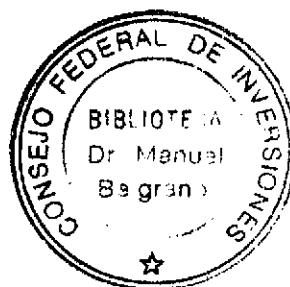


Primer Informe Parcial



SECRETARIA PRIVADA	
Ministerio de Desarrollo Social y Salud	
ENTRO-Fecha	10/12/00
Hora	1030 Folios
Tramitó:	<i>[Signature]</i>

Lic. Cecilia Molina

[Signature]

INDICE DE CONTENIDOS

Informe

Introducción.....	Pág. 3
Objetivos de la investigación.....	Pág. 5
Descripción del avance de tareas.....	Pág. 6
T. 1- Revisión documental y selección de variables.....	Pág. 6
T. 2- Construcción y ajuste de los instrumentos de medición	Pág. 6
T. 3- Desarrollo del soporte informático.....	Pág. 8
T. 4- Preparación del relevamiento: universo y muestra. Capacitación de encuestadores.....	Pág. 9
T. 5- Descripción del trabajo de campo (objetivos 1 y 2).....	Pág. 12
T. 6- Carga y procesamiento de datos.....	Pág. 15
T. 9- Análisis del perfil de los no respondentes.....	Pág. 16
T.10- Entrevistas a usuarias.....	Pág. 17

Apéndices

I - Ley N° 6433 y Decreto reglamentario.....	Pág. 18
II - Síntesis del análisis documental y revisión bibliográfica.....	Pág. 26
III - Cuestionario inicial.....	Pág. 43
IV - Cuestionario utilizado en la prueba piloto.....	Pág. 49
V - Cuestionario definitivo.....	Pág. 57
VI - Modelo de carta de presentación del proyecto.....	Pág. 61
VII - Primeros resultados.....	Pág. 63
VIII- Reformulación Plan de Trabajo.....	Pág.171

Introducción:

El Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR) comenzó a implementarse en la Provincia de Mendoza en 1998. Tiene respaldo normativo en la Ley N° 6433 (Apéndice I) sancionada en octubre de 1996 por la Legislatura de Mendoza y, orgánicamente, depende de la Dirección de Promoción de la Salud, Maternidad e Infancia de la Subsecretaría de Salud.

Como objetivos explícitos, el Programa se plantea facilitar a la población acceso a:

- 1) la información y los servicios que le permitan la toma de decisión responsable y voluntaria, sobre sus pautas reproductivas
- 2) una vida sexual sana, libre de enfermedades, violencia, temor, dolor o muerte asociados con la reproducción y la sexualidad
- 3) la posibilidad del desarrollo integral de la familia, respetando la ética y las convicciones personales.

En razón de que la problemática de la salud sexual y reproductiva alcanza a toda la población, pero se focaliza inevitablemente en las mujeres por las complicaciones del embarazo y del parto, por los abortos y sus consecuencias, los servicios del PPSR prestan especial atención a las mujeres en edad fértil y, entre ellas a las consideradas en riesgo reproductivo.

El PPSR dispone de una partida presupuestaria propia (que en los últimos ejercicios se acerca a los 300 mil pesos) la cual se destina, en forma mayoritaria a la compra de insumos anticonceptivos y a actividades de capacitación.

Las acciones asistenciales, por lo tanto, son llevadas a cabo por profesionales y agentes de salud que trabajan en los centros de salud, las postas sanitarias y los hospitales que conforman la oferta de servicios de salud pública de Mendoza.

En sus dos primeros años de vida, las acciones del Programa Provincial de Salud Reproductiva han permitido:

- 1) Brindar protección anticonceptiva a más de 12.000 parejas por año
- 2) Distribuir anualmente más de 21.000 APP (Años Protección Pareja) en diversos métodos anticonceptivos

- 3) Entrevistar anualmente en los hospitales provinciales a más de 15.000 mujeres en edad fértil para detectar el riesgo reproductivo e infantil, brindar consejería y realizar la derivación asistencial
- 4) Capacitar en salud sexual y reproductiva a los equipos de salud que participan del Programa, así como a personal de la Dirección General de Escuelas y de ONG's
- 5) Trabajar en red con otros Programas gubernamentales que atienden problemáticas sociales relacionadas
- 6) Difundir el Programa a través de distintos medios, en los ámbitos políticos, sociales y de salud
- 7) Desarrollar instancias parciales de monitoreo y evaluación de las acciones y los objetivos del Programa.

De allí que aparece como relevante, a) diseñar instrumentos que posibiliten el monitoreo y b) encarar una investigación evaluativa de dos de los componentes del programa (se excluye la capacitación) a través de la opinión de dos de sus actores claves: los equipos de salud y las usuarias.

Según se explicitó en la fundamentación de la propuesta, como finalidad del proyecto, se considera que: "Disponer de información confiable acerca del desarrollo del Programa en los diferentes efectores provinciales, permitirá conocer el estado de situación de acciones de los componentes institucional y asistencial del mismo, e identificar líneas de intervención para mejorar su instrumentación. Asimismo, el diseño de las herramientas previsto en esta investigación posibilitará la continuidad de la evaluación."

Objetivos de la investigación

El presente informe da cuenta de las tareas realizadas para avanzar en la concreción de los tres objetivos del proyecto de investigación, que son:

1 – Evaluar los recursos materiales y humanos disponibles en los hospitales, centros de salud y postas sanitarias del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y de los Municipios, para prestar las acciones asistenciales del Programa Provincial de Salud Reproductiva.

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 postas, centros de salud y hospitales que participan del componente asistencial del Programa.

3 – Conocer aspectos relacionados con la satisfacción de usuarias de diferentes perfiles y efectores.

Descripción del avance de las tareas

Tarea 1: Revisión documental, búsqueda bibliográfica, consulta a expertos y selección de variables

Tarea 2: Construcción y ajuste de los instrumentos de medición

Se concibe a la evaluación como una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos (BID- Oficina de Evaluación), por lo que, para la conceptualización inicial de esta investigación se priorizaron los elementos teóricos e información sistematizada sobre normativas en torno a la salud reproductiva que pueda servir a los utilizadores potenciales de los resultados (funcionarios de la Subsecretaría de Salud y de las áreas de salud municipales, profesionales, legisladores, organizaciones que trabajan con mujeres, entre otros).

Se anexa en el Apéndice II la reseña de la búsqueda bibliográfica y documental que sirvió para seleccionar las variables con las que se construyó el cuestionario aplicado para alcanzar los objetivos 1 y 2 y las categorías de análisis para entrevistar a usuarias y alcanzar el tercer objetivo de este estudio.

Cabe aclarar que, en la búsqueda, no se identificaron investigaciones semejantes en el ámbito provincial y nacional. Se analizaron evaluaciones desarrolladas en otros países de Latinoamérica que si bien no coinciden en los objetivos propuestos, contienen elementos válidos para el enriquecimiento de este trabajo.

Con los indicadores seleccionados para incluir en el cuestionario (disponibilidad de equipamiento, instrumental e insumos, recursos humanos según especialidad y carga horaria, acciones de información y educación, nivel de información y opiniones de los prestadores sobre el Programa, conocimiento de sus objetivos, valores en juego en la tarea asistencial, conflictos y satisfacción a nivel de los prestadores) se busca dimensionar la oferta asistencial real y aproximarse a la comprensión que el personal tiene acerca del programa de salud reproductiva, conocer los valores desde los que le da sentido a su tarea y la forma en que lo gestionan en las organizaciones, identificar cómo

manejan los insumos que el programa les provee y determinar qué recursos institucionales movilizan para desarrollar acciones asistenciales. Se priorizó aquellos indicadores que permitieran comparar distintos efectores, o hacer el seguimiento de un mismo efector en posteriores estudios.

Si bien para el objetivo 1 la unidad de análisis es el efector, y para el objetivo 2 es la persona entrevistada, seleccionada según criterios de inclusión y reemplazo, se optó por incluir en un mismo cuestionario las variables correspondientes a los objetivos 1 y 2.

Por otro lado, para conocer las representaciones y expectativas que las usuarias del Programa tienen en relación a las prestaciones que reciben del mismo, resultó de utilidad la lectura analítica de bibliografía publicada sobre evaluación de la calidad percibida en servicios de salud, perspectiva de género, modelos para medir satisfacción de usuarios en salud y metodología de investigación cualitativa.

Una vez seleccionadas las variables consideradas relevantes para incluir en el cuestionario con el que se pretende alcanzar los objetivos 1 y 2, las mismas fueron chequeadas con la jefa del Programa Provincial de Salud Reproductiva, Dra Ana María Andía quien propuso prioridades y con el Lic. Jorge Pailles, consultor en temas de salud sexual y reproductiva

Posteriormente, el cuestionario inicial (Apéndice III) fue sometido a consideración de la lic. Sylvia Jusué, experta en metodología de encuestas y estudios de mercado, quien también propuso correcciones de formato y redacción de las preguntas, dando origen al cuestionario utilizado en la prueba piloto (Apéndice IV). Finalmente, y una vez introducidos los cambios que se percibieron como necesarios luego de realizar dicha prueba, el lic. en sociología Enrique Bollati, integrante del Centro de Estudios de Opinión de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo colaboró en la definición del cuestionario definitivo (Apéndice V), a la vez que sugirió estrategias a tener en cuenta para aumentar la tasa de respuesta y efficientizar, con los recursos disponibles, el trabajo de campo. El instrumento aplicado tuvo la aprobación de la jefatura del PPSR.

Las tareas 1 y 2 se desarrollaron a partir del mes de setiembre y se completaron en los primeros días de noviembre.

Tarea 3: Desarrollo del soporte informático

Para su concreción se ha contratado a dos auxiliares, quienes tuvieron a cargo el desarrollo del soporte informático y la carga de datos. El soporte informático consiste en un programa de entrada y procesamiento estadístico desarrollado por la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNCuyo. Para imputar los datos, se usa un módulo "inteligente" que reconoce los rangos de respuesta posible para cada variable, así como los casos en que debe ser tomado el dato (ejemplo: las preguntas que son sólo para hospitales las pide cuando ingresamos un hospital).

Al cierre de este informe se ha iniciado el análisis de distribución de frecuencias, simples (valores de cada variable) y agrupadas (según otra variable considerada independiente). La prueba estadística de asociación que se aplica es la C de Pearson corregida a límite 1. Se trata de una prueba que corrige la tendencia de Chi cuadrado a mostrar asociación cuando N es mayor que 100. Originalmente, la prueba no tiene un límite superior fijo, sino que esto varía de acuerdo a los grados de libertad de la tabla, de modo que, para no hacer dificultosa la comparación, directamente se corrige a límite superior 1.

Nota: Se ha pactado con la jefatura del PPSR y la Fac. de Ciencias Políticas de la UNCuyo que, finalizada esta investigación, el soporte quedará a su disposición, en la medida que puede ser utilizado (y ajustado) en posteriores estudios.

Tarea 4: Preparación del relevamiento: precisión del universo (objetivo 1), de la muestra (objetivo 2) y capacitación de encuestadores

Para identificar los efectores de salud de la provincia se obtuvo, a través del PPSR, el listado de hospitales, centros de salud y postas sanitarias, y del personal que se desempeña en cada uno de ellos, disponible en el Ministerio de Desarrollo Social y Salud. No hubo dificultad para contar con información fidedigna sobre los 23 hospitales.

En el caso de los centros de salud y postas hubo que realizar una tarea de actualización de información ya que aparecieron múltiples inconsistencias en cuanto a la cantidad real de centros, continuidad de la actividad de los mismos, la correlación entre su nombre, número y localización geográfica y el personal que se desempeña en cada uno. Las dificultades fueron mayores en el caso de los centros de salud y postas que dependen de las municipalidades. Para depurar los listados se chequeó la información individualmente con las 18 áreas departamentales de Salud (dependientes de la provincia) y con las 9 áreas de salud de las municipalidades que tienen centros bajo su órbita. Así fue que de 302 centros de salud y postas iniciales, se constató el funcionamiento real de 289. Las diferencias obedecían a la existencia de 1 posta sanitaria no relevada inicialmente y a que otras 14 se han cerrado o funcionan con rondas periódicas programadas.

Esta tarea no estaba inicialmente prevista, pero se considera que el producto alcanzado beneficiará al PPSR y a otros ámbitos del Ministerio, en tanto es una base de datos actualizada y completa a noviembre de 2000.

Para alcanzar el objetivo 1 se ratificó la decisión de relevar la totalidad de los centros (unidad de análisis: centros de salud, postas y hospitales) que, luego de la depuración, se precisa como:

Tipo de efector	Nº	Dependencia
Hospitales	23	22 provinciales 1 municipal
Centros de salud	251	219 provinciales 70 municipales
Postas sanitarias	38	

La población de estudio (para alcanzar el objetivo 2) comprende a médicos ginecólogos, clínicos, de familia, enfermeros, obstétricas y agentes sanitarios que trabajan en hospitales, centros de salud y postas dependientes del Ministerio de DSyS y los municipios de la provincia. Se trabaja en base a una muestra intencional de un respondente por efector, en la que el criterio de selección es la pertinencia profesional (respecto a salud reproductiva) y la dedicación horaria en el efector.

Criterios de inclusión: integrar el equipo de salud del efector como personal de planta permanente o contratado en los meses de noviembre y diciembre de 2000 y pertenecer a un servicio que interviene en acciones de salud reproductiva. De acuerdo con el tipo de efector la prioridad para elegir a los respondentes fueron las siguientes:

En los hospitales:

- Hospitales de alta complejidad (Central, Lagomaggiore, Schestakow) : jefes de servicio de ginecología, o profesional a cargo en su ausencia
- Hospitales regionales y departamentales: jefes de servicio de tocoginecología, o profesional a cargo en su ausencia
- Hospitales monovalentes: (psiquiátricos, geriátricos, pediátrico, de infecto-contagiosas): jefe de servicio o profesional responsable de los consultorios de 1) ginecología 2) medicina de familia 3) clínica médica
- Centros de salud con clínicas básicas: 1) ginecólogo 2) médico de familia
- Centros de salud con servicios mínimos y postas sanitarias con médicos con concurrencia menor a los 3 días por semana: 1) obstétrica, enfermero o agente sanitario a cargo 2) ginecólogo 3) médico de familia 4) médico clínico

Durante el trabajo de campo se confirmó que algunos profesionales a incluir en la muestra cumplen funciones en más de un centro de salud o posta sanitaria.

Capacitación de los encuestadores:

Con el fin de asegurar la calidad del trabajo de campo y para disminuir posibles sesgos de expectativas se optó por contratar cinco encuestadores con experiencia acreditada en ámbitos ajenos al sector salud que pertenecen al centro de estudios de opinión de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, dependiente de la UNCuyo.

Previo al trabajo de campo, se les brindó información básica acerca del proceso de la investigación en marcha y el sistema de salud provincial y, desde el Programa Provincial de Salud Reproductiva se los entrenó en la terminología del estudio y la dinámica del programa. Se les explicitaron los fundamentos en la selección de entrevistados y mecanismos de reemplazo. Asimismo se les transmitió el encuadre con el que se decidió presentar esta investigación a los encuestadores y sus jefes, cuando fuera necesario (Apéndice VI).

Con el cuestionario definitivo y los del pilotaje se discutió pregunta por pregunta, y la forma de codificar las respuestas. Se agregaron los conceptos explicativos que pudieran hacer falta y se incorporaron maneras de formular las preguntas con base en la experiencia de los encuestadores. Se explicitaron los conflictos y valoraciones ideológicas que podía movilizar el cuestionario.

Tarea 5: Trabajo de campo

Realizada la prueba piloto (que incluyó 17 encuestas), la aplicación de los cuestionarios definitivos se realizó entre el 9 de noviembre y el 7 de diciembre.

Dado que se comprobó que realizar las entrevistas en forma telefónica no disminuía la calidad de la información que aportaron las realizadas personalmente y, frente a los antecedentes que indican que la tasa de respuesta en los cuestionarios por correo es mucho más baja, se optó por concentrar esfuerzos en la primera modalidad, asumiendo un costo mayor al presupuestado. Se realizó un total de 11 encuestas personales.

En el transcurso del trabajo de campo, desde el PPSR se asistió de manera directa a los encuestadores, en forma personal y telefónica. Se receptaron los listados de la población objetivo con dificultad para ser encontrados y se colaboró en la búsqueda de teléfonos personales para agendarlos e incrementar así la tasa de respuesta. Cuando los encuestados planteaban algún tipo de duda se daba aviso al Programa para que éste reforzara la información sobre los fundamentos de la investigación y pedido de colaboración que inicialmente se les envió a los coordinadores de áreas departamentales, directivos de hospitales y responsables de salud de los municipios.

En promedio, se realizaron cinco llamadas telefónicas para localizar, agendar y entrevistar a cada integrante de la muestra. Cabe consignar que dos tercios de los centros de salud y postas carecen de línea telefónica directa, lo cual exigió un esfuerzo extra para acceder a los teléfonos personales de los entrevistados.

Se pudo concretar el 100% de los contactos y la tasa de no respuesta fue inferior al 1% (un solo caso en que el respondente se negó a contestar y en el que no se contaba con reemplazante). En las 311 encuestas efectivas se agotó inicialmente la posibilidad de entrevistar a la persona priorizada, lo que se logró en más del 90% de los casos.

Cabe aclarar que la reglamentación de la ley provincial de Salud Reproductiva incluye la figura del objetor de conciencia. Esto significa que quienes no acuerdan con uno o más aspectos programáticos pueden, bajo una declaración jurada, abstenerse de prescribir algunos métodos anticonceptivos o no participar de acciones del programa. La muestra no excluyó a estos profesionales.

En la experiencia de los encuestadores y en términos generales, fue más fácil acceder (una vez agendados) al personal de los centros de salud y postas (aún las de los parajes más alejados de la provincia) que al de los hospitales. Estos últimos presentaron más recaudos y pidieron más reaseguros institucionales para responder a la encuesta.

Las entrevistas telefónicas tuvieron una duración de entre 15 y 23 minutos cada una. Las variaciones tuvieron que ver con las posibilidades previas de explicitación de los objetivos, con la profundidad con que los entrevistados encararon las respuestas a las preguntas abiertas y con la complejidad de su ámbito de trabajo.

El total de efectores relevados por departamento, según tipo y dependencia organizativa, se reagrupó a los efectos del análisis de datos, respetando la regionalización sanitaria vigente en la provincia de Mendoza.

