por falta de personal de enfermería y por haber brindado insuficiente información sobre su estado a una mujer que tuvo un aborto espontáneo.

Los casos referidos a aborto son solicitudes de interrupción de embarazos de fetos anencefálicos y un caso de aborto no punible (una mujer con retraso mental que fue violada), en el que la Defensoría intervino de oficio.

La demanda sobre infertilidad fue realizada por un varón que solicitó la intervención de la Defensoría para acceder al derecho constitucional de la reproducción a través de un tratamiento de alta complejidad que no podía costear económicamente.

La presentación sobre la ley 418/2000 fue realizada por una mujer que denunció la inconstitucionalidad de esta ley.

Las actuaciones sobre salud reproductiva crecieron año a año, especialmente a partir de 2000. La Defensoría se caracterizó por realizar un seguimiento individualizado y sistemático de los casos, que incluyó entrevistas con los ciudadanos/as, en las que se brindaba información sobre sus derechos, se derivaba a patrocinios jurídicos gratuitos, en caso de ser necesario, y se aceptaron los canales de comunicación con el personal de los hospitales.

2.2. Análisis de los pedidos de informe de la Defensoría del Pueblo a los efectores del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

En tanto organismo de supervisión y control, la Defensoría del Pueblo tiene la facultad de requerir información sobre las actividades llevadas a cabo por los organismos gubernamentales. En cumplimiento de esas funciones, la Adjuntía en Derechos Humanos realizó un Pedido de Informes a los efectores del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en 2000. Este informe fue un antecedente para diseñar la segunda estrategia de este modelo.

El pedido de informe en 2002 fue respondido por 12 de los 18 hospitales de la ciudad. Los responsables de los servicios evaluaron la dotación y diversidad de profesionales, la capacitación recibida por el equipo de salud y la cantidad de horas de atención semanal del Programa con respecto al año 2000. Esa evaluación mostró diferencias entre las dimensiones. La mayoría de los servicios no registró cambios en la cantidad de horas de atención semanal ni en la composición disciplinaria del equipo de salud; el número de profesionales asignados al Programa aumentó sólo en el 50% de los servicios consultados.

Se identificaron como fortalezas del Programa: el compromiso y el entrenamiento de los/as profesionales, la relación con las usuarias, la satisfacción de las demandas de la población y la buena organización de la tarea. La falta de personal médico rentado, la falta de personal administrativo, la poca disponibilidad horaria para la atención y el mal funcionamiento del sistema de turnos fueron las debilidades registradas.

2.3. Diagnóstico de la política pública en salud y derechos sexuales y reproductivos de la ciudad de Buenos Aires: el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable

El diagnóstico comprende cuatro estudios con sendas técnicas de relevamiento: una entrevista a jefes/as de servicio/directores de centros de salud; una encuesta a los profesionales de los equipos de salud; una encuesta a las usuarias del Programa y una ficha de observación.

Los instrumentos de recolección de la información sobre profesionales (la guía de pautas de las entrevistas a jefes/directores y la encuesta a profesionales) fueron diseñados a partir de las siguientes dimensiones:

- Conocimiento del marco legal y las normativas vigentes en salud reproductiva
- Actividades de información, educación y comunicación
- Capacitación
- Concepción y promoción de los derechos sexuales y reproductivos
- Opiniones sobre el nivel de prioridad para la salud pública asignado a distintas acciones
- Evaluación de la calidad del servicio ofrecida
- Organización del servicio/recursos

Las dimensiones de la encuesta a usuarias fueron:

- Evaluación de la calidad del servicio
- Información recibida
- Conocimiento del marco legal y las normativas vigentes
- Concepción y posibilidades de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos
- Conocimiento de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires

➤ Opiniones sobre temas de la salud sexual y reproductiva

A continuación se presentan los resultados correspondientes a tres de las dimensiones relevadas: calidad de la atención, conocimiento del marco legal y las normativas vigentes en salud reproductiva y concepción y promoción/ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

2.3.1 Entrevista a jefes/as de servicio/directores/as de centros de salud

La técnica de relevamiento fue una entrevista semiestructurada, aplicada a 46 jefes/as de servicio/directores/as de centros de salud, 27 de los cuales eran de sexo femenino. El promedio de edad fue de 48,65 años (rango: 35-69 años).

Calidad de la atención ofrecida

La calidad de la atención fue calificada entre muy buena y excelente en virtud de:

- el trato que los/as profesionales brindan a las pacientes:

Se le da mucha importancia como dije a la parte psicológica, a la parte de relación médico-paciente, o sea se trata muy bien a la gente (Htal., M)

- el cumplimiento de los objetivos del programa (provisión de MACs):

No digo que es excelente porque tendríamos que mejorar la parte informativa, tenemos que tener un lugar para los adolescentes, un lugar donde hablar con parejas. Pero con el poco espacio aun a la paciente se le trata de solucionar su problema a través de conseguir muestras o preservativos. (Htal., F)

- la atención de carácter integral:

...porque los profesionales no trabajan separados, sino que trabajan en equipo. Cuando trabajás en equipo, en general es más difícil que se te pierdan problemáticas y es más integral la atención, por eso te decía. Al ser integral la atención, ése es el objetivo del centro, que es integral y creemos que lo cumplimos en buena medida. (CESAC, F)

Se destaca el carácter integral de la atención ofrecida debido a: el trabajo interdisciplinario, la derivación a otras especialidades, el esfuerzo personal para realizar interconsultas, la variedad de prestaciones que brinda el servicio o programa, la consideración del espacio familiar del paciente y la estrategia de la atención primaria (incluyendo acciones de educación, prevención y promoción de la salud).

Entre los factores que atentan contra la calidad de la atención, fueron mencionados: la insuficiente cantidad de profesionales/horas de atención, algunas deficiencias de infraestructura, la falta de insumos y dificultades con el hospital de referencia y la predisposición del/la profesional, en algunos casos.

