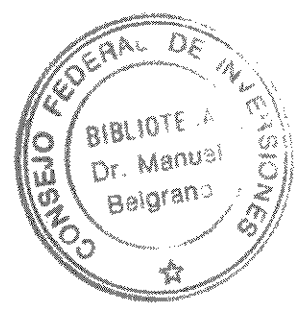


III

INFORME FINAL



SECRETARIA PRIVADA	
Escriba el nombre y apellido del interesado	
Enviado el día	16-04-01
Hora	12:05
Tramitó:	

127

Coordinación del proyecto: Lic. Cecilia Molina

Contraparte Ministerio de Desarrollo Social y Salud: Dra. Ana María Andía

Responsables del trabajo de campo:

- **Encuestas :** Lic. Enrique Bollati
Mónica Sanfeliú
- **Grupos focales:** Prof. Jorge Bajuk
Prof. Rubén Sindoni
- **Entrevistas a usuarias:** Lic. Eugenia González
- **Mapas:** Lucas Bajda

Agradecemos a las siguientes áreas de gobierno y personas por su colaboración:

- Dirección de Atención Primaria
- Dirección de Hospitales
- Dirección de Promoción de la Salud, Maternidad e Infancia
- Secretaría privada Ministerio de Desarrollo Social y Salud
- Silvia Jusué
- Silvia Sánchez
- Oscar Caraballo
- Jorge Aciar
- Juan Carlos González

INDICE DE CONTENIDOS

Informe:

Tarea 12: Análisis de las entrevistas a usuarias	Pág. 4
Tarea 13 : Conclusiones finales	Pág. 12
Tarea 14: Discusión con decisores	Pág. 26

Apéndices:

- I. Mapas
- II. Copias de las filmas de la presentación a decisores
- III. Referencias bibliográficas (incluye revisión bibliográfica final)

TAREA 12:

Análisis de las entrevistas a usuarias del Programa

El tercer objetivo de la investigación apunta a “conocer aspectos relacionados con la satisfacción de usuarias del Programa de Salud Reproductiva, de diferentes perfiles y efectores”. Este objetivo buscaba complementar los dos anteriores, directamente ligados con la oferta de servicios y su concordancia con el Programa, partiendo de la consideración de que “evaluar un proceso de atención en su complejidad requiere considerar las circunstancias, tanto de quienes demandan como de quienes prestan servicios” (Matamala y otros; Calidad de la atención, género ¿salud reproductiva de las mujeres?, Chile 1995; Walt y Gilson; Reforma del sector sanitario en los países en vías de Desarrollo: el papel central del análisis de políticas en Health Policy Planning; 1994 (9) 4).

Se explicitó, en el diseño, la opción por trabajar el último objetivo a través de la metodología cualitativa, desde la intencionalidad de profundizar en el sentido que las mujeres les dan a las categorías que habitualmente se utilizan para medir calidad percibida mediante abordajes cuantitativos. En todo caso, se considera que la presente información puede aportar al posterior diseño de un instrumento estándar (encuesta de satisfacción) de más fácil aplicabilidad, pero que considere la particularidad de esta temática y características particulares del contexto en cuestión. Para alcanzar el objetivo se realizaron entrevistas en profundidad a mujeres residentes en el Gran Mendoza. El guión de las entrevistas tuvo en cuenta las categorías que se utilizan para medir satisfacción con servicios de salud y que Mira y Vitaller (La satisfacción del paciente: conceptos y aspectos metodológicos, en Journal of Health Psychology 4(1), 1992) sintetizan como: accesibilidad (facilidad de contacto con el efector, facilidad de acceso físico, tiempos de espera, adecuación horaria, acceso legal); comunicación (escucha, explicaciones sobre el servicio, comprensión del lenguaje); cortesía (amabilidad del personal, consideración por su singularidad); competencia (conocimientos y habilidades profesionales, coordinación interna de la organización); capacidad de respuesta (agilidad, diligencia); tratamiento confidencial y tangibilidad (evidencia física del servicio, instalaciones, imagen corporativa del centro). Dada la especificidad de la temática a evaluar se incluyeron interrogantes que se consideran relevantes en investigaciones propias de Salud Reproductiva (Matamala et al. y García Núñez; Guía para la evaluación de programas de salud reproductiva, Chile 1995).

Para el análisis de las entrevistas se recurrió a conceptos del análisis del discurso (Ortí, Ibáñez y otros; El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación compilación; Ed. Alianza, Madrid, 1986) metodología que busca “captar y comprender la motivación, creencias, deseos y movimientos afectivos que inducen las respuestas de los actores” y que, al trabajar desde preguntas abiertas “permite indagar en los valores diferenciados de los colectivos entrevistados”, en tanto son esas preguntas las que inducen a la pro-vocación (que etimológicamente significa “hacen hablar”). Como en esta perspectiva se pone en juego la subjetividad del investigador, “quien en su análisis y puntuación establece la frontera que cierra el texto”, se recurrió a otros dos investigadores para que verificaran que habían sido extraídos de los discursos de las mujeres los emergentes más significativos.

Resultados :

De las entrevistas mantenidas con usuarias del programa, con independencia de edades, “historias reproductivas” y lugares de atención, surge, como algo altamente valorado, que el suministro de métodos anticonceptivos **sea gratuito**. Aún entre las mujeres que son usuarias habituales del sistema público de atención de salud, que en la provincia de Mendoza no cobra las prácticas a quienes no poseen obra social, se percibe como algo diferencial, novedoso y relevante.

...“hasta hace unos años si no tenías plata te quedabas embarazada, aunque no quisieras...” , (usuaria de 28 años, con 3 hijos, atendida en un Centro de Salud del Gran Mza)

Las mujeres le otorgan tanta importancia a la gratuidad, que ésta llega a operar como parámetro definitivo cuando se les pide que evalúen la calidad de la atención que reciben o que expresen sus expectativas en cuanto a cómo mejorar la atención en salud reproductiva. Una expresión emergente, sumamente compartida es:

“Parto de que esto es gratis...no se puede tener muchas pretensiones”

Quienes se atreven a manifestar la necesidad de mejoras en la atención son, sobre todo, mujeres que han tenido “trayectorias reproductivas” conflictivas, mujeres que padecieron embarazos de riesgo o no deseados, abortos, con complicaciones en su salud en general... Mujeres que intentaron tramitar acciones no extendidas en el

sistema, como la ligadura tubaria, o que se enfrentaron a prejuicios de los profesionales que las atendían.

"Tenés que estar mal, pero muy mal, para que te hagan una ligadura. Necesitás hacer muchos trámites ...desde conseguir que te apoye el médico hasta llegar hasta el juez"

"...Salud reproductiva es un programa más, como el de las cajas de alimentos. A veces hay y a veces no. Se necesita que los especialistas cumplan con lo que el programa dice que hace" (usuaria con 3 hijos que es agente sanitaria)

Es llamativo cómo las mujeres, antes que al Programa, identifican y rescatan al profesional que las atiende. Los médicos aparecen como la figura determinante, aunque se mencione a otros integrantes de los equipos de salud, como la enfermera o la asistente social. Algunas mujeres, a partir de sus experiencias personales o de los comentarios de allegados, hacen uso de la posibilidad que da el sistema de elegir dónde y por quién ser atendida, aunque eso le suponga tener que recorrer mayores distancias o despierte el temor de que las obliguen a regresar al centro de salud que les correspondería, de acuerdo al lugar en el que viven.

"...no nos gusta la atención del Los médicos son malísimos y te atienden en el aire. Me voy al aunque me quede lejos porque la doctora de allí es muy buena...si se va de vacaciones te deja anotada en un cuaderno para que la enfermera te entregue las pastillas"

"...Con el tercer parto tuve un problema con el ginecólogo. Como no me trató bien me fui al"

En forma excluyente, las mujeres priorizan el trato y la capacidad de escucha de quienes las atienden.

.."ella me cuida, me escucha, me quiere...me llama por mi nombre y me pregunta por mis cosas..".

Asociada a la alta valoración que le asignan a la receptividad, a la capacidad de escucha de los profesionales que hacen salud reproductiva, destacan el hecho de que su médico a cargo sea otra mujer.

..."dudaba de tener otro hijo y lo consulté con la doctora. Me gustó que ella me hablara como mujer antes que como médica"...

"muchas veces en las charlas me da vergüenza hacer preguntas. Después lo hago sola, en el consultorio. Me gusta que la doctora sea mujer porque no sé si me animaría a preguntarle a un hombre"

*"...el médico me dijo: bueno, si no hay método que le dé resultados se tiene que divorciar...o cómo se queda embarazada con esa obesidad...y cosas así. A los hombres esto les importa poco..."
(usuaria con 8 hijos)*

Emerge como un aspecto importante de la calidad de la atención el **tiempo** que los profesionales les dedican a las usuarias. En algunos casos éste es un factor determinante para definir la **continuidad de la atención** en un mismo centro.

"..en ningún momento te dice apúrese porque tengo que seguir atendiendo..."

"cuando tengo el turno aprovecho para poder preguntarle todo lo que no sé. Ella se toma el tiempo que hace falta... Otras veces voy sin dudas y salgo más rápido. El tiempo que te da depende de lo que vos necesites"

Cuando se trata de evaluar las **condiciones que rodean la atención**, en forma compartida, las mujeres valoran la intimidad que acompaña la consulta antes que el espacio físico en la que la misma tiene lugar. Este aspecto, en algunos casos, aparece como definitorio al momento de optar por un profesional y/o centro de salud.

"En el hospital el doctor no deja que le abran la puerta, pero en el centro de salud te atienden con la puerta abierta. Pasa el que limpia, cualquiera...es un exhibicionismo"

"...el consultorio no es muy lindo pero nunca nadie interrumpe"

" es una de las pocas médicas que no deja pasar a nadie cuando te está atendiendo. Una vez me vio con una practicante, pero que no se metió... la doctora me hablaba a mí"

Poder identificar partes del cuerpo, cómo funcionan sus ciclos y cómo prevenir un embarazo, o por el contrario, cuándo se potencia la posibilidad de engendrar, así como las ventajas y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, son aspectos que las mujeres valoran como **información** a la que han accedido a partir del Programa. Surge que muchas mujeres "fracasaron" en sus iniciativas anticonceptivas, no porque no se hayan interesado en el tema ni hayan "decidido padecer" un embarazo que no

querían, sino porque manejaban información en forma incompleta, no personalizada o se percibían limitadas por sus condiciones materiales. Algunas sienten que el "ser joven" o "tener pocos hijos" restringe la predisposición de los médicos a incorporarlas a acciones de salud reproductiva.

"...hasta que fui a una charla no sabía lo que era la vulva, ni qué era ovular.. con lo que aprendí me siento mucho más segura"

"....como no sabía nada me puse cuatro inyecciones en un mes"

"...hay veces que te querés cuidar pero no tenés plata para comprar las cosas"

Las mujeres valoran en forma positiva que, además de recibir información, se respeten sus deseos o se las estimule a decidir.

"Nunca me obligaron a nada. Yo me decidí por las pastillas porque es lo que más me gusta para cuidarme"

"Lo bueno es que no te dicen : esto es así o así, sino: las posibilidades son éstas y los riesgos aquellos. Te explican los pro y los contra"

Las mujeres también rescatan que la transmisión de información, por parte de los profesionales incorpore su lenguaje cotidiano.

"...nos dicen las cosas con el nombre que las conocemos"

"...es muy clara para gente como yo. Con las palabras y con los dibujos..."

Simultáneamente algunas mujeres captan que hay profesionales que restringen su poder de decisión. Frente a esto, más que expresarles sus necesidades o temores, optan por dejarlos y buscan ser atendidas por otro médico, con mejores o peores resultados.

"Un doctor me dijo que con dos hijos y a mi edad no tenía que tomar pastillas, que sería bueno quedarme embarazada de un tercero.... entonces me cambié a una doctora".

"...por religión una doctora no me quiso poner el DIU. Yo siento que debo pensar en los hijos que ya tengo, antes que en la religión"

"me acostumbré a las pastillas...es lo que da la doctora da. A los

otros métodos los conozco del folleto"

Las facilidades de acceso a las consultas por salud reproductiva aparecen como bastante diferenciadas según la zona en que viven las usuarias. Muchas se enteran de la existencia de este servicio recién después de varios embarazos o a partir de comentarios accidentales de personas cercanas.

...“fui con mi novio al Notti, porque la doctora que me ve en su consultorio privado, nos sugirió ir allá”

...“empecé a venir porque me dijo una amiga”

Las maternidades aparecen como un sitio a partir del cual muchas mujeres se enteran de que tienen posibilidad de acceso a la anticoncepción en los centros públicos.

“...el folleto no me lo dieron en el centro de salud sino en el Lago, después que tuve mi bebé”

Una vez incorporada la rutina de la consulta de salud reproductiva, las mujeres viven como más problemático el **acceso a los estudios complementarios** que, han concientizado, acompañan la atención. Los horarios de los centros, restringidos a la mañana, la modalidad de entrega de turnos y las demoras en la entrega de resultados se viven como obstáculos a sortear, que resienten actividades cotidianas como el trabajo pagado por horas o la atención de los hijos.

“antes tenía que ir a hacerme el pap al hospital...después no iba a buscar los resultados porque no tenía plata para el micro”

“los turnos para la ginecóloga del hospital son difíciles. Tenés que ir a las tres y media de la mañana, dormir en la sala... te atienden a las dos y llegás a tu casa a la tarde. Hay que perderse todo el día”.

“La entrega de resultados del pap demora 15 días y a veces en el hospital te dan el turno para dentro de 60 días...la gente se cansa y se olvida del turno”

Las dificultades para la **continuidad de la atención** aparecen en el discurso de las mujeres, más ligadas a restricciones en los horarios de los centros y a incompatibilidades con su cotidianeidad que a eventuales falta de insumos o a las previsiones que acompañan los tratamientos.

*"Sabemos que para que haya pastillas sí o sí hay que hacerse el pap.
La doctora me ha dicho: ése es tu segundo documento".*

*"después de la última nena me dieron pastillas...se me acabaron y
no volví al centro de salud"*

Apreciaciones finales:

Existe consenso en torno a la idea de que la calidad percibida es un componente fundamental de la calidad global en salud, en la medida en que de la primera depende, entre otros aspectos, la adherencia a los tratamientos y la legitimidad que los ciudadanos le asignan a sus sistemas de atención de la salud (Mira y otros; San José Garcés, Reformas Sanitarias en Europa y la elección del usuario, Ed. Díaz de Santos, 1994). Ya el *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000* publicado por la Organización Mundial de la Salud en junio de ese año, considera a la aceptabilidad del sistema para la población como una de las tres dimensiones fundamentales para evaluar los servicios de salud, junto al nivel de salud y la equidad en la financiación. En ese informe, el organismo internacional propone que, para medir el grado de aceptabilidad, se consulte en forma directa a la población sobre la medida en que el sistema respeta su dignidad como persona y el cuidado puesto en su atención, en tanto demandante. En esta línea, y aunque incompleta, se rescata la intencionalidad de acercarse a la perspectiva de usuarias del Programa Provincial de Salud Reproductiva, como una vía para conocer su desarrollo institucional, a tres años de su puesta en marcha.

Asimismo, se sostiene la opción metodológica de realizar una primera aproximación a la satisfacción de las mujeres desde un punto de vista cualitativo. A partir del mismo se ha podido identificar en qué medida las bajas expectativas de parte de las usuarias condicionan hasta la posibilidad de expresar sus necesidades y deseos, y cómo éstos no necesariamente coinciden con lo que el "sistema" valora como recomendable (que las personas se atiendan en el centro sanitario que les es más próximo desde el punto de vista geográfico, o revestir el concepto de "privacidad" de la consulta de atributos que tienen que ver con las condiciones materiales en que la misma tiene lugar antes que, por ejemplo, en el hecho de que se las atienda sin interrupciones).

Vale, a modo de síntesis, el señalamiento de Matamala para quien "acceder a la atención en salud reproductiva no equivale necesariamente a acceder a la prestación de salud. La existencia de rechazos de atención, de esperas largas, la adecuación de

las referencias y contrarreferencias, expresan la suficiencia de los esfuerzos realizados desde el sistema para garantizar una atención oportuna, así como la calidad de la atención que ofrece cada efector y su preocupación por facilitar los servicios que les requiere la población demandante”.

Tarea 13 :

Conclusiones finales

En la presente investigación nos propusimos:

- 1) Evaluar la disponibilidad de recursos para brindar la asistencia prevista por el Programa de Salud Reproductiva en el sistema de salud provincial (hospitales, centros de salud y postas sanitarias).
- 2) Conocer opiniones sobre el programa, valores y la predisposición a "hacer salud reproductiva" entre los integrantes de los equipos de salud
- 3) Conocer opiniones de las usuarias del programa sobre la calidad de la atención que le brindan (accesibilidad, privacidad, trato etc.)

Metodología empleada:

- Censo de recursos en los hospitales y centros de salud de las cuatro regiones sanitarias.
- Encuestas a un integrante del equipo de salud por efector.
- Grupos focales con personas que trabajan en salud reproductiva para que profundicen sobre algunos de los resultados obtenidos en la encuesta e identifiquen posibles causas.
- Entrevistas a usuarias de los servicios de salud reproductiva con diferentes perfiles
- Procesamiento de la información, completada con consultas a la responsable del PPSR.
- Difusión de los resultados entre los decisores, para elaborar cursos de acción que permitan mejorar el impacto del programa.

Productos de utilidad para el Ministerio de Desarrollo Social y Salud

- Herramientas para la evaluación continua de los componentes institucional y asistencial del programa.
- Información sobre la disponibilidad de recursos para el programa en los hospitales, centros de salud y postas sanitarias de la provincia de Mendoza.
- Información sobre el impacto del programa en los equipos de salud involucrados.
- Estudio exploratorio sobre calidad percibida por usuarias para la futura construcción de instrumento de evaluación de satisfacción (cuestionario) por segmentos poblacionales.

Resultados finales:

I - Primer objetivo: Disponibilidad de recursos en la red provincial de salud

Universo investigado (*)

<u>Tipo de efector</u>	<u>Número</u>	<u>Dependencia</u>
Hospitales	23	22 provinciales 1 municipal
Centros de Salud	251	219 provinciales
Postas sanitarias	38	70 municipales

(*) Total en funciones en diciembre de 2000 ajustado en el presente relevamiento en base al padrón aportado por la Dirección de Atención Primaria.

Hallazgos y recomendaciones

- Al hacer una lectura de los resultados obtenidos por regiones, aparecen claras diferencias de recursos que afectan la accesibilidad a métodos anticonceptivos y a pruebas diagnósticas que tienen que ver con la salud de las mujeres. Ejemplos:
 - Mientras en el 60% de los efectores de la región sanitaria Norte se hacen colposcopías, en el Este la proporción es de 24%; de 15% en Valle de Uco y 9,5% en la zona Sur.
 - En el 71% de los centros asistenciales públicos de la zona Norte las mujeres pueden hacerse un pap, en el resto de las zonas no pueden hacerlo más que en el 20-25 % de los centros.
 - En el 62% de los centros de la zona Norte se colocan DIUs y sólo en el 9,5% de los del Sur.
- Lo anterior está relacionado en parte con la disponibilidad de recursos humanos, que muestra índices especialmente bajos en algunos departamentos de las zonas Este y Sur. Pero también se vincula a la disponibilidad de recursos materiales y a aspectos más complejos de valorar, como el compromiso con la tarea y la comunicación entre la coordinación departamental de atención primaria y los centros que dependen de ella.

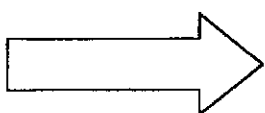


Al momento de realizar nuevos contratos de personal, sería deseable que sean tenidas en cuenta las áreas más desprotegidas, a fin de eliminar la inequidad geográfica que hoy existe en la atención de la salud reproductiva. Ello no quita que se deba profundizar en la coordinación de las redes de derivación locales y en mejorar los circuitos existentes para potenciar el uso de los recursos disponibles.

- En cuanto a recursos materiales, aparecen carencias significativas en lo que hace a movilidad, tanto en zonas urbanas como rurales.

Es interesante observar que menos de un tercio de los prestadores vinculan la falta de privacidad en la consulta a déficits edilicios de los centros. Esta variable también se profundizó entre las usuarias. Para ellas, la privacidad se define en términos funcionales y de modalidades de atención.

En cuanto a equipamiento e instrumental básico, en los hospitales aparece un mayor registro de carencias y mayores exigencias hacia el Programa, en comparación con los centros periféricos.