	C. de salud y postas pciales	C. de salud y postas municipales	Hospitales
GRAN MENDOZA (región sanitaria Norte)			
Capital	2	3	3
Godoy Cruz	14	2	1
Guaymallén	19	0	3
Las Heras	10	4	2
Luján	17	0	0
Maipú	19	13	2
Lavalle	15	5	1
Subtotal	96	27	12
ESTE			
San Martín	19	0	1
Junín	7	6	0
Rivadavia	9	8	1
Santa Rosa	4	3	1
La Paz	2	0	1
Subtotal	41	17	4
VALLE DE UCO			
Tunuyán	13	0	1
Tupungato	6	0	1
San Carlos	9	0	1
Subtotal	28	0	3

SUR			
San Rafael	28	26	2
G. Alvear	14	0	1
Malargüe	11	0	1
Subtotal	53	26	4
TOTAL	218	70	23

Tarea 6: Carga y procesamiento de datos

A la presentación de este informe se ha cargado la totalidad de las encuestas, y se adjuntan los primeros resultados parciales (Apéndice VII).

Se ha comenzado a procesar las respuestas abiertas.

Cabe aclarar que los cuadros que se acompañan están sujetos a una revisión final, cuya modificación se estima que no afectará más del 1% de la información consignada.

Tarea 7: Análisis de datos y grupos focales

Corresponde a los meses 4 y 5 del plan de trabajo (segundo informe parcial). Se acompaña la reformulación de dicho plan (Apéndice VIII) acordada telefónicamente con la Lic. Grisela Vilas al momento de la firma del convenio.

Tarea 9: Análisis del perfil de los no respondentes

Como se ha planteado, la tasa de respuesta ha sido muy alta. Si bien no es oportuno elaborar conclusiones en este sentido, se considera que la presente investigación permitirá obtener un “mapa” completo de los recursos humanos y materiales que moviliza el Programa.

Dada la característica intencional de la muestra (objetivo 2) y la decisión metodológica de trabajar con reemplazos, las opiniones de los integrantes de los equipos de salud relevadas no son susceptibles de generalización. No obstante, la tasa de respuesta y los recaudos obtenidos para evitar sesgos, posibilitarán aproximarnos a tendencias en cuanto a la información y actitudes hacia el programa presentes entre los actores que llevan adelante las acciones asistenciales.

Una vez completado el procesamiento de los datos se analizará en qué medida algunos de los reemplazos ocultan resistencias o diferencias de los encuestables en primer término para con el Programa.

Tarea 10: Entrevistas a usuarias

Tras revisar la bibliografía de referencia se decide construir una muestra que refleje la diversidad de efectores y de perfiles de usuarias (nulíparas y multíparas, con residencia rural y urbana, adolescentes y adultas, con diferente nivel de instrucción).

Las categorías de análisis propuestas son:

- Satisfacción de las necesidades de información sobre oferta de servicios de salud reproductiva en el sistema público de atención.
- Valoración de las condiciones de privacidad en la consulta.
- Satisfacción con el trato recibido desde el personal de barrera del efector
- Satisfacción con el trato recibido por el personal asistencial que la ha atendido
- Valoración de tiempos de espera, sistema de turnos y horarios de atención
- Valoración del tiempo dado por los profesionales en la consulta
- Satisfacción con conocimientos sobre su salud y su cuerpo proporcionados por el programa.
- Percepción del grado de autodeterminación en la selección de MAC
- Percepción del grado en que se ha considerado su subjetividad y circunstancias de vida, y con el trato confidencial, o no, que se le ha dado.
- Reconocimiento de la competencia profesional de quienes le brindan asistencia
- Posibilidad de identificar a los profesionales que le brindan el servicio
- Comprensión del lenguaje utilizado por los actores del programa
- Valoración de la receptividad emocional por parte del equipo de salud
- Disponibilidad para continuar la atención en ese centro

La metodología permite que, una vez realizadas las entrevistas, del propio discurso de las usuarias surjan categorías más relevantes.

Nota: al momento de presentación de este informe, han sido identificadas y agendadas 6 usuarias que formarán parte de la muestra. Se prevé que las entrevistas estarán concluidas en la primera semana de enero.

APÉNDICE I

LEY Nº 6433 - SALUD REPRODUCTIVA

EL SENADO Y LA H. CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA SANCIONAN CON FUERZA DE

LEY:

Art. 1º: Créase en la Provincia de Mendoza el Programa Provincial de Salud Reproductiva, cuyos objetivos generales son: posibilitar a toda la población el acceso a la información y a los servicios que le permitan la toma de decisión, responsable y voluntaria, sobre sus pautas reproductivas, respetando la ética y las convicciones personales; proteger la vida desde el momento de la concepción y promover el desarrollo integral de la familia.

La presente Ley encuentra su sustento jurídico en el Artículo 16, inc. e) de la Ley Nacional Nº 23.179 y en el Derecho Humano Básico de toda persona a mantener y restituir su salud, conceptos ratificados en la CONVENCIÓN PARA LA ELIMINACIÓN DE TODA FORMA DE DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER y la ley Nº 23849 que ratifica la CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, a su vez ratificada por Ley Provincial Nº 5.919, como así también las Leyes Provinciales Nº 6.124 sobre MATERNO INFANCIA y Nº 6.354 sobre NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

Art. 2º: Los objetivos específicos del Programa Provincial de Salud Reproductiva son:

- a) Promover la maternidad y paternidad responsable.
- b) Disminuir la morbilidad perinatal y materna.
- c) Prevenir embarazos no deseados y/o en situaciones de riesgo.
- d) Evitar abortos provocados.
- e) Prevenir, a través de la difusión de información, el HIV-SIDA y demás enfermedades de transmisión sexual.
- f) Efectuar la detección precoz y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de las patologías del aparato reproductor.
- g) Promover mejor calidad de vida de padres e hijos.

Art. 3º: El Programa Provincial de Salud Reproductiva será ejecutado en los centros sanitarios del Gobierno de Mendoza, debiendo garantizar la accesibilidad y gratuidad de los mismos, y en la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP). El Ministerio de Desarrollo Social y Salud será el responsable de la ejecución del programa. Los municipios de la provincia podrán adherir a través de convenios con el Gobierno provincial.

Art. 4º: El Programa Provincial de Salud Reproductiva brindará los siguientes servicios:

- a) Información y asesoramiento sobre salud sexual.
- b) Información y asesoramiento sobre prevención de enfermedades transmisibles sexualmente.
- c) Detección precoz y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

- d) Información y asesoramiento sobre planificación de la familia y todos los métodos anticonceptivos previstos en el art. 5 de la presente Ley.
- e) Controles de salud y estudios previos y posteriores a la prescripción de métodos anticonceptivos.
- f) Provisión de los medios y elementos necesarios a tal fin.
- g) Información y asesoramiento sobre infertilidad.
- h) Capacitación permanente de todos los agentes de salud involucrados en el programa, de sus usuarios y de la comunidad en general.

Art. 5º: Los métodos anticonceptivos, de carácter transitorio y reversible, que los profesionales podrán prescribir, serán todos los previstos en la Propuesta Normativa Perinatal del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación (Tomo IV Procreación Responsable). Para el caso de aparición de nuevos métodos, se deberá contar previamente con la autorización del citado Ministerio.

Art. 6º: El Ministerio de Desarrollo Social y Salud de la provincia implementará la presente Ley en vista a su efectivo cumplimiento, teniendo en cuenta los servicios, programas y acciones hoy existentes a efectos de no sobreponer los mismos ni malgastar recursos humanos, tecnológicos, de infraestructura o financieros. Asimismo deberá prever los recursos necesarios en la Ley de Presupuesto Inmediata siguiente a la sanción de la presente Ley.

Art. 7º: Deberá asimismo promover la creación de Gabinetes de Orientación y apoyo a la planificación familiar en la medida que los recursos presupuestarios de la Provincia lo permitan, integrando en ellos procesos de información y educación a los adolescentes.

Art. 8º: El Ministerio de Desarrollo Social y Salud convocará para su reglamentación a las entidades científicas correspondientes, titulares de las Cátedras Universitarias y servicios hospitalarios vinculados a la problemática y a toda otra institución u organización que considere conveniente.

Asimismo coordinará acciones, con servicios asistenciales (obras sociales), con el sector educativo, con los municipios y con las organizaciones no gubernamentales.

Art. 9º: El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley dentro de los 120 días corridos a partir de su promulgación.

Art. 10º: De forma.

DADA EN EL RECINTO DE SESIONES DE LA HONORABLE LEGISLATURA, en Mendoza a los veintidós días del mes de octubre de mil novecientos noventa seis.

- Eduardo Córdoba
Presidente Provisional en Ejercicio de la Presidencia – H. Cámara de Senadores
- Gabriel Kemelmajer
Secretario Legislativo – H. Cámara de Senadores
- Juan Marchena
Presidente – H. Cámara de Diputados
- Jorge Manzitti
Secretario Legislativo – H. Cámara de Diputados

MENDOZA, 27 de noviembre de 1998

DECRETO N° 2010/98

Visto el expediente 0003148-P-98-77705 y acumulados 0004806-S-96-77705 y 0002941-H-96-00020, mediante el cual se solicita adaptar la Reglamentación de la Ley N° 6433, producida por el Decreto N° 860/97, de acuerdo a las experiencias recogidas en terreno y a los aportes realizados durante las “Jornadas de Salud Reproductiva”, y

CONSIDERANDO:

Que es necesario implementar programas de salud sexual y reproductiva en toda la Provincia de Mendoza, de acuerdo al sistema de valores vigente.

Que es conveniente generar, a través de la educación permanente, conciencia en la población sobre la trascendencia de una plena salud en referencia a los aspectos sexuales y reproductivos.

Que el rol de la familia y la escuela debe ser reforzado en lo atinente a la educación sexual de los adolescentes y jóvenes, proporcionándoles herramientas que les permitan actuar con libertad y responsabilidad.

Que se deberá tratar de alcanzar la igualdad de todos los habitantes de la Provincia, en cuanto al derecho a una procreación responsable, respetando idiosincrasias y valores, y garantizando la equidad en el acceso a los medios que les permitan el efectivo ejercicio de dicho derecho.

Que es imprescindible informar, asesorar y orientar acerca de los distintos aspectos de la sexualidad humana, revisando los estereotipos asignados culturalmente a varones y mujeres.

Que tanto la Organización Mundial de la Salud como UNICEF, coinciden en señalar que una imprescindible estrategia para disminuir la mortalidad infantil es la implementación de programas de Salud Reproductiva.

Que es necesario disminuir la mortalidad materna, teniendo en cuenta que el aborto provocado es la principal causa de muerte, según estadísticas oficiales en el país y en la provincia.

Que además se estima que por cada muerte por aborto, de diez a quince mujeres padecen secuelas severas que comprometen su fecundidad futura y su salud en general.

Que es necesario realizar acciones tendientes a prevenir embarazos no deseados, que terminan con frecuencia en niños maltratados o abandonados, o en abortos inducidos.

Que la problemática del embarazo no deseado es especialmente compleja en el caso de los adolescentes, con graves consecuencias en el proyecto de vida personal, así como en la esfera familiar y social.

Que los embarazos adolescentes se ven afectados por situaciones de particular riesgo físico, psíquico y emocional, lo que convierte a los jóvenes en uno de los sectores más vulnerables del cuerpo social.

Que en la problemática adolescente, se observa un progresivo adelanto en la edad de inicio de las relaciones sexuales, con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

Que es necesario facilitar y promover el acceso de los adolescentes a la información, asesoramiento y servicios de salud, los que deberán asegurar un ámbito de confiabilidad, confidencialidad y privacidad, tal como lo establecen los Lineamientos Normativos para la Atención Integral de la Salud en Adolescentes de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil.

Que esto se ve dificultado por la redacción del Artículo 15 del Decreto N° 860/97, que se hace necesario eliminar.

Que es política de largo tiempo del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, promover la confección y el uso de la Historia Clínica como único documento de la historia médico-asistencial del usuario de los servicios de salud.

Que por lo tanto es inconveniente la duplicación de registros, y se hace necesario modificar el Artículo 14 del Decreto N° 860/97 eliminando la existencia del libro foliado previsto en el mismo.

Que igualmente se hace necesario modificar los Artículos 3°, 4° y 6° del citado Decreto, a fin de adaptar el Programa a la organización de la estructura sanitaria de la provincia, respetando la zonificación y complejidad de la misma.

Que durante las “Jornadas de Salud Reproductiva”, todas estas modificaciones fueron tema central de la discusión entre profesionales, técnicos y funcionarios de las áreas de Salud, Desarrollo Social, Educación y de la Justicia provincial.

Que en las citadas Jornadas, también se realizaron importantes aportes y puntos de vista de especialistas de otras jurisdicciones del país y del extranjero quienes brindaron su experiencia pasada y presente en la temática.

Que de las conclusiones de dichas Jornadas, surge la propuesta de realizar las modificaciones antes señaladas.

Que es necesario contar con normas operativas explícitas y aplicables en todo el territorio provincial y que permitan su evaluación permanente.

Por ello, en razón del pedido formulado, lo dictaminado por Asesoría Legal del Ministerio de Desarrollo Social y Salud a fs. 11 y por Fiscalía de Estado a fs. 46 y 47 del expediente 0003148-P-98-77705 y lo aconsejado por la Subsecretaría de Salud del citado Ministerio,

EL

GOBERNADOR DE LA PROVINCIA

DECRETA

Artículo 1º - Establézcase que el Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR) creado por Ley Nº 6433, se implementa de acuerdo a las normas dictadas en la presente reglamentación. A tal fin y de acuerdo a la definición dada por la Organización Mundial de la Salud, “entiéndese por salud reproductiva no solamente la ausencia de enfermedad o desórdenes de los procesos reproductivos, sino una condición en la que la función reproductiva se desarrolla en un estado de completo bienestar físico, psíquico y social”.

Artículo 2º - Establézcase que las acciones del presente Programa, se llevarán a cabo en el marco del respeto por las personas, sus convicciones éticas y morales y su derecho a ser informadas para dar consentimiento y acordar libremente las prácticas aconsejadas.

Artículo 3º - El ministerio de Desarrollo Social y Salud, dictará las normas destinadas a cada uno de los servicios que debe brindar el Programa Provincial de Salud Reproductiva, de acuerdo con lo establecido por el Art. 4º de la Ley que se reglamenta, a efectos de dotarlo de los contenidos necesarios para su implementación.

Artículo 4º - El Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), estará a cargo de un profesional del Ministerio de Desarrollo Social y Salud a propuesta de la Subsecretaría de Salud y dependerá de la Dirección de Promoción de la Salud y Maternidad e Infancia. Será su función conducir las actividades referidas a la aplicación de la Ley que se reglamenta, a fin de que se alcancen los objetivos propuestos.

Artículo 5º - Los Centros Asistenciales de la Provincia y de la Obra Social de Empleados Públicos (OSEP) que participen en el desarrollo del Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), deberán contar con los requisitos mínimos de planta física, equipamiento y recursos humanos que garanticen una adecuada respuesta informativa y asistencial a la población demandante, acorde con el espíritu de la Ley y a las normas de procedimiento que se dicten al respecto de acuerdo a lo establecido en el Art. 3º del presente Decreto.

Artículo 6º - Los Centros Asistenciales que aún no reúnan los requisitos básicos para la implementación plena del mencionado Programa, deberán ir desarrollando en forma paulatina las acciones educativas, de detección, derivación de la población de

riesgo, así como también las acciones asistenciales en coordinación con el Centro de referencia.

Artículo 7º - Establézcase que a los fines del cumplimiento del Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), se trabajará sobre la base de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, tendiéndose a formar equipos interdisciplinarios donde podrán intervenir Médicos, Psicólogos, Educadores, Psicopedagogos, Trabajadores Sociales, Enfermeras, Agentes Sanitarios y Administrativos y cualquier otra persona que la Jefatura del Programa considere necesario. Se deberá prever como requisito indispensable la implementación de programas específicos de capacitación para el recurso humano que integre el equipo de salud del Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR).

Artículo 8º - Establézcase que se deberá asegurar un adecuado control y seguimiento de la población asistida a través del citado Programa, así como el análisis y evaluación del impacto del mismo en función de sus objetivos específicos y metas que se fijarán oportunamente.

Artículo 9º - Establézcase que los recursos para dar cumplimiento al Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), provenientes de la partida prevista en cada Ley de Presupuesto Anual, serán administrados en coincidencia con las prioridades del Programa de referencia, de acuerdo con las previsiones realizadas. El Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), podrá asimismo recibir por intermedio del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, fondos o donaciones provenientes de otras fuentes destinadas a sus fines específicos. La solicitud de insumos, será canalizada por cada efector de salud con la supervisión del Jefe del Programa, según la planificación anual del mismo. Para la adquisición de insumos, se seguirán los procedimientos que prevé la legislación administrativa de la Provincia.

Artículo 10 – Establézcase que se promoverá la creación de Gabinetes de orientación y apoyo a la planificación familiar y de información y asesoramiento sobre salud sexual, en los cuales se trabajará Coordinadamente con la Dirección General de Escuelas, las Municipalidades y el Área de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Desarrollo Social y Salud, por medio de sus responsables. Según se considere necesario, podrán ser invitadas a integrarse distintas instituciones u Organismos no Gubernamentales (ONG), relacionadas con la temática. Las estrategias de trabajo en esta área, deberán adecuarse a las normas que oportunamente se establezcan.

Artículo 11 – Créese la Comisión Técnica Asesora del Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), la que estará integrada por personal experto, en número y estructura designada por el Señor Ministro de Desarrollo Social y Salud a propuesta de la Subsecretaría de Salud. Deberá trabajar en contacto directo, brindando su asesoramiento a la Jefatura del Programa y desempeñará su actividad ad-honorem.

Artículo 12 – Establézcase que para la selección del personal profesional y no profesional, destinado a la ejecución del Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), deberá considerarse y respetarse el derecho de los objetores de conciencia a ser eximidos de su participación, lo que será convenientemente fundado y elevado a conocimiento de la autoridad que corresponda.

Artículo 13 – Establézcase que el médico que prescriba cualquier método anticonceptivo, debe indicar como parte de la información y educación para la salud reproductiva, el nivel de eficacia del mismo, así como sus posibles efectos colaterales; además deberá indicar expresamente los controles periódicos y las consultas que el usuario deberá realizar ante cualquier situación de duda.

Artículo 14 – Establézcase que todas las prestaciones se registrarán en la Historia Clínica del paciente, siguiendo las normas que al efecto dicte el Ministerio de Desarrollo Social y Salud.