Si es a nivel personas, te digo yo creo que uno le pone el corazón para atender a la gente, porque nosotros estamos hacinados, incómodos y trabajamos mal, pero uno lo hace porque realmente le gusta, habrá quienes no porque tiene que ver con cada ser humano particular. Pero si le ponés

calificativos acá y hacés un promedio te va a bajar la calidad. Lo que pasa es que a veces la calidad del espacio, del lugar, hace que uno a veces no esté con la misma gana, y eso influye en tu función como profesional. (Htal., F)

Con respecto al sistema de turnos, se reportó la coexistencia de diferentes modalidades: turno programado y demanda espontánea y mecanismos *ad hoc* para ampliar la capacidad de atención (sobretornos o autorización de consultorios paralelos).

El sistema de atención a demanda espontánea supone la atención en el día y por orden de llegada. Se justifica por el alto nivel de ausentismo en turnos programados, porque se adapta a las necesidades de la demanda en la medida en que se encuentran turnos (la demanda espontánea garantiza las prestaciones) y evita la ociosidad de los recursos.

La mejor manera de solucionar el problema cuando usted no tiene recursos humanos, no tiene secretaria, no tiene espacio físico es atender a demanda. Además hay que atender a demanda por que si usted si cita a una paciente dentro de 10 días si está menstruando no va a venir, y si la gente vive en el Gran Buenos Aires y tiene chiquitos y está lloviendo y es invierno no va a venir... (Htal., M)

Estamos viendo, yo creo que sí, hasta ahora venimos bien, porque bueno, la gente sabe que si pedís el día en el trabajo, o consiguió alguien para que dejar, cuidar a los chicos para poder hacerse la colposcopia, se la lleva hecha. (CESAC, F)

No, para nada. Para nada. Hay mucha gente que, que viene de Berazategui que tiene que pegar la vuelta e irse... por más que, lo que hago yo es una orientación de la gente que se queda sin turno para ir ganando tiempo e ir pidiendo algún análisis o algo para que no se vaya con las manos vacías, pero igual es muy difícil, hay mucha gente que se pega la vuelta y se va. (Htal., F)

Recordación espontánea y modalidades de recordación

La ley 418 de la Ciudad de Buenos Aires es la normativa que un mayor número de jefes/as de servicio/directores/as de centros de salud recordó espontáneamente. A ésta le sigue la ley de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, mencionada casi tantas veces como la Ley de Ejercicio Profesional de la Medicina. Cabe señalar la baja mención espontánea que, en términos generales, recibieron las normativas referidas a la salud sexual y reproductiva, tratándose de profesionales que se desenvuelven en servicios especializados en este campo de la salud (ginecología, tocoginecología, obstetricia) y de actores clave por el desempeño de funciones directivas en establecimientos de salud. Si bien la recordación espontánea del nombre y número de las disposiciones y reglamentaciones es exigua, existen modos alternativos de manifestar el reconocimiento de ciertos derechos de las mujeres y las personas en cuanto a su sexualidad y su reproducción.

Una de esas modalidades alternativas fue la mención espontánea de los contenidos aún cuando no se explicitaron las normativas que los establecen como tales:

Mirá, no números, más o menos sé que desde hace unos años, no sé desde qué momento exactamente, está legislado el tema del control de la maternidad o los programas de procreación responsable, que hay cierta legislación que permite la interrupción del embarazo en condiciones puntuales, que cuesta bastante llevarlo a cabo, aun en los casos en que eso está legislado, y que

en este momento se permite utilizar métodos anticonceptivos, cosa que en años anteriores no se podía. (CESAC, F).

Otras veces, el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos surgió del relato de la práctica cotidiana de los servicios de salud, mencionando prestaciones vinculadas con la salud sexual y reproductiva acordes con la legislación vigente pero, también en estos casos, sin referirse a esta última:

Que toda mujer puede acceder al plan. Bueno, ya al decir que toda mujer puede acceder al plan, es un problema nuestro ya cuando damos las charlas y las indicaciones, que finalmente terminan siendo médicas, si quieren DIU, pastillas, preservativos, de acuerdo con la salud de la paciente. Se la revisa y se le hace un estudio consensuado para ver qué tipo de anticonceptivo puede usar. Y eso va desde la adolescencia hasta la mujer en edad fértil. (Servicio de Tocoginecología, Responsable del Programa, M).

Mucho no conozco. Recuerdo lo que nosotros hacemos acá. Hacemos un programa donde la libre elección del método a elegir parte de la pareja o de la persona que va a usar el método. Esa es la parte fundamental. Nosotros tenemos familias numerosas. La base está en brindarles apoyo para que puedan elegir el método más allá de los hijos que tengan. El respeto por el otro es la base del programa. Respetar al otro tanto como a uno. (CESAC, F).

Otra forma de referirse a la legislación vigente fue por mención espontánea de las discusiones en torno a ciertas disposiciones –sin mencionarlas– muchas veces a partir de la difusión mediática de su tratamiento:

Este es un tema que se legisló y que causó bastante lío, porque hace poco hubo un fallo de una jueza de Córdoba con prohibición incluyendo la fabricación de anticonceptivos dentro del territorio nacional, que no sé qué pasó después con esto. Pero, por lo que yo sé se siguen aplicando igual los programas, pese a esto... (CESAC, F).

Cabe destacar que frecuentemente, una vez planteada la pregunta inicial de la entrevista a los/as jefes/directores –acerca de la legislación vigente en materia de salud sexual y reproductiva– surgió una respuesta "defensiva" que señalaba la especificidad de la práctica médica, distinguiéndola –y alejándola– de la dimensión jurídico-normativa que enmarca su ejercicio.

En algunos casos, se señaló la adecuación del ejercicio cotidiano de la práctica médica a las normativas que deben ser acatadas, aunque en general no se mencionaron:

Mirá, nosotros nos vamos, o sea, para decirte, normativas así que vengan del Programa nosotros lo que va llegando lo vamos acatando, vamos a las reuniones, pero decirte número de ley y de qué trata... no... eso sí, sabemos, las conocemos pero no te las podría decir así, la ley, número tal de... no... Todo lo que llega de salud reproductiva pasa por mis manos. (Servicio de Obstetricia, Responsable del Programa, F).