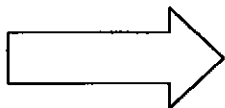


La posibilidad de realizar rotaciones breves por efectores de distinto nivel de complejidad permitiría a los prestadores de unos y otros, una lectura más integral de las necesidades de la población y de la utilización de recursos presentes en la red. Las dificultades en la movilidad, en tanto, requerirían urgente atención en varias áreas departamentales.

- La disponibilidad de insumos anticonceptivos y de materiales descartables es satisfactoria, en general y para cada uno de los efectores, aunque puede ser mejorada. Se hace evidente que no se percibe que “falta” lo que “no se conoce”, o “no se necesita”, o lo que no se utiliza porque se cree que “no están dadas la condiciones para hacerlo”.

Concretamente la zona Sur muestra una oferta de métodos algo más limitada que las otras tres, y son los propios integrantes de los equipos de salud quienes la atribuyen a la concepción ideológica de parte de los profesionales. En particular, la anticoncepción de emergencia sólo está disponible en la mitad de los efectores de la red pública provincial.

Uno de cada tres encuestados dice haber tenido demoras en la provisión de algún anticonceptivo durante los tres meses anteriores a la investigación, mientras desde el Programa se señala que no hubo ningún tipo de dificultades en el depósito durante ese período ni en los meses previos.



Surge la necesidad de insistir en la difusión de toda la gama anticonceptiva que ofrece el Programa, tanto a nivel de los prestadores como de las usuarias. Y garantizar su disponibilidad en todos los efectores en que se cuente con los recursos humanos y materiales mínimos adecuados para su prescripción y/o colocación, tal como lo indica la reglamentación de la ley.

II - Segundo objetivo: opiniones y valores de los integrantes de los servicios que hacen Salud Reproductiva

Perfil de los encuestados

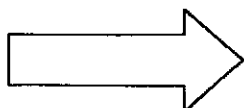
Profesión	Frecuencia	Total
Médicos ginecólogos	37,6 %	117
Médicos de Familia	25,7 %	80
Médicos clínicos	8,4 %	26
Otros médicos	2,25 %	7
Enfermeros	23,2 %	72
Obstétricas	1,3 %	4
Agentes sanitarios	1,6 %	5
Total	100 %	311

Hallazgos y recomendaciones

- Independientemente que hayan recibido o no capacitación por parte del Programa, ocho de cada diez encuestados no cree estar ejecutando una política que suponga la interferencia del Estado en la vida privada de las personas (que es lo que sostienen las posturas más reaccionarias).

Si bien el conocimiento de los objetivos del Programa es llamativamente pobre por parte de los encuestados (un tercio de ellos cae en la categoría de “no sabe, no contesta”) se considera que una fortaleza de la oferta es que la mayor parte de ellos no ha incorporado como suyo el argumento de quienes se oponen a que la salud reproductiva sea una política sanitaria prioritaria.

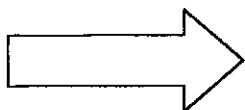
- Aun cuando se asimilen conceptos tan diversos como “planificación familiar”, “control de la natalidad”, “derechos reproductivos de las mujeres” al fin último del Programa, la mayoría de los encuestados comparte que el mismo permite que las pacientes, en especial las de los sectores más vulnerables, puedan ampliar el margen de decisión sobre la cantidad de hijos a tener, aspecto éste que, antes de la existencia del Programa, era privativo de los grupos de mayores ingresos. Precisamente, buena parte de los entrevistados asientan su “satisfacción” con la actividad, en esta consideración.



Se observa la conveniencia de trabajar sobre el discurso de los equipos de salud, a fin de lograr un manejo más ajustado de los conceptos básicos en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos.

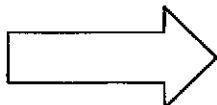
- Hay una valoración positiva de las capacitaciones y encuentros organizados por el Programa, en especial desde el personal menos calificado, o con menor “prestigio” entre el colectivo médico, y en algunos casos hay reclamos explícitos de mayor frecuencia y mejor accesibilidad a la formación. Estas actividades parecen reforzar

la pertenencia y el compromiso con el Programa, en especial entre los efectores periféricos.



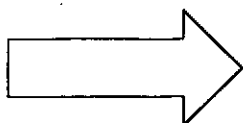
Aparece como necesario incrementar las actividades de capacitación en cada área departamental, para facilitar la asistencia, e instrumentar mecanismos para que todo el personal pueda participar, en especial, obstétricas y enfermeros, y en particular, el personal de la zona Sur.

- En líneas generales, en los hospitales se hace más difícil que en los centros de salud reconocer el carácter interdisciplinario de la temática de salud sexual y reproductiva, así como su pertenencia al ámbito de la atención primaria de la salud y no estrictamente al de una sub-especialidad de la ginecología. (Spandau, E.; Atención primaria de Salud y Planificación familiar, Revista Trimestral de AASSER (2), 5 marzo 2000.



La convocatoria a actividades de capacitación compartida entre profesionales de distintos perfiles y de diferentes tipos de efector sería una herramienta válida para insistir en la naturaleza interdisciplinaria y sistémica de los distintos componentes de este Programa. Concretamente, la elaboración de protocolos conjuntos entre ginecólogos y médicos de familia, de hospitales y de centros de salud, permitiría disminuir el prejuicio de los primeros acerca de la capacidad científica de los segundos.

- Se identificaron algunos médicos ginecólogos "objetores de conciencia" de uno o más métodos provistos por el Programa, a cargo de más de uno (hasta cinco) centros de salud y/o postas sanitarias. Todos trabajan con población rural dispersa, con poca accesibilidad a otros efectores y/o prestadores. Hay quienes plantean "que se estarían anteponiendo los valores e intereses del profesional a los del propio paciente. Y esta posición es, históricamente y desde una perspectiva moral, difícilmente defendible" (Matera F. et al, Subcomisión de Ética Clínica de la SAP; Acerca de la ley de salud reproductiva y procreación responsable (ley N° 418), Archivos Argentinos de Pediatría 2000; 98 (5) pág.345.



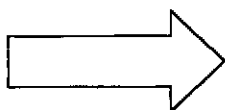
Nos preguntamos si, en adelante, no se debería definir un perfil para ocupar el cargo acorde con los objetivos del Programa. De lo contrario, en pos de respetar la libertad individual de los médicos, el sistema termina restringiendo derechos a los usuarios.

- Tanto en las encuestas como en los grupos focales emergió como una preocupación explícita de muchos profesionales, los aspectos jurídicos vinculados

a la atención de adolescentes, a la prescripción de anticoncepción de emergencia y la realización de ligaduras tubarias.

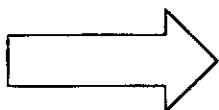
Esto habla de obstáculos en la comunicación entre la coordinación de algunas áreas departamentales y sus centros de salud, y eventualmente, entre la dirección de algún hospital y sus servicios, ya que en otros efectores sí se cuenta con el material y la información. De todos modos, aparece con claridad que las dudas y los temores superan a la información, lo que va en detrimento de los servicios que se prestan.

La normativa básica del Programa, que ha sido oportunamente entregada a todos los coordinadores de áreas departamentales y directores de hospital para su distribución, sólo estaría disponible en dos de cada tres efectores.



Sería deseable garantizar la llegada a destino y la lectura de la documentación entregada periódicamente por el Programa a los coordinadores de áreas departamentales y a los directores de hospitales. Así como elaborar nuevos materiales que esclarezcan los puntos conflictivos, para trabajarlos a través de talleres zonales de asistencia obligatoria.

- Las alternativas de intervención frente a una paciente que dice haber sido víctima de abuso sexual están muy marcadas por las consideraciones de tipo legal y se unifican en derivarla a diferentes "otros". No se plantean instancias de contención y/o atención inicial *in situ*, más allá de la complejidad de los recursos con que se cuenta. Sí se menciona la posibilidad de prescribir anticoncepción de emergencia.



Se sugiere incluir esta temática en futuras capacitaciones, en coordinación con el Departamento de Salud Mental.

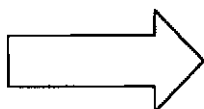
- En la mitad de los hospitales se está haciendo ligadura de trompas de Falopio, pero en ninguno de los de la zona Este. Se reiteran, en este punto, las dificultades vinculadas a la falta de información fidedigna en los profesionales, a los temores infundados y en algunos casos, a la circulación de opiniones tendenciosas.



Se hace necesario reiterar la difusión del marco normativo vigente al respecto en la provincia, con actividades que favorezcan la participación. Y garantizar la notificación de todo el personal involucrado en la red de servicios, a fin que cada hospital pueda tomar los recaudos que garanticen una adecuada respuesta asistencial a la población en este tema crítico.

- Para el registro de las acciones de consultorio los profesionales utilizan distintos instrumentos, y en ocasiones, ninguno, a pesar de que el Programa distribuye una hoja de historia clínica. Esto no sólo va en detrimento de la calidad de la atención, sino que también hace muy difícil contar con información asistencial confiable a los efectos del monitoreo del programa (Matamala et al op.cit; Mira et al op.cit.; García Núñez op. Cit.)

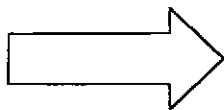
Por otra parte, sólo un tercio de los efectores entrega turnos diferidos para salud reproductiva.



Se hace necesario universalizar el uso de un instrumento de registro único y de fácil aplicación y avanzar en la sistematización de los datos allí contenidos a los efectos de contar con información consistente para la toma de decisiones. Asimismo sería conveniente extender el sistema de turnos diferidos en algunos efectores más. Precisamente, una de las restricciones a la accesibilidad, que surgen de las entrevistas con usuarias del programa tiene que ver con la falta de adecuación de los turnos a su vida cotidiana.

- Las actividades de información y comunicación a la población están uniformemente distribuidas desde el punto de vista geográfico. La mitad de los centros, de todas las zonas, dicen participar en actividades comunitarias (charlas en las escuelas, programas radiales, etc.) relacionadas con salud reproductiva.

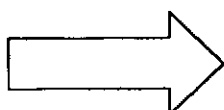
Aparece la preocupación por mejorar las formas de llegada a ciertos grupos poblacionales, cuyas pautas culturales hacen difícil abordar los temas de sexualidad y reproducción humanas para el personal de salud. Como grupos para los que habría que diseñar estrategias diferenciales los equipos mencionaron: a la población boliviana (en el Valle de Uco), a los puesteros en el Sur y a las mujeres que integran contingentes de trabajadores golondrinas en todas las zonas rurales.



Debería intentarse desarrollar materiales de información específicos, que contemplen la diversidad de culturas, etnias, edades, etc., de la población atendida.

- Está presente la demanda de mayor difusión del Programa, por fuera del sistema de salud.

Es evidente (y sentida por el personal de salud) la ausencia del sector educación en las acciones preventivas previstas por la ley, salvo escasas excepciones.



Debería intentarse lograr un compromiso institucional al respecto con la Dirección General de Escuelas, que se plasme en acciones conjuntas de ambos sectores.

Y además, atento al desarrollo ya alcanzado por el Programa, valorar la posibilidad de implementar una campaña de difusión por medios masivos, que refuerce lo que se realiza por vía de folletería y afiches en los hospitales y centros de salud. Esta recomendación adquiere fuerza si se tiene en cuenta que en forma mayoritaria las hoy usuarias del Programa se enteraron de su existencia en las maternidades, después de tener varios hijos, o bien en forma casi "accidental" a través de allegados.

- En cuanto a las satisfacciones obtenidas por los encuestados, como resultado de su participación en las acciones de salud sexual y reproductiva, las respuestas más frecuentes se relacionan con el perfil marcadamente social del Programa, seguidas por consideraciones de índole sanitaria.

Aparecen también satisfacciones laborales y otras vinculadas al acceso a la capacitación. Menos frecuentes son las consideraciones de tipo científico o estrictamente personales.

Una parte de los encuestados, con predominio de mujeres, ligan su satisfacción con el Programa a intereses de género. Es poco significativa la cantidad de respuestas que no registran ninguna satisfacción.

III - Tercer objetivo: calidad percibida por usuarias del Programa de Salud Reproductiva

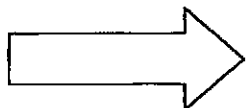
Hallazgos y recomendaciones

Según se desprende del análisis de las entrevistas realizadas a mujeres que concurren a servicios en los que se atiende salud reproductiva su satisfacción se vincula a :

- ❑ La gratuidad de la atención (que al mismo tiempo opera como un límite "interno" para expresar otras expectativas y deseos)
- ❑ La posibilidad de que los profesionales que las atienden las escuchen en sus inquietudes y les expliquen aspectos que hacen a su cuerpo y su condición de mujeres (y no sólo de madres), de manera apropiada pero sencilla. Una parte de las entrevistadas liga estos atributos al hecho de que las atiendan profesionales-mujeres.
- ❑ Poder sentir que se les facilita información e insumos, pero que la decisión final sobre el método anticonceptivo a utilizar les pertenece a ellas.
- ❑ Experimentar una atención personalizada y "sin interferencias" con los profesionales que las atienden.
- ❑ Acceder a los estudios complementarios sin necesidad de tanta demora en los turnos y entrega de resultados, ni sucesivos viajes a los centros en donde se realizan.
- ❑ La continuidad en la provisión de insumos anticonceptivos en los centros de salud y hospitales.

A la vez, desde la perspectiva de las usuarias, la calidad de la atención en salud reproductiva se ve afectada por:

- ❑ Los prejuicios de parte de los profesionales, para quienes las mujeres sólo tienen derecho a reclamar anticoncepción una vez que han tenido muchos hijos o han superado cierta edad.
- ❑ Los procesos burocráticos que acompañan acciones como una ligadura tubaria.
- ❑ Las demoras para la realización de paps y colposcopías.
- ❑ La escasa difusión "oficial" del derecho de todas las mujeres a la atención en salud reproductiva, que se anticipe a los reiterados embarazos o a las problemáticas de salud que ponen en riesgo sus vidas.



Sería importante construir un instrumento estandarizado para medir en forma extendida y sistemática la satisfacción de las usuarias con el Programa. Esa perspectiva ampliada posibilitaría introducir acciones correctivas en la actividad asistencial, en la calidad de la oferta de servicios (equidad geográfica, accesibilidad, trato digno), a la vez que posibilitaría ampliar los márgenes de legitimidad social de una política de protección, que haga eje en la mujer en su condición de ciudadana y no sólo en su condición de madre.

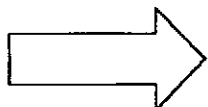
IV – (a) Otras cuestiones significativas que surgieron durante el desarrollo de la investigación:

- La posibilidad de identificar congruencia entre la información que se maneja en el Programa y en los efectores en los que se lleva a cabo, sobre normas, provisión de insumos, acceso real a la atención, etc.
- La constatación de las dificultades en la comunicación entre los distintos actores y estamentos que intervienen en el desarrollo del Programa.
- Las diferentes lecturas (sugerencias y comentarios, satisfacciones obtenidas) que sobre el Programa hacen los equipos de salud, según el nivel de complejidad del efector en que se desempeñan.
- Las "lecciones aprendidas" en el proceso de la investigación.

IV – (b) Hallazgos y recomendaciones:

⇒ Acerca de la información:

- La información disponible en la Subsecretaría de Salud sobre cantidad de centros de salud y postas sanitarias y sus respectivas ofertas de servicios no es fidedigna. Nos encontramos con desfases sobre lugar en el que funcionan, continuidad real, cantidad de centros por departamento y profesionales que allí atienden, con más dificultades en las zonas donde a los efectores provinciales se suman los municipales.



Si bien a los fines de esta investigación reconstruimos el listado real para aplicar la encuesta a todo el universo, sería importante que, desde el nivel central, se insistiera en chequear en forma periódica la actividad de los centros o se diseñara algún mecanismo para tener información "on line".

⇒ Acerca de la comunicación:

- Aproximadamente dos de cada tres centros de salud carecen de línea telefónica, y son muy pocos los que cuentan con correo electrónico, lo que dificulta la comunicación con el personal.



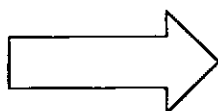
Sería conveniente contemplar estas necesidades al momento de decidir nuevas inversiones en equipamiento e infraestructura en el sector salud.

- En algunos prestadores, en especial en las localidades más pequeñas, se manifiesta el temor a la eventual interrupción en la llegada de los insumos, lo que se equipara a la desaparición del Programa. Estas dudas se asientan en la frecuente discontinuidad de las políticas públicas, tanto en el sector salud como en otros, a nivel nacional como provincial. A su vez, en los efectores de mayor complejidad, se expresan malestares surgidos con frecuencia en la circulación de información incompleta o distorsionada.



Se hace imprescindible mejorar los canales de comunicación entre los distintos actores y estamentos que intervienen en el desarrollo del Programa: coordinación del área departamental con sus centros de salud; dirección de cada hospital con sus servicios; coordinación entre Programas del nivel central y de ellos con las áreas y hospitales, etc. Brindar al personal información adecuada y oportuna incrementa la credibilidad de cualquier gestión.

- Durante el desarrollo de los grupos focales, y en alguna de las encuestas, se recibieron pedidos explícitos de acceder a los resultados de la presente investigación.



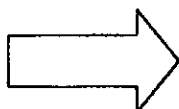
Se reitera el compromiso de hacer llegar al personal encuestado, a los participantes de los grupos focales, así como a todos los efectores (a través de sus responsables) un resumen del presente informe. Y se deberán instrumentar los mecanismos para que, en los casos en que se valore necesario, puedan acceder a información más detallada.

⇒ **Acerca de las opiniones de los prestadores según en qué efectores trabajan:**

- Puede afirmarse que, en líneas generales, el personal de los centros de salud tuvo muchos menos reparos y precauciones para aceptar ser entrevistado que el que trabaja en hospitales, si bien los niveles de respuestas fueron igualmente muy altos. Se señala que, en su mayoría, los respondientes de los hospitales son profesionales médicos para los cuales el "conocimiento experto y la autoridad profesional" suele entrar conflicto o al menos desconocer a la autoridad política (Rodríguez J y Guillén M.; Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea; Rev. Española de Investigaciones Sociológicas, 59/92 pág. 9-18.

En los centros de salud y postas sanitarias, el Programa es vivido como algo propio, algo que necesitaban y estaban esperando. Mientras que en los hospitales, en especial en los de mayor complejidad, el Programa es visto como "algo más", o directamente como una nueva obligación que les quita tiempo para "sus"

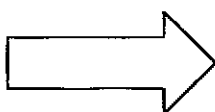
actividades específicas. Esta autonomía responde, en parte, al modelo de gestión descentralizada vigente en los hospitales provinciales. Vale recordar "el paralelismo de los objetivos de la atención de salud reproductiva y de la reforma del sector sanitario, en el sentido de que ambas aspiran a promover un acceso equitativo a una asistencia de alta calidad mediante la aplicación de enfoques integrados de la atención primaria" (Langer, A. Et al.; Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links; Bulletin of the WHO; vol 78 (5).



Herramientas en marcha en la Subsecretaría de Salud de la Provincia de Mendoza, como la instrumentación de contratos de gestión entre el nivel central y los efectores, para que éstos últimos adecuen su actividad y orienten sus recursos según las prioridades de la política sanitaria, se constituyen en un sostén importante para avanzar en la concreción de los objetivos del Programa.

- Probablemente lo anterior también tenga relación con la diferente valoración y aplicación que hacen los médicos del concepto de oportunidades perdidas en el campo de la salud sexual y reproductiva. En los hospitales de mayor complejidad suele imponerse como condición necesaria para la prescripción de cualquier método anticonceptivo, contar con los resultados del papanicolau y la colposcopia, estudios que el sistema sanitario aún tiene dificultades en resolver en muchas zonas.

En los efectores periféricos en cambio, el acceso a la anticoncepción no suele estar condicionado a la previa realización de estos exámenes, en una conducta más acorde con las normas emanadas de la OMS al respecto.



Se hace evidente la necesidad de unificar criterios asistenciales, en el marco conceptual de la medicina basada en la evidencia.

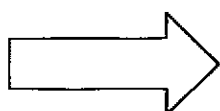
⇒ Acerca de las lecciones aprendidas:

- Se refuerza la opción metodológica inicial de triangular métodos, es decir combinar estrategias cuantitativas y cualitativas para alcanzar los objetivos de estudio. En la práctica pudo observarse que las debilidades de una técnica (por ej. el recorte discursivo que supone tener que responder a una entrevista estructurada) se vieron contrarrestadas por las ventajas de otra.

Concretamente, el ámbito del grupo focal proporcionó a los participantes la posibilidad de una libre discusión, en virtud de la cual espontáneamente se animaron a expresar algunas ideas y opiniones respecto del Programa y su funcionamiento, que en la situación de encuesta telefónica individual no se hicieron manifiestas.