Artículo 15 - Establézcase que los problemas de bioética relacionados con el Programa Provincial de Salud Reproductiva (PPSR), serán tratados por los comités hospitalarios correspondientes, de acuerdo con la zonificación sanitaria vigente y, eventualmente, por el Consejo Provincial de Bioética.

Artículo 16 - Deróguese el Decreto N° 860/97.

Artículo 17 - El presente Decreto, será refrendado por los Sres. Ministros de Desarrollo Social y Salud y de Gobierno.

Artículo 18- Comuníquese, publíquese, dése al registro oficial y archívese.

- Arturo Pedro Lafalla
Gobernador de la Provincia
- Pablo A. Márquez
Ministro de Desarrollo Social y Salud
- Félix Pesce
Ministro de Gobierno

APENDICE II

Síntesis del Análisis Documental y de la Revisión Bibliográfica

A- Normativas provinciales y nacionales sobre Salud Reproductiva

Normativa del Programa Provincial de Salud Reproductiva – Mendoza (1999)

Este documento incluye:

- Ley provincial nº 6433/96 (adjuntado)
- Decreto reglamentario nº 2010/98 (adjuntado)
- Resolución Ministerial nº 962/99, en donde, a partir de un diagnóstico de situación y de un breve marco conceptual, se describe el PPSR.

El Programa tiene como misión garantizar a la población el pleno ejercicio del derecho humano básico a decidir, libre y responsablemente, si tener hijos o no, el número y el espaciamiento entre los mismos; así como la necesaria equidad, accesibilidad y gratuidad en el acceso a la información y a los medios que les permitan desarrollar una vida sexual sana y una reproducción electiva.

Los principales componentes del Programa son:

Información, comunicación y educación, en temas de salud sexual y reproducción humana, destinados a la población en general y a estudiantes de grado

Capacitación de los equipos de salud y de docentes

Acciones asistenciales en SR a través de la red de centros de salud y hospitales provinciales, ofrecida a toda la población y con especial énfasis en las mujeres consideradas en riesgo reproductivo

También se desarrollan los criterios para la prescripción de métodos anticonceptivos y lineamientos generales para la elaboración de materiales de información y capacitación.

Ley nº 1363/91 – La Pampa

Ley nº 3059/96 – Río Negro

Ley nº 4276/96 – Chaco

Ley nº 8535/96 – Córdoba

Ley nº 2222/97 – Neuquén

Ley nº 5133/99 – Jujuy

Ley nº 418/00 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Las leyes provinciales y la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, si bien ostentan distintos nombres: SR, salud sexual y reproductiva, paternidad responsable, procreación responsable, etc, no difieren demasiado entre sí.

Todas ellas toman como referencia, explícita o no, la Convención para la Eliminación de toda forma de Discriminación de la Mujer, incorporada a la Constitución Nacional en la Reforma de 1994.

Las principales diferencias, pasan por los distintos grados en que se aborda o desarrolla:

los derechos sexuales y reproductivos

las acciones educativas y de capacitación

los métodos anticonceptivos aplicables

la información, orientación y atención a los adolescentes

B- Publicaciones que conceptualizan la Salud Reproductiva y/o Planificación Familiar y aportan instrumentos para el análisis de las acciones.

Programa Nacional de Atención Integral de Salud de la Mujer, Ministerio de Salud - Chile - 1997/2000

Se plantea la necesidad de superar el enfoque reduccionista de "salud de la mujer = salud maternoinfantil" que deja afuera otras dimensiones significativas, y propone que los servicios sean de carácter integral, lo que mejora la percepción de calidad de la atención recibida por parte de las mismas usuarias, y permite una optimización en el uso de los recursos disponibles.

Se organizan las necesidades de atención sanitaria de la mujer en dos grandes áreas: aspectos de salud sexual y reproductiva, y aspectos no reproductivos.

Se hace hincapié en el carácter reducible de gran parte de los problemas de salud de las mujeres, mediante acciones de prevención y promoción de formas de vida más saludables.

Finalmente, destaca que la complejidad de los fenómenos que hacen al estado de salud de las personas exceden largamente al sector salud, y la necesidad de incrementar la participación y el compromiso del varón, tanto en las decisiones como en las conductas en todo lo que hace a los cuidados en salud sexual y reproductiva.

José García Núñez, Guía para la Evaluación de Programas y Proyectos en Salud Reproductiva, Serie de documentos técnicos N° 4 – 1996 - UNFPA

La guía es un instrumento diseñado para obtener información útil para explorar, describir o explicar los componentes de un programa o proyecto, para apoyar la planificación y su gerencia, y mejorar tanto la aceptación de las acciones de información, educación y comunicación (IEC) como el acceso a los servicios de SR.

Define la evaluación como un ejercicio destinado a hacer un juicio de valor sobre el grado de satisfacción de las necesidades de SR de una población meta, el logro de objetivos, el análisis del proceso, los factores influyentes y sus impactos, con el propósito de formular propuestas de acción.

El autor pone énfasis en la identificación de qué se va a evaluar y para qué hacerlo, y en la necesidad de ampliar la validación y el análisis de los datos recolectados. Propone una nueva concepción de la evaluación, que pueda anticiparse a eventos futuros, ser flexible ante el cambio, obtener y estar en condiciones de manejar información integrada y útil de sus diferentes etapas y momentos a fin de formular propuestas de acción.

Como habitualmente los recursos asignados a programas y proyectos son limitados, esto obliga a cuestionar las estrategias de operación vigentes, para hacerlas más eficientes y efectivas y preservar la calidad de la atención.

Este nuevo enfoque plantea iniciar la evaluación participativa desde el diseño, incorporándola a las tareas regulares de la organización. E incluir mediciones de la participación real de la comunidad en el diseño, ejecución y evaluación de los servicios. También propone incluir la perspectiva de género en el diseño de los programas y en su proceso evaluativo.

Desarrolla los pasos lógicos de una evaluación: conceptualización, metodología, recolección de datos, validación y análisis de los mismos, informe de los resultados, seguimiento de las recomendaciones; y analiza los problemas más frecuentes.

García Núñez, José; Evaluación de Programas de Planificación Familiar: Guía detallada para Administradores y Evaluadores, Profamilia, Colombia, 1992.

Es una versión anterior de la anterior publicación, con contenidos semejantes y un buen detalle de indicadores y variables a tener en cuenta en las evaluaciones de programas de SR. Contiene información relevante para valorar efectores, que fueron considerados en la construcción del cuestionario.

Fisher, A., Laing J., Stoeckel JE, Townsend JW.; Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar, Segunda edición, The Population Council, 1991

Este manual hace una revisión del desarrollo de la investigación operativa en salud y PF, desarrolla en forma detallada las etapas para la elaboración de una propuesta de investigación operativa, y revisa los conceptos básicos y los métodos esenciales para llevar a cabo estudios de investigación de campo.

Define la investigación operativa como un proceso para identificar y resolver los problemas de los programas, que permite incrementar la eficiencia, eficacia y calidad en la prestación de servicios, así como la disponibilidad, acceso y aceptación de estos servicios por parte de los usuarios.

La investigación operativa se ocupa de los problemas que afectan la oferta de servicios: la capacitación, la logística, las actividades de información y educación, el funcionamiento de los centros asistenciales; y busca brindar a los gerentes la información que les permita mejorar los servicios presentes y planear para el futuro.

Matamala, MI, Berlagosky, F. y otras, Calidad de la atención, Género ¿Salud Reproductiva de las mujeres?, Reproducciones América, Santiago, Chile, 1995.

Uno de los problemas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es que la población usuaria posee una limitada información sobre los aspectos relacionados con los derechos de acceso a los servicios. Una atención de buena calidad en SR resulta de :1) la resolución de necesidades de prevención y asistencia de las usuarias; 2) la satisfacción de sus expectativas, cuestión que está fuertemente condicionada por el contexto pisco-social y cultural y, en consecuencia, por su mayor o menor capacidad para ser sujetos de deseo, lo que se relaciona con su grado de individuación y autodeterminación; 3) El empoderamiento (empowerment) de las usuarias, cuestión que supone esfuerzos que contribuyan a deconstruir las relaciones jerárquicas en términos de género, edad, etnia, clase, orientación sexual y que, como expresión de ello, aumenta los grados de autodeterminación de esas personas.

Se requiere un esfuerzo esencial del Estado, en forma de marcos éticos, políticas públicas, programas y acciones, donde no puede estar ausente la preocupación por la

equidad, la mejora en las condiciones de trabajo y de la formación académica de los recursos humanos, y la participación de organizaciones de mujeres en las evaluaciones y decisiones de salud. Se asiste cada vez más a una aparente contradicción entre el estado (que consagra el derecho a la salud y a las decisiones alrededor de la producción) y las instituciones gubernamentales en el espacio de la salud, que, con frecuencia, violan esos mismos derechos.

La calidad de la atención se puede modificar en tres ámbitos 1) a nivel del sistema 2) con los prestadores 3) con los usuarios.

En tanto que sistema, las relaciones que establece la institución de salud con las mujeres, están atravesadas por el desbalance de poder entre los géneros. En general, los mensajes institucionales refuerzan los estereotipos genéricos. Por ejemplo, la negación de su saber, su asimilación al rol de madres..

En los prestadores la calidad se ve influenciada por las condiciones de trabajo, composición por sexo, formas de ejercer el poder, formas de comunicarse, valores, prejuicios etc. Los prestadores interactúan con los usuarios en función de su propia construcción de género. Por lo tanto, las políticas para el cambio en el tema calidad tienen que ver con los cambios culturales que modifiquen la aproximación a la salud y los estereotipos de quienes intervienen en el proceso de atención.

Las usuarias se ven condicionadas por sus procesos de socialización, conocimientos, grados de conciencia de derechos, ubicación social, edad, experiencia en su relación con el poder, contingencia que motiva la consulta, expectativas.

Evaluar el proceso de atención en toda su complejidad requiere considerar las circunstancias, tanto de quienes demandan como de quienes prestan servicios. Es en el encuentro de esas circunstancias que se instala la relación interpersonal capaz de ser registrada positivamente por la usuaria en términos de resolución y trato. Si esto se omite la mirada evaluativa queda limitada y no informa suficientemente las decisiones políticas y operacionales destinadas a elevar la calidad del proceso de atención.

Por lo general, los sistemas de salud juzgan la atención que brindan en base a la mejoría en los índices de salud tradicionales, a la auditoría médica, a las garantías de eficiencia con un sesgo preeminentemente biomédico. No incorpora la satisfacción de necesidades y el ejercicio de derechos de las usuarias. A lo sumo, se evalúa satisfacción por parte de éstas que, al no ser analizada con visión de género, no da cuenta de sus expectativas (quienes no deciden ni desean piden poco) generándose evaluaciones autocomplacientes.

Acceder al sistema no significa necesariamente 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. Al evaluar estos aspectos estamos evaluando, por una parte, las garantías que provee el sistema para asegurar atención oportuna y sin costos –calidad referida al sistema; por otra, estaremos apreciando la calidad de la atención que garantizan los proveedores del establecimiento particular, a través del cumplimiento de horarios de atención y de preocuparse por acercar y facilitar los servicios que requiere la población demandante. Las autoras proponen una batería de indicadores para evaluar la percepción de calidad de las usuarias de SR, de los prestadores y la interacción entre ambos.

C- Referencias teóricas identificadas como relevantes para analizar y evaluar el componente asistencial e institucional del Programa, desde la perspectiva de los actores

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.

Se propone un modelo para analizar políticas sanitarias que destaca el papel que los actores sociales en forma individual y como miembros de grupos juegan en los procesos de concreción de las políticas, influyendo sobre ellas y siendo influidos por el contexto del que son parte. Indica que para que las políticas sanitarias sean viables es necesario analizar a los actores sociales que intervienen en su desarrollo en relación con los contenidos, los entornos y los procesos contingentes que afectan los resultados de esas políticas. Más que prescripciones, las políticas sanitarias son el resultado de complejas interacciones sociales, políticas y económicas. Su concreción depende de las posiciones de los diferentes actores sociales que influyen en el sistema sanitario, y sus subjetividades.

Oficina de Evaluación del Banco Interamericano de Desarrollo, Evaluación: una herramienta de gestión para mejorar el desempeño de los proyectos, doc. sin fecha

Fundamenta la importancia de incluir en la evaluación a los involucrados en el proyecto. Describir las características e interacciones entre los grupos que intervienen directa e indirectamente en la problemática objeto del proyecto. Se trata de comprender sus intereses respectivos en relación con la problemática identificada; su percepción de los problemas que se relacionan con ella, los recursos (políticos, legales, materiales, humanos) de que disponen para contribuir a resolverla, sus respectivos mandatos con respecto a la situación emergente del problema, cómo reaccionan ante nuevas estrategias del proyecto y los conflictos existentes o potenciales entre ellos. Es importante entender los papeles que desempeñan los actores durante la ejecución del proyecto.

Doc sin publicar, Modelo de evaluación centrado en los utilizadores, Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España, 1998

Evaluar un programa supone emitir juicios de valor acerca del mismo para elaborar propuestas de acción. La comunicación de la información derivada de los procesos evaluativos es un instrumento de cambio potente en las organizaciones y un factor fundamental en la implicación de los distintos actores que participan del proyecto. Esta retroalimentación se ha mostrado muy útil como incentivo, tanto para los trabajadores del proyecto como para sus directivos. El modelo de evaluación centrado en los utilizadores también permite captarla pluralidad de perspectivas vigentes. Además de profesionales y usuarios, son potenciales utilizadores de la evaluación de proyectos de salud funcionarios del Nivel central, legisladores, directores de hospitales y centros de salud, responsables del presupuesto, profesionales.

Rodríguez, J., Guillén, M., Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea, Revista Española de Investigaciones sociológicas, 59/92 pp. 9-18

Las profesiones dominan la definición de los problemas y necesidades sociales y las actuaciones para enfrentarlos. Las organizaciones son los espacios que articulan dichos procesos de definición y actuación, son los vehículos a través de los cuales se realiza la acción colectiva. Dado que las organizaciones interpretan papeles cruciales en la sociedad moderna, la velocidad y dirección del cambio social depende de la dinámica de las organizaciones. La importancia de las profesiones y expertos en la estructura y dinámica de nuestra sociedad indican la capacidad de los sistemas de conocimiento profesional para la definición de viejos y nuevos problemas.

El conocimiento abstracto es la pieza fundamental para el mantenimiento de la autonomía profesional y las posiciones de poder y privilegio en la sociedad y la organización. Las características formales de las profesiones no tienen sentido si no se entiende su contexto. Y ese contexto remite al poder de los sistemas de conocimiento profesional y su capacidad para definir problemas. La asalarización de las profesiones conduce a una pérdida más o menos amplia del control sobre el proceso y el producto del trabajo profesional y una expropiación de los valores o el trabajo profesional. El trabajo por cuenta ajena en un ambiente burocrático provoca un deterioro progresivo de la autonomía y una subordinación a los requerimientos de la producción. Pero la moderna teoría de las organizaciones da una versión distinta de los hechos (Mintzberg): las profesiones encuentran un medio favorable en las organizaciones complejas para realizar tareas caracterizadas por un elevado número de casos excepcionales y de un modo relativamente poco estructurado de buscar una solución para esas excepciones. Poder discrecional: las organizaciones disponen de dos vías para controlarlo: desarrollar lealtad o profesionalizar. Ambas hacen a los empleados más predecibles en su comportamiento.

Según Mintzberg las organizaciones de salud son heterónomas: los profesionales están sujetos a una jerarquía externa no profesional. No es fácil determinar si los profesionales ejercen control sobre su trabajo o no. Este escenario anida conflictos entre jerarquías administrativas y profesionales, entre autoridad formal y autoridad del conocimiento experto.

Rovere, Mario; Planificación estratégica de los recursos humanos en salud, OPS, 1993

En la investigación social los métodos no se aplican, se construyen. Los recursos humanos son, en los servicios de salud, el factor fundamental a tener en cuenta si la intención es mejorar la cobertura y calidad de servicios que recibe la población. Son además un factor de importancia en el proceso de construcción de viabilidades de las políticas. Uno de los planos de análisis es el estructural o de los actores sociales: consiste en identificar los recursos materiales y simbólicos de que disponen los actores como recursos de poder y la transparencia-opacidad de las relaciones. Ej. "mostrarse como un no poder". El análisis intersubjetivo: supone el cálculo situacional de las alianzas y oponentes a los procesos. El análisis objetivo implica la identificación de lo que todos los actores aceptan como verdadero (aunque no lo sea). El análisis histórico supone identificar qué factores estructurales, qué correlaciones de fuerza dieron origen a la situación actual.

D- Referencias teóricas para identificar variables de estudio y analizar calidad percibida por usuarias del Programa

Mira, C. Vitaller y otros, La satisfacción del paciente: conceptos y aspectos metodológicos, en Journal of health psychology 4(1), 1992.

Conocer la satisfacción de los pacientes es importante en la medida que es un reconocimiento al derecho a la participación ciudadana. A la vez la satisfacción es un indicador del nivel de utilización de los servicios y del adecuado cumplimiento de los tratamientos. Se ha estudiado que son aspectos determinantes en la satisfacción : las características personales de los usuarios (edad, sexo, estado de salud); las características de la relación profesional paciente (calidad de la comunicación, tiempo de duración de la consulta) factores de la organización(accesibilidad, duración del tratamiento, continuidad de los cuidados)

Los bloques de contenidos sobre los que indagan los estudios de satisfacción de usuarios de servicios de salud se refieren a : la 1)accesibilidad, entendida como facilidad de contacto con el efector, facilidad de acceso físico y telefónico, tiempos de espera, horarios adecuados, acceso legal; 2) comunicación: comprensión del lenguaje, escucha explicaciones sobre el servicio 3) cortesía: amabilidad del personal, consideración hacia el paciente, 4) competencias: conocimientos y habilidades del profesional para prestar el servicio, coordinación interna de la organización 5) capacidad de respuesta: hacer las cosas a tiempo, agilidad en los trámites, diligencia, 6)tratamiento confidencial 7) tangibilidad: evidencia física del servicio, instalaciones materiales, imagen corporativa del centro.

E- Resultado de trabajos de campo relevantes en relación al tema de estudio

Nadal, S.; Marianetti, M et al; Embarazo en la adolescencia, una mirada ampliada
En: Publicaciones de la Subsecretaría de Salud Ministerio de Desarrollo Social y Salud Gobierno de Mendoza Vol 1, 1998.