En ocasiones se manifestó el proceso inverso: adecuación de las normativas vigentes a las posibilidades reales de ejecución en la práctica cotidiana:

R: Ésas fueron nuestras normativas y después fuimos adecuando algunas que salían por casos o cosas especiales que no estaban contemplados en la normativa y se iban adaptando y se ponen en práctica. La normativa nuestra se modifica de acuerdo con las necesidades y a la adaptación periódica.

P: ¿Normativas de contexto?

R: El contexto... del funcionamiento objetivo, el material, todo lo que corresponde al diagrama del Programa... (CESAC, M).

En algunos casos este "déficit de información", tal como lo denominó uno de los entrevistados, fue adjudicado a la escasa difusión que, entre los/as profesionales de la medicina, se le da a la legislación vigente, particularmente a las normativas más recientes. Por el contrario, el conocimiento referido algunas veces fue alcanzado a través de actividades de comunicación a los equipos de salud. Otros/as profesionales, en cambio, manifestaron que su conocimiento no difiere del que posee la población general –que es considerado *superficial, sin detalles*–, habiendo sido adquirido a través de los medios masivos de comunicación, y en oportunidades con la práctica cotidiana operando como referente.

Concepción y promoción de derechos sexuales y reproductivos

Los entrevistados/as manifestaron un alto grado de afirmación de la capacidad de promoción de estos derechos en su práctica asistencial. Sin embargo, se reconocieron algunos límites en esta promoción, tanto desde la oferta de servicios como desde la demandada. En el primer caso, se señalaron los prejuicios de algunos/as profesionales, por ejemplo, por su pertenencia religiosa, y la falta disponibilidad de los profesionales para realizar actividades de comunicación, al verse desbordados en la actividad cotidiana. Con respecto a la demanda, el límite estaría dado por la escasa percepción/apropiación de los derechos en la población de bajo nivel sociocultural, y económico.

2.3.2. Encuesta a profesionales

Se aplicó un cuestionario a 195 profesionales, correspondientes al total de los/as profesionales - con excepción del personal de enfermería² y el personal administrativo- de las diversas disciplinas que trabajan en el Programa en todos los servicios de hospitales y centros de salud en los cuales éste se implementa. Una amplia mayoría de los entrevistados/as (86%) es de sexo femenino y su edad promedio es 41,76 años (rango: 25-75 años). El 44% se encuentra en el tramo de 36 a 45 años. Los equipos de salud encuestados eran multidisciplinarios, pero había un fuerte predominio de médicos/as (58%).

Calidad de la atención ofrecida: evaluación general

La evaluación de la calidad de la atención ofrecida incluyó una evaluación general, en la que se incluyó la evaluación de la satisfacción de los/as profesionales respecto de su trabajo, y una evaluación de ciertos aspectos específicos de la calidad de la atención.

Los/as profesionales que trabajan en el Programa evaluaron positivamente la calidad de la atención que se ofrece en el servicio/centro de salud. El 57% de los profesionales opinó que la calidad es excelente o muy buena. Esta evaluación positiva no impidió que se visualicen factores que obstaculizan la optimización de la calidad. Cinco de cada 10 entrevistados/as opinaron que la

². Se incorporaron sólo los casos en los que los directores de los centros de salud destacaron el rol específico de las enfermeras en el Programa.

sobrecarga de trabajo, la infraestructura y la falta de insumos son factores que se encuentran entre los tres principales obstáculos para brindar una buena atención a las usuarias; 4 de cada 10 profesionales mencionaron entre estos factores la cantidad insuficiente de personal; 3 de cada 10 entrevistados/as destacaron la falta de presupuesto y los horarios de atención; 1 de cada 10 profesionales incluyó la falta de interés en responder a necesidades específicas y la falta de capacitación profesional.

La evaluación general de la calidad de la atención incluyó también una pregunta en la que se debía calificar de 1 a 10 -siendo 1 la peor calificación y 10 la mejor- diferentes aspectos de la calidad de la atención médica. En la tabla se presenta el puntaje promedio:

Cuadro 1. Puntaje promedio asignado a distintos aspectos de la calidad de la atención ofrecida

	Puntaje promedio
Respeto a los derechos de las usuarias	8,7
Disposición de los/as profesionales para contestar dudas de usuarias	8,6
Trato de los/as profesionales a las usuarias	8,5
Claridad de la información dada por los/as profesionales	8,5
Capacidad de los/as profesionales para resolver las necesidades de las usuarias	8,5
Capacitación del equipo profesional	8,3
Duración de la consulta	7,8
La provisión de métodos anticonceptivos	7,4
Trato del personal administrativo a las usuarias	6,9
Limpieza del consultorio	6,7
Sistema de turnos	6,4
Tiempo de espera	6,4
Limpieza de los baños	6,3

Base: total de entrevistados/as

Todos los aspectos recibieron una evaluación de más de 6 puntos. Los aspectos mejor evaluados (más de 8 puntos) fueron los relativos a la propia labor: el respeto a los derechos de las usuarias, la disposición de los/as profesionales para contestar dudas de las usuarias, el trato de los/as profesionales a las usuarias, la claridad de la información dada por los/as profesionales, la capacidad de los profesionales para resolver las necesidades de las usuarias y la capacitación del equipo profesional. Un lugar intermedio, entre 7 y 8 puntos, lo ocupó la duración de la consulta y la provisión de métodos anticonceptivos. El trato del personal administrativo a las usuarias y la limpieza del consultorio fueron ítems evaluados con puntajes muy cercanos a los 7 puntos. Los aspectos peor evaluados fueron: el sistema de turnos, el tiempo de espera y la limpieza de los baños.

Los profesionales del Programa manifestaron estar satisfechos con su trabajo. El 79% se manifestó bastante y muy satisfecho respecto de su trabajo en el servicio/centro de salud. La categoría más frecuentemente mencionada fue “bastante satisfecho” (52%). Los obstáculos para alcanzar la satisfacción mencionados por los/as profesionales muy y bastante insatisfechos fueron: la remuneración, la sobrecarga de trabajo, la infraestructura y la distribución del trabajo dentro del equipo.