A los efectos del análisis de los resultados, esta complementación enriquece las conclusiones y creemos, contribuye a reducir el inevitable sesgo de expectativas que acarrea toda investigación que tiene el respaldo institucional del empleador.

Los grupos focales permitieron incorporar la opinión de otros actores no incluidos en la muestra de las encuestas, enriqueciendo y completando la información recogida. Se evidenció por ejemplo, que los responsables de farmacia son un profesional clave en la correcta instrumentación del Programa.



En futuras investigaciones los diseños muestrales deberían ampliarse a otros integrantes de los equipos de salud.

Tarea 14:

Conformación de grupo de discusión de las conclusiones de la investigación con las autoridades del Ministerio de Desarrollo Social

La presente investigación preveía incluir la devolución de los resultados obtenidos y recomendaciones a los niveles de decisión política, con el fin de que los mismos se apropiaran de información que puede ser de relevancia para perfeccionar la implementación de éste y otros programas sanitarios. Tal como se planteó en el marco de referencia, "la comunicación de la información derivada de los procesos evaluativos es un instrumento potente para el cambio en las organizaciones y un factor fundamental en la implicación de los distintos actores relacionados con un proyecto". (Oficina de Evaluación del BID; Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos, doc. sin fecha; Escuela Andaluza de Salud Pública; Modelo de Evaluación centrado en los utilizadores; Granada, España, 1998).

Una vez sistematizadas las conclusiones se acordó con la coordinación del Programa de Salud Reproductiva extender la invitación, que inicialmente preveía a los niveles de conducción de la Subsecretaría de Salud, a funcionarios de otras áreas de gobierno para los cuales la temática podía ser de interés (Desarrollo Social, Mujer, Area de Comunicación de la Gobernación, Obra Social de Empleados Públicos). De allí que los convocados fueron:

- Ministerio de Desarrollo Social y Salud
 - Ministro: Dr. Juan Manuel García
- Subsecretaría de Salud
 - Subsecretario: Dr. Horacio Candisano.
- Directores y subdirectores de la Subsecretaría de Salud
 - de Hospitales: Dr. Armando Calletti
 - de Atención Primaria: Dr. Ángel Pellegrini; Dr Ramón Moreno
 - de Promoción de la Salud: Dr. Alberto Bustelo; Lic. Claudia García
 - de Administración: Cont. Celso Zabala; Cont. Elsa Montalto
 - de Recursos Humanos: Dr. Ignacio Marías
 - de Maternidad e Infancia: Dr. Carlos Cardello; Dra. Esther López
 - de Farmacología: Farmacéutica Claudia Najul
 - de Salud Mental: Lic. María Jesús Estévez
- Coordinadores de programas:

- PROMIN: Dr. Hipólito Filicce
- PROFFE: Dr. J. J. Alcalde
- PRESSAL: Arq. Jorge Ortiz Biale
- Obra Social de Empleados Públicos: Dra. Teresa Lara
- Instituto de Políticas Públicas para la Equidad de Hombres y Mujeres (IPPEHM) : Lic. Cristina Rascchia
- Subsecretaría de Desarrollo Social y Salud
 - Subsecretaria: Lic. Emma Cunietti
 - Directora de Desarrollo Socio-productivo: Lic. Ana Gotusso
 - Directora de Familia: Lic. Ana Montenegro
- Área de Comunicación de la Gobernación: Lic. Marcela Sabattini
- Jefatura Programa de Salud Reproductiva: Dra. Ana María Andía.

Se consensuó con la coordinación del PPSR y el Subsecretario de Salud de la Provincia concretar una segunda instancia de devolución-discusión con los responsables de programas afines (Detección Precoz de Cáncer Génito-mamario, SIDA), con los directores de los 23 hospitales públicos y con los coordinadores de las 18 áreas departamentales de Atención Primaria ⁽¹⁾

El grupo de discusión tuvo lugar el martes 9 de abril y siguió la siguiente dinámica:

- Presentación del marco general de la investigación, objetivos y metodología de trabajo (justificación) por parte de la jefatura del PPSR
- La calidad del Programa de Salud Reproductiva desde la perspectiva de las usuarias (a cargo de la socióloga Eugenia González, responsable de las entrevistas en terreno)
- Resultados más relevantes sobre los recursos y el desarrollo institucional del PPSR (a cargo del sociólogo Enrique Bollatti, que implementó la encuesta en efectores y a integrantes de equipos de salud) y el psicólogo social, Jorge Bajuk, coordinador de los cuatro grupos focales con prestadores.
- Discusión con los asistentes.

(1) *Dados los plazos de este proyecto, esta convocatoria será concretada después de presentado el informe final*

Para apoyar la presentación, cada participante recibió una carpeta con las conclusiones que se transcriben como Tarea 13 y los gráficos ilustrativos.

La exposición se respaldó con filminas y proyección en pantalla ampliada y todo el encuentro fue filmado.

Aspectos relevantes que surgieron en el intercambio grupal:

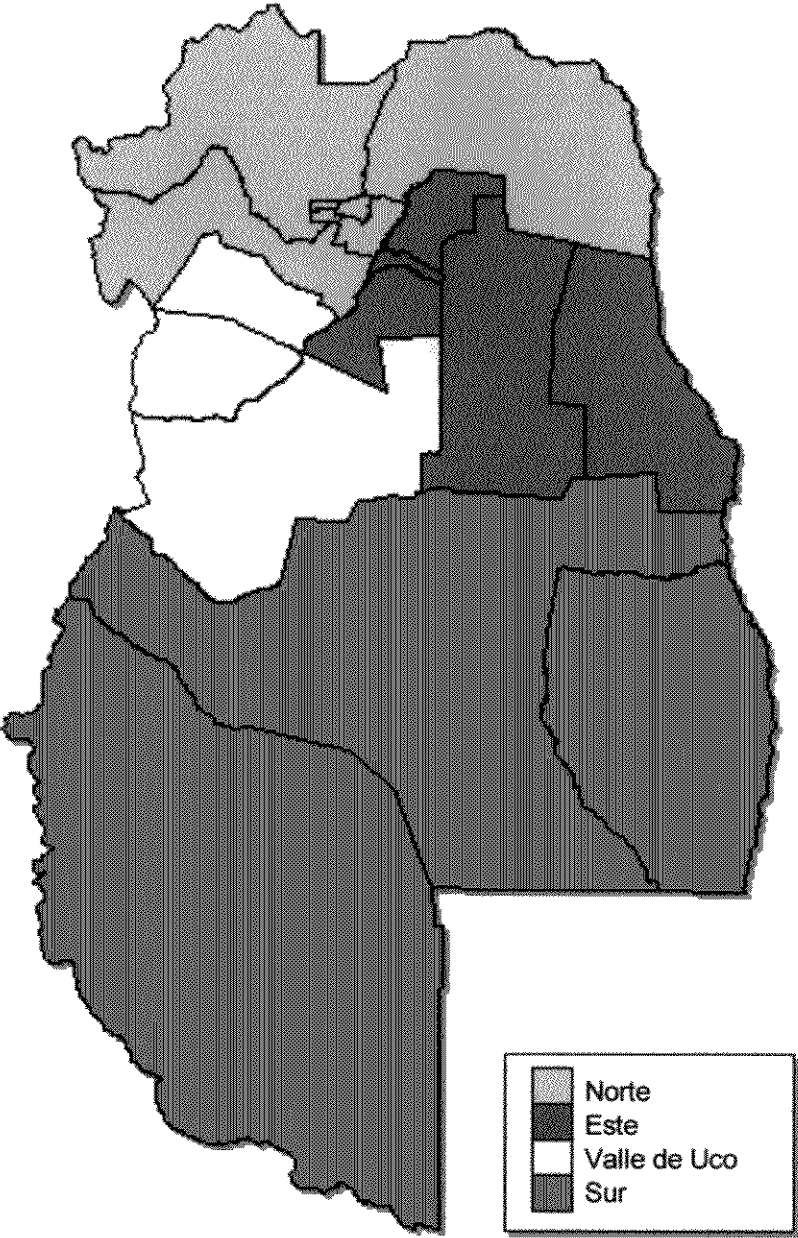
- El encuentro sirvió para que una parte de los funcionarios se interiorizaran sobre aspectos generales del Programa, además de los objetivos y resultados de esta investigación.
- Si bien no estaba previsto como contenido de la investigación, a partir de los resultados sobre recursos y grado de implementación del Programa, surgió la confrontación entre el presupuesto anual que tiene SR (unos cuatrocientos mil pesos) y el costo que suponen las internaciones por abortos en la provincia.
- Hubo diferentes niveles de receptividad cuando se explicitaron las debilidades del nivel central en cuanto al manejo de información actualizada sobre sus efectores.
- Emergieron, como una preocupación compartida, aspectos relacionados con las garantías de calidad que el sistema les brinda, o no, a las usuarias. Que las mujeres deban cambiar de profesional y de centro cuando no obtienen respuestas, o que algunas queden al margen del acceso a la gama completa de métodos anticonceptivos provistos por el PPSR por reparos de parte de los profesionales, se identificaron como falencias a resolver. Fue marcada la receptividad respecto a las percepciones de las usuarias: cómo aprecian la información que les provee el Programa, el valor que le otorgan a la privacidad, y el hecho de que la calidad percibida se define puertas adentro del consultorio.
- Ante la constatación de que los usuarios se identifican casi en forma excluyente con los profesionales médicos, surgió la inquietud de reforzar la capacitación en SR de otros integrantes del equipo de salud, como enfermeros y agentes sanitarios.
- Se observó que, tal como se desarrolla la asistencia, se pierden oportunidades de atención. Frente a esta debilidad se propuso desarrollar una prueba piloto en efectores, que refuerce el papel de captación de las salas de espera, los consultorios de los médicos pediatras y los responsables de admisión de los hospitales como otras "puertas de entrada" válidas para el PPSR.
- Ante los reclamos de incrementar la difusión de las actividades del Programa, se planteó una discusión acerca de las posibilidades reales de dar respuesta a un posible incremento significativo en la demanda, fruto de dicha difusión; y si sería necesario o no transferir recursos presupuestarios de otras áreas. Como una alternativa, se propuso incrementar el seguimiento de los grupos de riesgo, antes de dar un salto hacia lo masivo.

- Desde la Obra Social de Empleados Públicos se planteó la posibilidad de implementar una estrategia de difusión compartida con el Ministerio.
- Si bien entre los participantes había conocimiento de las inequidades existentes en cuanto a la oferta de servicios por regiones, se rescató la precisión de la información aportada por la presente investigación.

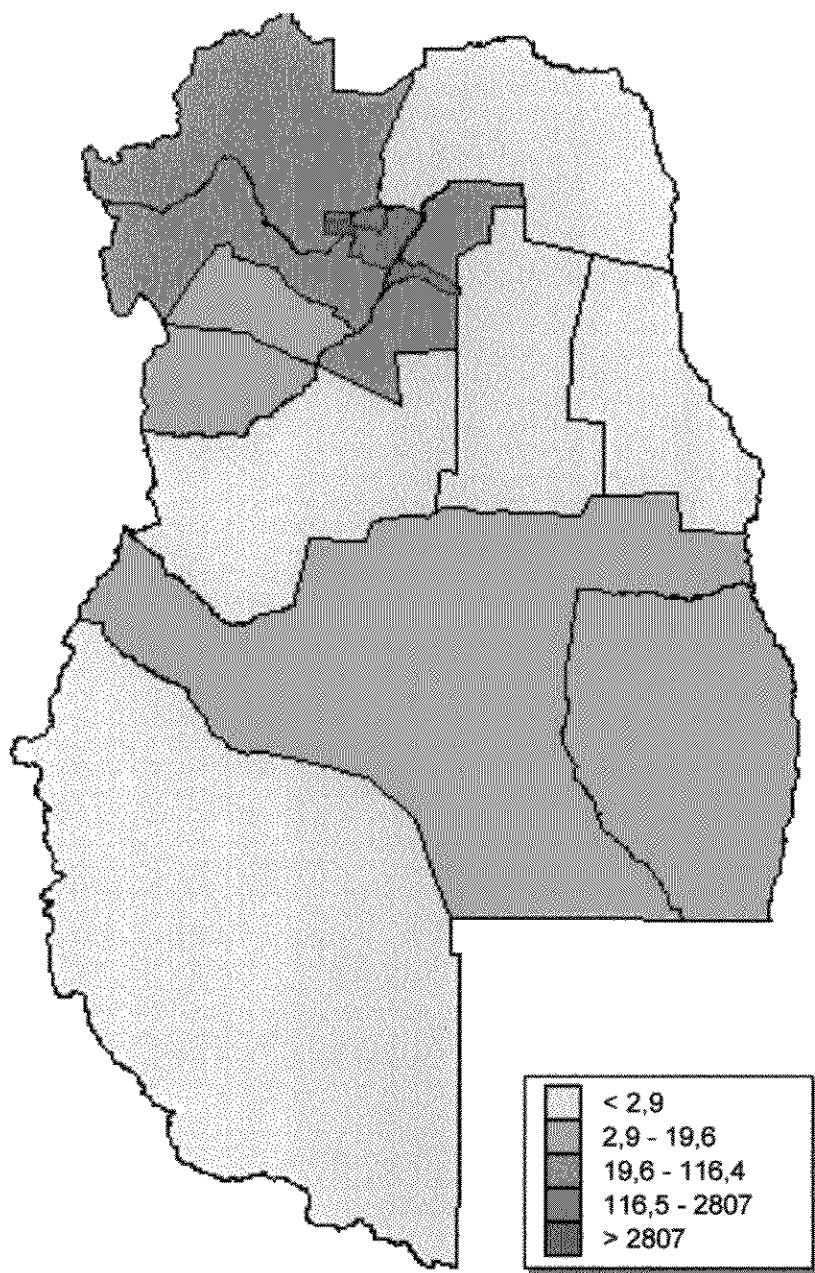
APÉNDICE I

Mapas

Zonas Sanitarias
Provincia de Mendoza



**Densidad de población (en habitantes/km²)
según departameto
Provincia de Mendoza**



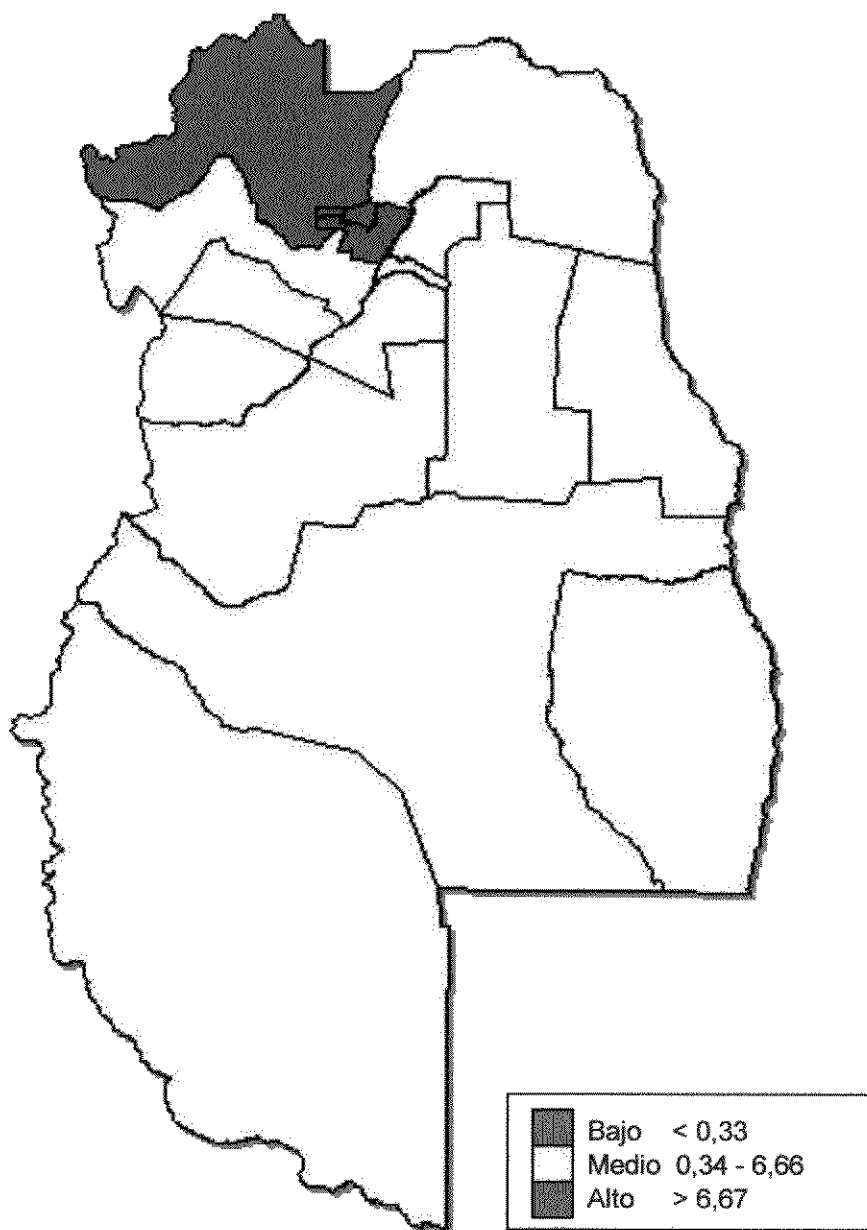
**Índice de infraestructura, equipamiento e instrumental
básico para atención en salud reproductiva,
por área departamental
Provincia de Mendoza**

Este índice fue construido con el fin de medir la capacidad de los efectores para llevar a cabo las tareas básicas con respecto a SR, atendiendo al espacio físico en que se realiza la atención, el equipamiento (camilla ginecológica, fotóforo, colposcopio), así como el instrumental básico y los elementos descartables con que cuentan.

Dicho indicador es un número en la escala del 0 al 10 que puede ser traducido a tres categorías: bajo (de 0 a 3,33), medio (de 3,34 a 6,66) y alto (de 6,67 a 10).

De esta manera, cada efector puede ser medido a través de este índice, y estableciendo un promedio entre los CS y postas sanitarias correspondientes a un área departamental, la misma puede ser evaluada con los mismos criterios.

**Índice de infraestructura, equipamiento e instrumental
básico para la atención en salud reproductiva,
por área departamental
Provincia de Mendoza**



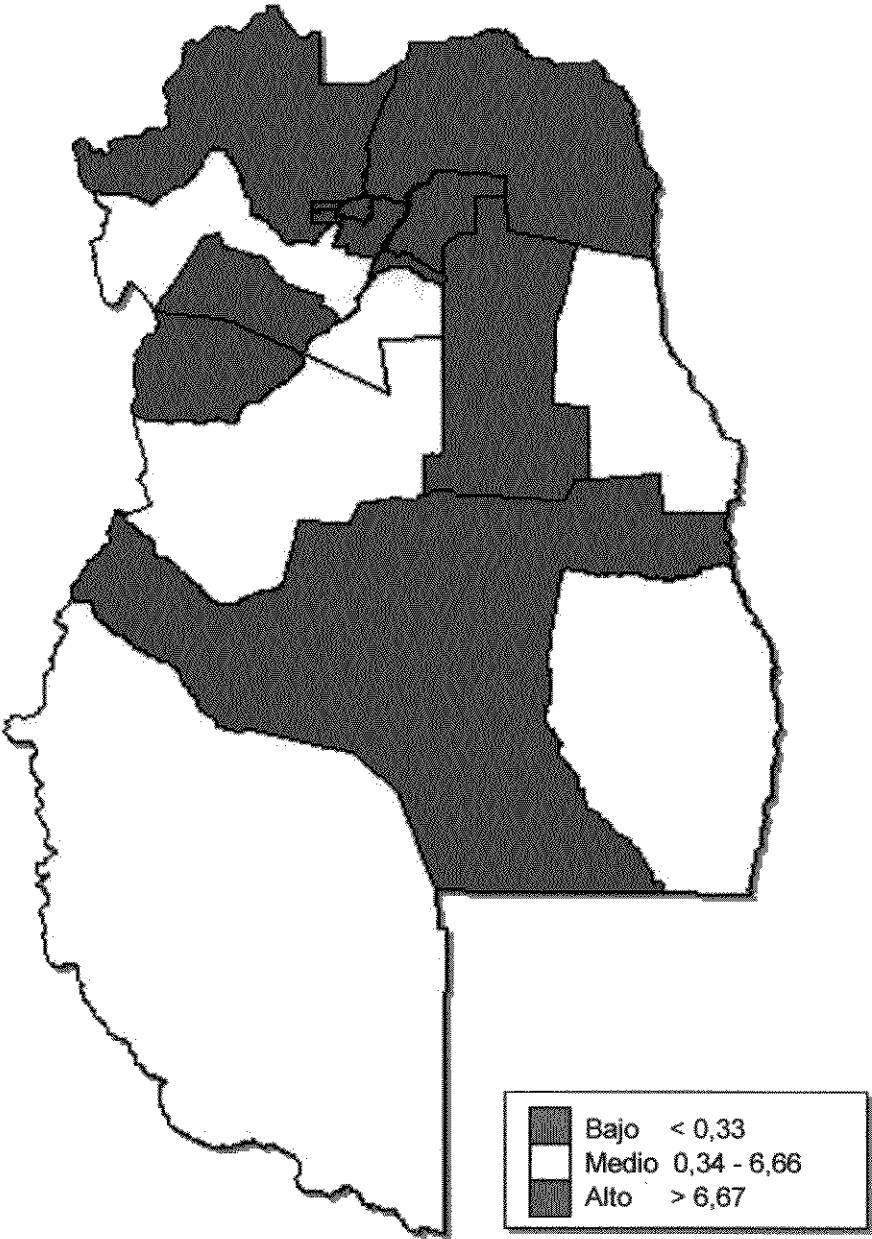
**Índice de insumos anticonceptivos disponibles en los
efectores de salud, por área departamental
Provincia de Mendoza**

Este índice fue construido con el fin de medir la capacidad de los efectores para llevar a cabo las tareas referidas a SR, desde el punto de vista de la disponibilidad de distintos métodos anticonceptivos: anticonceptivos orales combinados (en dos formulaciones), anticonceptivos orales para uso durante la lactancia, inyectables, dispositivos intrauterinos, anticonceptivos orales de emergencia y preservativos).