Un estudio epidemiológico sobre 154 madres adolescentes que consultaron en el hospital pediátrico H. Notti en 1996 arroja que la media de edad en la que concibieron fue de 16,8 años; la media de inicio de relaciones sexuales se produjo a los 16. El 67% no usó ningún tipo de MAC y de las que lo hicieron predominó el coitus interruptus y profilácticos. La información disponible entre las adolescentes de MAC antes de quedar embarazadas era pobre. Luego del nacimiento la recibió el 43%

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.

El trabajo se realiza en base a la revisión de 725 historias clínicas del consultorio de adolescencia del hospital Central. El 68% tiene una vida sexual activa y el 70% utiliza MAC la búsqueda de un método aparece como motivo de consulta encubierto en

muchas oportunidades. El principal MAC es el preservativo le siguen los anticonceptivos orales y el coito interruptus.

Sin publicar, Encuesta sobre hábitos sexuales de los mendocinos, Bollati, Rico Toro y Asociados, Sondeos de Opinión e Imagen, Mendoza, noviembre de 2000.

El estudio se realiza en base a una muestra de 400 casos reales que comprende a habitantes de conglomerados urbanos del Gran Mendoza de entre 16 y 80 años. El diseño muestral es semiprobabilístico polietápico con cupos por departamento, sexo y edad. Como marco muestral se utiliza la base de datos de vivienda de la provincia de Mendoza. Se trabaja con un error muestral máximo de 5%, con el 95,5% de confiabilidad. Resultados relevantes: la edad de inicio sexual en el grupo etáreo de 16 a 30 años se produce en los varones a los 15,9 años en los varones y a los 19,3 en las mujeres (media 16,5). Se observa un adelanto en el inicio sexual en relación al grupo de 31 a 45 años (18,1 años) y el de 46 a 60 (19,1 años).

El 66,8 % de la muestra toma precauciones para evitar embarazos no deseados, un 25,3% no lo hace y 7,8% no responde. En todos los grupos de edad es mayor la proporción de varones que dice utilizar MAC (70,3% contra 63,6%) El porcentaje de no respondentes a esta pregunta es más alto entre las mujeres (11,8 contra 3,6%). El grupo de 16 a 30 y el de 31 a 45 toman precauciones en proporciones semejantes (76,2 y 76,6% respectivamente).

Como MAC más utilizados aparece en primer lugar el preservativo (41,5%) los anticonceptivos orales (15,3) la abstinencia (13,6) el dispositivo intrauterino (7,9%) Los métodos quirúrgicos (2,27%), los inyectables (1,14%) Ningún encuestado utiliza el diafragma como MAC.

El preservativo es más utilizado en el grupo de 16 a 30 años (54%) seguido por los anticonceptivos orales (22,4%) y la abstinencia (18,4%)

En el grupo de 31 a 45 años también prevalece el preservativo (35,7%) pero cobran más relevancia "otros" métodos (8,6%) el DIU (10%), la abstinencia (11,4) y los anticonceptivos orales (11,4)

El uso de métodos quirúrgicos sólo es relevante en el grupo de 46 a 60 años (10,5%) que es utilizado en igual proporción que el DIU.

La percepción de riesgo de sida alcanza el 40,2% en la proporción de la muestra (20 %) que dice tener relaciones sexuales con parejas ocasionales. No hay diferencias significativas en la percepción de riesgo entre mujeres y hombres. Por grupos de edad la percepción de riesgo es más alta en los grupos de 16 a 30 años (29,5%) y en el de 31 a 45 (26,1%) Ambos grupos presentan la menor proporción de no respondentes (6,8 y 4,5%) con relación a los de 46 años y más (18 % de no respondentes)

Como ayudas significativas, en casos de tener problemas con la sexualidad aparecen en primer término la pareja (49%) seguida de los amigos (23,3%) los profesionales de la salud (19,9%) y padres/madres/hermanos (9,1%). Las mujeres de todas las edades (23,5%) y hombres y mujeres de 46 a 60 años (37%) y de 16 a 30 (19,7%) aparecen como los más proclives a concurrir a un médico en caso de percibir problemas en su sexualidad.

Servicios de Salud de Veracruz, Planificación Familiar, Dirección de Salud Pública
Subdirección de Prevención y Control de Enfermedades Departamento de SR, México
1998

Parte de la visión integral de SR más relacionada con calidad de vida que con la sobrevivencia y la define como la capacidad de los individuos y de las parejas para disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con libertad de decidir de una manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de los hijos.

El departamento de SR de Veracruz tiene tres componentes básicos: PF, Salud Perinatal y Salud de la Mujer, al interior de los cuales se concretan actividades que permiten dar respuesta a las necesidades en SR de la población. El componente que guarda mayor relación con el Programa de SR de la Provincia de Mendoza es el identificado como "PF". Se concibe que la misma puede prevenir el 25% de las muertes maternas al permitir a las mujeres 1)posponer el inicio de la maternidad; 2)evitar los embarazos no planeados y los abortos arriesgados, 3)poner un espacio por lo menos de dos años entre un embarazo y otro. La PF puede evitar en promedio una de cada cuatro muertes infantiles en los países en desarrollo, mejorar considerablemente la salud para un nuevo embarazo y disminuir los riesgos de la muerte materna e infantil. En 1997 en el estado de Veracruz se tienen 108,413 usuarios activos con una tasa de retención de 74% , es decir de cada 100 mujeres en el programa de PF, 74 utilizan un método anticonceptivo, siendo el de mayor elección la oclusión tubárica bilateral, en segundo lugar los temporales como el hormonal oral y ocupando el tercer sitio en el Estado, el dispositivo intrauterino. En relación a los métodos disponibles para el varón están los preservativos y la vasectomía sin bisturí con una participación de este último del 5% en relación con el total de métodos anticonceptivos. La tasa global de fecundidad registrada en el Estado en 1990 fue de 3.1 hijos por cada mujer, para 1996 se estimó una tasa de 2.6 hijos.

Johns Hopkins Population Communication Services (JHU/PCS) Resultados de la Evaluación de la Campaña de Medios sobre Salud Reproductiva y Planificación Familiar, Bolivia, 1995.

Se desarrolló un cuestionario de preguntas abiertas y dirigidas con el fin de recolectar información sobre conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a la SR y a la PF, trazando una línea de base. La encuesta se condujo utilizando una muestra probabilística nacional urbana de unidades domésticas comprendida por hombres y mujeres de edades 18 a 35 en siete áreas urbanas de Bolivia—La Paz, El Alto, Santa Cruz, Cochabamba, Oruro, Tarija y Sucre. En Noviembre de 1994, una segunda muestra probabilística similar a la de la línea de base fue seleccionada en las siete áreas urbanas, la cual consistió de 2,354 hombres y mujeres de edades 15 a 49. El cuestionario de seguimiento fue diseñado con el fin de evaluar el impacto de la campaña. Así, las variables clave tales como la información sobre métodos, intención de usar anticonceptivos y el inicio de uso de nuevos anticonceptivos fueron comparadas en las encuestas de línea de base y en la de seguimiento

El nivel de exposición a la campaña en las cuatro ciudades principales estuvo asociado en forma significativa con el género, la educación y la edad de los sujetos;

aquellos con una exposición más alta tendieron a ser mejor educados, mujeres y ligeramente más jóvenes. Se tomó la educación, género y edad como variables de control.

El mensaje recordado con más frecuencia fue la PF, seguido por el mensaje "Obtenga información en centros de salud." El tercer mensaje recordado con mayor frecuencia fue "Obtenga cuidado prenatal," seguido por "La SR está en tus manos."

Del total de sujetos de la encuesta de seguimiento, el 87% pudo recordar en forma espontánea un spot televisivo, un spot radial, o ambos. De este grupo, 81% recordó spots televisivos y 52% recordó spots radiales.

- Conocimiento de medidas preventivas de salud: el énfasis de la campaña del PNSR en la obtención de cuidados con anticipación para evitar problemas posteriores pareció tener un impacto sustancial en el conocimiento de medidas preventivas de cuidados de salud. Se les hicieron tres preguntas a los encuestados:

¿Sabe usted qué precauciones debe tomar una madre al quedar embarazada?

En su opinión ¿se debe dar de lactar inmediatamente después del parto o luego de unas horas?

¿Cree usted que durante los primeros seis meses de vida el bebé debe tomar solamente leche materna o se debe introducir otros líquidos?

- Conocimiento de métodos de PF. En general, el recuerdo espontáneo de por lo menos un método moderno de PF fue alto. Entre las mujeres de edades 18 a 35, un 85% de encuestadas en la línea de base y un 95% de las encuestadas con alta exposición pudieron recordar espontáneamente al menos un método.

- Conocimiento detallado de PF y SR. El conocimiento detallado de PF se evaluó utilizando una escala de 14 preguntas de tipo verdadero/falso. Los resultados no mostraron incremento entre las dos encuestas.

- Actitudes hacia la SR. Para evaluar las actitudes de los encuestados hacia la SR, se les leyó 11 frases actitudinales. Las respuestas fueron evaluadas en base una escala de tres puntos, en la cual 1= desacuerdo con la frase actitudinal; 2= indeciso; 3= de acuerdo. Los puntajes fueron calculados dividiendo la sumatoria de puntos entre el máximo número posible de puntos. Los puntajes de línea de base fueron altos, lo cual indica que existía una actitud positiva hacia la SR antes de la campaña—el puntaje promedio de línea de base para cada frase fue de 2.54 sobre un total de tres puntos. En las cuatro ciudades principales, los puntajes de línea de base se incrementaron de 84% a 89% entre aquellos con alta exposición. El incremento fue aún mayor entre las mujeres de edades 18 a 35—de 86% a 91%.

Comunicación interpersonal. El nivel de comunicación interpersonal solamente se incrementó de 76% a 80% entre aquellos con alta exposición y de 71% a 82% entre mujeres de edades 18 a 35—ambos incrementos no significativos. Se les preguntó a los encuestados "¿Con quién ha hablado usted sobre SR?" Las opciones incluyeron a la pareja, padres, hijos, otros parientes, amigos, trabajadores de salud, otros y nadie. Las opciones más frecuentemente seleccionadas fueron: parejas (42%), amigos (13%) y padres (7%).

Comunicación con la pareja. El nivel de comunicación con la pareja no se incrementó significativamente entre la encuesta de línea de base y la de seguimiento. Aunque la formulación de la pregunta—"¿Conversó con su pareja en los seis meses anteriores?"—puede haber influenciado los resultados, los patrones de comunicación entre la pareja no cambiaron como resultado de la encuesta. Posibles razones—las

conversaciones sobre reproducción pueden ocurrir pero no con suficiente frecuencia durante el intervalo de seis meses, o las decisiones sobre reproducción pueden no ser "conversadas" sino acordadas informalmente por ambas partes (esposos o convivientes).

- Motivación para Buscar Servicios de SR:

Se buscó determinar el efecto de la campaña en las fuentes de motivación para buscar servicios de SR entre aquellos sujetos de la encuesta de seguimiento que reportaron haber buscado servicios en los seis meses anteriores. Las opciones de fuentes incluyeron la televisión y radio (27.8%), amigos y parientes (16.2%), uno mismo (39.4%) y doctor u otro trabajador de salud (14.0%). Un alto porcentaje reportó "uno mismo" como la fuente de motivación, quizás debido a que el slogan principal de la campaña, "la SR está en tus manos," estimuló a la gente a tomar responsabilidad personal por su SR.

- Búsqueda de información sobre PF. El cambio en el porcentaje de encuestados que buscaron información sobre SR no fue estadísticamente significativo.

- Intención de usar o continuar usando un método. Se les preguntó a los encuestados si es que tenían intención de usar o de continuar usando un método de PF en el futuro. La intención de empezar o de continuar el uso de un método de PF fue medida utilizando una escala de cuatro puntos, en la cual: 1= definitivamente no; 2= probablemente no; 3= probablemente sí, y; 4= definitivamente sí. El nivel de intención de usar o continuar usando un método anticonceptivo se incrementó significativamente entre la encuesta de línea de base y la de seguimiento. La intención de uso sólo se incrementó moderadamente entre las mujeres de edades 18 a 35, posiblemente debido a sus niveles relativamente altos de intención de uso al momento de la encuesta de línea de base. El porcentaje de hombres quienes respondieron "definitivamente sí" se incrementó significativamente de 25% en la línea de base a 46% en el grupo de baja exposición y a 60% en el grupo de alta exposición

- Nuevos adoptantes de PF. Se definió a los "nuevos adoptantes de PF" como aquellas personas que empezaron a usar un método de PF durante los ocho meses anteriores a las encuestas, entre todos los encuestados. El porcentaje de nuevos adoptantes de PF se incrementó de 5.4% a 8.7% entre aquellos con alta exposición a la campaña—un incremento de 3.3 puntos porcentuales. Este incremento se traduce en un incremento de 61% en la tasa de adopción auto-reportada de PF

E- Bibliografía consultada para ajustar la metodología y técnicas utilizadas en la investigación.

Barranco J., Solas O y otros La obtención de información mediante entrevista. Diseño y validación de cuestionarios. Cap 68 en Gallo FJ et al: Manual del residente de Medicina Familiar y comunitaria Ed. Beecham, Madrid 1993 (729-741)

Detalla las ventajas y limitaciones de los distintos tipos de cuestionario. Describe la función de las preguntas en los cuestionarios (de filtro, de consistencia, de control, de aflojamiento) y la secuencia conveniente. Sugiere aspectos relacionados con el lenguaje y forma de redactar las preguntas y las fases en la elaboración de un cuestionario. La validez de un instrumento de investigación (que mida lo que quiere

medir) tiene tres aspectos básicos: validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio.

San José Garcés, Reformas sanitarias en Europa y la elección del Usuario, Ed. Díaz de Santos, 1994

El investigador trata con fenómenos sociales, con el análisis de expectativas y de la conducta de grupos sociales e intenta conocer los efectos iniciales, tal como los entienden los que aplican las políticas. La metodología cualitativa: ha mostrado su valor como un método sensible para el análisis de los efectos iniciales de cambios estratégicos producidos en los proyectos de salud pública. Permite el análisis de los procesos reales: cómo y porqué fueron diseñadas las propuestas, cómo se entienden, cómo se hacen públicas cómo se aplican y qué efectos producen. De allí que se justifica el método de análisis cualitativo con lo que indica M.Q. Patton.

El objeto de la investigación son datos cualitativos por sí mismos ya que trata de captar perspectivas y opiniones de la gente. La investigación se basa en contactos personales y la capacidad analítica del investigador, siendo éste un aspecto crucial para entender los procesos reales de cambio.

El contexto social, histórico y temporal debe ser especialmente tenido en cuenta en el proceso de estudio. Se requiere que el investigador adopte una neutralidad empática ya que la objetividad completa es imposible. El investigador incluye su subjetividad como una parte de los datos en análisis mientras trata de evitar prejuicios. Las respuestas y los avances en los resultados pueden introducir cambios en el proceso de la investigación, siendo necesario que el diseño del estudio se adapte con facilidad. *Las entrevistas personales permiten que la conversación adquiera fuerzas y requieren* que el entrevistador sea altamente sensible a las diferencias individuales y a los cambios situacionales. La forma en que se organiza la atención sanitaria es un proceso político condicionado por las propuestas políticas, los profesionales, los grupos sociales, y los usuarios, sectores que se manifiestan en torno a grupos de poder y presión, que se encuentran en cambio permanente. No ayuda mucho a entender los procesos, analizar los cambios de manera desde modelos racionalistas centrados en metodologías altamente estructuradas o cuantitativas. Por el contrario, los procesos de toma de decisiones en los servicios sanitarios son casi siempre procesos turbulentos y dinámicos en los que intervienen intereses creados, posiciones subjetivas y el juego político de presiones e influencias a través de las diferentes propuestas y tomas de posición. En estos procesos, la verdad es un concepto relativo entre los hechos y la conciencia. El sector sanitario, es un área en donde prioritariamente se manifiesta el conjunto del comportamiento humano y sus relaciones con el medio social. En consecuencia, la única manera de entender los procesos reales es la utilización de métodos de análisis cualitativos en el que el investigador se implica en lo investigado hasta cierto punto, aún cuando pretenda ser imparcial. Los análisis políticos que implican mínima sistematización estructural suelen ofrecer los resultados más útiles cuando lo que se analiza es el cambio estratégico de áreas sociales. Además, las cuestiones investigadas normalmente determinan un amplio número de variables, haciendo que el estudio de muestreo no sea fácilmente aplicable. La valoración de los procesos ha de hacerse a través de las opiniones personales de los agentes que están participando en el proceso de aplicación de los cambios, o que

por una razón un otra son observadores de excepción. La obtención de resultados se realiza a través de aproximaciones no sistematizadas en su formulación, siguiendo fielmente un listado de temas.

Ortí A. La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y el grupo de discusión cap. II.3,segunda parte pág. 153-186 en El análisis de la realidad social-métodos y técnicas de investigación .Compilación de Garcia Ferrando M. et al.Alianza Universidad. 1986.

Discurso (D): texto producido por alguien en situación de comunicación interpersonal, entraña la existencia de significaciones culturales, de la comunicación simbólica estructurada por un sistema de signos intersubjetivos (lenguaje) y atravesada por el sentido subjetivo del actor hablante

Connotación de los D: valores afectivos de los signos que evocan, sugieren, excitan remitiéndonos a otros signos, símbolos y mitos a la vez que se encuentran atravesados por múltiples ambigüedades y contradicciones.

Análisis del D de Entrevistas: devuelve el uso de la palabra libre (acotada a.....) al sujeto entrevistado, nos permite acceder a su preconciente ideológico e intentar interpretar las claves de su conformación.

Las palabras se encuentran socialmente marcadas –connotan o se asocian con significados especificados por usos colectivos- e inducen representaciones con valores diferenciados. Las preguntas de gran generalidad (abstractas, ambiguas) se orientan a provocar –de inmediato- la proyección ideológica del entrevistado. La sistematización posterior (codificación del conjunto de respuestas verbales abiertas) facilita una primera aproximación al enfoque motivacional (a la génesis ideológica de las posiciones de los entrevistados). Al mismo tiempo, la correlación de cada clase de respuesta ideológica con su localización preferente (medio rural/urbano) o con elementos o factores del estatus (hombre mujer, clase social) permite determinar la localización y factores objetivos –en el campo social de referencia- de las respuestas ideológicas subjetivas.

Preconciente ideológico del individuo: son todas las significaciones y valores implícitos del discurso que constituyen sus claves de codificación.