Calidad de la atención ofrecida: evaluación específica

Dimensión ambiental de la calidad: privacidad

La evaluación de la privacidad durante las consultas fue medianamente positiva. Seis de cada 10 profesionales opinaron que a veces entra y sale o hay gente adentro del consultorio mientras atienden y 2 de cada 10 opinaron que esto no sucede nunca. 5 de cada 10 manifestaron que a veces se escucha lo que hablan otros/as profesionales con sus pacientes y 3 de cada 10 manifestaron que esto no sucede nunca. 5 de cada 10 profesionales opinaron que la mujer puede desvestirse sin que nadie la vea siempre y 2 de cada 10 dijeron que esta situación se presenta a veces.

Dimensión técnica de la calidad: duración de la consulta

Esta dimensión se centró en averiguar cuánto dura una consulta con las usuarias y en la evaluación de dicha duración. El promedio de duración de la consulta con los médicos/as, de acuerdo a la respuesta de los/as encuestados es de 19,88 minutos. La mayor parte de los/as profesionales consideró que el tiempo de duración de la consulta es justo el que necesita. La cuarta parte opinó que este tiempo es menos del que necesita.

Dimensión interpersonal de la calidad: la relación con las usuarias

Se indagó acerca de cuáles eran las principales cuestiones que podrían mejorar la relación de los/as profesionales con las usuarias. La mitad de los/as entrevistados opinó que realizar un seguimiento sistemático de las usuarias podría mejorar su relación con ellas. Tres de cada 10 creyeron que aumentar la duración de la consulta y personalizar la atención eran cuestiones a tener en cuenta al respecto. Entre 1 y 2 profesionales señalaron que otras cuestiones a considerar serían: disminuir la cantidad de casos que se atienden diariamente, utilizar un lenguaje más comprensible para las usuarias y mejorar las habilidades comunicacionales del/la profesional.

Conocimiento del marco legal y las normativas vigentes sobre salud sexual y reproductiva

Se formuló una pregunta de respuesta múltiple y espontánea en la que se solicitaba al/la profesional que mencionara las leyes, códigos, resoluciones que conocía sobre salud sexual y reproductiva. El 83% de los/as profesionales conocía algún marco legal o normativa sobre salud sexual y reproductiva. El 3% dijo conocer alguna norma, pero dio respuestas incorrectas. La normativa más mencionada fue la ley 418 (85%), seguida por la ley 25.673 (43%). Se mencionaron una amplia variedad de normas y leyes vigentes en diferentes ámbitos: internacionales, nacionales, provinciales, de la Ciudad de Buenos Aires, y hubo algunas menciones a situaciones históricas.

Esta dimensión comprendió también tres preguntas acerca de las modificaciones que se observaron en los lugares de trabajo, a partir de la sanción de la ley 418 en 2000. La primera pregunta solicitaba al entrevistado/a que dijera si en su opinión se habían producido o no cambios en su lugar de trabajo desde la sanción de la ley. A quienes contestaron afirmativamente se les preguntó de manera espontánea qué tipo de cambios percibieron. La respuesta debía ser ubicada por el encuestador/a en un listado contenido en el cuestionario. Luego, a quienes contestaron que no habían percibido cambios y a quienes no habían mencionado espontáneamente alguno de los cambios del listado, se les solicitó que respondieran si cada una de las situaciones había presentado o no modificaciones.

Los resultados obtenidos son los siguientes. La muestra se divide respecto de este tema: el 51% de los/as profesionales opinó que en el servicio/centro de salud se han producido cambios desde la

sanción de la ley 418, mientras que para el 42% no se han producido cambios. Entre los cambios mencionados espontáneamente se destacan: una mayor regularidad en la provisión de métodos anticonceptivos en el servicio/centro de salud (54%), una mayor cantidad de métodos anticonceptivos disponibles para entregar a las usuarias (46%), un aumento en el número de consultas en el servicio/centro de salud (42%), una mayor diversidad de métodos anticonceptivos para entregar a las usuarias (28%). 2 de cada 10 profesionales mencionaron entre los cambios: una mejora en la organización del servicio/centro de salud y un aumento de la población adolescente que se acerca al servicio.

Las respuestas a la pregunta guiada sobre los cambios producidos en el servicio/centro de salud se observan en el cuadro siguiente:

Cuadro 2. Cambios producidos en el servicio/centro de salud desde la sanción de la ley 418

	Sí	No	NS/NC	Base
	%	%	%	
Aumentó la cantidad de métodos anticonceptivos disponibles para entregar a las usuarias	63	30	7	(150)
Aumentó el número de consultas en el servicio/centro de salud	61	31	8	(153)
Se acercan más adolescentes al servicio	56	35	9	(179)
Existe mayor regularidad en la provisión de métodos anticonceptivos en el servicio/centro de salud	53	39	8	(144)
Existe mayor diversidad de métodos anticonceptivos para entregar a las usuarias	45	47	8	(167)
Mejó la organización del servicio/centro de salud	42	53	5	(175)
Aumentaron las horas de atención	31	64	5	(184)
Aumentó la multidisciplinariedad dentro del equipo de salud	29	69	2	(184)
Aumentó la cantidad de profesionales dedicados al Programa de Procreación Responsable	25	70	5	(182)
Se acercan más varones al servicio/centro de salud	21	74	5	(192)

Base: total de profesionales que no visualizaron cambios en el servicio/centro de salud desde la sanción de la ley 418 y profesionales que no mencionaron espontáneamente cada cambio en cada fila

Concepción de derechos sexuales y reproductivos

La totalidad de los/as profesionales opinó que tiene posibilidades de promover desde su práctica cotidiana todos los derechos sexuales y reproductivos, garantizados en la Constitución y en la Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la Ciudad de Buenos Aires, sobre los que fueron consultados (cuadro 3).