Dicho indicador es un número en la escala del 0 al 10 que puede ser traducido a tres categorías: bajo (de 0 a 3,33), medio (de 3,34 a 6,66) y alto (de 6,67 a 10).

De esta manera, cada efector puede ser medido a través de este índice, y estableciendo un promedio entre los CS y postas sanitarias correspondientes a un área departamental, la misma puede ser evaluada con los mismos criterios.

**Indice de insumos anticonceptivos disponibles en los
efectores de salud, por área departamental
Provincia de Mendoza**



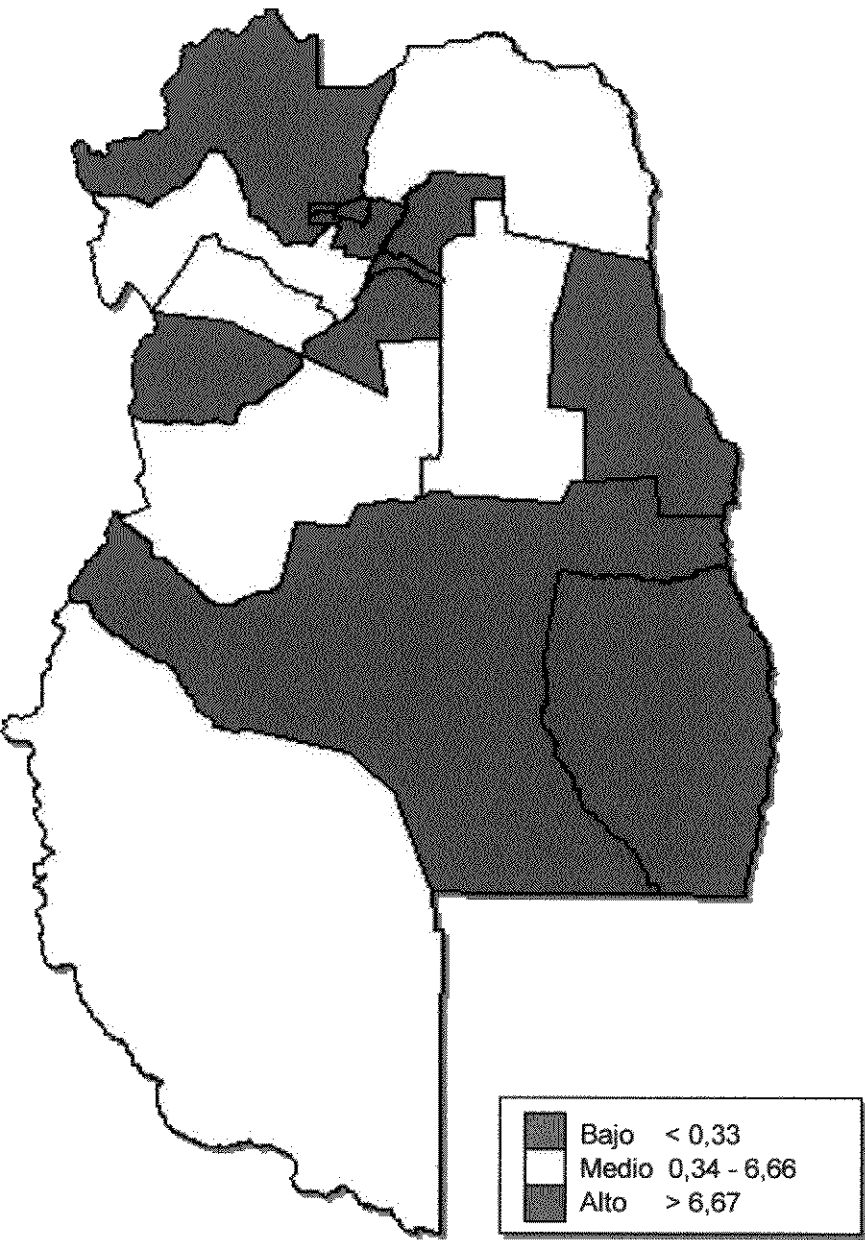
**Índice de realización de acciones IEC (información,
educación y comunicación) en salud reproductiva,
por área departamental
Provincia de Mendoza**

Este índice fue construido con el fin de medir el nivel de desarrollo de los efectores en cuanto a la práctica o no de actividades de información, educación y comunicación sobre temas de SR, como la distribución de folletos, dictado de charlas, intervenciones en escuelas, etc.

Dicho indicador es un número en la escala del 0 al 10 que puede ser traducido a tres categorías: bajo (de 0 a 3,33), medio (de 3,34 a 6,66) y alto (de 6,67 a 10).

De esta manera, cada efector puede ser medido a través de este índice, y estableciendo un promedio entre los CS y postas sanitarias correspondientes a un área departamental, la misma puede ser evaluada con los mismos criterios.

**Indice de realización de acciones IEC (información,
educación y comunicación) en salud reproductiva,
por área departamental
Provincia de Mendoza**



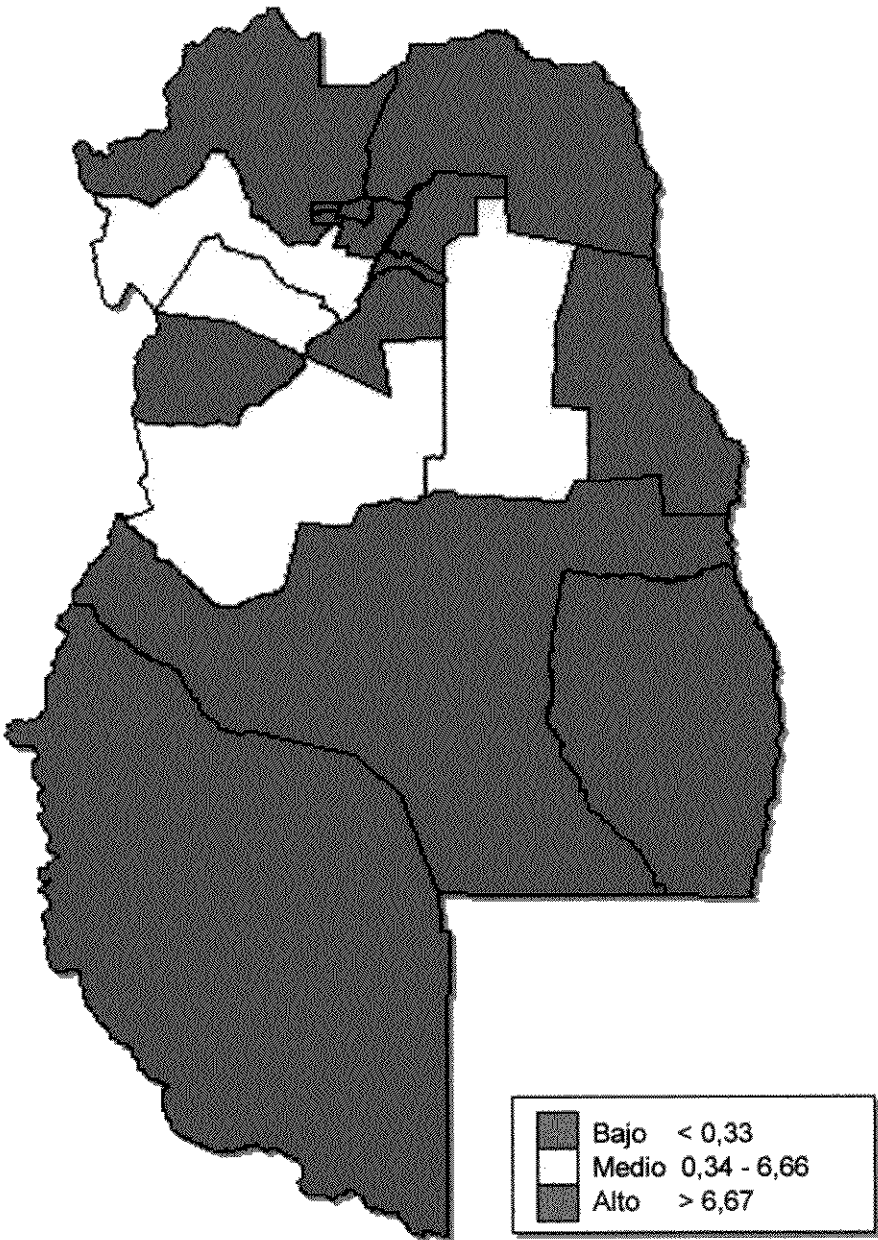
**Índice de caracterización de la oferta asistencial en salud
reproductiva, por área departamental
Provincia de Mendoza**

Este índice fue construido con el fin de medir el nivel de desarrollo de los efectores en cuanto a los modos en que se organiza la oferta asistencial en SR. Aquí se evalúa la cantidad de días por semana en que se prestan servicios de SR, la gama de anticonceptivos disponibles, las formas de registro de la atención de consultorio, y otros aspectos como la entrega de turnos diferidos y visitas de seguimiento de pacientes de riesgo.

Dicho indicador es un número en la escala del 0 al 10 que puede ser traducido a tres categorías: bajo (de 0 a 3,33), medio (de 3,34 a 6,66) y alto (de 6,67 a 10).

De esta manera, cada efector puede ser medido a través de este índice, y estableciendo un promedio entre los CS y postas sanitarias correspondientes a un área departamental, la misma puede ser evaluada con los mismos criterios.

**Indice de caracterización de la oferta asistencial en salud
reproductiva, por área departamental
Provincia de Mendoza**

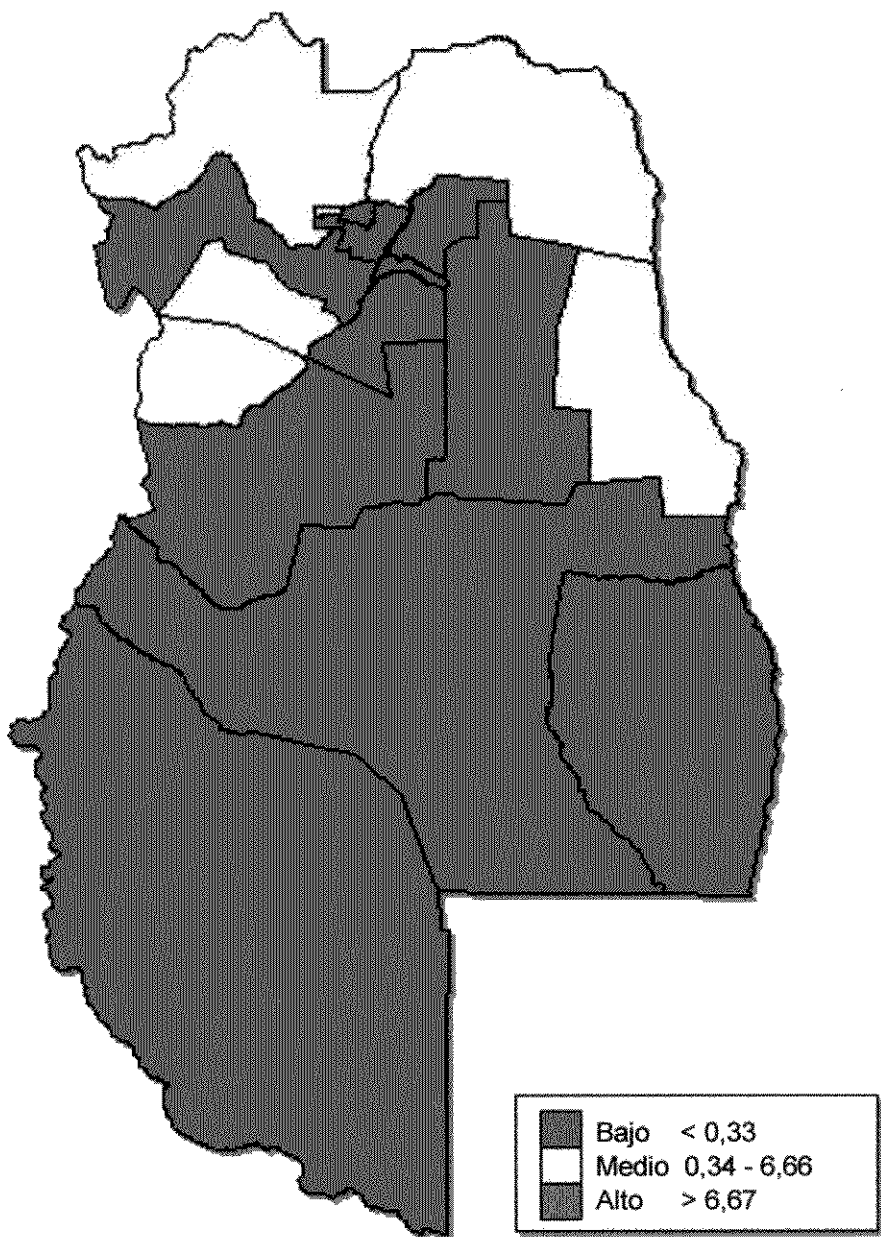


**Índice de nivel de información de los encuestados acerca
de los objetivos del Programa Provincial de Salud
Reproductiva, por área departamental
Provincia de Mendoza**

Este índice fue construido con el fin de obtener una medida del nivel de información de los encuestados acerca del marco conceptual en que se encuadra el PPSR. Para ello se valoró el grado de conocimiento de los objetivos del mismo en el personal sanitario que se desempeña en los efectores públicos en relación directa con la atención en SR. Dicho indicador es un número en la escala del -10 al 10 que puede ser traducido a cuatro categorías: negativo (-10 a - 0,01), bajo (de 0 a 3,33), medio (de 3,34 a 6,66) y alto (de 6,67 a 10).

De esta manera, cada efector puede ser medido a través de este índice, y estableciendo un promedio entre los CS y postas sanitarias correspondientes a un área departamental, la misma puede ser evaluada con los mismos criterios.

**Indice de nivel de información de los encuestados acerca
de los objetivos del Programa Provincial de Salud
Reproductiva, por área departamental
Provincia de Mendoza**



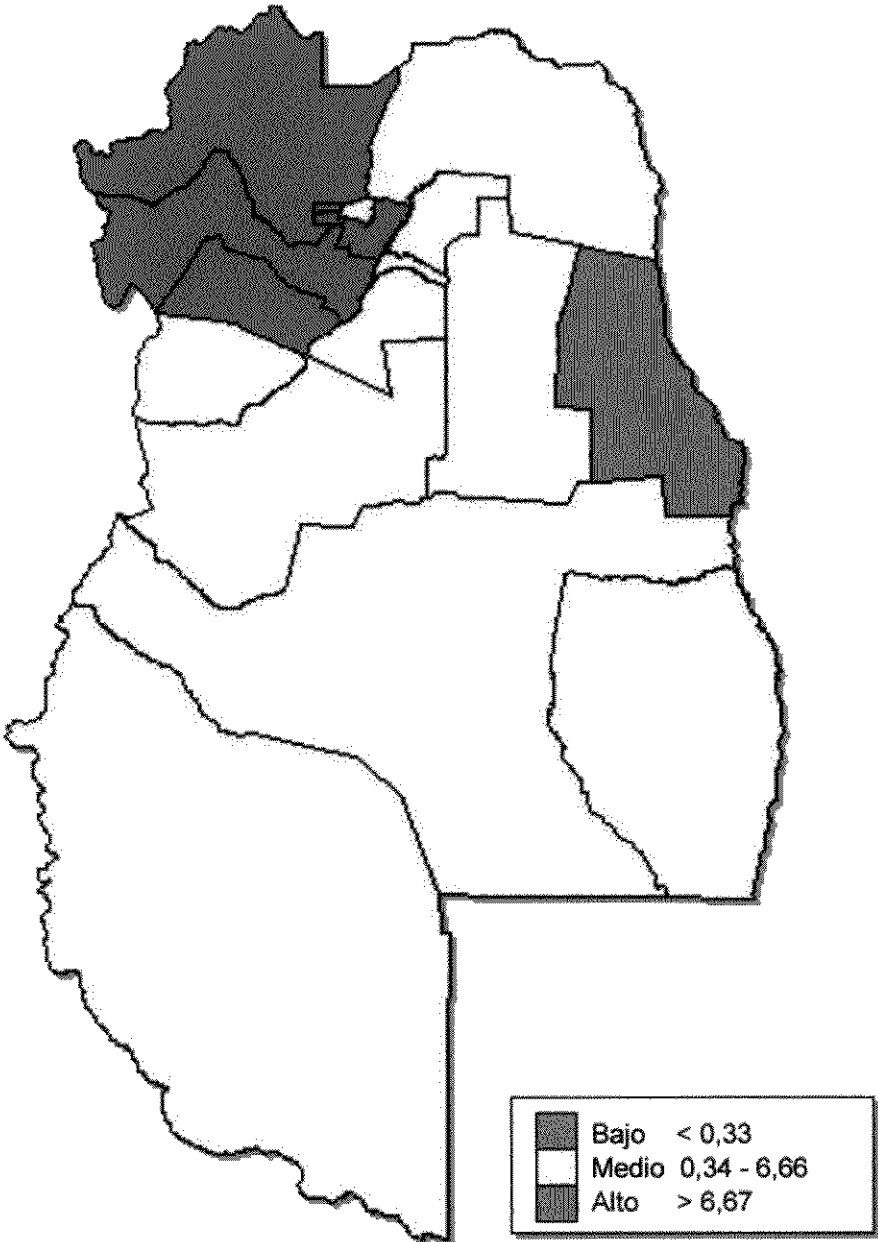
**Índice de recursos humanos disponibles para la atención
en salud reproductiva, por área departamental
Provincia de Mendoza**

Este índice fue construido con el fin de medir la capacidad de los efectores para llevar a cabo las tareas referidas a SR, desde el punto de vista de la disponibilidad del recurso humano adecuado. Para lo cual se tiene en cuenta la prestación en el efector de servicios como ginecología, medicina de familia, clínica, guardia, etc.

Dicho indicador es un número en la escala del 0 al 10 que puede ser traducido a tres categorías: bajo (de 0 a 3,33), medio (de 3,34 a 6,66) y alto (de 6,67 a 10).

De esta manera, cada efector puede ser medido a través de este índice, y estableciendo un promedio entre los CS y postas sanitarias correspondientes a un área departamental, la misma puede ser evaluada con los mismos criterios.