Lo que los Sujetos dicen (D), en cuanto exposición manifiesta de los deseos, creencias, fines y valores del Sujeto hablante escapan a un enfoque epistemológico cosificador y exigen ser comprendidos e interpretados.

La lengua que une a entrevistador/ado puede unir (significado compartido) pero también puede separar dada la polisemia inherente al lenguaje; todo discurso es más o menos ambigüo, entraña la posibilidad de malos entendidos y plantea la cuestión radical del sentido último de las proposiciones del sujeto hablante tanto en su orientación referencial a la realidad como en su (supuesta) determinación motivacional interna

Cuestión radical del sentido del discurso: el porqué del discurso; el para qué

Todo discurso es interpretable como medio revelador de la realidad sociopolítica que señala (no hay lenguajes privados) y entraña múltiples significaciones en al menos 3 niveles diferentes: El lenguaje que dice cosas (función referencial), el lenguaje que oculta cosas (función ideológica o encubridora, pero interpretable) y el lenguaje que revela o traiciona significados a pesar del propio sujeto hablante Función del

intérprete: Relacionar la orientación ideológica de los discursos con la génesis y reproducción de los procesos sociales

El contexto de la interpretación esta representado por una visión global de la situación y del proceso global en el que emergen los discursos analizados.... posiciones ideológicas frente a un fenómeno social

La referencia del discurso a las relaciones sociales reales no elimina la subjetividad del intérprete, más bien la intensifica al ser el propio investigador quien pone en relación el análisis de la situación micro (entrevista) con la situación global (clase social de pertenencia de los grupos o individuos)

El análisis cualitativo supone una forma de aproximación empírica a una realidad social específica, busca comprender la motivación, la intencionalidad profunda del comportamiento de los actores sociales en sus orientaciones internas (creencias, valores, deseos, movimientos afectivos que inducen las respuestas). En una investigación la interpretación de lo cualitativo es más problemática y menos precisa pero a la vez permite obtener conclusiones relevantes a costa de su fiabilidad y precisión. Surge así un proceso informativo reciproco conformada casi como un dialogo personal en el que cada frase del discurso adquiere sentido en un contexto concreto y permite revelar el sistema ideológico subyacente en el sistema de la lengua del hablante. Se trata de leer en todas sus dimensiones y niveles las coordenadas motivacionales más que sus características individuales, de la acción social situada de la clase de sujeto en presencia del Sujeto típico de la clase de referencia. Se trata de interpretar las vivencias características ante el fenómeno en estudio que se relacionan con su estatus social, sus creencias y mitos en torno al objeto investigado forjadas en el proceso de socialización de esa clase y que se proyectan en su acción social sobredeterminando su sentido para el sujeto. Y por sus fijaciones afectivas peculiares. Las entrevistas tienden a resultar muy útiles para estudiar casos extremos, en la que la actitud de ciertos sujetos encarnan el modelo ideal de una determinada actitud. Lo que se pierde en la cristalización de las medias del colectivo de referencia

Las preguntas abiertas permiten captar los valores diferenciados de los colectivos entrevistados.

Ibañez J., Perspectivas de la investigación social : el diseño en la perspectiva estructural Cap 1.2, pag 31-66 en primera parte de El análisis de la realidad social-métodos y técnicas de investigación. Compilación de Garcia Ferrando M. et al. Alianza Universidad. 1986.

Una perspectiva estadística controla la redundancia , los sistemas sociales combinan la redundancia con la información. La entrevista implica dos operaciones: 1) la localización del presunto entrevistado, 2) la entrevista propiamente dicha. La muestra implica que cada individuo. es extraído del contexto de su red de relaciones sociales.

El juego del lenguaje al que es sometido quien es entrevistado a través de un cuestionario, es por su forma un juego de preguntas y respuestas, un test, un dispositivo de homogeneización. El entrevistador impone su lenguaje al entrevistado, lo que se implica que solo se captan las respuestas y se dejan de lado contestaciones latentes. Con las preguntas abiertas se induce a la provocación (etimolog =hacer hablar). La posición de escucha, escuchar lo que el otro quiere decir mas allá de lo que yo espero, expresa la máxima apertura posible del sujeto investigador aunque

provocación y escucha se restringe a un objeto determinado. En este proceso hay que estar pendiente de emergentes no esperado.

No es indiferente que la investigación sea requerida por instancias de la dirección que por otras instancias Siempre habrá resistencias por parte de las instancias cuyos intereses son contradictorios con la requiriente, pero siempre habrá un resquicio para el acuerdo.

El investigador forma parte de la sociedad que investiga, es un dispositivo autorreflexivo (un espejo) que la sociedad se pone, dispone de un casi omnímodo poder de puntuación para trazar distinciones o fronteras en función de diferencias de valor ; ese punto expresa un poder que debe ser explicitado (reconocimiento de que la propia perspectiva es una entre otras posibles)

El diseño será modificado a la vista de los sucesos imprevistos que ocurran a lo largo del proceso

La posición de escucha expresa la máxima apertura posible del sujeto investigador. Provocación y escucha se restringen a un objetivo. En la entrevista se está abierto a los emergentes inesperados tanto en el proceso de la entrevista como en su interpretación y análisis.

La escucha se diseña sobre la marcha; selección del texto a analizar: es puntuado por el investigador quien establece la frontera que cierra el texto.

Comín Beltrán E., Validación de encuestas en: Revista Atención Primaria mayo 1990; 7(5): 386-390.

Además del diseño, la calidad de un proyecto de investigación depende de la calidad de los instrumentos de medida que se empleen. Dos aspectos esenciales para validar una encuesta son la validez y la fiabilidad. La fiabilidad mide la capacidad del instrumento para dar medidas consistentes cuando se aplican a los mismos sujetos en diferentes ocasiones. El análisis de validez y fiabilidad se puede realizar sobre una muestra de cuestionarios.

Blalock Hubert M, "Estadística Social", Fondo de Cultura Económica, México, 1992, pág 289 a 319

Se consulta este texto para precisar la construcción de la muestra y aclarar qué tipos de inferencias son posibles según el tipo de muestreo utilizado.

U.S. Department 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

Ambos artículos desarrollan la técnica del grupo focal, sugerencias a tener en cuenta para que la interacción de las personas potencie la producción de información acerca

de un tema de estudio. Se señala cómo construir los segmentos de participantes de los grupos y cómo trabajar los datos que se derivan de ellos.

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

Rescata las técnicas de entrevistas abiertas y los grupos de discusión como válidas para aproximarnos a la percepción de la calidad de las usuarias. Considera que antes que los cuestionarios y otras técnicas más estructuradas, los abordajes cualitativos permiten "la emergencia del discurso, que debe ser abierto y espontáneo, sólo es posible mediante una técnica que ponga la palabra en posición de enunciación, que le otorgue libertad para desentrañar aquello que le encadena sentido".

APÉNDICE III

Fecha:

Cuestionario N°

Efector (centro de salud o servicio hospitalario):

Localidad y departamento:

Datos del encuestado:

Profesión:

Antigüedad en el cargo:

Sexo:

Edad:

Dedicación horaria semanal en el efector:

Participación en alguna de las actividades de capacitación del programa: sí / no

Como le adelantamos, la información que relevamos en este documento es confidencial y será utilizada con fines estadístico. Le agradecemos su tiempo para responder las siguientes preguntas. Empezaremos por los recursos con que cuenta el lugar donde ud. trabaja:

1. Se dispone, por lo menos, de una **camilla ginecológica**?

Si, en buenas condiciones cantidad

Si, pero con deficiencias cantidad

No.

2. Como ud. sabe, la atención en salud reproductiva requiere de varios **elementos**. Le pedimos que, del siguiente listado, indique cuáles dispone hoy su centro y cuáles no: (lea cada alternativa y marque)

- Guantes descartables	si / no	
- Espéculos descartables	si / no	
- Portaobjetos	si / no	
- Cepillos endocervicales	si / no	
- Espátulas de Ayre	si / no	
- Palillos pizzeros	si / no	
- Pinza erina	si / no	Cantidad
- Pinza de Mayer	si / no	Cantidad
- Histerómetro	si / no	Cantidad
- Tijera	si / no	Cantidad
- Lámpara o fotósforo	si / no	Cantidad
- Colposcopio	si / no	Cantidad
- Movilidad para salidas eventuales	si / no	

3. Del conjunto de los primeros elementos que le mencionamos (**descartables**), diría que, en general hoy dispone de cantidad suficiente para (marque una alternativa):

Menos de una semana

Una a cuatro semanas

Más de un mes

4. Ahora vamos a nombrarle una gama de **métodos anticonceptivos**. Le pedimos que responda cuáles están disponibles hoy en su lugar de trabajo (lea y marque todas las respuestas)
- Orales combinados de 20 microgramos de etinilestradiol
 - Orales combinados de 30 microgramos de etinilestradiol
 - Orales combinados de 15 microgramos de etinilestradiol
 - Orales de progestágeno solo (para lactancia)
 - Inyectables
 - Dispositivos intrauterinos
 - Anticonceptivos de emergencia
 - Preservativos
 - Diafragmas
 - Ovulos o cremas espermicidas
5. ¿Cuáles **no** le son provistos habitualmente por el Programa Provincial de Salud Reproductiva? (lea y marque todas las respuestas)
- Orales combinados de 20 microgramos de etinilestradiol
 - Orales combinados de 30 microgramos de etinilestradiol
 - Orales combinados de 15 microgramos de etinilestradiol
 - Orales de progestágeno solo (para lactancia)
 - Inyectables
 - Dispositivos intrauterinos
 - Anticonceptivos de emergencia
 - Preservativos
 - Diafragmas
 - Ovulos o cremas espermicidas
6. En los últimos 3 meses. ¿tuvieron **dificultades con la provisión** de alguno de los anticonceptivos? ¿con cuál/les? (no lea y marque todas las respuestas)
- Orales combinados de 20 microgramos de etinilestradiol
 - Orales combinados de 30 microgramos de etinilestradiol
 - Orales combinados de 15 microgramos de etinilestradiol
 - Orales de progestágeno solo (para lactancia)
 - Inyectables
 - Dispositivos intrauterinos
 - Anticonceptivos de emergencia
 - Preservativos
 - Diafragmas
 - Ovulos o cremas espermicidas
7. Si tuvieron dificultades ¿**qué hizo usted?** (no lea, marque 1º mención y otras menciones)
- Reclamó ante su superior
 - Se comunicó directamente con el Programa
 - Habló con el farmacéutico responsable en su lugar de trabajo
 - Se manejó con los recursos que tenía a mano
 - Le sugirió a las pacientes que lo compraran ellos
 - Recurrió a la ayuda de un laboratorio (muestras médicas)
 - Otra ¿cuál?

8. Si llega un paciente nuevo a su centro de salud o servicio: ¿puede enterarse a través de **afiches y/o avisadores** que allí se realizan consultas de salud reproductiva?
Sí / No
9. Piensa que la atención de las pacientes que consultan por salud reproductiva ¿se realizan en un espacio con la **privacidad adecuada**? (marque una respuesta)
Sí / Parcialmente adecuada / No
10. Cuenta en su lugar de trabajo con un ejemplar de la **normativa** del programa?
Sí / no / no sabe

Ahora vamos a preguntarle por las actividades de salud reproductiva que se realicen en su lugar de trabajo

11. Le solicitamos que consigne a cuáles de las siguientes **prestaciones** puede acceder una paciente en su lugar de trabajo (lea y marque todas las respuestas):
- Toma de muestra para Papanicolau
 - Lectura e informe de PAP
 - Colposcopia
 - Inserción de DIU
 - Ligadura tubaria (**sólo para hospitales**)
12. **Cuántos días** de la semana se atiende en su lugar de trabajo a las pacientes que solicitan atención ambulatoria en salud reproductiva? (no lea y marque una respuesta)
1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

Sólo para hospitales

13. A qué **servicios** pertenecen los profesionales que llevan adelante las acciones asistenciales en salud reproductiva?

Solo para centros de salud

14. ¿Qué **especialidad** tienen los profesionales que llevan adelante las acciones asistenciales en salud reproductiva?
14. Dónde hace usted el **registro** de las acciones de consultorio?
(no lea y marque y una respuesta) ¿?
- Historia clínica del centro de salud o del servicio hospitalario
 - Historia clínica del Programa
 - Ficha de consultorio
 - Cuaderno personal
16. Si llega una paciente que dice haber sufrido un **abuso sexual** ¿quiénes cree que la atenderían en su centro de salud o servicio?
17. Si tuviera que describir, en pocas palabras, la **finalidad** del Programa Provincial de Salud Reproductiva, diría que (marcar todas las opciones)
(distinguir: menciona espontáneamente / reconoce al leerle / no reconoce)
- Permitir que la gente decida cuántos hijos quiere tener
 - Ayudar a que las familias sólo tengan aquellos hijos que puedan mantener y educar
 - Regular el número de nacimientos

- Aumentar la libertad de las mujeres
- Disminuir el número de abortos
- Disminuir la mortalidad infantil
- Disminuir la mortalidad materna
- Amparar las relaciones sexuales despreocupadas
- Intervenir, desde el estado, en la vida privada de las personas.
- Otra ¿cuál?
- No sabe
- No contesta

18. ¿ Con qué **dificultades** se ha enfrentado en su tarea en salud reproductiva?
(No lea las alternativas. Marque todas las respuestas) (identificar primera mención)

- Cuestionamientos de otros profesionales por dedicarle tiempo a la actividad
- Falta de tiempo para atender a todas las pacientes que se acercan
- Falta de insumos
- Reparos de personas o instituciones de la comunidad
- Falta de equipamiento o instrumental
- Problemas legales con algún paciente
- Obstáculos por parte de sus superiores
- Falta de apoyo de otros miembros del equipo de salud con los que usted cree que debería contar para trabajar en el tema
- Otras ¿cuáles?
- No ha tenido ninguna dificultad

19. Ya estamos terminando. Pero antes, le pedimos que nos diga su opinión personal sobre algunas **satisfacciones** que pueda haberle dado el programa
(No lea las alternativas. Marque todas las opciones elegidas) (identificar 1º mención)

- Le facilitó aplicar conocimientos que ya poseía
- Le permitió capacitarse en temas nuevos
- Sintió que podía ayudar a otras personas en forma concreta
- Recibió el reconocimiento de compañeros de trabajo o sus jefes
- Recibió el agradecimiento de los pacientes
- Le ayudó a conseguir un cargo
- No le ha dado ninguna satisfacción
- Otras ¿cuáles?

20. Qué métodos anticonceptivos no recomendaría **nunca** a sus pacientes? (no les y marque todas las respuestas) (identificar 1º mención) ¿?

- Inyectables
- DIU
- Anticonceptivos orales
- Anticonceptivos de emergencia
- Preservativo
- Abstinencia periódica

21. Si llegara al consultorio una **chica de 15 años** que hace poco inició relaciones sexuales con su novio y pide anticoncepción ¿qué conducta se sigue en su centro de

salud o servicio? (No lea las alternativas. Marque todas las respuestas) (identificar 1º mención)

- Se solicita la presencia de los padres
- Le recomiendan no tener relaciones sexuales
- Le brindan la anticoncepción más adecuada
- Le sugieren que consulte en salud mental
- La retan
- Le sugieren que acuda con su novio
- Le ofrecen preservativos
- Le explican un método natural
- No la atienden
- Se la atiende en equipo
- Otras ¿cuáles?

22. En su centro de salud u hospital ¿desde cuáles de los siguientes consultorios o servicios se brinda **información** sobre salud reproductiva?: (marcar)
(distinguir: menciona espontáneamente / reconoce al leerle / no reconoce) ¿?

- pediatría
- clínica
- la guardia
- salud mental
- enfermería
- servicio social
- farmacia
- otras ¿cuáles?

23. Se realizan en o desde su centro de salud o servicio hospitalario (lea y marque)

- charlas informativas sobre salud sexual y reproductiva
- proyección de videos sobre salud sexual y reproductiva
- distribución de folletos sobre salud sexual y reproductiva
- actividades en las escuelas sobre salud sexual y reproductiva
- participación en programas radiales sobre salud sexual y reproductiva

24. Se realiza entrega de **turnos diferidos** para salud reproductiva?

Sí / no

25. Si una paciente abandona un tratamiento de anticoncepción ¿se intenta establecer algún **contacto** con ella?

Sí / no

26. ¿Cómo? (No lea, marque todas las respuestas) (identifique 1º mención)

- se realiza una visita domiciliaria (trabajadora social)
- se realiza una visita domiciliaria (promotora de salud o agente sanitario)
- se realiza una visita domiciliaria (otra persona ¿quién?)
- se le envía una nota invitándola a concurrir nuevamente
- se le envía un mensaje verbal con alguna vecina o familiar
- otra ¿cuál?

APÉNDICE IV

CFI Proyecto de investigación

Monitoreo y evaluación del desarrollo industrial, acciones asistenciales y satisfacción de usuarias del Programa Provincial de Salud Reproductiva

Fecha: ____/____/____

Cuestionario N°

Efector (centro de salud o centro hospitalario) :

Localidad : Departamento : Telefono:

Datos del encuestado:

Profesión : Antigüedad en el cargo: Sexo: M / F

Edad: Dedicación horaria semanal en el efector:

Participación en laguna de las actividades de capacitación del programa: SI / NO

Como le adelantamos, la información que relevamos en este documento es confidencial y será utilizada con fines estadísticos. Le agradecemos su tiempo para responder las siguientes preguntas. Empezaremos por los recursos con que cuenta el lugar donde Ud. trabaja:

EQUIPAMIENTO - INSUMOS

1) Se dispone de camilla ginecológica ?¿cuántas? ¿ Están en buenas condiciones?