Cuadro 3. Posibilidad o no de promoción de los derechos sexuales y reproductivos desde la práctica cotidiana de los/as profesionales

	SI	NO	NS/NC
	%	%	%
Es posible promover desde la práctica cotidiana del profesional que las mujeres tengan relaciones sexuales sin temor a quedar embarazadas	97	2	1
Es posible promover desde la práctica cotidiana del profesional que las mujeres sean consultadas siempre que se realice un procedimiento médico	97	2	1
Es posible promover desde la práctica cotidiana del profesional que las mujeres puedan decidir libre y responsablemente si tener o no tener hijos y el número de hijos	97	1	2
Es posible promover desde la práctica cotidiana del profesional que las mujeres puedan decidir cuándo y con quién tener las relaciones sexuales	94	5	1
Es posible promover desde la práctica cotidiana del profesional que las mujeres tengan la información y los recursos necesarios para tomar decisiones sobre su vida sexual	93	6	1
Es posible promover desde la práctica cotidiana del profesional que las mujeres puedan vivir libremente la orientación sexual deseada	93	5	2
Es posible promover desde la práctica cotidiana del profesional que el varón participe en las decisiones reproductivas	90	8	2

Base: Total de entrevistados/as por fila

Los obstáculos para dicha promoción señalados por quienes consideraron que no pueden promover alguno de los derechos son: las condiciones de trabajo en el Programa (34%), la falta de información o educación de las mujeres (20%) y el desinterés u oposición de la pareja de las usuarias (20%).

2.3.3. Encuesta a usuarias

Se aplicó una encuesta a 665 mujeres asistentes a 14 unidades administrativas seleccionadas. Se entrevistó a mujeres de 13 a 55 años, que se hubieran atendido al menos una vez en el servicio del hospital o en el centro de salud (que no fuera la de la encuesta). Se buscó cubrir la mayor dispersión posible en la edad de las entrevistadas y en el día y hora de la consulta. La muestra definitiva estuvo conformada por 665 mujeres. Originalmente, la idea era obtener una muestra de 700 casos (50 casos por unidad administrativa), pero en dos de los servicios/centros seleccionados, el caudal de asistencia fue menor y no se logró entrevistar a la cantidad de mujeres prevista.

La selección de las 14 unidades fue realizada en función de un diseño de muestra intencionada con criterios de selección forzosa. Se incluyó a: 1. Los centros y servicios que tienen un mayor peso relativo en el universo -atienden una mayor cantidad de mujeres-. Se utilizó la mejor variable de aproximación disponible: cantidad de consultas atendidas en el año 2001; 2. Unidades con distinta composición de su equipo profesional, garantizando que se incluyeran equipos multidisciplinarios y equipos formados sólo por profesionales médicos; 3. Unidades con distinta ubicación geográfica, garantizando que se cubrieran distintas zonas de la capital, en este caso como variable de aproximación al nivel económico social de las usuarias.

La edad promedio de las mujeres entrevistadas fue de 28,24 años (rango: 13-54 años). La mitad de la muestra poseía nivel secundario: 32% poseía secundario incompleto y 21% había completado este nivel. El 27% poseía primario completo. La mitad de las mujeres entrevistadas era ama de casa. El 26% trabajaba fuera del hogar y el 12% era estudiante. Entre las que trabajaban fuera del hogar, la mayoría eran empleadas domésticas y trabajadoras manuales sin calificación. La gran

mayoría -9 de cada 10 mujeres- de las entrevistadas carecía de cobertura social en la actualidad y tampoco la había tenido durante los últimos cinco años.

La calidad de la atención: evaluación general

La medición de la calidad se inició con una pregunta global acerca del nivel de satisfacción. Las usuarias del Programa manifestaron estar muy satisfechas y satisfechas con la atención recibida: el 95% de las mujeres se distribuyó entre estas dos categorías. Los resultados obtenidos se pueden visualizar el cuadro siguiente:

Cuadro 4. Distribución de frecuencias del nivel de satisfacción de las usuarias con la atención recibida

	%
Muy satisfecha	52
Satisfecha	43
Ni satisfecha ni insatisfecha	3
Insatisfecha	1
Muy insatisfecha	1
Total	100
Base (total de entrevistadas)	(665)

El alto grado de satisfacción de las usuarias puede ser interpretado a la luz de dos posibles hipótesis. La primera es de carácter metodológico. La manera en que estaba formulada la pregunta demandaba que la entrevistada se ubicara en una categoría de respuesta en la que la decisión sintetizaba una variedad de situaciones en las que se tendía a rescatar los aspectos positivos. Podría pensarse que una mujer que es tratada con respeto, recibe una calidad de atención médica buena y recibe un método anticonceptivo gratis, va a tender a estar satisfecha, más allá de aspectos negativos del proceso de atención, que no alcanzan a opacar los positivos. La segunda se relaciona con los condicionamientos sociales de la población. Las mujeres llegan al lugar de atención con expectativas bajas, debido a la situación social general, la propia y la del sistema de salud, lo que hace que al ver resuelta algunas de sus necesidades en términos de salud, tiendan a satisfacerse con lo que reciben. De acuerdo a otros estudios realizados (Cedes 2001-2002), el grado de satisfacción general con la atención recibida es posible de medir también preguntando si se recomendaría el lugar a otra persona. El 96% de las entrevistadas dijo que recomendaría este lugar a otra mujer.

La evaluación general de la calidad de la atención incluyó también una pregunta en la que las mujeres debían calificar de 1 al 10 -siendo 1 la peor calificación posible y 10 la mejor- diferentes aspectos de la calidad de la atención médica, la relación interpersonal con los/as profesionales, algunas cuestiones administrativas y otras referidas a la infraestructura. El cuadro 5 presenta el puntaje promedio de cada uno de los ítems evaluados ³:

³ Cabe destacar que los ítems que fueron evaluados de manera menos positiva coinciden con aquellos temas sobre los que la ciudadanía presentó actuaciones referidas a calidad de la atención en la Defensoría, tal como se explicitó con anterioridad en la primera estrategia del monitoreo.