**Índice de recursos humanos disponibles para la atención
en salud reproductiva, por área departamental
Provincia de Mendoza**

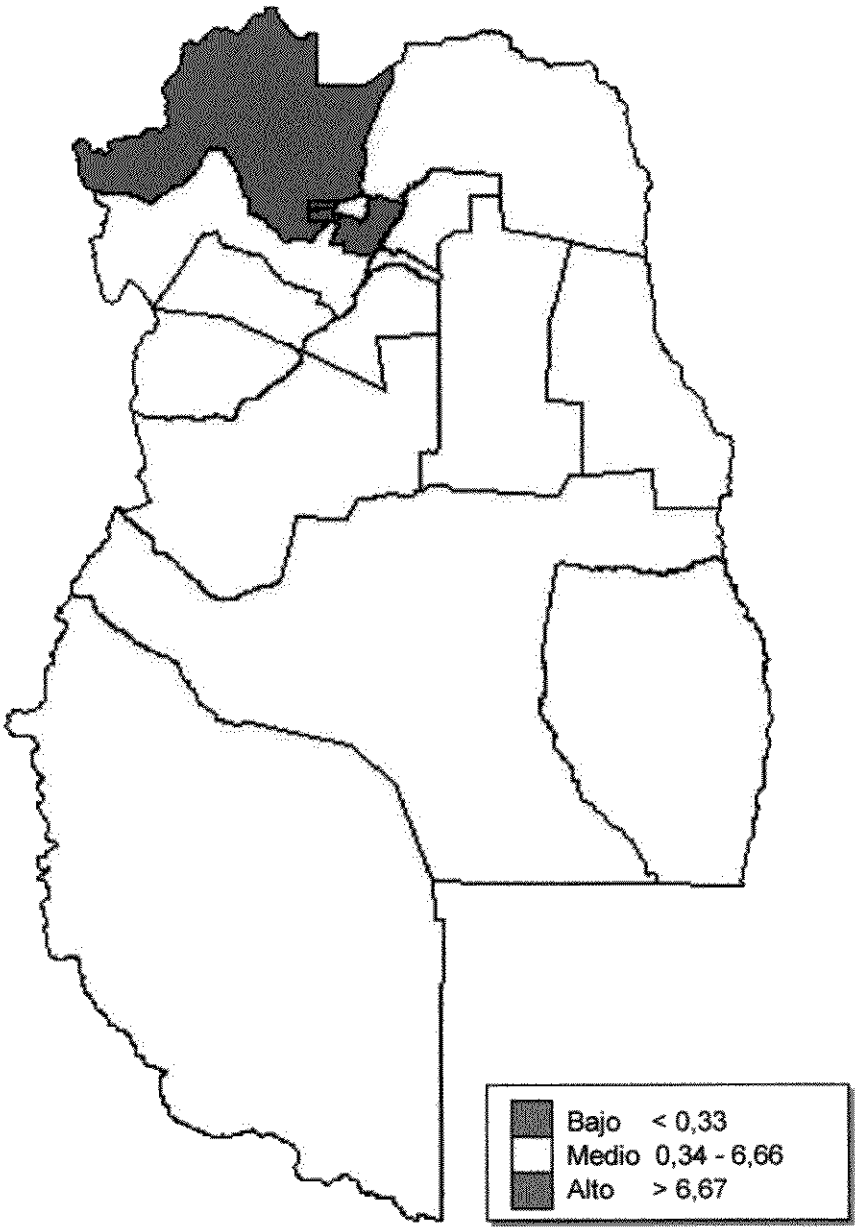


**Promedio de índices de atención en salud
Reproductiva, por área departamental
Provincia de Mendoza**

Aquí se presentan los valores correspondientes al promedio, en cada área departamental, de los seis índices ya descriptos, lo que da una idea resumen del desarrollo del PPSR en cada área.

Dicho promedio es un número en la escala del 0 al 10 que puede ser traducido a tres categorías: bajo (de 0 a 3,33), medio (de 3,34 a 6,66) y alto (de 6,67 a 10).


**Promedio de índices de atención en salud
reproductiva, por área departamental
Provincia de Mendoza**



APÉNDICE II

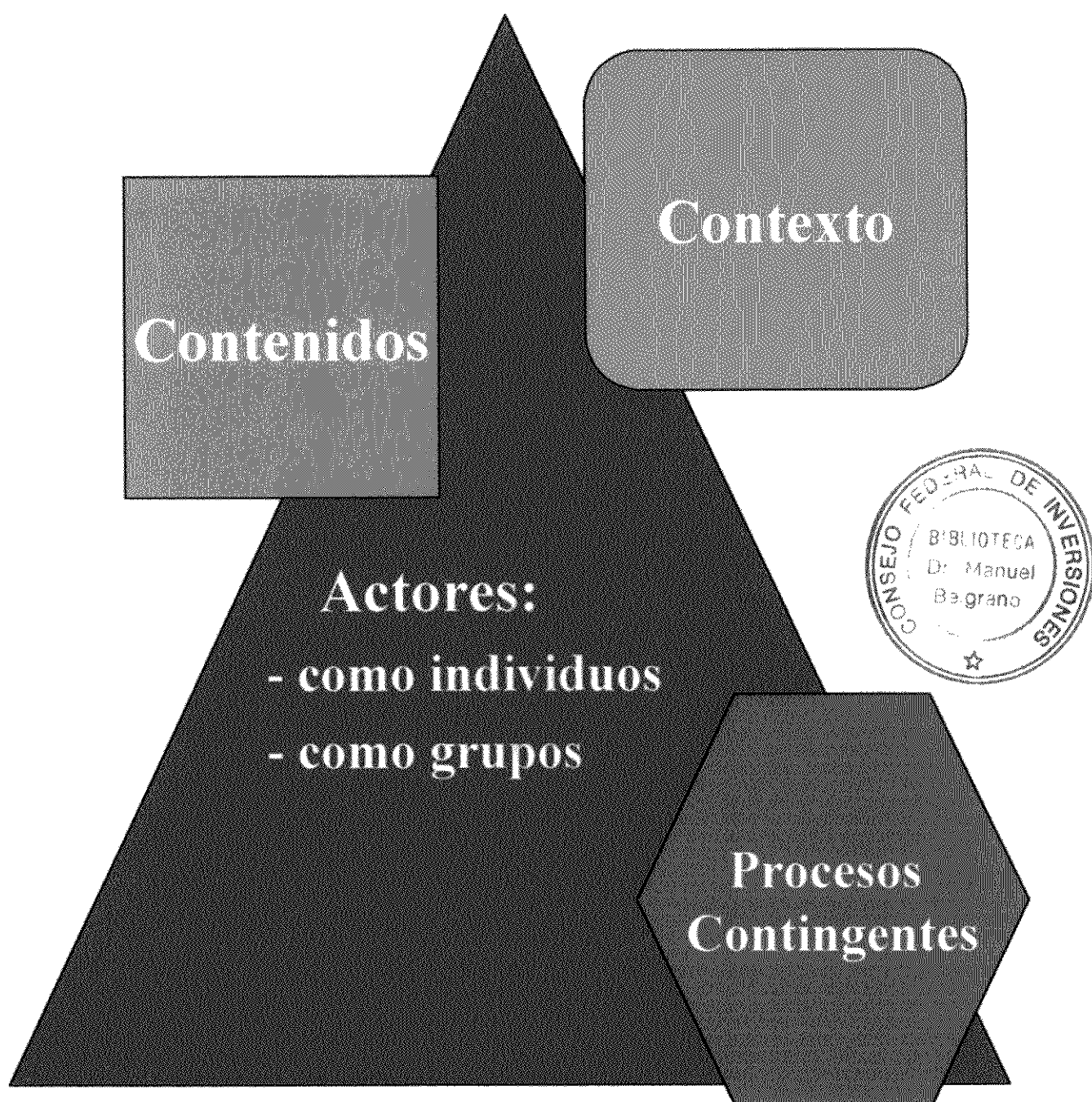
Copias de las filminas de la presentación a decisores

Proyecto: Evaluación de las acciones asistenciales, desarrollo institucional y satisfacción de usuarias del Programa de Salud Reproductiva



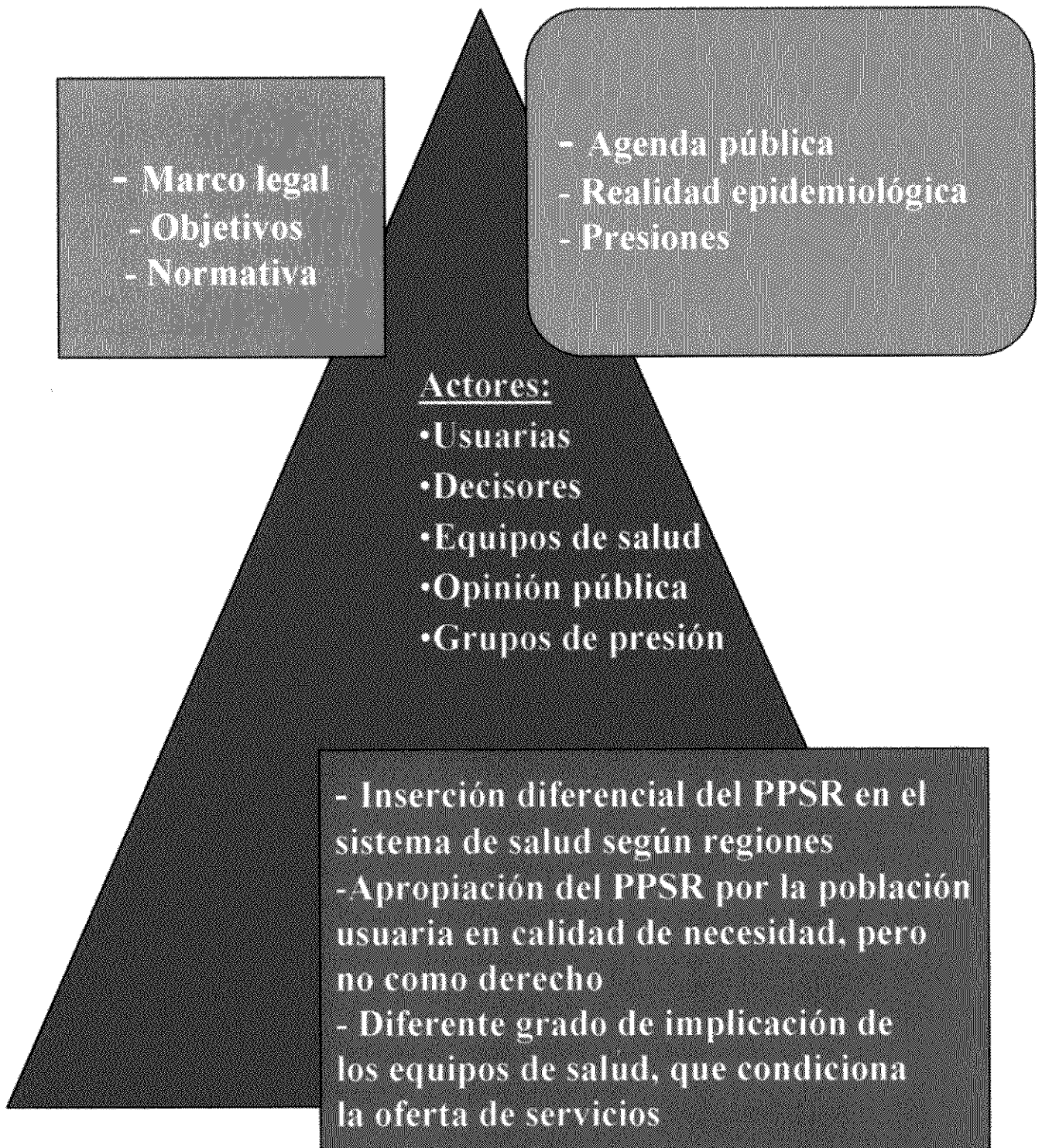
Investigación financiada por el
Consejo Federal de Inversiones

Modelo para el análisis de Políticas Sanitarias (1)



(1) Walt & Wilson, Health Policy and Planning

Evaluación del Programa de Salud Reproductiva





Objetivos

- Evaluar la disponibilidad de recursos para brindar la asistencia prevista por el Programa en el sistema de salud provincial
- Conocer opiniones sobre el Programa, valores y la predisposición hacia la salud reproductiva en los equipos de salud
- Conocer opiniones de las usuarias sobre su satisfacción con el Programa.



Metodología seguida

- Censo de recursos en los 23 hospitales, 251 centros de salud y 38 postas de las 4 regiones sanitarias de la provincia.
- Encuesta a un profesional por efector
- Grupos focales con profesionales que trabajan en SR para profundizar en los resultados de la encuesta
- Entrevistas en profundidad a usuarias
- Difusión de los resultados entre decisores para elaborar cursos de acción.



Productos de la investigación

- Herramientas para la evaluación continua
- Información sobre disponibilidad de recursos en la red de servicios.
- Información sobre impacto del Programa en los equipos de salud
- Estudio exploratorio sobre calidad percibida, insumo para la construcción de un instrumento de medición de satisfacción.

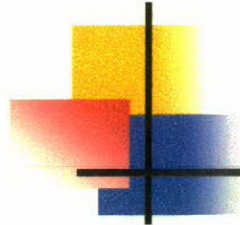


Resultados de la encuesta a integrantes del equipo de salud

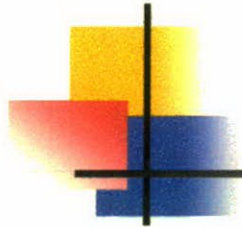
■ Abordaje metodológico

- Universo: personal vinculado a las acciones de SR en hospitales, centros de salud y postas sanitarias de la provincia.
- Diseño muestral: muestra intencional de personal asistencial sobre la base de "mayor contacto con demandantes", profesión y especificidad del rol
- Tamaño muestral: 311 casos efectivos
- Técnica de relevamiento: encuesta cuali-cuantitativa
 - batería de preguntas de respuesta espontánea con codificación cerrada sobre la base de pre test
 - preguntas abiertas sobre aspectos actitudinales y de procedimiento
- Metodología del relevamiento: encuesta telefónica (con algunas encuestas personales cuando fue imposible el contacto telefónico)

Problemas prácticos detectados para la evaluación



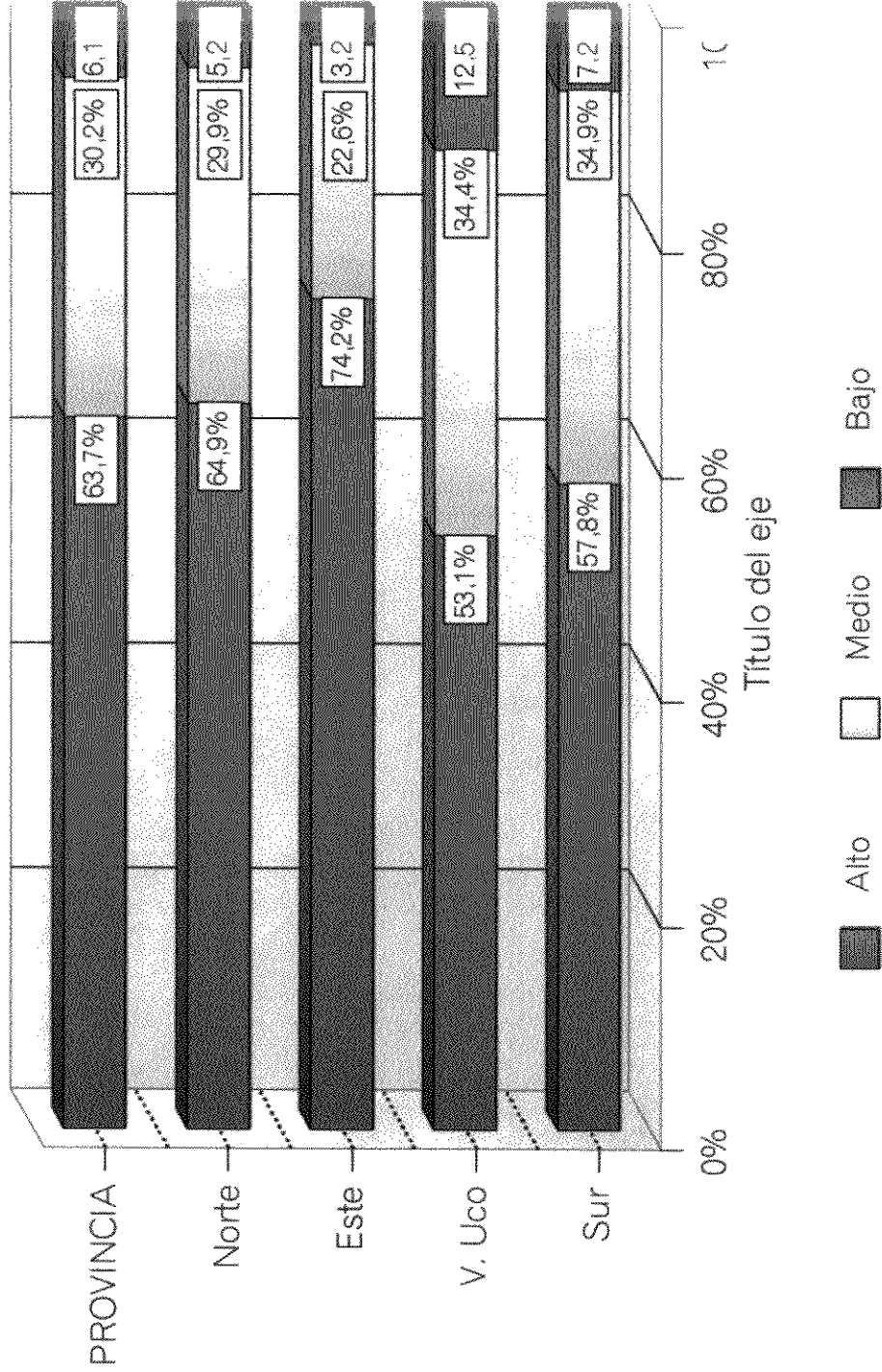
- **1) Insuficiencia de información sobre los centros asistenciales**
 - No fue posible establecer la cantidad exacta de centros en funcionamiento hasta concluir el relevamiento
 - La lista de la Dirección de A.Primaria era incompleta y, de las 18 coordinaciones de área departamental, 9 proveyeron información incorrecta por exceso o defecto
 - Hubo que establecer un sistema de cruce de datos sobre los mismos encuestados con el fin de evitar omisiones
 - La información sobre personal afectado a cada centro adolecía de errores en algo más del 20 % de los casos.
 - Casi 2/3 de los centros de salud de la provincia carecen de teléfono (lo que dificultó el contacto con los encuestados)
 - La información sobre teléfonos de los centros de salud presentó numerosos errores iniciales



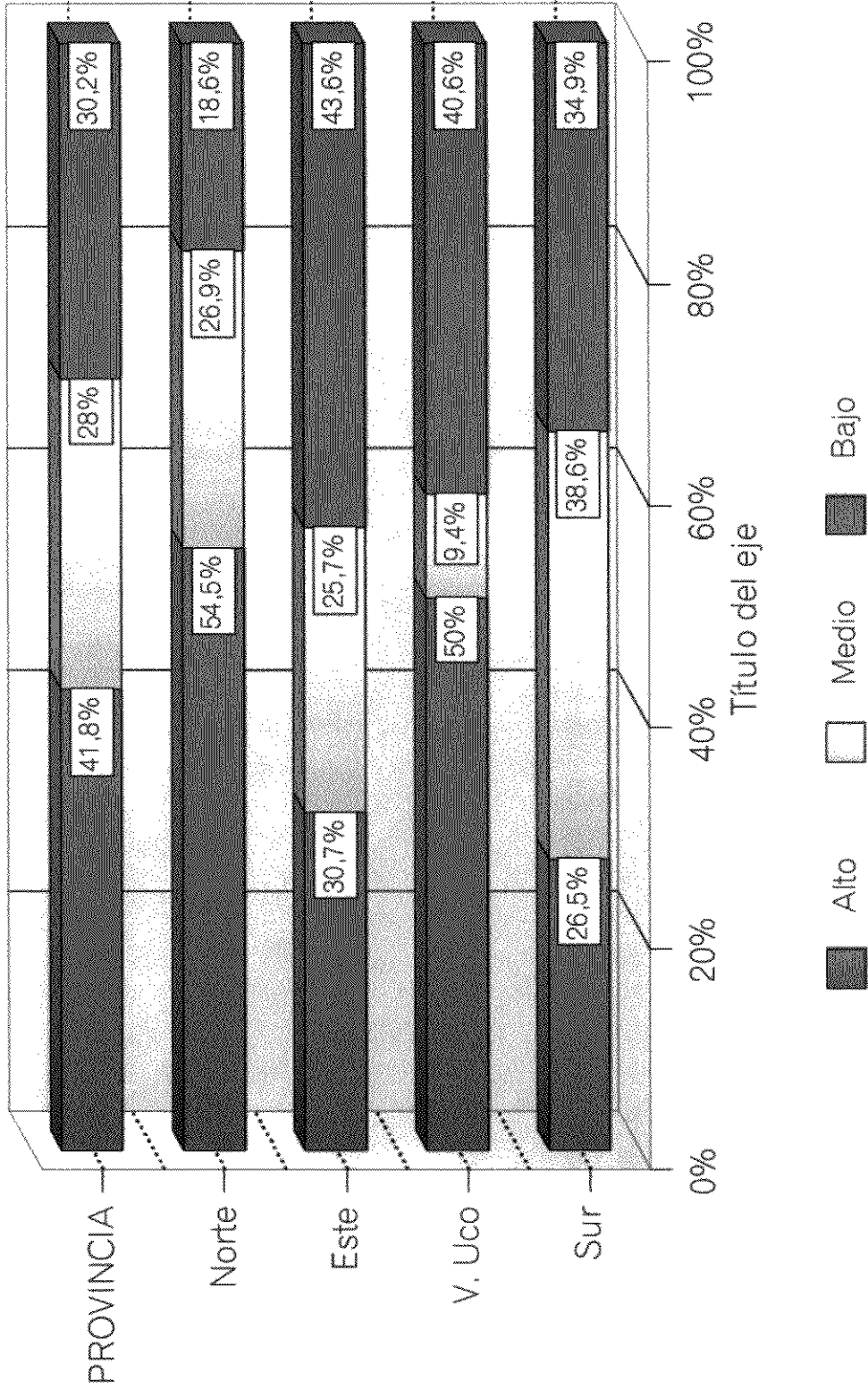
■ **II- Inexistencia de criterios cuantificados**