	Cantidad
Si, en buenas condiciones	_____
Si. Pero con deficiencias	_____
No dispone	

2) Como Ud. sabe , la atención en salud reproductiva requiere de varios elementos. Le pedimos que, del siguiente listado, indique cuáles dispone hoy su centro y cuáles no: (lea cada alternativa y marque)

	SI	NO	
Guantes descartables	1	2	
Espéculos descartables	1	2	
Portaobjetos	1	2	
Cepillos endocervicales	1	2	
Espátulas de Ayre	1	2	
Palillos pizeros	1	2	Cantidad
Pinza erina	1	2	
Pinza de Mayer	1	2	
Histerómetro	1	2	
Tijera	1	2	
Lámpara o fotósfero	1	2	
Colposcopio	1	2	
Movilidad para salidas eventuales	1	2	

- 3) En cuanto a los elementos descartables (guantes y espéculos) el stock que posee el centro es suficiente para:

	Guantes descartables	Espéculos descartables
Menos de una semana		
Una a cuatro semanas		
Más de un mes		

- 4) (GUIADA) Ahora vamos a nombrarle una gama de métodos anticonceptivos. Le pedimos que responda cuáles están disponibles hoy en el centro /serv. Hosp. (lea y marque todas las respuestas)

- 5) (GUIADA) ¿Cuáles NO le son provistos habitualmente por el Programa Provincial de Salud Reproductiva? (lea y marque todas las respuestas)

- 6) (ESPÓNTANEA) En los últimos 3 meses ¿tuvieron dificultades con la provisión de algunos de los anticonceptivos? ¿Con Cuál/les? (NO lea y marque las respuestas)

	P.4	P.5	P.6
Orales combinados de 20 microgramos de etinilestradiol	1	2	3
Orales combinados de 30 microgramos de etinilestradiol	1	2	3
Orales combinados de 15 microgramos de etinilestradiol	1	2	3
Orales de progestágeno solo (para lactancia)	1	2	3
Inyectables	1	2	3
Dispositivos intrauterinos	1	2	3
Anticonceptivos de emergencia	1	2	3
Preservativos	1	2	3
Diafragmas	1	2	3
Ovulos o cremas espermicidas	1	2	3
Ninguno			3
No sabe	1	2	3

SOLO SI ALGUNO EN P.6- EL RESTO A P.8

- 7) ESPONTANEA - Si tuvieron dificultades ¿Qué hizo usted? (NO LEA , marque 1º mención y otras menciones)

	1º MEN	otras
Reclamó ante su superior		
Se comunicó directamente con el Programa		
Habló con el farmacéutico responsable en el centro de salud / serv. Hosp.		
Se manejó con los recursos que tenía a mano		
Le sugirió a las pacientes que lo compraran ellas		
Recurrió a la ayuda de un laboratorio (muestras médicas)		
Otra ¿cuál?		

INFORMACIÓN

8) Cuenta en el centro de salud /serv.hospt con un ejemplar de la normativa del programa?

SI -- 1
NO -- 2
NS - NC -- 3

9) Si llega un paciente nuevo a su centro de salud / servicio hops.: ¿Puede enterarse a través de **AFICHES Y/O AVISADORES** que allí se realizan consultas de Salud Reproductiva?

SI -- 1
NO -- 2

10) a) (Espontánea) En su centro de salud u hospital ¿ desde que consultorios o servicios se brinda información sobre salud reproductiva? Alguno más ?

10) b) **GUIADA** Leer opciones

	Espontánea 10 a	Guiada 10 b
Pediatría	1	2
Clínica	1	2
Guardia	1	2
Salud Mental	1	2
Enfermería	1	2
Servicio Social	1	2
Farmacia	1	2
Ginecología	1	2
otros	1	2
	1	2

11) Se realizan en o desde su centro de salud / servicio hospitalario:

	SI	NO
Charlas informativas sobre salud sexual y reproductiva	1	2
Proyección de videos sobre salud sexual y reproductiva	1	2
Distribución de folletos sobre salud sexual y reproductiva	1	2
Actividades en las escuelas sobre salud sexual y reproductiva	1	2
Participación en programas radiales sobre salud sexual y reproductiva	1	2

12) Si llegara a su consultorio una chica de 15 años que hace poco inició relaciones sexuales y pide anticoncepción ¿qué conducta se sigue en su centro de salud o servicio hospitalario? Espontánea

	1 menc.	Otras
Se solicita la presencia de los padres	1	2
Le recomiendan no tener relaciones sexuales	1	2
Le brindan la anticoncepción más adecuada	1	2
Le sugieren que consulte en salud mental	1	2
La retan	1	2
Le sugieren que acuda con su pareja	1	2
Le ofrecen preservativos	1	2
Le explican un método natural	1	2
No la atienden	1	2
Se la atiende en equipo	1	2
Otras ¿cuáles?	1	2
	1	2

13) Si llega una paciente que dice haber sufrido un abuso sexual ¿Quiénes cree que la atenderían en su centro de salud o servicio hospitalario? Alguien más?

ATENCIÓN - PRESTACIONES

14) Le solicitamos que consigne a cuáles de las siguientes prestaciones puede acceder una paciente en el centro de salud/ serv. hosp (LEA y marque las respuestas)

	SI	NO
Toma de muestras para Papanicolau	1	2
Lectura e informe de PAP	1	2
Colposcopia	1	2
Inserción de DIU	1	2
Ligadura tubaria (solo hospitales)	1	2

15) Piensa que la atención de las pacientes que consultan por salud reproductiva ¿ Se realizan en un espacio con la privacidad adecuada?

Totalmente adecuada 1
 Parcialmente adecuada 2 } Por qué?
 Inadecuada 3

16) Cuántos días de la semana se atiende en el centro de salud / serv. Hosp. a las pacientes que solicitan atención ambulatoria en salud reproductiva?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

17) Se realiza entrega de turnos diferidos para salud reproductiva?

SI -- 1

NO -- 2

NS -- 3

18) Dónde hace Ud. el registro de las acciones de consultorio?

Historia clínica del centro de Salud o del Servicio Hospitalario	
Historia clínica del Programa	
Ficha de consultorio	
Cuaderno personal	
Otras	

SOLO PARA HOSPITALES

19) A qué servicios pertenecen los profesionales que llevan adelante las acciones asistenciales en salud reproductiva?

SOLO PARA CENTROS DE SALUD

20) ¿Qué especialidad tienen los profesionales que llevan adelante las acciones asistenciales en salud reproductiva?

FINALIDAD

21 a) Espontanea Cuál cree Ud. que es la finalidad del programa Provincial de Salud Reproductiva? ¿Algo más?

21 b) Guiada . De las siguientes frases dígame por favor en que medida se adecuan al Programa Provincial de Salud reproductiva (Totalmente adecuada - medianamente adecuada - nada adecuada)

	Espont. 21 a		Guiada 21 b		
	1º	otras	TA	MA	NA
Permitir que la gente decida cuántos hijos quiere tener	1	2	1	2	3
Ayudar a que las familias sólo tengan hijos que puedan mantener y educar	1	2	1	2	3
Regular el número de nacimientos	1	2	1	2	3
Aumentar la libertad de las mujeres	1	2	1	2	3
Disminuir el número de abortos	1	2	1	2	3
Disminuir la mortalidad infantil	1	2	1	2	3
Disminuir la mortalidad materna	1	2	1	2	3
Amparar las relaciones sexuales despreocupadas	1	2	1	2	3
Intervenir, desde el estado, en la vida privada de las personas	1	2	1	2	3
Otra ¿Cuál?	1	2	1	2	3
	1	2	1	2	3
No sabe	1	2	1	2	3
No contesta	1	2	1	2	3

22) Ha encontrado alguna dificultad para aplicar el Programa Provincial de Salud Reproductiva? ¿Cuáles?

	1° men	otras
Cuestionamientos de otros profesionales por dedicarle tiempo a la actividad	1	2
Falta de tiempo para atender a todas las pacientes que se acercan	1	2
Falta de insumos	1	2
Reparos de personas o instituciones de la comunidad	1	2
Falta de equipamiento o instrumental	1	2
Problemas legales con algún paciente	1	2
Obstáculos por parte de sus superiores	1	2
Falta de apoyo de otros miembros del equipo de salud con los que Ud. cree que debería contar para trabajar en el tema	1	2
Otras ¿Cuáles?	1	2
	1	2
No ha tenido ninguna dificultad	1	

23) En forma estimativa cuantas consultas atienden mensualmente sobre el tema de salud reproductiva?

24) ¿Qué métodos anticonceptivos no recomendaría nunca a sus pacientes? ¿Algún otro?

	1° menc	Otras
Inyectables	1	2
DIU	1	2
Anticonceptivos orales	1	2
Anticonceptivos de emergencia	1	2
Preservativo	1	2
Abstinencia periódica	1	2
Otros(espec)	1	2
	1	2
	1	2

25) Si una paciente abandona un tratamiento de anticoncepción ¿se intenta establecer algún contacto con ella?

SI -- 1 Si SI pase a grilla
 NO -- 2 Si No final
 NS -- 3 Si Ns final

¿ A través de qué medio?

	1º menc.	otras
Visita domiciliaria		
Trabajadora Social	1	2
Promotora de salud	1	2
Agente sanitario	1	2
Otra Quién	1	2
Mensaje		
Escrito , invitación	1	2
Verbal (vecina o familiar)	1	2
Otros		
Ninguna		

26) Quisiéramos que nos mencionara algunas satisfacciones que pueda haberle dado el programa tanto a nivel personal como profesional

27) Quisiera Ud. aportar algún comentario , sugerencia, o queja al Programa Provincial de Salud Reproductiva?

Comentario:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

APÉNDICE V

Monitoreo y evaluación del desarrollo institucional, acciones asistenciales y satisfacción de usuarios del Programa Provincial de Salud Reproductiva

La FIDIPS, de la UNCuyo, está realizando una investigación a efectos de evaluar el desarrollo del Programa Provincial de Salud Reproductiva, necesitaríamos entretenerlo unos minutos a efectos de hacerle algunas preguntas

Efector:

Datos del encuestado

1 Guiada

A. N° de Orden	
Profesión:	
c. Antigüedad en el cargo	
d. Sexo: (1. Masculino 2. Femenino)	
e. Edad	
f. Dedicación horaria semanal en el efector	
g. Participación en alguna de las actividades de capacitación del programa (1. Sí 2. No)	

2 Guiada

¿Disponen el efector de camillas ginecológicas?
¿Cuántas y en qué condiciones?

a. En buenas condiciones	
b. Con deficiencias	

3 Guiada

Del listado que voy a leerle, le pido que me indique de cuáles dispone hoy su centro.

En descartables: El stock que posee el centro es suficiente para...

	Dispone	Cant.	Stock
a. Guantes descartables			
b. Espéculos descartables			
c. Portaobjetos			
d. Cepillos endocervicales			
e. Espátulas de Ayre			
f. Palillos pizeros			
g. Pinza erina			
h. Pinza de Mayer			
i. Histerómetro			
j. Tijera			
k. Lámpara o fotósforo			
l. Colposcopio			
m. Movilidad para salidas eventuales			

1. Sí 2. No

Stock: 1. Menos de una semana 2. Una a cuatro semanas 3. Más de un mes

4 Espontánea

¿Cuenta su centro asistencial(servicio) con un ejemplar de la normativa del programa? ☐

1. Sí 2. No

5 Espontánea

Si llega un paciente nuevo a su centro asistencial / servicio, ¿puede enterarse a través de afiches y/o avisadores que allí se realizan consultas sobre salud reproductiva? ☐

1. Sí 2. No

6 Guiada

A) Voy a nombrarle una gama de métodos anticonceptivos. Le pido que me indique cuáles de ellos están disponibles hoy en su centro y quién se los provee.

B) **Espontánea** En los últimos tres meses, ¿tuvieron dificultades con la provisión de algunos de los anticonceptivos? ¿Con cuáles?

	A	B
a. Orales combinados de 20 mg de etinilestradiol		
b. Orales combinados de 30 mg de etinilestradiol		
c. Orales combinados de 15 mg de etinilestradiol		
d. Orales de progestágeno solo (para lactancia)		
e. Inyectables		
f. Dispositivos intra uterinos		
g. Anticonceptivos de emergencias		
h. Preservativos		
i. Diafragmas		
j. Óvulos o cremas espemicidas		

A) 1. Sí, provisión del PPSR 2. Sí, Otro Proveedor 3 No
B) 1. Sí 2. No

7 (Espontánea) Sólo si tuvo problemas

¿Qué hizo Ud. ante los problemas de provisión? ☐

1. Reclamó ante su superior ☐

2. Se comunicó directamente con el programa

3. Habló con el farmacéutico en el centro asistencial

4. Se manejó con los recursos que tenía a mano

5. Le sugirió a las pacientes que lo compraran ellas

6. Recurrió a la ayuda de un laboratorio (muestras)

7. Otras:

8 Espontánea, luego guiada

En su centro de salud / hospital, ¿desde qué consultorios o servicios se brinda información sobre salud reproductiva?

1. Pediatría	
2. Clínica	
3. Guardia	
4. Salud Mental	
5. Enfermería	
6. Servicio Social	
7. Farmacia	
8. Ginecología	
9. Medicina de Familia	
10. Maternidad	
11. Otra:	

1. Menciona en primer término 2. Se brinda 3. No poseen servicio 4. No se brinda

9 Guiada

¿Cuáles de estas actividades relacionadas con salud sexual y reproductiva se realizan en o desde su centro de salud / hospital?

1. Charlas informativas	
2. Proyección de videos	
3. Distribución de folletos	
4. Actividades en las escuelas	
5. Participación en programas radiales	

1. Sí 2. No

10 Espontánea

Si llega a su centro asistencial una chica de 15 años que hace poco inició relaciones sexuales y pide anticoncepción, ¿qué conducta cree que se seguiría en su centro asistencial?

1. Se solicita la presencia de los padres
2. Le recomiendan no tener relaciones sexuales
3. Le brindan la anticoncepción más adecuada
4. Le sugieren que consulte en salud mental
5. La retan
6. Le sugieren que acuda con su pareja
7. Le ofrecen preservativos
8. Le explican un método natural
9. No la atienden
10. No se atiende a adolescentes en el centro
11. Se la atiende en equipo
12. Otra:

☐
☐
☐

11 Espontánea

Si llega una paciente que dice haber sufrido un abuso sexual, ¿quiénes cree que la atenderían en su centro de salud / hospital?

- 1°
- 2°
- 3°

12 Guiada

¿A cuáles de estas prestaciones puede acceder una paciente en su centro de salud / hospital?

1 Toma de muestras para Papanicolau	
2. Lectura e informe de Pap	
3. Colposcopia	
4. Inserción de DIU	
5. Ligadura tubaria (Sólo para hospitales)	

1. Sí 2. No

13 Guiada

A) ¿Piensa que la atención de las pacientes que consultan por salud reproductiva se realiza en un espacio con la privacidad adecuada?

☐

1. Totalmente adecuada 2. Parcialmente adecuada 3. Inadecuada

B) Si contestó 2 ó 3 ¿Por qué?

.....

14 Espontánea

¿Cuántos días de la semana se atiende en el centro de salud / hospital a las pacientes que solicitan atención ambulatoria en salud reproductiva?

☐

15 Guiada

¿Se realiza entrega de turnos diferidos para salud reproductiva?

☐

1. Sí 2. No

16 Espontánea

¿Dónde hace Ud. el registro de las acciones de consultorio?

☐

1. Historia clínica del centro / Servicio
2. Historia clínica del programa
3. Ficha de consultorio
4. Cuaderno personal
5. Otras:

☐
☐
☐

17 (Sólo para Hospitales) Espontánea

¿A qué servicios pertenecen los profesionales que llevan adelante las acciones asistenciales en salud reproductiva?

.....

18 (Sólo para Centros de S.) Espontánea

¿Qué especialidad tienen los profesionales que llevan adelante las acciones asistenciales en salud reproductiva?

.....

Finalidad

19 Espontánea, luego guiada

A) ¿Cuál cree Ud. que es el objetivo del PPSR?

☐

B) Para los siguientes objetivos, ¿en qué medida diría Ud que son perseguidos por el PPSR?

1. Permitir que la gente decida cuántos hijos quiere tener.	
2. Ayudar a que las familias sólo tengan los hijos que puedan mantener y educar	
3. Regular el número de nacimientos	
4. Aumentar la libertad de las mujeres	
5. Disminuir el número de abortos	
6. Disminuir la mortalidad infantil	
7. Disminuir la mortalidad materna	
8. Amparar las relaciones sexuales despreocupadas	
9. Intervenir desde el estado en la vida privada de las personas	

1. Prioritariamente 2. En alguna medida 3. No

20 Espontánea

¿Ha encontrado alguna dificultad para aplicar el PPSR?

☐

1. Falta de tiempo para atender a todas las pacientes que se acercan

☐

2. Falta de insumos

☐

3. Reparos de personas o instituciones de la comunidad

4. Falta de equipamiento o instrumental

5. Problemas legales con algún paciente

6. Obstáculos por parte de sus superiores

7. Falta de apoyo de otros miembros del equipo de salud

8. Otros

9. Ninguna

21 Sólo para médicos - Espontánea

En forma estimativa, ¿cuántas consultas atiende mensualmente sobre el tema de salud reproductiva?

☐

22 Espontánea

¿Qué métodos anticonceptivos no recomendaría NUNCA a sus pacientes?

☐

1. Inyectables
2. DIU
3. Anticonceptivos Orales
4. Anticonceptivos de emergencia
5. Preservativos
6. Abstinencia periódica
7. Otro:

☐

23 Espontánea

A) Si una paciente abandona un tratamiento de anticoncepción, ¿se intenta hacer algún tipo de contacto con ella?

☐

1. Sí
2. No

B) Si contestó que sí ¿A través de qué medio?

☐

1. Visita de Trabajadora social
2. Visita de Promotora de salud
3. Visita de Agente sanitario
4. Otra visita
5. Mensaje escrito o invitación
6. Mensaje verbal (vecino / familiar)
7. Otro:

☐

24 Espontánea

¿Ha obtenido alguna satisfacción, sea personal o profesional, por la implementación del programa?

.....

.....

25 Espontánea

¿Hay alguna sugerencia o queja que quisiera manifestar con respecto al desarrollo del programa?

.....

.....

26 Espontánea

¿Hay algún otro comentario que quisiera hacer con respecto al programa?

.....

.....

APÉNDICE VI

Mendoza, noviembre de 2000

A _____
(integrantes de los equipos de salud del
Programa Provincial de Salud Reproductiva,
Dirección de Atención Primaria
Dirección de Hospitales)

Tengo el agrado de dirigirme a Ud./s con el objeto de poner en su conocimiento que el Consejo Federal de Inversiones está financiando un estudio sobre recursos disponibles y acciones vinculadas al Programa Provincial de Salud Reproductiva dependiente del Ministerio de Desarrollo Social y Salud. Consideramos que dicho estudio permitirá determinar medidas de mejora en algunos de los componentes del Programa, por lo cual requerimos su colaboración y nos comprometemos a acercarle los resultados una vez que el mismo haya concluido.