Cuadro 5. Puntaje promedio asignado a distintos aspectos de la atención recibida

	Puntaje Promedio
Tiempo de entrega de los métodos anticonceptivos	8,97
Voluntad de los médicos/as para contestar sus dudas o preguntas	8,80
Trato de los médicos/as	8,78
Capacidad de los médicos/as para resolver sus necesidades	8,74
Claridad de la información dada por los médicos/as	8,58
Limpieza del consultorio	8,42
Posibilidad de expresar sus necesidades y quejas	7,95
Información sobre trámites	7,87
Trato del personal administrativo	7,32
Entrega de turnos	6,90
Limpieza de baños	6,74
Tiempo de espera	5,93
Base (total de entrevistadas)	(665)

La calidad de la atención: evaluación específica

El modelo de calidad de la atención empleado se basa en el desarrollo de Donabedian, quien mostró la multidimensionalidad del concepto de calidad e incorporó, además de la calidad técnica, la relevancia de la dimensión interpersonal (la interacción social y psicológica entre el usuario y el operador) y del nivel de *confort* ofrecido. Para la construcción de indicadores se tomaron diferentes autores. El cuestionario incluyó preguntas acerca de la dimensión interpersonal de la calidad (trato y claridad, comprensión de la información), la dimensión técnica de la calidad (tiempos para la asignación de turnos, tiempo de espera para ser atendida, duración de la consulta) y la dimensión ambiental de la calidad (privacidad).

Dimensión interpersonal de la calidad: trato e información, claridad, comprensión

Una amplia mayoría de entrevistadas opinó que siempre recibió buen trato en el servicio del hospital/centro de salud. En primer lugar, casi la totalidad de la muestra (95%) opinó que siempre es tratada con respeto. 9 de cada 10 consideraron que siempre son escuchadas con atención por los/as profesionales. O sea que los dos indicadores más representativos de la situación de la consulta fueron los mejor evaluados. En tercer término, el 81% opinó que siempre la saludan al llegar; si bien es cierto que una amplia mayoría opinó de esa manera, 2 de cada 10 entrevistadas contestaron que ello sucede “a veces”. Finalmente, 8 de cada 10 opinaron que siempre son tomadas en cuenta su situación personal o familiar y que la llaman por su nombre. Estos dos indicadores son los que concentraron mayores proporciones -si bien el porcentaje es minoritario- de los casos ubicados en la categoría “nunca”.

La claridad y la comprensión de la información recibida por las usuarias fue, a semejanza del trato, evaluada de manera positiva. Una amplia mayoría de usuarias opinó que los médicos siempre le explicaron lo que le iban a hacer (86%). 8 de cada 10 entrevistadas opinaron que los médicos siempre le dieron una respuesta clara a sus dudas o preguntas, que siempre pudieron formular las preguntas que tenían para hacer y que siempre se fueron tranquilas de la consulta, sintiendo que habían resuelto sus necesidades. Con respecto a estas dos últimas situaciones, 2 de cada 10 opinaron que suceden “a veces”. 7 de cada 10 usuarias manifestaron que los médicos siempre les explicaron, al recetar el tratamiento, qué les podía pasar o si corrían algún riesgo, así como siempre les preguntaron si tenían alguna duda o pregunta. 2 de cada 10 mujeres opinaron que estas

dos situaciones suceden “a veces” o “nunca”. Estos dos últimos indicadores concentraron una diferencia importante en los casos ubicados en la categoría de respuesta “nunca”, con respecto a los demás indicadores.

Dimensión técnica de la calidad: tiempos para la asignación de turnos, tiempo de espera para ser atendida, duración de la consulta

La evaluación de la dimensión técnica de la calidad se centró en el tiempo que, en general, las usuarias debieron esperar durante los últimos dos años en que se atendieron en el servicio del hospital/centro de salud. A cada usuaria se le solicitó que indicara la cantidad de tiempo que transcurre en tres situaciones: la asignación de turnos, el tiempo de espera para la consulta y la duración de la consulta. A continuación, las mujeres debían evaluar si el tiempo indicado era "más del que quería", "justo el que quería" o "menos del que quería".

En el cuadro 6 se presentan los resultados acerca del tiempo que las mujeres debieron esperar desde que llegaron al lugar hasta entrar a la consulta. El promedio del tiempo que transcurrió entre que la mujer llegó al lugar hasta que fue atendida es de 104,5 minutos, es decir 1 hora 45 minutos. La mitad de las mujeres (52%) respondió que debió esperar hasta 60 minutos inclusive entre que llegó al lugar y entró a la consulta. Para el 21% de las mujeres el tiempo de espera transcurrido fue entre 60 y 120 minutos. Un porcentaje similar de mujeres -cerca al 14%- esperó más de 120 minutos y hasta 180 minutos y más de 180 minutos para entrar a la consulta. La mitad de las mujeres evaluó que el tiempo de espera fue "justo el que quería" y la otra mitad opinó que "es más del que quería" (datos no mostrados).

Cuadro 6. Tiempo que pasa desde que la mujer llega al lugar hasta que entra a la consulta (en minutos)⁴

	%
Menos de 60 minutos	28
60 minutos	24
Más de 60 minutos y hasta 120 minutos	21
Más de 120 minutos y hasta 180 minutos	13
Más de 180 minutos	14
Total	100
Base (total de entrevistas)	(665)
Promedio	104,5 minutos
Base: total de respondentes (n=663)	

La última pregunta sobre esta dimensión indagó acerca del tiempo que por lo general dura la consulta. El promedio de duración de la consulta fue de 15,6 minutos (inferior al señalado por los/as profesionales). 9 de cada 10 entrevistadas opinaron que el tiempo de duración de la consulta era "justo el que quería".

La gran mayoría de mujeres recibió atención espontánea. Las mujeres que no fueron atendidas de manera espontánea debieron esperar en promedio 6,83 días entre el momento de recibir el turno y el día de atención. Este tiempo era “justo el que querían” 8 de cada 10 de estas usuarias y “más del que quería” la cuarta parte.

⁴. Los intervalos fueron confeccionados tomando como criterio de división los 60 minutos, si bien los tiempos declarados no coinciden necesariamente con los límites intervalares. Por ejemplo, “menos de 60 minutos” corresponde a respuestas entre 1 y 30 minutos; “más de 60 minutos y hasta 120 minutos” corresponde a respuestas de 90 y 120 minutos; “más de 120 minutos y hasta 180 minutos” corresponde a respuestas de 150 y 180 minutos.