- No se conoce con exactitud el tamaño de la población objetivo del Programa
- No hay estimaciones de resultados esperados en términos de:
 - Metas de población bajo programa
 - Relación costo/beneficio del Programa
 - Relación ocupación/liberación de recursos
- El registro de las acciones asistenciales es incompleto, por lo que no se conoce con suficiente certeza:
 - El volumen de población bajo programa
 - La tasa de adherencia a los tratamientos
 - El nº de consultas de primera vez y ulteriores

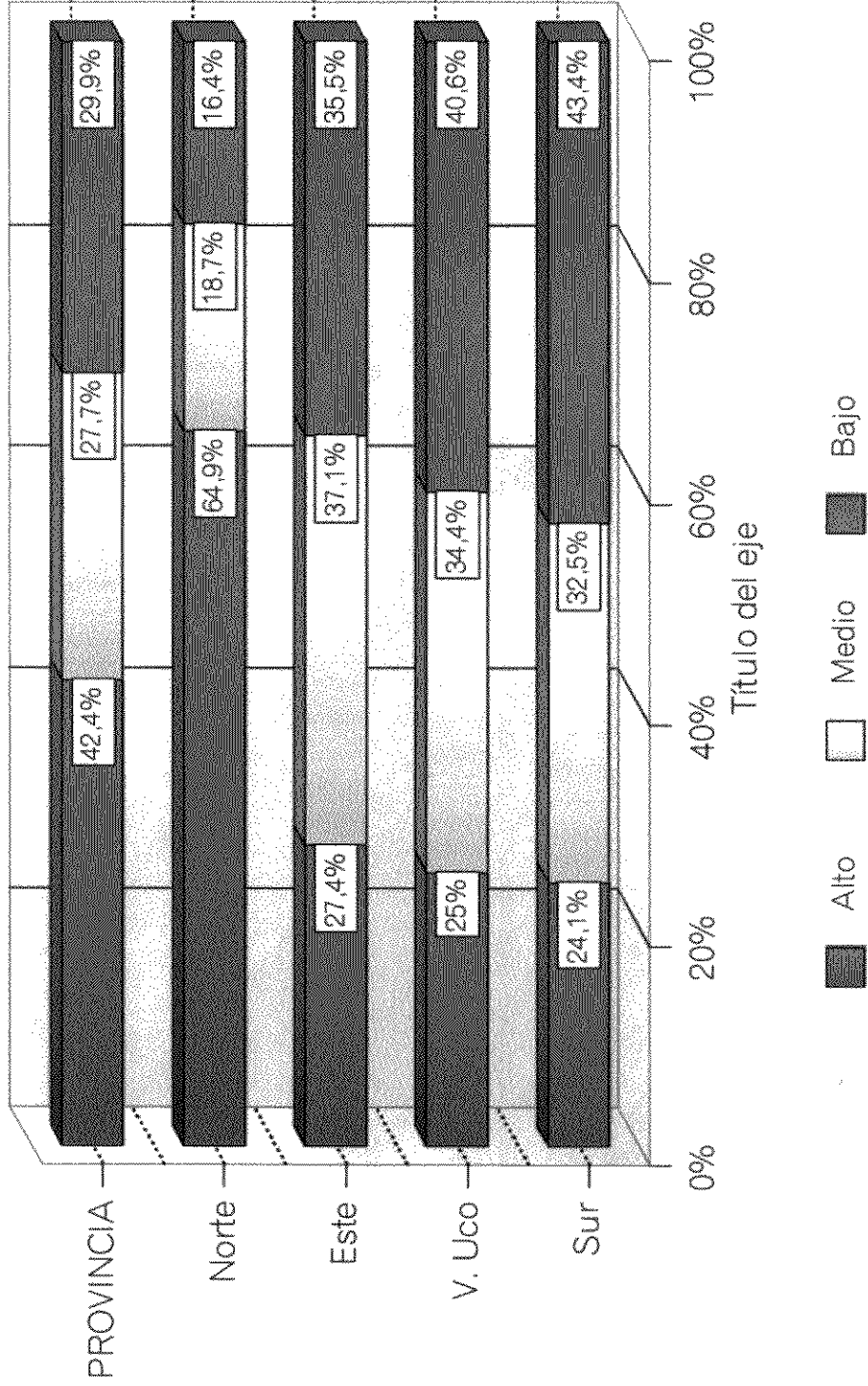
Índice de Oferta Asistencial según zona



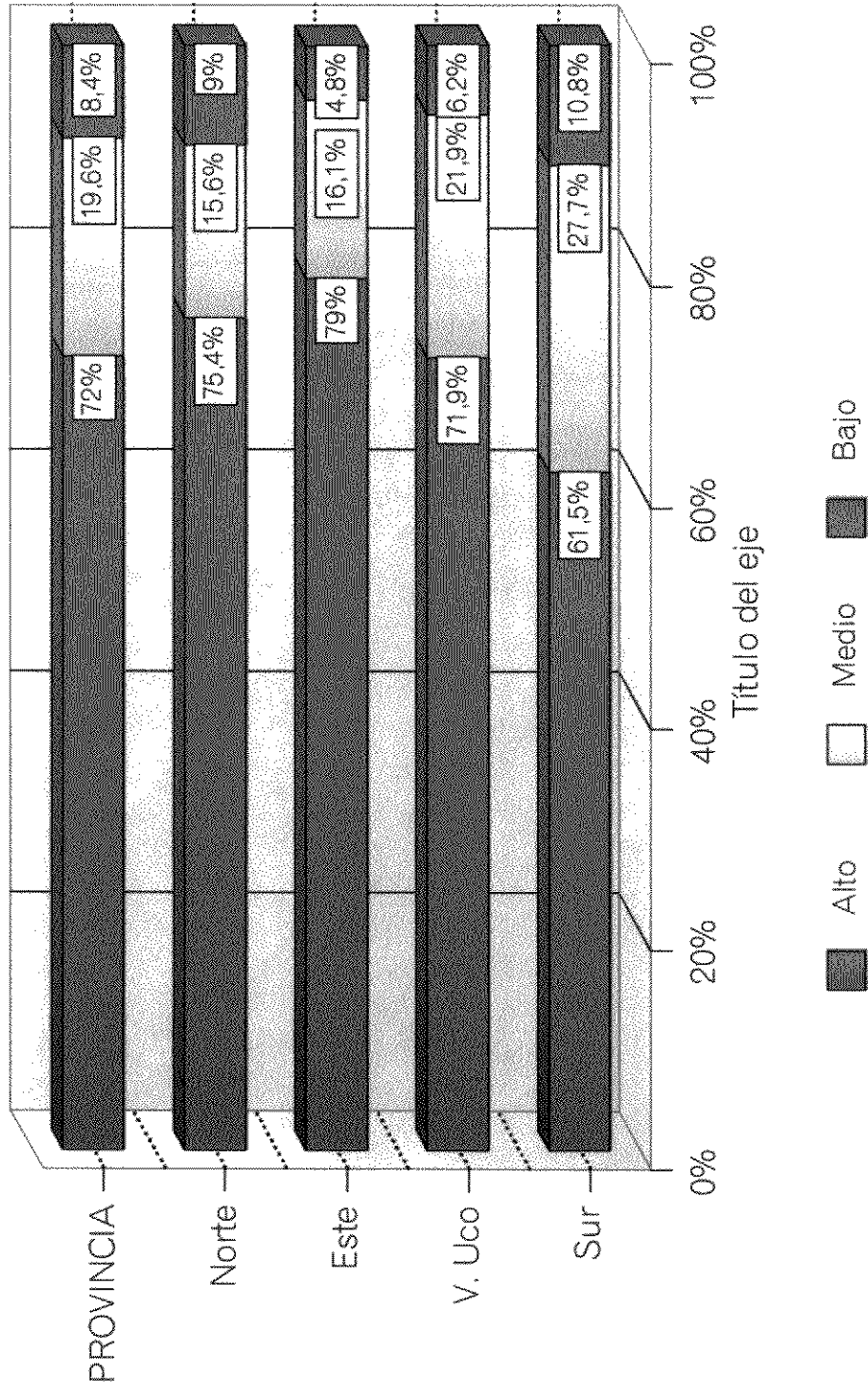
Índice de Recursos Humanos según zona



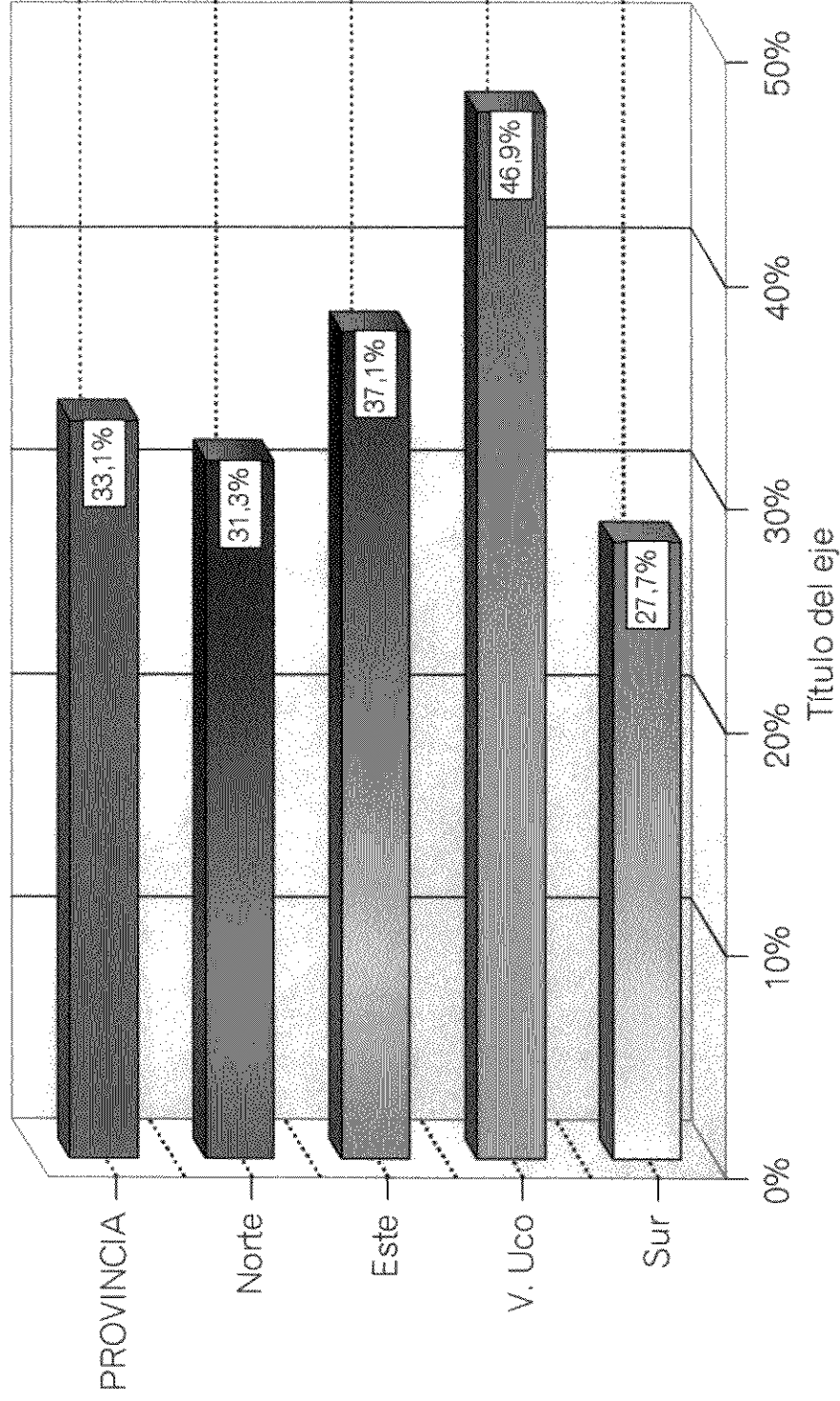
Índice de Recursos Materiales según zona



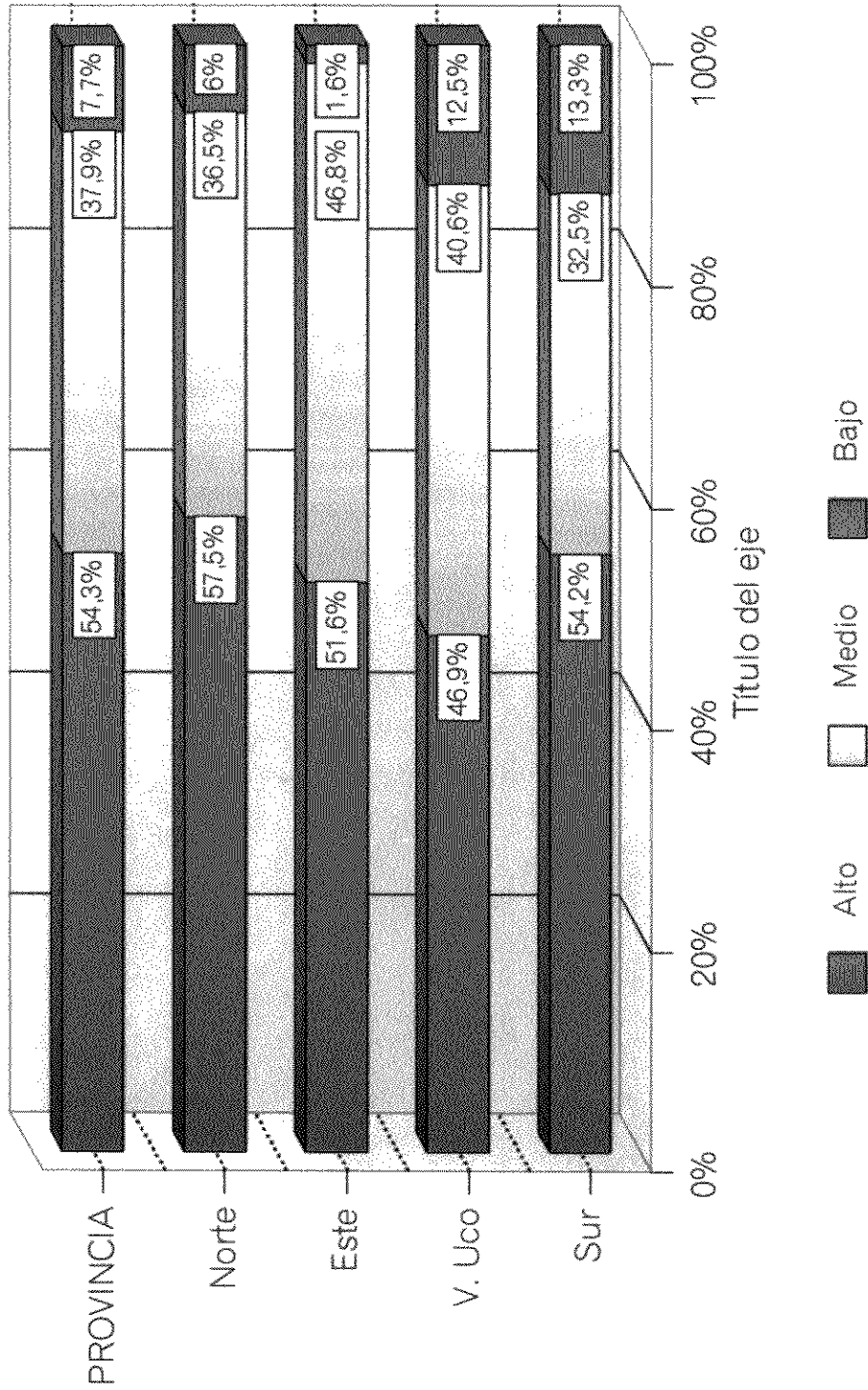
Índice de Insumos Anticonceptivos según zona



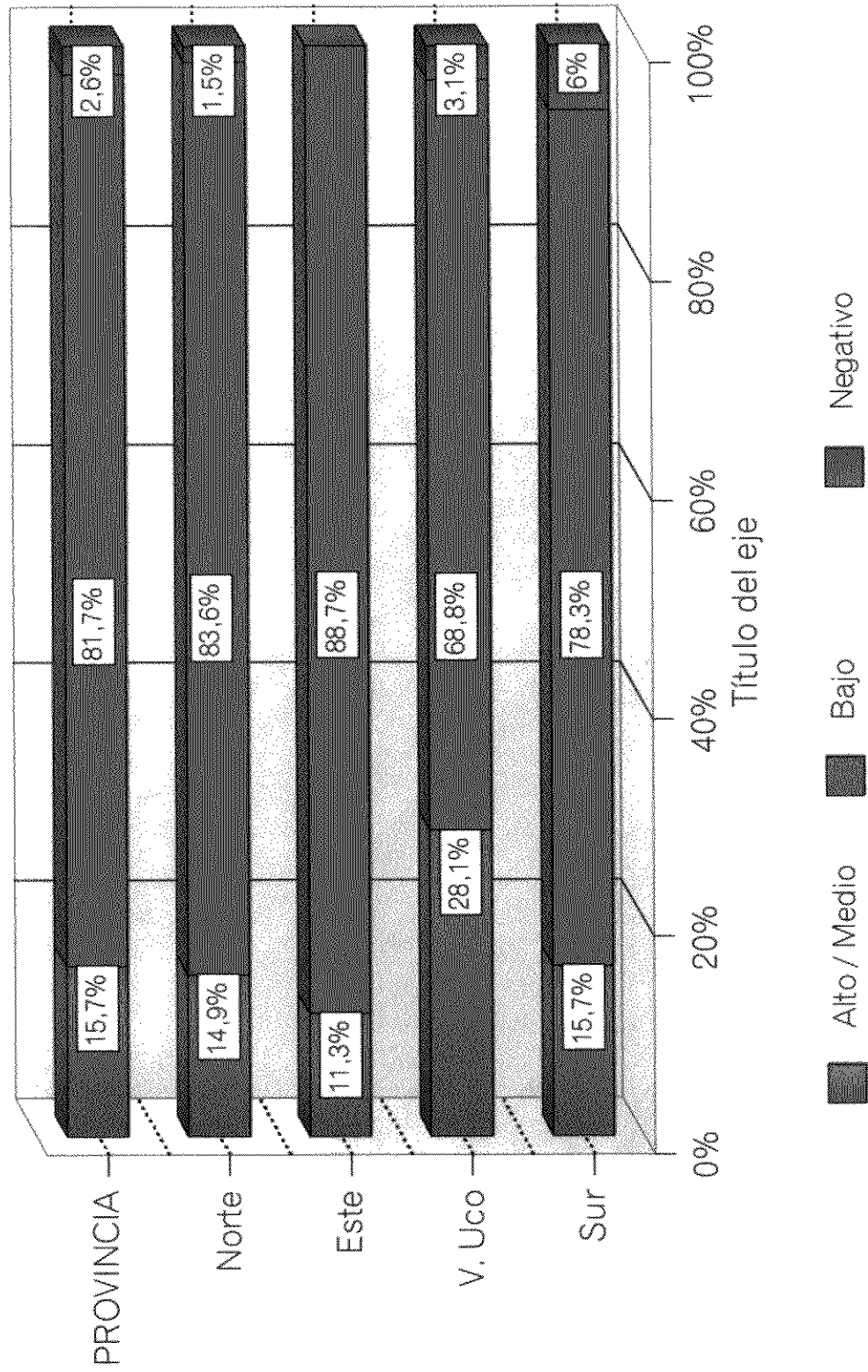
Tuvo problemas de provisión de insumos anticonceptivos según zona



Índice de Acciones IEC según zona



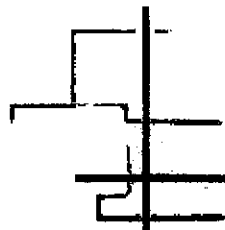
Índice de Información según zona





Otros resultados

- **Parte de los consultados perciben que no se dispone de procedimientos estandarizados para casos críticos**
 - Anticoncepción en adolescentes
 - Abuso sexual
 - Anticoncepción de emergencia
 - Ligadura tubaria
- **Conflicto de jerarquías de derechos no resueltos**
 - Derecho de objeción del médico vs. derecho del paciente a la atención
- **Registro asistemático de acciones asistenciales**
 - Carencia de un sistema unificado de registro
- **Pertinencia de los métodos disponibles**
 - Se detectaron algunos casos particulares de inadecuación entre los métodos ofrecidos y su viabilidad en el contexto



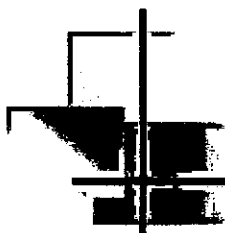
Fortalezas detectadas

- **I- Satisfacción e identificación de los agentes**
 - **Alto grado de pertinencia asignado al programa**
 - La mayoría de los encuestados perciben que el programa está respondiendo a una demanda social muy sentida
 - **Alto grado de identificación con el programa**
 - La mayoría manifiesta un grado importante de identificación personal con los objetivos del programa, si bien existen brechas comunicacionales en este sentido.
 - **Se manifiesta un alto grado de aceptación de tratamientos**
 - Numerosos encuestados señalan que las usuarias aceptan y le dan continuidad a los tratamientos.