En este proyecto, el Ministerio se ha comprometido a facilitar la información básica necesaria, parte de la cual será relevada por encuestadores de la Fundación Instituto de Investigaciones y Proyectos Sociales (FIDIPS), de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la UNCuyo

Como punto de partida, se ha puesto a disposición de los investigadores la nómina del personal que se desempeña en los centros de salud y postas de cada área departamental, así como en los hospitales de la red provincial, a partir de la cual se diseñará una muestra.

Le solicitamos, entonces, requiera de Ud. información acerca del desarrollo del Programa en el centro asistencial en que se desempeña, quiera tener a bien brindar la información requerida.

Ante cualquier duda, no dude en comunicarse a este programa a los teléfonos: 0261 - 4293286 y 0261 - 4236908 (fax) .

Agradeciendo su colaboración, nos despedimos de usted atentamente.

Dra Ana María Andía
PPSR

Lic. Cecilia Molina
responsable investigación CFI

APÉNDICE VII

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 1 N° de Orden

Opción	Frecuencia	Casos
N° 1	94.59%	297
N° 2	5.41%	17
Total	100.00%	314

Cuadro N° 2 Profesión

Opción	Frecuencia	Casos
Médico Ginecólogo	45.54%	143
Médico	30.89%	97
Enfermero	22.29%	70
Agente Sanitario	1.27%	4
Total	99.99%	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 3 Sexo

Opción	Frecuencia	Casos
Femenino	50.32%	158
Masculino	49.68%	156
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 4 Ha participado en programas de capacitación

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.87%	9
Si	68.47%	215
No	28.66%	90
Total	100.00 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 5 Disponde quantes descartables

Opción	Frecuencia	Casos
Sí	98.41%	309
No	1.59%	5
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 6 Stock quantes descartables

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	3.56%	11
Menos de una semana	5.83%	18
Una a cuatro semanas	41.75%	129
Más de un mes	48.87%	151
Total	100.01 %	309

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 7 Dispone de Espejuelos descart.

Opción	Frecuencia	Casos
Sí	65.61 %	206
No	33.76 %	106
NS/NC	0.64 %	2
Total	100.01 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 8 Stock Espéculos descart.

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	5.34%	11
Menos de una semana	10.68%	22
Una a cuatro semanas	41.75%	86
Más de un mes	42.23%	87
Total	100.00 %	206

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 9 Dispone de Portaobjetos

Opción	Frecuencia	Casos
No	50.64%	159
Si	47.45%	149
NS/NC	1.91%	6
Total	100.00 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 10 Stock Portaobjetos

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	12.08%	18
Menos de una semana	7.38%	11
Una a cuatro semanas	44.30%	66
Más de un mes	36.24%	54
Total	100.00 %	149

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 11 Dispone de Cepillos endocervic.

Opción	Frecuencia	Casos
No	57.96%	182
Sí	40.13%	126
NS/NC	1.91%	6
Total	100.00 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro Nº 12 Stock Cepillos endocervic.

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	11.90%	15
Menos de una semana	11.11%	14
Una a cuatro semanas	49.21%	62
Más de un mes	27.78%	35
Total	100.00 %	126

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 13 Dispone de Espátulas de Ayre

Opción	Frecuencia	Casos
No	57.01%	179
Sí	40.13%	126
NS/NC	2.87%	9
Total	100.01 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 14 Stock Espátulas de Ayre

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	11.90%	15
Menos de una semana	6.35%	8
Una a cuatro semanas	51.59%	65
Más de un mes	30.16%	38
Total	100.00 %	126

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro Nº 15 Dispone de Palillos pizzeros

Opción	Frecuencia	Casos
No	72.29%	227
Sí	25.16%	79
NS/NC	2.55%	8
Total	100.00 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 16 Stock Palillos pizzeros

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	8.86%	7
Menos de una semana	15.19%	12
Una a cuatro semanas	48.10%	38
Más de un mes	27.85%	22
Total	100.00 %	79

Cuadro N° 17 Dispone de Pinza Erina

Opción	Frecuencia	Casos
No	56.37%	177
Sí	41.40%	130
NS/NC	2.23%	7
Total	100.00 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 19 Dispone de Pinza de Mayer

Opción	Frecuencia	Casos
No	57.64%	181
Sí	40.13%	126
NS/NC	2.23%	7
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 21 Dispone de Histerómetro

Opción	Frecuencia	Casos
No	59.24%	186
Sí	38.85%	122
NS/NC	1.91%	6
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 23 Dispone de Tijera

Opción	Frecuencia	Casos
Sí	51.59%	162
No	47.13%	148
NS/NC	1.27%	4
Total	99.99 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 25 Dispone de Lámpara o Fotósfero

Opción	Frecuencia	Casos
No	60.51%	190
Sí	37.90%	119
NS/NC	1.59%	5
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 27 Dispone de Colposcopio

Opción	Frecuencia	Casos
No	67.83%	213
Sí	31.53%	99
NS/NC	0.64%	2
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 29 Dispone de Movilidad

Opción	Frecuencia	Casos
No	78.34%	246
Sí	21.66%	68
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 31 Disponibilidad normativa del programa

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	5.73%	18
Sí	66.24%	208
No	28.03%	88
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 32 Información a público por cartelaría en el Centro Asistencial

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	9.87%	31
Sí	74.84%	235
No	15.29%	48
Total	100.00 %	314

Cuadro Nº 33 Disponibilidad de Orales comb. 20 mg

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.96%	3
Sí, Provisión del PPSR	87.58%	275
Sí, otro proveedor	3.18%	10
No	8.28%	26
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 34 Dific. de provisión de Orales comb. 20 mg

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	3.50%	11
Sí	9.55%	30
No	86.94%	273
Total	99.99 %	314

Cuadro N° 35 Disponibilidad de Orales comb. 30 mg

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.91%	6
Sí, Provisión del PPSR	76.11%	239
Sí, otro proveedor	3.50%	11
No	18.47%	58
Total	99.99 %	314

Cuadro N° 36 Dific. de provisión de Orales comb. 30 mg

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	4.46%	14
Sí	11.46%	36
No	84.08%	264
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 37 Disponibilidad de Orales comb. 15 mg

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.23%	7
Sí, Provisión del PPSR	46.82%	147
Sí, otro proveedor	12.42%	39
No	38.54%	121
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 38 Dific. de provisión de Orales comb. 15 mg

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	5.73%	18
Sí	12.74%	40
No	81.53%	256
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 39 Disponibilidad de Orales de prostágeno solo

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.32%	1
Sí, Provisión del PPSR	87.26%	274
Sí, otro proveedor	2.87%	9
No	9.55%	30
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 40 Dific. de provisión de Orales de próstgeno solo

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	4.46%	14
Sí	7.96%	25
No	87.58%	275
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 41 Disponibilidad de Inyectables

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.64%	2
Sí, Provisión del PPSR	71.66%	225
Sí, otro proveedor	2.23%	7
No	25.48%	80
Total	100.01 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 42 Dific. de provisión de Inyectables

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	5.10%	16
Sí	10.83%	34
No	84.08%	264
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 43 Disponibilidad de DIU

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.32%	1
Sí, Provisión del PPSR	38.22%	120
Sí, otro proveedor	3.82%	12
No	57.64%	181
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 44 Dific. de provisión de DIU

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	5.10%	16
Sí	11.46%	36
No	83.44%	262
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 45 Disponibilidad de Ant. de emergencia

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.27%	4
Sí, Provisión del PPSR	46.50%	146
Sí, otro proveedor	5.10%	16
No	47.13%	148
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 46 Dific. de provisión de Ant. de emergencia

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	5.73%	18
Sí	11.78%	37
No	82.48%	259
Total	99.99 %	314

Cuadro N° 47 Disponibilidad de Preservativos

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.96%	3
Sí, Provisión del PPSR	81.53%	256
Sí, otro proveedor	2.23%	7
No	15.29%	48
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 48 Dific. de provisión de Preservativos

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	4.46%	14
Sí	7.32%	23
No	88.22%	277
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 49 Disponibilidad de Diafragmas

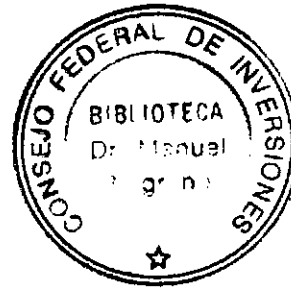
Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.64%	2
Sí, Provisión del PPSR	3.82%	12
Sí, otro proveedor	8.60%	27
No	86.94%	273
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 50 Dific. de provisión de Diafragmas

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	5.41%	17
Sí	15.29%	48
No	79.30%	249
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 51 Disponibilidad de Ov. o cremas epermicidas

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.96%	3
Sí, Provisión del PPSR	23.89%	75
Sí, otro proveedor	8.60%	27
No	66.56%	209
Total	100.01 %	314



Cuadro N° 52 Dific. de provisión de Ov. o cremas epermicidas

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	4.78%	15
Sí	13.06%	41
No	82.17%	258
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 53 Tuvo problemas de provisión

Opción	Frecuencia	Casos
Sí	32.80%	103
No	67.20%	211
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 54 Que hizo si tuvo problemas de provisión

Opción	Frecuencia	Casos
Otra	41.75%	43
Reclamó antes su superior	20.39%	21
Se manejó con los recursos que tenía	15.53%	16
Habló con el farmacéutico del centro	7.77%	8
Recurrió a la ayuda muestras gratis	4.85%	5
Se comunicó con el programa	2.91%	3
Le sugirió a la paciente que lo comprara	0.97%	1
NS/NC	5.83%	6
Total	100.00 %	103

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 55 Que hizo si tuvo problemas de provisión (2ª)

Opción	Frecuencia	Casos
Otra	6.80%	7
Recurrió a la ayuda muestras gratis	5.83%	6
Reclamó antes su superior	3.88%	4
Habló con el farmacéutico del centro	3.88%	4
Se manejó con los recursos que tenía	3.88%	4
Se comunicó con el programa	1.94%	2
NS/NC	73.79%	76
Total	100.00%	103

Cuadro N° 56 Se brinda información de salud reproductiva en Pediatría

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.87%	9
Menciona en primer término	2.23%	7
Se brinda	41.72%	131
El efector no posee ese servicio	42.68%	134
No se brinda	10.51%	33
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 57 Se brinda información de salud reproductiva en Clínica

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.87%	9
Menciona en primer término	13.06%	41
Se brinda	42.04%	132
El efector no posee ese servicio	30.25%	95
No se brinda	11.78%	37
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 58 Se brinda información de salud reproductiva en Guardia

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.23%	7
Se brinda	9.24%	29
El efector no posee ese servicio	80.25%	252
No se brinda	8.28%	26
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 59 Se brinda información de salud reproductiva en Salud Mental

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.87%	9
Menciona en primer término	0.32%	1
Se brinda	23.25%	73
El efector no posee ese servicio	64.33%	202
No se brinda	9.24%	29
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 60 Se brinda información de salud reproductiva en Enfermería

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1,91%	6
Menciona en primer término	6,05%	19
Se brinda	79,62%	250
El efector no posee ese servicio	7,96%	25
No se brinda	4,46%	14
Total	100,00 %	314

Cuadro N° 61 Se brinda información de salud reproductiva en Serv. Social

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.55%	8
Se brinda	45.22%	142
El efector no posee ese servicio	44.27%	139
No se brinda	7.96%	25
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 62 Se brinda información de salud reproductiva en Farmacia

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.23%	7
Se brinda	17.52%	55
El efector no posee ese servicio	71.02%	223
No se brinda	9.24%	29
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 63 Se brinda información de salud reproductiva en Ginecología

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.64%	2
Menciona en primer término	50.00%	157
Se brinda	9.55%	30
El efector no posee ese servicio	36.94%	116
No se brinda	2.87%	9
Total	100.00 %	314

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Cuadro N° 64 Se brinda información de salud reproductiva en Medicina de

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.59%	5
Menciona en primer término	27.39%	86
Se brinda	28.66%	90
El efector no posee ese servicio	39.81%	125
No se brinda	2.55%	8
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 65 Se brinda información de salud reproductiva en Maternidad

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	23.89%	75
Menciona en primer término	0.64%	2
Se brinda	17.83%	56
El efector no posee ese servicio	54.14%	170
No se brinda	3.50%	11
Total	100.00%	314

Cuadro N° 66 Se brinda información de salud reproductiva en Otra

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	69.43%	218
Menciona en primer término	1.59%	5
Se brinda	15.29%	48
El efector no posee ese servicio	10.83%	34
No se brinda	2.87%	9
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 67 Se organizan en su centro Charlas Informativas

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.64%	2
Sí	66.24%	208
No	33.12%	104
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 68 Se organizan en su centro Proyección de vídeos

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.64%	2
Sí	20.38%	64
No	78.98%	248
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 69 Se organizan en su centro Distribución de folletos

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.32%	1
Sí	86.94%	273
No	12.74%	40
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 70 Se organizan en su centro Actividades en escuelas

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.23%	7
Sí	50.96%	160
No	46.82%	147
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 71 Se organizan en su centro part. en programas radiales

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.64%	2
Sí	18.15%	57
No	81.21%	255
Total	100.00%	314

Cuadro N° 72 Actuación frente a consulta de paciente adolescente

Opción	Frecuencia	Casos
Otra	62.42%	196
Le brindan la anticoncepción adecuada	21.97%	69
Se solicita la presencia de los padres	8.60%	27
Se la atiende en equipo	2.55%	8
Le ofrecen preservativos	1.59%	5
Le recomiendan no tener relaciones	0.64%	2
Le sugieren que acuda con su pareja	0.64%	2
No se atiende a adolescentes aquí	0.64%	2
NS/NC	0.96%	3
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 73 Actuación frente a consulta de paciente adolescente (2ª)

Opción	Frecuencia	Casos
Le brindan la anticoncepción adecuada	33.12%	103
Se solicita la presencia de los padres	11.25%	35
Otra	7.72%	24
Le ofrecen preservativos	4.82%	15
Se la atiende en equipo	1.93%	6
Le recomiendan no tener relaciones	0.96%	3
Le sugieren que acuda con su pareja	0.64%	2
Le explican un método natural	0.64%	2
NS/NC	38.91%	121
Total	99.99%	311

Cuadro N° 74 Actuación frente a consulta de paciente adolescente (3ª)

Opción	Frecuencia	Casos
Le brindan la anticoncepción adecuada	15.79%	30
Le ofrecen preservativos	6.32%	12
Otra	5.79%	11
Se solicita la presencia de los padres	4.21%	8
Le sugieren que acuda con su pareja	2.11%	4
La derivan a salud mental	0.53%	1
Le explican un método natural	0.53%	1
Se la atiende en equipo	0.53%	1
NS/NC	64.21%	122
Total	100.02 %	190

Cuadro N° 75 En su centro, ¿se puede acceder a toma de muestras

Opción	Frecuencia	Casos
Sí	44.90%	141
No	55.10%	173
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 76 En su centro, ¿se puede acceder a lectura e informe de Pap?

Opción	Frecuencia	Casos
Sí	21.97%	69
No	78.03%	245
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 77 En su centro, ¿se puede acceder a Colposcopia?

Opción	Frecuencia	Casos
Sí	33.12%	104
No	66.88%	210
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 78 En su centro, ¿se puede acceder a Inserción de DIU?

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.32%	1
Sí	36.62%	115
No	63.06%	198
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 79 En su centro, ¿se puede acceder a Inserción de Ligadura Tubaria?

Sub base: Sólo para hospitales

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	4.35%	1
Sí	39.13%	9
No	56.52%	13
Total	100.00 %	23

Cuadro N° 80 Evaluación privacidad de espacio de atención a pacientes

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.59%	5
Totalmente adecuada	81.21%	255
Parcialmente adecuada	10.83%	34
Inadecuada	6.37%	20
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 81 ¿Cuántos días a la semana se atiende salud reproductiva en el

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.55%	8
Uno	12.10%	38
Dos	9.24%	29
Tres	7.64%	24
Cuatro	2.55%	8
Cinco	15.92%	50
Seis	42.68%	134
Siete	7.32%	23
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 82 ¿Se entregan turnos diferidos para Salud Reproductiva?

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.96%	3
Sí	34.08%	107
No	64.97%	204
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 83 ¿Dónde hace el registro de las acciones de consultorio?

Opción	Frecuencia	Casos
Historia clínica del centro / servicio	47.45%	149
Otra	26.75%	84
Ficha del consultorio	11.78%	37
Historia clínica del programa	11.46%	36
Cuaderno personal	2.23%	7
NS/NC	0.32%	1
Total	99.99%	314

Cuadro N° 84 ¿Dónde hace el registro de las acciones de consultorio? (2ª)

Opción	Frecuencia	Casos
Historia clínica del programa	13.74%	43
Ficha del consultorio	10.22%	32
Otra	10.22%	32
Historia clínica del centro / servicio	9.58%	30
Cuaderno personal	2.88%	9
NS/NC	53.35%	167
Total	99.99 %	313

Cuadro N° 85 ¿Dónde hace el registro de las acciones de consultorio? (3ª)

Opción	Frecuencia	Casos
Ficha del consultorio	3.42%	5
Historia clínica del programa	2.05%	3
Historia clínica del centro / servicio	0.68%	1
Cuaderno personal	0.68%	1
Otra	0.68%	1
NS/NC	92.47%	135
Total	99.98 %	146

Cuadro N° 86 ¿Cual cree que es el objetivo principal del PPSR?