Dimensión ambiental de la calidad: privacidad

La evaluación de la privacidad durante las consultas fue positiva (llamativamente, más positiva que la evaluación de los/as profesionales). Más de la mitad de las mujeres expresó que durante las consultas nunca entró y salió o hubo gente adentro del consultorio (56%) y 3 de cada 10 opinaron que esto sucedió a veces. 5 de cada 10 mujeres expresaron que siempre tuvieron un lugar donde desvestirse sin ser vistas, y 3 de cada 10 manifestaron que nunca lo tuvieron. La mayoría de las mujeres dijo que nunca se escuchaba lo que hablaban otros médicos/as con sus pacientes (66%).

La evaluación de la privacidad se midió también a través de una pregunta en la que se solicitó a las mujeres que manifestaran si les molestaba mucho, poco o nada que entre, salga o haya gente adentro del consultorio y que se escuche lo que hablan otros médicos/as con sus pacientes. La situación que más molesta a las mujeres es que entre y salga o haya gente adentro del consultorio durante la consulta. A 4 de cada 10 mujeres esta situación les molesta mucho y a 3 de cada 10 les molesta poco.

Conocimiento del marco legal y las normativas vigentes

Se indagó el conocimiento sobre los marcos normativos de la salud a través de dos preguntas. En la primera se preguntó a las usuarias del Programa si conocían o no alguna reglamentación o ley relacionada con el derecho de las mujeres a la atención de la salud. Luego se solicitó que indicaran de manera espontánea qué reglamentación o ley conocían. Esta pregunta podía ser respondida por el nombre o número de la ley, así como por algún contenido particular.

El conocimiento del marco legal y las normativas vigentes fue muy limitado. El 87% de las mujeres respondió no conocer ninguna reglamentación o ley. La ley 418 fue la más conocida por aquellas mujeres que dieron una respuesta positiva en la pregunta anterior: el 76% mencionó esta ley o alguno de sus contenidos principales. En segundo lugar, el 26% indicó que conoce la Ley Básica de Salud N°153, o alguno de sus contenidos principales. Otros marcos normativos conocidos son la Ley Nacional 24.417/1994 de Protección contra la Violencia Familiar (no figuraba entre las opciones tomadas en cuenta al momento de elaborar la encuesta) y el Código Penal en lo que respecta al aborto. Con respecto a la ley 418, el contenido más conocido fue "garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos". La gratuidad de los servicios fue el contenido de la ley 153 más mencionado por las usuarias.

Concepción y posibilidades de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

La totalidad de las mujeres reconoció que todas las mujeres deben tener la posibilidad de ejercer todos los derechos incluidos en el cuestionario. Al ser consultadas acerca de la posibilidad real de ejercicio de cada una de las situaciones presentadas, se observa algunas brechas entre las creencias y las posibilidades de ejercicio efectivas (cuadro 7):

Cuadro 7. Concepción y posibilidades de ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

	Todas las mujeres deben tener la posibilidad de...		Cree que esto sucede	
	Si %	No %	Si %	No %
... Tener la información y los recursos necesarios para tomar decisiones sobre su vida sexual	99	1	34	62
... Ser consultadas siempre que se les realice un procedimiento médico	99	1	62	34
... Decidir cuándo y con quién tener relaciones sexuales	99	1	50	46
... Decidir libre y responsablemente si tener o no tener hijos y el número de hijos	99	1	37	61
... Tener relaciones sexuales sin temor a quedar embarazadas	98	2	36	62

A aquellas mujeres que contestaron que alguna de las situaciones sobre las que fueron consultadas no sucede en la realidad, se les solicitó que identificaran de un listado, el principal obstáculo o limitación para que las mujeres no puedan tener esos derechos. El factor de mayor mención fue la falta de información o educación de las mujeres (62%). En segundo lugar, casi 2 de cada 10 entrevistadas mencionaron el desinterés u oposición de la pareja como principal limitación. El tercer lugar fue ocupado por la falta de acciones del gobierno (11%). Dentro de la categoría "otros obstáculos", algunas mujeres incluyeron: el descuido de las mujeres, los problemas económicos, la mala distribución de anticonceptivos y que tendría que haber anticonceptivos más seguros.

2.3.4. Observación en los efectores

Se aplicó una guía de observación en los servicios de los hospitales y centros de salud el mismo día en que se realizaron las entrevistas con los jefes/as de servicio y directores/as de centros de salud. Se relevaron 47 unidades administrativas. En la gran mayoría de establecimientos (35) observados existía un área específica (cartelera, pared, etc.) para la provisión de información. La gran mayoría de unidades (37) disponía de materiales de información, educación y comunicación. La mayor parte de los materiales disponibles eran pósters colgados en las carteleras. Los temas sobre los que había mayor cantidad de materiales son (en orden decreciente): VIH/SIDA, anticoncepción, lactancia materna y derechos. Otros temas sobre los que había información en menor medida son: enfermedades de transmisión sexual, violencia y cáncer ginecológico. Los materiales provenían (en orden decreciente) de: organismos gubernamentales, organismos no gubernamentales y del propio servicio/centro de salud. La calidad de la atención fue medida a partir de la evaluación de algunos aspectos de la infraestructura, tanto del área de espera como de los consultorios.

3. Reflexiones finales

Los resultados del monitoreo muestran una política pública en situación de avance, dado que se evidencian cambios y señales favorables desde los acuerdos de El Cairo hasta la fecha. La sanción de una ley específica para regular los alcances y el funcionamiento de un programa de salud reproductiva por un lado, así como los resultados positivos del monitoreo en aspectos clave de esta política (como provisión gratuita de insumos anticonceptivos y calidad de trato e información ofrecida por los profesionales) son claros indicios de una situación sensiblemente mejor.