- **Escasas resistencias al programa**

- Se manifiestan en tres situaciones:
 - Reticencias en parte de los médicos hospitalarios, expresadas en términos de competencias profesionales.
 - Objetores de conciencia (muy pocos)
 - Resistencias difusas que tendrían base en la colisión de intereses entre esta política pública y la propia práctica privada.
- El número de encuestados que manifiestan resistencias expresas es muy bajo (menos del 5% y sólo médicos), pero en los grupos focales éstas surgen con mayor espontaneidad



II- Los integrantes de los equipos sienten que las acciones que realizan en salud reproductiva están comenzando a tener impacto

- Varios agentes mencionaron que, de acuerdo a estadísticas propias, se habría conseguido impactar en su zona de influencia en cuanto a:
 - La disminución del número de abortos
 - La detección temprana de patologías oncológicas
 - Mayor control de embarazos
 - Menor frecuencia de cuadros depresivos causados por embarazos no deseados
 - Menos embarazos en adolescentes

**CUADRO COMPARATIVO DE LOS EMERGENTES DE LOS GRUPOS FOCALES DE LOS QUE PARTICIPARON
INTEGRANTES DE LOS EQUIPOS DE SALUD PARA ANALIZAR LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA**

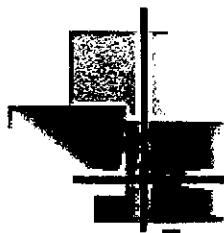
	Zona Norte 1	Zona Este	Zona Norte 2	Valle de Uco
Cantidad de asistentes	4 – 5	13	13	15
Normativa del Programa Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Lograr mejorar la calidad de vida. - Planificación familiar - Los distintos métodos al alcance de todos - Posibilidad de elegir 	<ul style="list-style-type: none"> - Posibilidad de optar por distintos métodos - Objetivos claros 	<ul style="list-style-type: none"> - Procreación responsable - Control de la natalidad - Derecho a la planificación familiar - Suministro de insumos 	<ul style="list-style-type: none"> - Acceso a la planificación familiar - Acceso a métodos anticonceptivos - Disminuir tasa de embarazo - Captar embarazos 1º trimestre para un parto normal. - Evitar muertes de madres e hijos en embarazos no deseados
Insumos	<ul style="list-style-type: none"> - Ante la pregunta dicen que no falta pero luego lo reclaman 	<ul style="list-style-type: none"> - Provisión normal, con irregularidades transitorias 	<ul style="list-style-type: none"> - Se hizo énfasis en la variación de la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en la variación de marcas
Información	<ul style="list-style-type: none"> - Dificultades en escuelas, a veces 	<ul style="list-style-type: none"> - Mensajes no claros 	<ul style="list-style-type: none"> - Se aplican distintas estrategias para llegar a la población 	<ul style="list-style-type: none"> - Se da información, pero se presentan algunas dificultades con las escuelas
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil abordaje - Dificultades en el plano legal 	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil abordaje - Dificultades en el plano legal 	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil abordaje - Dificultades en el plano legal 	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil abordaje - Dificultades en el plano legal
¿Cómo ha cambiado este Programa sus prácticas?	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor trabajo en lo administrativo, llenar planillas 	<ul style="list-style-type: none"> - Se duplicó la cantidad de consultas 	<ul style="list-style-type: none"> - Más trabajo - Mayor cantidad de consultas 	<ul style="list-style-type: none"> - Perjudica en lo económico - Mutualizados van al centro de salud



III- Aspectos que facilitarían aumentar el impacto del programa

■ Componente actitudinal

- Se podría estimar que los mayores índices de acciones asistenciales y de amplitud de oferta de métodos se encuentran estrechamente relacionados con componentes actitudinales de los agentes.
- La existencia de resistencias permite suponer que una acción comunicacional específica permitiría incrementar notablemente el grado de compromiso de muchos actores y, asociado a ello, los índices de acciones asistenciales y de amplitud de oferta.



- **Componente aptitudinal**

- Se detecta personal deseoso de capacitación específica, lo que facilitaría la ampliación de la oferta.

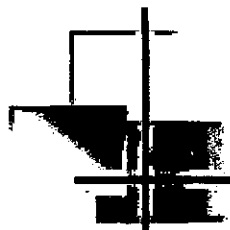
- **Componente organizacional**

- En numerosos centros se detecta que la imposibilidad de aumentar la oferta está ligada a carencias de equipamiento básico e información que presentan grados bajos de dificultad de resolución.
- Pueden establecerse y aplicarse metodologías y tecnologías de sistematización de datos de bajo costo que incrementarían notablemente la información general sobre los efectores, facilitando la planificación no sólo del programa, sino del conjunto de los objetivos involucrados



Demandas expresadas por los encuestados

- ▣ **Continuidad del programa**
 - ▣ Se teme que una interrupción del programa produzca un retroceso en la situación sanitaria de la población atendida.
- ▣ **Continuidad de la provisión de insumos**
 - ▣ La continuidad en la provisión de insumos es considerada un factor crítico del éxito de las acciones vinculadas al programa
- ▣ **Mayor difusión del programa (medios masivos)**
 - ▣ Los agentes advierten una baja difusión en lo que consideran población objetivo y demandan campañas masivas y la colaboración de Educación con el objeto de ampliar el conocimiento sobre el Programa.



■ **Disponibilidad de recursos materiales**

- En algunos centros es muy fuerte la demanda de recursos materiales básicos
 - Camillas
 - Instrumental ginecológico
 - Insumos para exámenes complementarios
- Otros hacen hincapié en la agilidad y eficacia que debería acompañar a las derivaciones en cuanto a:
 - Consultas especializadas
 - Exámenes complementarios

■ **Disponibilidad de recursos humanos**

- En numerosos centros se advierte la carencia de personal especializado en relación a la población de su área programática y a las dificultades de derivación

Resultados de las entrevistas a usuarias



ACCESIBILIDAD

GRATUIDAD - ACCESIBILIDAD

- *“hasta hace unos años si no tenías plata te quedabas embarazada, aunque no quisieras...”*
- *“...hay veces que te querés cuidar pero no tenés plata para comprar las cosas”*

GRATUIDAD – EXPECTATIVAS

- *“Parto de que esto es gratis...no se puede tener muchas pretensiones”*

COMPETENCIA

RECEPTIVIDAD – GÉNERO

...”dudaba de tener otro hijo y lo consulté con la doctora. Me gustó que ella me hablara como mujer antes que como médica”...

...“muchas veces en las charlas me da vergüenza hacer preguntas. Me gusta que la doctora sea mujer porque no sé si me animaría a preguntarle a un hombre”.

“...el médico me dijo: bueno, si no hay método que le dé resultados se tiene que divorciar...o... cómo se queda embarazada con esa obesidad...y cosas así. A los hombres esto les importa poco...”

COMPETENCIA - ELECCIÓN

“ ...no nos gusta la atención del Los médicos son malísimos y te atienden en el aire. Me voy al aunque me quede lejos porque la doctora de allí es muy buena...si se va de vacaciones te deja anotada en un cuaderno para que la enfermera te entregue las pastillas”

“...con el tercer parto tuve un problema con el ginecólogo. Como no me trató bien me fui al”

COMUNICACIÓN

Privacidad

...“en el hospital el doctor no deja que le abran la puerta, pero en el centro de salud te atienden con la puerta abierta. Pasa el que limpia, cualquiera...es un exhibicionismo”

“...el consultorio no es muy lindo pero nunca nadie interrumpe”

“ es una de las pocas médicas que no deja pasar a nadie cuando te está atendiendo. Una vez me vio con una practicante, pero que no se metió... la doctora me hablaba a mí”

INFORMACIÓN

“...hasta que fui a una charla no sabía lo que era la vulva, ni qué era ovular.. con lo que aprendí me siento mucho más segura”

“....como no sabía nada me puse cuatro inyecciones en un mes”

Información – Lenguaje

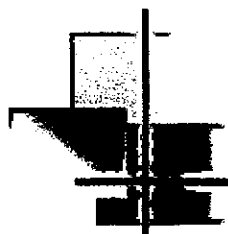
“...nos dicen las cosas con el nombre que las conocemos”

“...es muy clara para gente como yo. Con las palabras y con los dibujos...”

Información - Elección

“Nunca me obligaron a nada. Yo me decidí por las pastillas porque es lo que más me gusta para cuidarme”

“Lo bueno es que no te dicen : esto es así o así, sino: las posibilidades son éstas y los riesgos aquellos. Te explican los pro y los contra”



Datos adicionales

Resultados de una encuesta de opinión pública
sobre el Programa Provincial de Salud
Reproductiva realizada por la Fundación de
Investigaciones de la UNCuyo, en forma
simultánea al presente proyecto de
Investigación

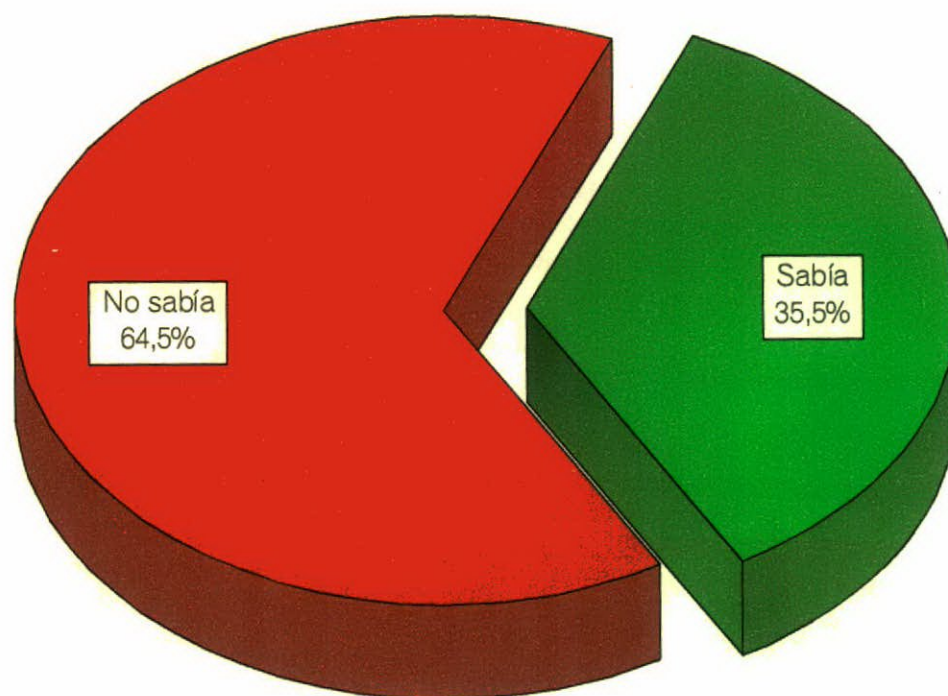
Datos adicionales - Conocimiento de la existencia del PPSR

#Encuesta de 400 casos a residentes del Gran Mendoza de entre 16 y 80 años

#18 al 23 de noviembre de 2000

#Pregunta: *"Hablemos un poco de salud. ¿Sabía que desde hace ya un par de años se está brindando en forma gratuita en los centros de salud y hospitales de Mendoza asesoramiento y elementos para anticoncepción, para cualquier persona que lo solicite?"*

N = 400 casos



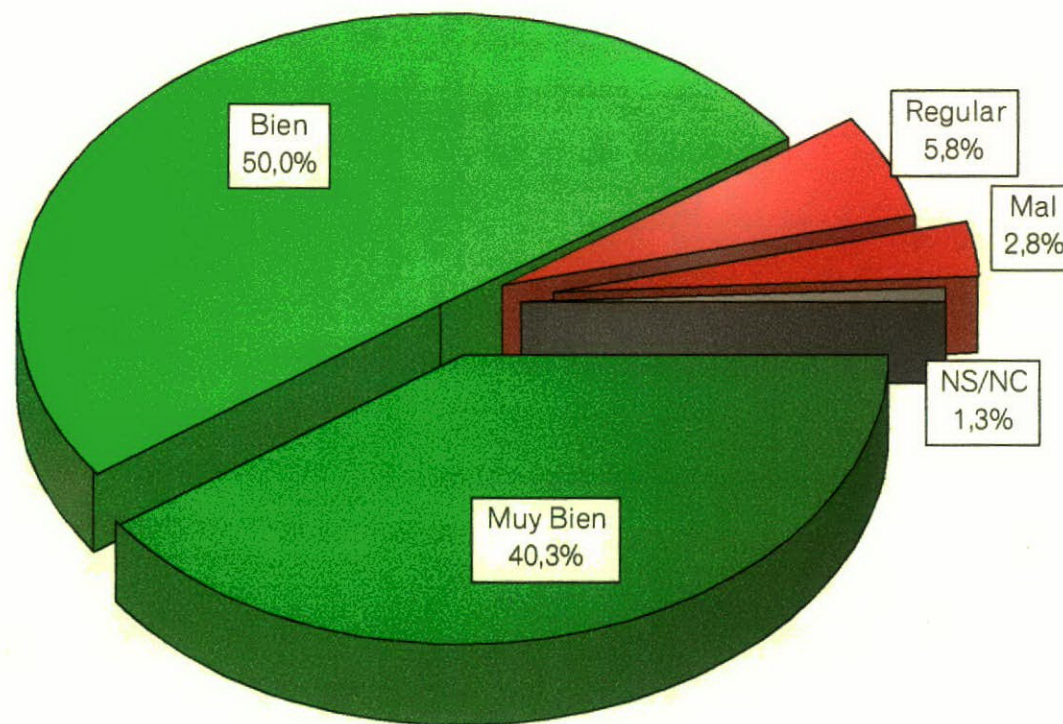
Datos adicionales - Evaluación finalidad del PPSR

#Encuesta de 400 casos a residentes del Gran Mendoza de entre 16 y 80 años

#18 al 23 de noviembre de 2000

#Pregunta: ¿Cómo juzga esta acción de gobierno?

N = 400 casos



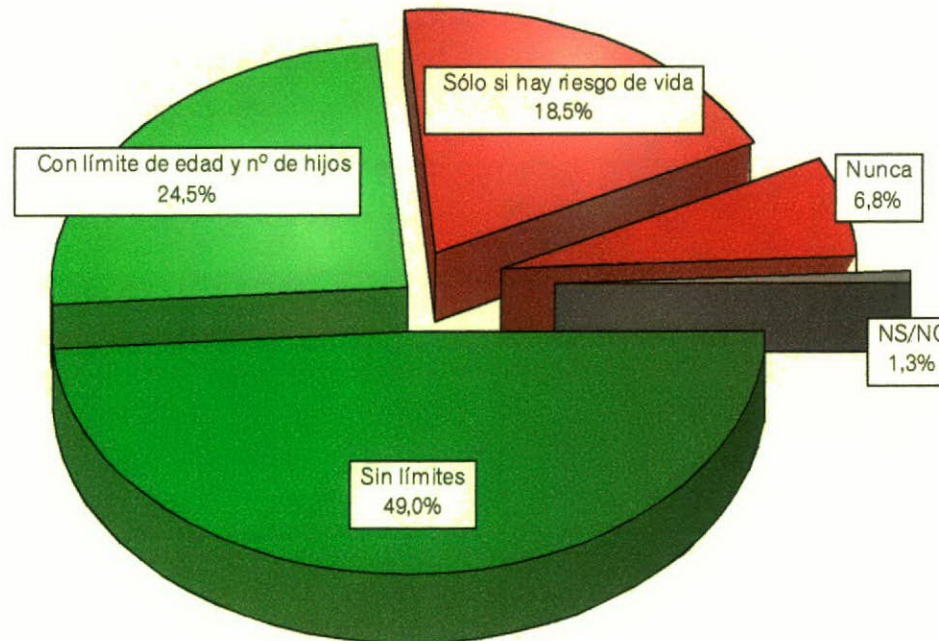
Datos adicionales - Posición frente a ligadura de trompas

Encuesta de 400 casos a residentes del Gran Mendoza de entre 16 y 80 años

18 al 23 de noviembre de 2000

Pregunta: *"Otro tema: desde hace un tiempo se está discutiendo sobre si deben o no hacerse ligaduras de trompa en los hospitales públicos y en qué caso. Le pido que mire esta tarjeta y me diga cual es la opción que mejor refleja su punto de vista"*

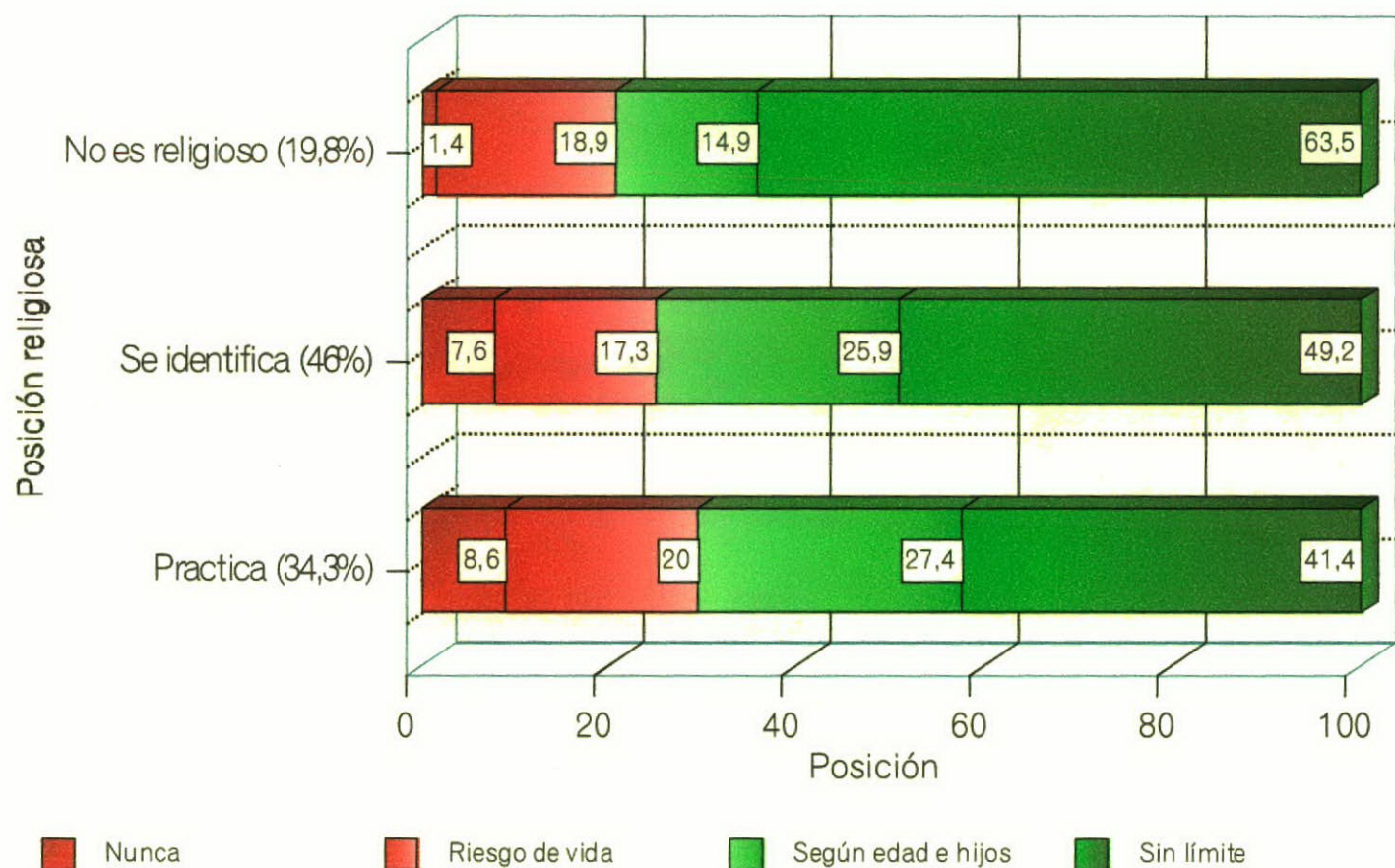
- 1. En ningún caso debería hacerse ligaduras en hospitales públicos
- 2. Sólo debería hacerse cuando haya riesgo de vida para la madre.
- 3. Sólo debería hacerse si la mujer tiene más de cierta edad y ha tenido ya varios hijos
- 4. Debería hacerse a cualquier mujer que lo pidiera, obligando a que pasen al menos tres meses para que lo piense bien.