Opción	Frecuencia	Casos
Planificación familiar	31.21%	98
Natalidad "responsable"	10.19%	32
Otro	8.92%	28
Control de natalidad	7.96%	25
Disminuir el número de abortos	4.14%	13
Disminuir la mortalidad infantil	0.96%	3
Disminuir la mortalidad materna	0.96%	3
Aumentar la libertad de las mujeres	0.64%	2
NS/NC	35.03%	110
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 87 Planificación familiar

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.32%	1
Es objetivo prioritario	90.76%	285
Es objetivo secundario	6.69%	21
No es un objetivo del programa	2.23%	7
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 88 Natalidad "Responsable"

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	0.32%	1
Es objetivo prioritario	83.44%	262
Es objetivo secundario	11.15%	35
No es un objetivo del programa	5.10%	16
Total	100.01 %	314

Cuadro N° 89 Control de Natalidad

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.59%	5
Es objetivo prioritario	68.79%	216
Es objetivo secundario	17.52%	55
No es un objetivo del programa	12.10%	38
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 90 Aumentar la libertad de las mujeres

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.59%	5
Es objetivo prioritario	54.78%	172
Es objetivo secundario	21.02%	66
No es un objetivo del programa	22.61%	71
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 91 Disminuir el número de abortos

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1,59%	5
Es objetivo prioritario	92,36%	290
Es objetivo secundario	5,10%	16
No es un objetivo del programa	0,96%	3
Total	100,01 %	314

Cuadro N° 92 Disminuir la mortalidad infantil

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.27%	4
Es objetivo prioritario	89.49%	281
Es objetivo secundario	6.05%	19
No es un objetivo del programa	3.18%	10
Total	99.99 %	314

Cuadro N° 93 Disminuir la mortalidad materna

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.27%	4
Es objetivo prioritario	89.81%	282
Es objetivo secundario	7.64%	24
No es un objetivo del programa	1.27%	4
Total	99.99%	314

Cuadro N° 94 Amparar las relaciones sexuales despreocupadas

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	2.23%	7
Es objetivo prioritario	44.90%	141
Es objetivo secundario	22.29%	70
No es un objetivo del programa	30.57%	96
Total	99.99 %	314

Cuadro N° 95 Intervenir desde el Estado en la vida privada de las personas

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	1.27%	4
Es objetivo prioritario	10.19%	32
Es objetivo secundario	9.55%	30
No es un objetivo del programa	78.98%	248
Total	99.99 %	314

Cuadro N° 96 Dificultades para aplicar el PPSR

Opción	Frecuencia	Casos
Ninguno	65.92%	207
Otros	11.78%	37
Falta de insumos	7.64%	24
Falta de equipamiento o instrumental	6.05%	19
Reparos de personas o instituciones	4.46%	14
Falta de apoyo de otros en el equipo	2.23%	7
Falta de tiempo para atender a todos	1.27%	4
Problemas legales con algún paciente	0.32%	1
NS/NC	0.32%	1
Total	99.99 %	314

Cuadro N° 97 Dificultades para aplicar el PPSR (2°)

Opción	Frecuencia	Casos
Falta de equipamiento o instrumental	14.15%	15
Ninguno	13.21%	14
Falta de insumos	7.55%	8
Falta de apoyo de otros en el equipo	7.55%	8
Otros	4.72%	5
Obstáculos por parte de sus superiores	2.83%	3
Reparos de personas o instituciones	1.89%	2
Falta de tiempo para atender a todos	0.94%	1
NS/NC	47.17%	50
Total	100.01 %	106

Cuadro N° 98 Dificultades para aplicar el PPSR (3°)

Opción	Frecuencia	Casos
Otros	11,90%	5
Falta de tiempo para atender a todos	4,76%	2
Ninguno	4,76%	2
Falta de equipamiento o instrumental	2,38%	1
NS/NC	76,19%	32
Total	99,99 %	42

Cuadro N° 99 Métodos anticonceptivos que no recomendaría NUNCA

Opción	Frecuencia	Casos
Otro	53.50%	168
Injectables	5.10%	16
Anticonceptivos de emergencia	4.78%	15
Abstinencia periódica	4.14%	13
DIU	1.91%	6
Preservativos	0.32%	1
NS/NC	30.25%	95
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 100 Métodos anticonceptivos que no recomendaría NUNCA (2ª)

Opción	Frecuencia	Casos
Abstinencia periódica	3.20%	7
Otro	3.20%	7
DIU	2.28%	5
	1.83%	4
Injectables	0.46%	1
NS/NC	89.04%	195
Total	100.01 %	219

Cuadro N° 101 ¿Se intenta contactar a las pacientes que han abandonado?

Opción	Frecuencia	Casos
NS/NC	3.82%	12
Sí	76.43%	240
No	19.43%	61
	0.32%	1
Total	100.00 %	314

Cuadro N° 102 ¿Cómo se intenta contactar a las pacientes que han

Opción	Frecuencia	Casos
Visita de agente sanitario	54.58%	131
Otro	20.83%	50
Visita de promotor de salud	8.33%	20
Visita de trabajadora social	7.08%	17
Mensaje verbal (vecino o familiar)	5.00%	12
Otra visita	2.92%	7
Mensaje escrito o invitación	0.83%	2
NS/NC	0.42%	1
Total	99.99%	240

Cuadro N° 103 ¿Cómo se intenta contactar a las pacientes que han

Opción	Frecuencia	Casos
Visita de promotor de salud	5.44%	13
Otro	5.02%	12
Visita de agente sanitario	2.93%	7
Mensaje verbal (vecino o familiar)	2.51%	6
Visita de trabajadora social	0.84%	2
	0.42%	1
Otra visita	0.42%	1
NS/NC	82.43%	197
Total	100.01 %	239

Cuadro N° 104 Departamento

Opción	Frecuencia	Casos
San Rafael	17.52%	55
Maipú	10.19%	32
Guaymallén	7.01%	22
Lavalle	7.01%	22
San Martín	6.37%	20
Godoy Cruz	5.73%	18
Rivadavia	5.73%	18
Luján	5.41%	17
Las Heras	5.10%	16
Gral. Alvear	5.10%	16
Tunuyán	4.78%	15
Junín	4.14%	13
Malargüe	4.14%	13
San Carlos	3.18%	10
Capital	2.87%	9
Santa Rosa	2.55%	8
Tupungato	2.23%	7
La Paz	0.96%	3
Total	100.02 %	314

Cuadro N° 105 Zona

Opción	Frecuencia	Casos
Norte	43.31%	136
Sur	26.75%	84
Este	19.75%	62
Valle de Uco	10.19%	32
Total	100.00 %	314

Frecuencias Agrupadas

Cuadro N° 1 Acciones ante consulta de mujer de 15 años que ha iniciado relaciones

Opción	Frecuencia	Casos
Otra	73.57%	231
Le brindan la anticoncepción adecuada	64.33%	202
Se solicita la presencia de los padres	22.29%	70
Le ofrecen preservativos	10.19%	32
Se la atiende en equipo	4.78%	15
Le sugieren que acuda con su pareja	2.55%	8
Le recomiendan no tener relaciones	1.59%	5
Le explican un método natural	0.96%	3
No se atiende a adolescentes aquí	0.64%	2
La derivan a salud mental	0.32%	1
La retan	0.00%	0
No la atienden	0.00%	0
NS/NC	0.96%	3
Total		572

Debe entenderse como porcentaje de la población que sustenta cada opinión. Los porcentajes no suman 100.

Frecuencias Agrupadas

Cuadro N° 2 ¿Dónde hace el registro de las acciones de consultorio?

Opción	Frecuencia	Casos
Historia clínica del centro / servicio	57.32%	180
Otra	37.26%	117
Historia clínica del programa	26.11%	82
Ficha del consultorio	23.57%	74
Cuaderno personal	5.41%	17
NS/NC	0.32%	1
Total		471

Debe entenderse como porcentaje de la población que sustenta cada opinión. Los porcentajes no suman 100.

Frecuencias Agrupadas

Cuadro N° 3 Dificultades en la aplicación del PPSR

Opción	Frecuencia	Casos
Ninguno	71.02%	223
Otros	14.97%	47
Falta de equipamiento o instrumental	11.15%	35
Falta de insumos	10.19%	32
Reparos de personas o instituciones	5.10%	16
Falta de apoyo de otros en el equipo	4.78%	15
Falta de tiempo para atender a todos	2.23%	7
Obstáculos por parte de sus superiores	0.96%	3
Problemas legales con algún paciente	0.32%	1
NS/NC	0.32%	1
Total		380

Debe entenderse como porcentaje de la población que sustenta cada opinión. Los porcentajes no suman 100.

Frecuencias Agrupadas

Cuadro N° 4 Métodos anticonceptivos que no recomendaría NUNCA

Opción	Frecuencia	Casos
Otro	55.73%	175
Abstinencia periódica	6.37%	20
Inyectables	5.41%	17
Anticonceptivos de emergencia	4.78%	15
DIU	3.50%	11
Preservativos	0.32%	1
Anticonceptivos Orales	0.00%	0
NS/NC	30.25%	95
Total		334

Debe entenderse como porcentaje de la población que sustenta cada opinión. Los porcentajes no suman 100.

Frecuencias Agrupadas

Cuadro N° 5 ¿Por qué medio se trata de contactar a las abandonadoras?

Opción	Frecuencia	Casos
Visita de agente sanitario	43.95%	138
Otro	19.75%	62
Visita de promotor de salud	10.51%	33
Visita de trabajadora social	6.05%	19
Mensaje verbal (vecino o familiar)	5.73%	18
Otra visita	2.55%	8
Mensaje escrito o invitación	0.64%	2
NS/NC	0.32%	1
Total		281

Debe entenderse como porcentaje de la población que sustenta cada opinión. Los porcentajes no suman 100.

Actuación frente a consulta de paciente adolescente (Agrupada)

Según Zona

Zona

Actuación frente a consulta de paciente adolescente	Norte	Este	Valle de Uco	Sur	MUESTRA
NS/NC	0.0 % (0)	0.9 % (1)	1.7 % (1)	0.7 % (1)	0.5 % (3)
Se solicita la presencia de los padres	13.7 % (35)	11.7 % (13)	13.6 % (8)	9.5 % (14)	12.2 % (70)
Le recomiendan no tener relaciones	1.6 % (4)	0.9 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	0.9 % (5)
Le brindan la anticoncepción adecuada	35.7 % (91)	35.1 % (39)	37.3 % (22)	34.0 % (50)	35.3 % (202)
La derivan a salud mental	0.4 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	0.2 % (1)
Le sugieren que acuda con su pareja	2.0 % (5)	1.8 % (2)	1.7 % (1)	0.0 % (0)	1.4 % (8)
Le ofrecen preservativos	3.9 % (10)	6.3 % (7)	0.0 % (0)	10.2 % (15)	5.6 % (32)
Le explican un método natural	0.4 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	1.4 % (2)	0.5 % (3)
No se atiende a adolescentes aquí	0.4 % (1)	0.9 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	0.4 % (2)
Se la atiende en equipo	2.4 % (6)	0.9 % (1)	3.4 % (2)	4.1 % (6)	2.6 % (15)
Otra	39.6 % (101)	41.4 % (46)	42.4 % (25)	40.1 % (59)	40.4 % (231)
Total Casos	100 % 255	100 % 111	100 % 59	100 % 147	100 % 572

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.257

En su centro, ¿se puede acceder a toma de muestras Papanicolau?

Según Zona

Zona

<i>En su centro, ¿se puede acceder a toma de</i>	<i>Norte</i>	<i>Este</i>	<i>Valle de Uco</i>	<i>Sur</i>	<i>MUESTRA</i>
<i>Sí</i>	70.6 % (96)	27.4 % (17)	28.1 % (9)	22.6 % (19)	44.9 % (141)
<i>No</i>	29.4 % (40)	72.6 % (45)	71.9 % (23)	77.4 % (65)	55.1 % (173)
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Casos	136	62	32	84	314

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.584

En su centro, ¿se puede acceder a lectura e informe de Pap?

Según Zona

Zona

En su centro, ¿se puede acceder a lectura e informe	Norte	Este	Valle de Uco	Sur	MUESTRA
Sí	29.4 % (40)	19.4 % (12)	15.6 % (5)	14.3 % (12)	22.0 % (69)
No	70.6 % (96)	80.7 % (50)	84.4 % (27)	85.7 % (72)	78.0 % (245)
Total Casos	100 % 136	100 % 62	100 % 32	100 % 84	100 % 314

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.227

En su centro, ¿se puede acceder a Colposcopia?

Según Zona

Zona

<i>En su centro, ¿se puede acceder a Colposcopia?</i>	<i>Norte</i>	<i>Este</i>	<i>Valle de Uco</i>	<i>Sur</i>	<i>MUESTRA</i>
<i>Sí</i>	55.9 % (76)	24.2 % (15)	15.6 % (5)	9.5 % (8)	33.1 % (104)
<i>No</i>	44.1 % (60)	75.8 % (47)	84.4 % (27)	90.5 % (76)	66.9 % (210)
Total Casos	100 % 136	100 % 62	100 % 32	100 % 84	100 % 314

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.565

En su centro, ¿se puede acceder a Inserción de DIU?

Según Zona

Zona

<i>En su centro, ¿se puede acceder a Inserción de</i>	<i>Norte</i>	<i>Este</i>	<i>Valle de Uco</i>	<i>Sur</i>	<i>MUESTRA</i>
<i>NS/NC</i>	0.7 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	0.3 % (1)
<i>Sí</i>	61.8 % (84)	24.2 % (15)	25.0 % (8)	9.5 % (8)	36.6 % (115)
<i>No</i>	37.5 % (51)	75.8 % (47)	75.0 % (24)	90.5 % (76)	63.1 % (198)
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Casos	136	62	32	84	314

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.528

En su centro, ¿se puede acceder a Inserción de Ligadura Tubaria?

Según Zona

Filtro: Sólo para hospitales

Zona

<i>En su centro, ¿se puede acceder a Inserción de</i>	<i>Norte</i>	<i>Este</i>	<i>Valle de Uco</i>	<i>Sur</i>	<i>MUESTRA</i>
<i>NS/NC</i>	8.3 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	4.4 % (1)
<i>Sí</i>	33.3 % (4)	0.0 % (0)	66.7 % (2)	75.0 % (3)	39.1 % (9)
<i>No</i>	58.3 % (7)	100.0 % (4)	33.3 % (1)	25.0 % (1)	56.5 % (13)
Total	100 % 12	100 % 4	100 % 3	100 % 4	100 % 23

Casos en análisis = 23 C de Pearson = 0.586

Se organizan en su centro Charlas Informativas

Según Zona

Zona

Se organizan en su centro Charlas Informativas	Norte	Este	Valle de Uco	Sur	MUESTRA
NS/NC	0.7 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	1.2 % (1)	0.6 % (2)
Sí	72.8 % (99)	59.7 % (37)	53.1 % (17)	65.5 % (55)	66.2 % (208)
No	26.5 % (36)	40.3 % (25)	46.9 % (15)	33.3 % (28)	33.1 % (104)
Total Casos	100 % 136	100 % 62	100 % 32	100 % 84	100 % 314

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.190

Se organizan en su centro Proyección de vídeos

Según Zona

Zona

	Norte	Este	Valle de Uco	Sur	MUESTRA
<i>Se organizan en su centro Proyección de vídeos</i>					
NS/NC	0.7 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	1.2 % (1)	0.6 % (2)
Sí	29.4 % (40)	17.7 % (11)	9.4 % (3)	11.9 % (10)	20.4 % (64)
No	69.9 % (95)	82.3 % (51)	90.6 % (29)	86.9 % (73)	79.0 % (248)
Total	100 % 136	100 % 62	100 % 32	100 % 84	100 % 314
Casos					

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.255

Se organizan en su centro Distribución de folletos
Según Zona

Zona

<i>Se organizan en su centro Distribución de folletos</i>	<i>Norte</i>	<i>Este</i>	<i>Valle de Uco</i>	<i>Sur</i>	<i>MUESTRA</i>
NS/NC	0.0 % (0)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	1.2 % (1)	0.3 % (1)
Sí	86.0 % (117)	95.2 % (59)	87.5 % (28)	82.1 % (69)	86.9 % (273)
No	14.0 % (19)	4.8 % (3)	12.5 % (4)	16.7 % (14)	12.7 % (40)
Total Casos	100 % 136	100 % 62	100 % 32	100 % 84	100 % 314

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.189

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Se organizan en su centro Actividades en escuelas

Según Zona

Zona					
Se organizan en su centro Actividades en escuelas	Norte	Este	Valle de Uco	Sur	MUESTRA
NS/NC	2.2 % (3)	0.0 % (0)	9.4 % (3)	1.2 % (1)	2.2 % (7)
Sí	51.5 % (70)	59.7 % (37)	31.3 % (10)	51.2 % (43)	51.0 % (160)
No	46.3 % (63)	40.3 % (25)	59.4 % (19)	47.6 % (40)	46.8 % (147)
Total Casos	100 % 136	100 % 62	100 % 32	100 % 84	100 % 314

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.254

Mendoza, noviembre - diciembre de 2000

Se organizan en su centro part. en programas radiales

Según Zona

Zona		Norte	Este	Valle de Uco	Sur	MUESTRA
Se organizan en su centro part. en programas radiales	NS/NC	0.7 % (1)	0.0 % (0)	0.0 % (0)	1.2 % (1)	0.6 % (2)
	Sí	18.4 % (25)	16.1 % (10)	12.5 % (4)	21.4 % (18)	18.2 % (57)
	No	80.9 % (110)	83.9 % (52)	87.5 % (28)	77.4 % (65)	81.2 % (255)
Total Casos		100 % 136	100 % 62	100 % 32	100 % 84	100 % 314

Casos en análisis = 314 C de Pearson = 0.111

APÉNDICE VIII

9 - PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
Tarea 1: Análisis documental y bibliográfico	X					
Tarea 2: Construcción y ajuste de instrumentos de medición	X	X				
Tarea 3: Desarrollo del soporte informático		X				
Tarea 4: Precisión de universo y muestra. Capacitación de encuestadores		X				
Tarea 5: Trabajo de campo			X			
Tarea 6: Carga y procesamiento de datos			X	X		
Tarea 7: Análisis de datos. Grupos focales				X	X	
Tarea 8: Integración cuali-cuantitativa					X	
Tarea 9: Análisis del perfil de los no respondientes				X		
Tarea 10: Entrevistas a usuarias			X	X		
Tarea 11: Matrices de análisis cualitativo					X	
Tarea 12: Análisis cualitativo					X	
Tarea 13: Elaboración de conclusiones finales						X
Tarea 14: Grupos de discusión con decisores						X

1 IP

2IF

IF

APÉNDICE VIII

9 - PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDADES	MES 1	MES 2	MES 3	MES 4	MES 5	MES 6
Tarea 1: Análisis documental y bibliográfico	X					
Tarea 2: Construcción y ajuste de instrumentos de medición	X	X				
Tarea 3: Desarrollo del soporte informático		X				
Tarea 4: Precisión de universo y muestra. Capacitación de encuestadores		X				
Tarea 5: Trabajo de campo			X			
Tarea 6: Carga y procesamiento de datos			X	X		
Tarea 7: Análisis de datos. Grupos focales				X	X	
Tarea 8: Integración cuali-cuantitativa					X	
Tarea 9: Análisis del perfil de los no respondientes				X		
Tarea 10: Entrevistas a usuarias			X	X		
Tarea 11: Matrices de análisis cualitativo					X	
Tarea 12: Análisis cualitativo					X	
Tarea 13: Elaboración de conclusiones finales						X
Tarea 14: Grupos de discusión con decisores						X

1 IP

2IF

IF