El análisis de las demandas espontáneas presentadas a la Defensoría, primera estrategia del monitoreo, muestra que este medio es cada vez más utilizado para canalizar pedidos de la ciudadanía relacionados con la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Esto puede interpretarse como una ampliación de la conciencia acerca de la exigibilidad de la protección que el Estado debe hacer de estos derechos, y al mismo tiempo, un fortalecimiento de nuevos mecanismos de participación ciudadana. A su vez, durante el proceso de aplicación de esta estrategia, la Defensoría asumió el compromiso activo de protección y promoción de derechos y no sólo de recepción y tramitación de denuncias. Así, a partir de presentaciones de usuarias de servicios de salud la Defensoría realizó diversas intervenciones. Un ejemplo claro de este “círculo virtuoso” es el caso de la ligadura tubaria: fue el principal motivo de demandas espontáneas de la ciudadanía en el período analizado y, al mismo tiempo, eje de las intervenciones de la Defensoría para garantizar el acceso a este procedimiento. El resultado final de este proceso fue un Consenso de Expertos que sirvió de base para una resolución de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad (874/03) por la cual se estableció que la ligadura tubaria debe ser accesible para las mujeres cuando exista una indicación terapéutica precisa por parte del médico o el equipo interdisciplinario de salud, basada en pronósticos que indiquen un riesgo a la vida o a la salud, y que se realizará con el consentimiento informado de la mujer, sin requerir autorización judicial.

El análisis del pedido de informes, segunda estrategia del monitoreo, muestra que a partir de la sanción de la ley 418/00 aumentó el número de profesionales en el Programa y hubo mayor disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos. La utilización del pedido de informes como estrategia de monitoreo permitió dinamizar la fiscalización de la política pública en un doble sentido. Por un lado, el diseño de una base de datos para cada servicio por la Defensoría y la posterior devolución de resultados del pedido de informes permitió a los equipos de salud conocer el estado del Programa en su conjunto y de cada servicio en particular, identificando áreas de avances y de statu quo. Que esa devolución sistematizada haya sido encarada por la Defensoría en el marco del monitoreo es un hecho que se debe destacar, ya que la práctica habitual de las agencias gubernamentales en nuestro país es la producción de datos que no son transformados en acciones destinadas a mejorar las políticas y, más aún, son datos que permanecen encerrados en el marco de la clausura comunicacional característica de las burocracias.

Por último, el diagnóstico del Programa, tercera estrategia utilizada, también mostró una situación de avance. Esto se refleja en la buena evaluación que las usuarias hicieron de la calidad de la atención, con énfasis en la relación profesional-usuaria en todos los indicadores evaluados. Sin embargo, al considerar el papel de las expectativas de las usuarias en el grado de satisfacción, la evaluación positiva del Programa no está exenta de matices: el trato y la información brindada por los profesionales, y la duración de la consulta presentan una concordancia entre las expectativas y los resultados. En contraposición, no hay coincidencia en la evaluación de la privacidad. El tiempo de espera para ser atendida presenta una situación intermedia, ya que sólo hay coincidencia entre las expectativas y el resultado en la mitad de las usuarias consultadas.

Con relación a los derechos sexuales y reproductivos, el diagnóstico muestra una situación compleja. Por un lado, se trata de una población que desconoce las disposiciones legales que garantizan sus derechos. Por otro lado, esa misma población reconoce que deben existir un conjunto de derechos ligados a la vida sexual y la capacidad reproductiva, pero también es consciente de las dificultades para su ejercicio. Tal como los resultados del diagnóstico indican, el conocimiento acerca de las normativas legales que garantizan los derechos sexuales y reproductivos no es indispensable para que las usuarias del Programa los reconozcan. Sin embargo, puede pensarse que el desconocimiento del marco legal afecta sus posibilidades de exigir su cumplimiento: si no saben que sus derechos están amparados por la ley y que el Estado tiene la

obligación de protegerlos y garantizarlos con un conjunto de prestaciones, mal podrán demandarlos.

Otros factores sociales y culturales, como la falta de autonomía de las mujeres y las desigualdades en las relaciones de género respecto de la vida sexual y reproductiva por un lado, y las asimetrías de poder entre las usuarias de los servicios de salud y los profesionales, por el otro, también afectan las posibilidades de las mujeres de demandar por sus derechos. Cuando las usuarias opinan que su falta de información y educación es el principal obstáculo para ejercer sus derechos, minimizando el desinterés u oposición de la pareja y la falta de acciones del gobierno, están haciendo visible el efecto de ese conjunto de condicionantes.

En síntesis, el Programa cumple la mayor parte de las prestaciones de salud reproductiva que la ley le exige, en condiciones de aceptabilidad por parte de las usuarias. Sin embargo, la insuficiente capacitación que los equipos de salud reciben sobre derechos sexuales y reproductivos y normativas legales relacionadas atenta contra sus posibilidades de encarar las acciones prestacionales, incluyendo la información, desde un enfoque de derechos que contribuya a promoverlos entre la población usuaria.

4. Referencias bibliográficas

Bruce, J. 1998. *Elementos fundamentales de la calidad de la atención. Un marco conceptual sencillo*. Documentos de Trabajo, número 21, Méjico: Population Council

CEDES, 2001. “Estudio sobre la aceptabilidad de médicos/as y la satisfacción de las mujeres participantes de una intervención para reducir el nivel de las cesáreas en hospitales de América Latina”.

CEDES, 2002. “Calidad de la atención: perspectivas de las mujeres usuarias de los servicios de prevención de cáncer cérvico-uterino”.

Donabedian, A. 1966. “Evaluating the quality of medical care”. *Miltbank Memorial Fund Quarterly*.

Donabedian, A. 1990. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica: un texto introductorio*. Perspectivas en Salud Pública, Méjico: Instituto de Salud Pública.

Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental, Inc. 2000. *Manual para evaluar la calidad de atención desde una perspectiva de género*. Nueva York: IPPF/WHO.

Reyes Zapata, H., Cuevas Miguel, L., Robledo, C., Tolbert, K. 1999. *Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género*. México DF: Population Council, Documento de Trabajo N°29.

SIPAM. 1996. *Salud integral para la mujer*. México: SIPAM.

Vitale A. La planificación de los nacimientos: ¿una propuesta pública a mitad de camino? Cuadernos Médico Sociales. Cuadernos Médicos Sociales 1992;59:19-25.

Zamberlin N. New reproductive health law, Buenos Aires, Argentina. Reproductive Health Matters