Datos adicionales - Posición frente a ligadura según posición religiosa

Encuesta de 400 casos a residentes del Gran Mendoza de entre 16 y 80 años

18 al 23 de noviembre de 2000



APÉNDICE III

Referencias bibliográficas

Revisión bibliografía final

Langer A.; Nigenda G. y Catino J., 2000 "Health sector reform and reproductive health in Latin America and the Caribbean: strengthening the links", Bulletin of the World Health Organization, vol. 78 (5), pág. 667-676

Atendiendo a las oportunidades que brindan las reformas para mejorar la salud reproductiva, así como los vínculos entre los dos procesos, este trabajo pone de relieve el paralelismo de los objetivos de la atención de salud reproductiva y de la reforma del sector salud. Ambos aspiran a promover un acceso equitativo a una asistencia de alta calidad mediante la aplicación de enfoques integrados de la atención primaria y la participación del público general en el establecimiento de prioridades sanitarias en lo relativo al gasto asistencial y al diseño y la prestación de servicios.

Se identifican tres temas de importancia en relación tanto con la salud reproductiva como con las reformas del sector salud: la descentralización, los cambios experimentados por la financiación de los servicios de salud y el papel del sector privado.

Los autores concluyen que los procesos relacionados con las reformas del sector salud y la salud reproductiva no se han coordinado bien hasta ahora en la región. La falta de voluntad política, unida a los limitados recursos disponibles y a la deficiente capacidad técnica y de gestión, también han dificultado el desarrollo de políticas y programas en el nivel de ejecución.

Se sostiene que es necesario elaborar e institucionalizar los mecanismos de diálogo, emplear procedimientos participativos para vigilar los progresos realizados, y llevar a cabo nuevas investigaciones sobre la interrelación entre las reformas sanitarias y la atención de salud reproductiva.

Matera F.; Brulc A.; Cohen D.; Ledesma F.; Orsi C. y Pereira T.; Subcomisión de Ética Clínica de la Sociedad Argentina de Pediatría; "Acerca de la ley de salud reproductiva y procreación responsable (ley N° 418)", Archivos Argentinos de Pediatría 2000; 98 (5) pág. 345

Los autores sostienen que la ley de salud reproductiva y procreación responsable aprobada en julio de 2000 por la Legislatura de la Ciudad de Bs. As. es un instrumento de extraordinario valor para la prevención y el tratamiento de situaciones críticas en las que aparecen involucrados niños/as y adolescentes.

A continuación, refutan las tres principales objeciones que han planteado algunos grupos que se oponen a esta ley: desarrollan una reflexión crítica sobre el ejercicio de la patria potestad, la vida como derecho fundamental, y la objeción de conciencia vs. las obligaciones profesionales del médico.

En cuanto a esta última, sostienen que la posibilidad de objeción llevaría a dos alternativas: a que se haga abandono del paciente (situación que descartan de plano) o a que se lo derive a otro profesional, desconociendo el vínculo entre médico y paciente. Concluyen que, anteponer los valores e intereses del profesional a los del propio paciente es una posición, históricamente y desde una perspectiva moral, difícilmente defendible.

Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud; O.M.S.

Este trabajo plantea un nuevo enfoque en el tema de la evaluación de los servicios de salud. Define a los sistemas de salud como "conjunto de actividades cuyo propósito fundamental es mejorar la salud" y señala que "el ámbito de acción de los sistemas de salud abarca todos los subsectores".

Para la evaluación de los servicios de salud considera tres dimensiones o indicadores de calidad: el nivel de salud alcanzado por la población, la aceptabilidad del sistema para la población y la distribución entre los diversos grupos sociales de la carga financiera para mantener dichos servicios. En las tres dimensiones se hacen presentes conceptos de equidad.

En particular, para medir el grado en que un sistema responde a las expectativas de la gente, propone que se consulte directamente a la población sobre dos criterios principales: en qué medida el sistema muestra respeto por la dignidad de la persona humana; y cuál es el cuidado puesto en la atención de los demandantes. Esto permite juzgar la calidad de un sistema de salud visto desde la perspectiva de los usuarios.

Vasilachis de Gialdino, Irene, Los métodos cualitativos 1 - Los problemas teórico-epistemológicos, Centro editor de América Latina S.A.; Buenos Aires, 1993

Este es el primer volumen de una serie de tres, cuyo tema es el tratamiento de los métodos cualitativos. Dichos trabajos fueron realizados en el Centro de Estudios de Investigaciones laborales, en el ámbito del CONICET.

En este volumen se desarrollan siete tesis que relacionan a las estrategias cualitativas con el marco de las teorías con status de paradigma dentro de las ciencias sociales. En la séptima tesis se plantea la estrategia de la triangulación a través de la cual se combina la aplicación de metodologías cuantitativas y cualitativas, entre otras. Deben siempre estar claras las bases sobre las cuales puede hacerse un correcto uso de la estrategia de triangulación, despejando las posibilidades de distanciamiento entre decisión metodológica y reflexión epistemológica. "La triangulación es un plan de acción que le permite al sociólogo superar los sesgos propios de una determinada metodología". "La estrategia fundamental del abordaje multimétodo es atacar el problema a investigar con un arsenal de métodos que no superpongan sus debilidades y que además agreguen sus propias ventajas complementarias". La triangulación permite que, por una parte, se obtengan resultados fuertemente sostenidos y validados, y por otra, una mejor comunicación de estos en cuanto a la explicitación proveniente de la evidencia en la práctica de una posición del investigador nunca privilegiada ni omnisciente.

Forni, Floreal H, Gallart, María Antonia; Vasilachis de Gialdino, Irene; Los métodos cualitativos 2 La práctica de la investigación, Centro editor de América Latina S.A.; Buenos Aires, 1993.

La utilización de métodos cualitativos requiere de un exhaustivo balance de sus ventajas y debilidades, teniendo en cuenta su especificidad como estrategia y los objetos de estudio a los cuales son dirigidos. Para esta estrategia es central un correcto uso del método comparativo. Los criterios de dicha utilización están referidos a la elección de la muestra y su fundamento empírico, a los controles de validez y objetividad en la recolección de la información y a los elementos que conformaron las categorías conceptuales, incluyendo la explicitación de los procedimientos. El abordaje del espacio en que convergen los métodos cualitativos y el análisis lingüístico

es posible desde el reconocimiento de los supuestos que ambas estrategias comparten. El análisis de la interacción conversacional, de los actos de habla, de los reparos en la centralidad del lenguaje, la relevancia del contexto, y la función del intérprete se presentan como modos de operar con sus procedimientos adecuados para la práctica de la investigación desde el punto de vista del análisis lingüístico.

Bibliografía general de consulta

- Normativa del Programa Provincial de Salud Reproductiva – Mendoza (1999)
 - Ley provincial N° 6433/96
 - Decreto reglamentario N° 2010/98
 - Resolución Ministerial N° 962/99, en donde, a partir de un diagnóstico de situación y de un breve marco conceptual, se describe el PPSR.
 - Ley N° 1363/91 – La Pampa
 - Ley N° 3059/96 – Río Negro
 - Ley N° 4276/96 – Chaco
 - Ley N° 8535/96 – Córdoba
 - Ley N° 2222/97 – Neuquén
 - Ley N° 5133/99 – Jujuy
 - Ley N° 418/00 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- Programa Nacional de Atención Integral de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud - Chile - 1997/2000
- José García Núñez, Guía para la Evaluación de Programas y Proyectos en Salud Reproductiva, Serie de documentos técnicos N° 4 – 1996 – UNFPA
- García Núñez, José; Evaluación de Programas de Planificación Familiar: Guía detallada para Administradores y Evaluadores, Profamilia, Colombia, 1992.

- Fisher, A., Laing J., Stoeckel JE, Townsend JW.; Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar, Segunda edición, The Population Council, 1991
- Matamala, MI, Berlagosky, F. y otras, Calidad de la atención, Género ¿Salud Reproductiva de las mujeres?, Reproducciones América, Santiago, Chile, 1995.
- Walt G. y Gilson L.; Reforma del sector sanitario en los países en vías de desarrollo: el papel central del análisis de las políticas En : Health Policy and Planning. 1994; 9 (4): 353-370.
- Oficina de Evaluación del Banco Interamericano de Desarrollo, Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos, Doc. sin fecha.
- Doc sin publicar, Modelo de evaluación centrado en los utilizadores, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España, 1998
- Rodríguez, J., Guillén, M., Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea, Revista Española de Investigaciones sociológicas, 59/92 pp. 9-18
- Rovere, Mario; Planificación estratégica de los recursos humanos en salud, OPS, 1993
- Mira, C. Vitaller y otros, La satisfacción del paciente: conceptos y aspectos metodológicos, en Journal of health psychology 4(1), 1992.

- Wernicke de Motta, A. Castro, L. Sexualidad en la adolescencia y anticoncepción, En Publicaciones de la Subsecretaría de Salud Ministerio de Desarrollo Social y Salud Gobierno de Mendoza Vol. 1, 1998.
- Sin publicar, Encuesta sobre hábitos sexuales de los mendocinos, Bollati, Rico Toro y Asociados, Sondeos de Opinión e Imagen, Mendoza, noviembre de 2000.
- Servicios de Salud de Veracruz, Planificación Familiar, Dirección de Salud Pública Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de SR, Méjico 1998
- Johns Hopkins Population Communication Services (JHU/PCS) Resultados de la Evaluación de la Campaña de Medios sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar, Bolivia, 1995.
- Barranco J., Solas O y otros La obtención de información mediante entrevista. Diseño y validación de cuestionarios. cáp. 68 en Gallo FJ et al: Manual del residente de Medicina Familiar y comunitaria Ed. Beecham, Madrid 1993 (729-741)
- San José Garcés, Reformas sanitarias en Europa y la elección del Usuario, Ed. Díaz de Santos, 1994
- Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y el grupo de discusión cáp. II.3,segunda parte pág. 153-186 en El análisis de la realidad social-métodos y técnicas de investigación Compilación de García Ferrando M. et al. Alianza Universidad. 1986.

- Ibáñez J., Perspectivas de la investigación social : el diseño en la perspectiva estructural cáp. I.2, pág. 31-66 en primera parte de El análisis de la realidad social-métodos y técnicas de investigación. Compilación de García Ferrando M. et al. Alianza Universidad. 1986.
- Comín Beltrán E., Validación de encuestas en Revista Atención Primaria mayo 1990; 7(5): 386-390.
- Blalock Hubert M., "Estadística Social", Fondo de Cultura Económica, México, 1992, pág. 289 a 319
- U.S. Departament of health and human services Focus Group. Interviews. Maryland, National cancer Institute 1984.
- Ejazddin- Khan M., Anker M, et al. The use of focus groups in social and behavioural research: some methodological issues. World Health Statistic Quarterly. 1991; (44): 145- 49.
- Vilchez-Plaza C., Mateo García M.: Salud y actitudes preventivas de las mujeres en una zona semi-urbana: una aproximación cualitativa Revista Salud 2000, Noviembre 1994 (49):5-10

Resumen del Proyecto financiado por el Consejo Federal de Inversiones

Ministerio de Desarrollo Social y Salud de Mendoza

Periodo de realización: septiembre de 2000 a abril de 2001

Coordinadora del proyecto: Lic. Cecilia Molina

Tema: Evaluación y monitoreo de las acciones asistenciales, desarrollo institucional y satisfacción de usuarias del Programa de Salud Reproductiva de Mendoza.

Objetivos del trabajo: 1) Evaluar los recursos materiales y humanos disponibles en los hospitales, centros de salud y postas sanitarias dependientes del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y de los 18 municipios, para prestar las acciones asistenciales del Programa; 2) Medir y analizar niveles de información sobre contenidos del Programa, actitudes acerca de la salud sexual y reproductiva y acciones desarrolladas por profesionales y auxiliares de todos los efectores que participan del componente asistencial del Programa y 3) Conocer aspectos relacionados con la satisfacción de las usuarias.

Diseño: Cualitativo-cuantitativo, con triangulaciones.

Metodología: Se censaron los 23 hospitales, 251 centros de salud y 38 postas sanitarias distribuidos en las cuatro regiones sanitarias en que está ordenada la provincia de Mendoza para identificar los recursos disponibles y conocer las opiniones de profesionales que llevan adelante el Programa. Para ello se diseñó una encuesta cuanti-cualitativa con batería de preguntas de respuesta espontánea con codificación cerrada sobre la base de pre-test y preguntas abiertas sobre aspectos actitudinales y de procedimiento. La encuesta se aplicó a una muestra intencional de 311 casos efectivos, que comprendió a personal que trabaja en los centros, y que fue seleccionado en base a pertinencia en relación a la salud reproductiva y a dedicación horaria al efector. Los respondentes fueron 77 por ciento médicos, 22 por ciento enfermeros y obstétricas y 1 por ciento agentes sanitarios; 50 por ciento varones y 50 por ciento mujeres. Una vez procesados los resultados de la encuesta, se convocó a profesionales que fueron encuestados y a otros cuya función tiene implicaciones en salud reproductiva (gerentes asistenciales y farmacéuticos hospitalarios) para analizar

los datos obtenidos, en cuatro grupos focales de tres de las cuatro regiones sanitarias de la provincia. Simultáneamente, se realizaron entrevistas en profundidad a usuarias del Programa atendidas en hospitales y centros de salud, de diferentes edades e historias reproductivas. El guión de las entrevistas consideró las variables que se utilizan para medir satisfacción general con los servicios de salud (accesibilidad, comunicación, trato, competencia, capacidad de respuesta, confidencialidad y tangibilidad). Las conclusiones finales y sugerencias del proyecto fueron trianguladas con funcionarios de áreas de gobierno central que tienen poder de decisión sobre la temática estudiada (Salud, Desarrollo Social, Mujer, Comunicación) quienes incorporaron nuevas sugerencias que apuntan a identificar alternativas de acción que permitirían mejorar la aplicabilidad del Programa.

Resultados: Se identifican importantes diferencias regionales en cuanto a la disponibilidad de recursos materiales y humanos para concretar las acciones asistenciales en salud reproductiva definidas en el Programa. Así, mientras en el 60 por ciento de los efectores de la región sanitaria Norte (Gran Mendoza, donde residen el 60 por ciento de los habitantes) se realizan colposcopías, las proporciones descienden a 24 por ciento en el Este (19 por ciento de los habitantes de la Provincia); a 15 por ciento en el Valle de Uco (5 por ciento de los habitantes) y a 9,5 por ciento en el Sur (17 por ciento de los habitantes). En el 71 por ciento de los centros de la región Norte las mujeres pueden acceder a la prueba diagnóstica del papanicolau y en el resto de las regiones sólo pueden hacerlo en el 25 por ciento de los centros. El 62 por ciento de los efectores en el Norte colocan dispositivos intrauterinos y sólo lo hacen 9,5 por ciento por ciento de centros del sur provincial. De los 23 hospitales provinciales, ninguno de los cuatro ubicados en Este ofrece ligadura tubaria. El recurso humano para hacer salud reproductiva es significativamente más bajo en ésta región, en relación al conjunto provincial.

No presentan problemas en la provisión de insumos anticonceptivos y material descartable doce de las dieciocho áreas departamentales, si bien surge que los profesionales no perciben la falta de insumos que desconocen, que creen que no necesitan o que descartan en su práctica porque piensan que no están dadas las

condiciones para aplicarlos, siendo el ejemplo más notable los anticonceptivos de emergencia.

A diferencia de las acciones asistenciales, las actividades preventivas y comunitarias como la realización de charlas en colegios, la entrega de folletería con información sobre el programa o la participación de los equipos de salud en espacios radiales, muestran más homogeneidades: se desarrollan en la mitad de los centros de todas las regiones de la provincia.

Analizado por área departamental, el nivel de información de los encuestados sobre los objetivos y la normativa provincial que respalda el Programa de Salud Reproductiva es bajo en 12 de los 18 departamentos y medio en otros 6. Conceptos como "control de la natalidad", "planificación familiar" y "derechos reproductivos de las mujeres" se asimilan y/o confunden en los discursos, si bien se descarta que la intencionalidad del Estado de intervenir en la vida privada de las personas (que es el argumento que sostienen los grupos de opinión que se opusieron a la sanción de la ley de salud reproductiva en la provincia) sea uno de los fines que persigue el Programa. En simultáneo, con independencia de la profesión y especialidad de los respondentes, se detecta una importante afinidad general con el hecho de que las mujeres de bajos recursos puedan acceder a estudios relacionados con su salud reproductiva, a información sobre su sexualidad y a la provisión gratuita de insumos en el sector público, marcando las diferencias con lo que sucedía antes de que se implementara este Programa, que tiene 3 años de vigencia. La identificación con esta política sanitaria se sostiene en el hecho de que los profesionales perciben que están respondiendo a una demanda social sentida; a que las mujeres incorporadas aceptan y dan continuidad a los tratamientos; a que, gracias al Programa, ellas han ampliado los márgenes de decisión sobre la cantidad de hijos a tener y a que, en la proximidad observan una disminución en el número de embarazos no deseados.

Si bien la opinión no se condice con la normativa existente, parte de los consultados percibe que no se dispone de procedimientos estandarizados para atender casos críticos como abusos sexuales, anticoncepción de emergencia, ligadura tubaria y anticoncepción en adolescentes. Esto remitiría a dificultades en la comunicación entre la coordinación del Programa, las coordinaciones de áreas departamentales de salud, los efectores que dependen de ellas y los equipos de trabajo. Asimismo, se identifica

un conflicto de jerarquías entre el derecho de objeción a prescribir determinados anticonceptivos que la legislación prevé para los profesionales y el derecho de las usuarias a recibir atención, que aparece como más marcado en el sur provincial, donde la accesibilidad a la oferta de servicios, por razones de densidad poblacional, es menor que en el resto del territorio provincial.

Como principales problemas para la aplicación del programa los encuestados identifican la falta de difusión masiva del mismo y las demoras para el acceso a estudios complementarios como papanicolau y colposcopías.

Por su parte, las usuarias vinculan su satisfacción con el Programa a la gratuidad de la atención (que al mismo tiempo opera como un límite "interno" para manifestar expectativas y deseos), a la facilidad de acceso a métodos anticonceptivos de manera no inducida y a la no interrupción en la entrega de los insumos. Asimismo, rescatan la escucha profesional, la atención personalizada y el cuidado de su privacidad como elementos determinantes de la calidad de la atención que reciben. Una parte de las mujeres liga esos atributos al hecho de que las atiendan profesionales mujeres. La insatisfacción, en tanto, se liga a los procesos burocráticos que acompañan acciones como la ligadura tubaria, a las demoras para la obtención de turnos y resultados de estudios complementarios y a los prejuicios de profesionales para los que las mujeres sólo tendrían derecho a reclamar anticoncepción una vez que han tenido muchos hijos o han superado cierta edad.

Las restricciones del nivel central (Subsecretaría de Salud) en cuanto a información actualizada sobre la cantidad de centros de salud y postas sanitarias en funciones y el perfil de los equipos que atienden en los mismos) identificados a los efectos del relevamiento realizado para este proyecto y la carencia de un sistema unificado de registro de las acciones asistenciales del Programa en el conjunto de efectores del territorio provincial, deberían ser superadas para institucionalizar un mecanismo de evaluación continua, que tenga como línea de base los indicadores y resultados aportados por la presente investigación

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'A' followed by a large, sweeping loop and a vertical line extending downwards.